



Nuova versione del 24 febbraio 2009

Revisione della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA)

Rapporto esplicativo per la procedura di consultazione

INDICE

Compendio	5
1 Basi dell'avamprogetto	6
1.1 Situazione iniziale	6
1.1.1 Delimitazione rispetto al diritto delle assicurazioni sociali	6
1.1.2 Campo di applicazione delle disposizioni sulla protezione	7
1.1.3 Lingua e sistematica	7
1.2 Lavori preliminari.....	8
1.3 Interventi parlamentari	8
1.3.1 Mozione 00.3541/Libero passaggio integrale in caso di cambiamento di assicurazione complementare	8
1.3.2 Mozione 00.3542/Conservazione dei vantaggi nel caso di cambiamento dell'assicurazione complementare	9
1.3.3 Mozione 00.3570/Legge federale sul contratto d'assicurazione. Disposizioni che regolano la prescrizione	9
1.3.4 Mozione 00.3537/Furti. Inizio del termine di prescrizione	10
1.3.5 Postulato 02.3693/Indennità giornaliera LCA. Un particolare scompenso	10
1.3.6 Postulato 03.3596/Relazioni tra l'assicurazione malattie di base e quella complementare	11
1.4 Compatibilità con il diritto europeo	14
1.4.1 L'acquis communautaire	14
1.4.2 Gli effetti materiali della deregolamentazione del diritto in materia di sorveglianza sul diritto del contratto d'assicurazione	15
2 Commento esplicativo.....	16
2.1 Titolo 1: Disposizioni generali.....	16
2.1.1 Capitolo 1: Campo d'applicazione e diritto imperativo	16
2.1.2 Capitolo 2: Conclusione e obbligatorietà del contratto d'assicurazione	17
2.1.21 Sezione 1: Perfezionamento e revoca	17
2.1.22 Sezione 2: Obbligo di informare dell'impresa di assicurazione preliminare al contratto	23
2.1.23 Sezione 3: Obbligo di notificazione dello stipulante preliminare al contratto	27
2.1.24 Sezione 4: Patti speciali	35

2.1.25	Sezione 5: Comunicazioni e osservanza dei termini	38
2.1.3	Capitolo 3: Premio	38
2.1.4	Capitolo 4: Verificarsi dell'evento	41
2.1.41	Sezione 1: Obblighi dello stipulante e dell'avente diritto	41
2.1.42	Sezione 2: Prestazione dell'impresa di assicurazione	43
2.1.5	Capitolo 5: Modifica del contratto	48
2.1.51	Sezione 1: Aumento e riduzione del rischio	48
2.1.52	Sezione 2: Adeguamento unilaterale del contratto	51
2.1.6	Capitolo 6: Estinzione del contratto	52
2.1.61	Sezione 1: Scioglimento per legge	52
2.1.62	Sezione 2: Recesso del contratto	53
2.1.63	Sezione 3: Conseguenze dell'estinzione del contratto	56
2.1.7	Capitolo 7: Esecuzione forzata	57
2.1.8	Capitolo 8: Prescrizione	60
2.1.9	Capitolo 9: Intermediazione assicurativa	60
2.1.91	Sezione 1: Intermediari assicurativi	61
2.1.92	Sezione 2: Agente assicurativo	62
2.1.10	Capitolo 10: Protezione dei dati	63
2.1.101	Sezione 1: Contratti collettivi	63
2.1.102	Sezione 2: Rilevamento tempestivo e collaborazione interistituzionale	64
2.2	Titolo 2: Disposizioni speciali	65
2.2.1	Capitolo 1: Disposizioni comuni a tutti i rami assicurativi	65
2.2.11	Sezione 1: Assicurazione contro i danni	66
2.2.12	Sezione 2: Assicurazione cumulativa nell'assicurazione contro i danni	69
2.2.13	Sezione 3: Assicurazione somme	72
2.2.2	Capitolo 2: Singoli rami assicurativi	73
2.2.21	Sezione 1: Assicurazione cose	73
2.2.22	Sezione 2: Assicurazione della responsabilità civile	75
2.2.23	Sezione 3: Assicurazione della protezione giuridica	80
2.2.24	Sezione 4: Assicurazione trasporti	85
2.2.25	Sezione 5: Assicurazione dei crediti e assicurazione cauzionale	86

2.2.26	Sezione 6: Assicurazione sulla vita	87
2.2.27	Sezione 7: Assicurazione contro le malattie e gli infortuni	94
2.3	Titolo 3: Rapporti internazionali.....	96
2.4	Titolo 4: Disposizioni finali e transitorie	97
2.5	Allegato	98
2.5.1	Diritto imperativo e semimperativo	98
2.5.2	Modifica del diritto vigente	98
2.5.21	Codice delle obbligazioni	98
2.5.22	Legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori	99
3	Ripercussioni.....	101
3.1	Ripercussioni per la Confederazione	101
3.2	Ripercussioni per i Cantoni	102
3.3	Ripercussioni sull'economia.....	102

Compendio

Parallelamente all'entrata in vigore, il 1° gennaio 2006, della revisione della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), con una revisione parziale anticipata della legge sul contratto d'assicurazione si è risposto a urgenti preoccupazioni politiche e si sono effettuati i necessari adeguamenti normativi. Le modifiche delle disposizioni della legge sul contratto d'assicurazione sono entrate in vigore contemporaneamente alla nuova LSA, a eccezione degli articoli 3 e 3a sull'obbligo di informare delle imprese di assicurazione, entrati in vigore soltanto un anno dopo. Dal momento che con la revisione parziale della LCA si è potuto tenere conto unicamente delle questioni più importanti e di urgenza immediata, negli scorsi anni le cerchie politiche e l'opinione pubblica hanno chiesto una revisione totale del diritto del contratto d'assicurazione. L'avamprogetto presentato deve permettere non soltanto di eliminare le lacune constatate, ma anche di emanare una normativa sulle assicurazioni private al passo con i tempi e orientata al futuro.

I punti centrali della revisione totale della LCA sono l'adeguamento del diritto del contratto d'assicurazione alle mutate circostanze e ai nuovi bisogni attraverso un'elaborazione moderna e previdente della nuova legge nonché il miglioramento della posizione dello stipulante e degli altri aventi diritto secondo il contratto d'assicurazione. Sotto il profilo materiale, l'avamprogetto adempie le esigenze di un moderno atto normativo sul contratto assicurativo. Le innovazioni non sono concepite solo per colmare le lacune dell'informazione, ad esempio mediante l'estensione degli obblighi di informare precontrattuali e contrattuali; occorre tenere conto anche dell'auspicata regolamentazione più appropriata ed equilibrata delle relazioni che precedono la conclusione del contratto e delle possibili forme del medesimo, in particolare mediante l'introduzione del diritto di revoca come pure della possibilità di stipulare contratti d'assicurazione retrospettiva (con effetto retroattivo). L'avamprogetto contiene anche miglioramenti per quanto concerne la mora (in particolare nel pagamento dei premi) e la prescrizione. È altresì preso in considerazione, ad esempio mediante le disposizioni sulla clausola di adeguamento del premio, il bisogno di una regolamentazione più appropriata delle modifiche contrattuali. Si propone altresì la limitazione dell'indennizzo dei costi di impedimento e di riduzione del danno sulla somma assicurata come pure disposizioni appropriate sulla sovrassicurazione e sulla sottoassicurazione o sull'insufficiente copertura assicurativa nel caso di più danneggiati. L'introduzione di diritti di recesso come pure l'emanazione di disposizioni sull'estensione della responsabilità a posteriori e sulla responsabilità per casi assicurati pendenti disciplinano gli aspetti relativi all'estinzione del contratto. Per considerazioni di natura economica sono inoltre state inserite alcune modifiche. A titolo di esempio occorre menzionare in ambito di revoca l'obbligo dello stipulante di rifondere all'impresa di assicurazione i costi di speciali accertamenti effettuati in vista della conclusione del contratto.

1 Basi dell'avamprogetto

1.1 Situazione iniziale

La legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1) disciplina i rapporti contrattuali di diritto privato tra lo stipulante (come pure tra la persona assicurata, gli aventi diritto o i beneficiari) e l'impresa di assicurazione. La LCA vigente, che nell'insieme ha dato buoni risultati per molto tempo, negli ultimi decenni è stata bersaglio di critiche sempre più vive. Il diminuito grado di accettazione dell'attuale normativa sul contratto d'assicurazione non deve essere ricondotto soltanto al cambiamento di concezione e di valutazione di aspetti di diritto assicurativo da parte dell'opinione pubblica. Anche la letteratura deplora a più riprese lo scompensamento tra gli obblighi dello stipulante da un lato e quelli dell'assicuratore dall'altro come pure la scarsa armonizzazione tra la LCA e il diritto delle obbligazioni in generale. A sua volta, la giurisprudenza è sempre più spesso posta di fronte a problemi ai quali il diritto vigente non offre soluzioni o propone soltanto soluzioni inadeguate.

1.1.1 Delimitazione rispetto al diritto delle assicurazioni sociali

Un gran numero di interventi parlamentari porta su questioni che riguardano principalmente la legislazione delle assicurazioni sociali, in particolare nell'ambito dell'assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia.

Nella misura in cui l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, in quanto atto normativo di diritto privato, sottostà alla LCA, vige in essa il principio della libertà contrattuale – fatta salva la vigilanza sugli abusi da parte dell'Ufficio federale delle assicurazioni private (UFAP). Ne consegue che i premi di assicurazione, che sono adeguati ai rischi e ai costi, devono essere ammessi. Sarebbe inopportuno rimettere in questione l'ordine vigente, interferendo pesantemente con la libertà contrattuale. Inoltre si può difficilmente pretendere che sia più facile stabilire la finanziabilità dell'assicurazione d'indennità giornaliera nel settore delle assicurazioni private che a livello di assicurazioni sociali, tanto più che, a differenza di quelle sociali, le assicurazioni private sono finanziariamente autosufficienti e devono essere finanziate senza contributi statali.

Negli interventi parlamentari vengono altresì proposti adeguamenti del diritto delle assicurazioni private ai principi del diritto delle assicurazioni sociali, dal momento che le assicurazioni private assolvono ormai anche compiti che originariamente avevano carattere sociale, in particolare nel settore dell'assicurazione malattie. Nella misura in cui il trasferimento di aspetti sociali nel diritto delle assicurazioni private ha suscitato scompensi o distorsioni del sistema assicurativo, insorge anche in questo caso la questione della soluzione nel contesto appropriato, mediante riconducimento dei corrispondenti ambiti nel diritto delle assicurazioni sociali e – di conseguenza – assoggettamento ai principi di tale diritto. Non appare opportuno riprendere i principi del diritto delle assicurazioni sociali in quello delle assicurazioni private perchè mescola-

re sistemi differenti non soltanto comporterebbe un uso a scopo diverso da quello previsto della LCA, orientata al diritto privato, ma anche, inevitabilmente, gravi problemi di applicazione nella pratica.

1.1.2 Campo di applicazione delle disposizioni sulla protezione

Uno degli obiettivi principali del diritto sul contratto d'assicurazione consiste nel fornire una protezione assicurativa ragionevole e realizzabile che deve essere conseguita, come nel diritto vigente, grazie a norme imperative o semimperative. In materia di protezione si devono così escludere dalle disposizioni imperative e semimperative grandi rischi, mentre ai contratti conclusi con consumatori e ai contratti con le piccole e medie imprese si applicano le disposizioni sulla protezione della LCA. Inoltre numerosi miglioramenti devono essere ottenuti mediante un'impostazione per lo meno semimperativa di prescrizioni finora dispositive.

1.1.3 Lingua e sistematica

Si è prodigata una particolare attenzione all'uso di un linguaggio semplice e, ai fini di una migliore leggibilità, si è rinunciato a una formulazione neutrale sotto il profilo di genere. Per la stessa ragione si è rinunciato anche a impiegare il termine «contratto d'assicurazione». Nell'avamprogetto si utilizza in maniera unitaria «contratto», a meno che non si tratti di un determinato tipo di contratto assicurativo (ad es. contratto d'assicurazione sulla vita). Un altro punto cruciale è la comprensibilità della sistematica del nuovo atto normativo. Si sono quindi eliminati, in particolare, i tanto deprecati errori strutturali della vigente LCA. In risposta alle critiche si è infine proposto un nuovo allestimento della sistematica che tiene conto dei bisogni dell'applicazione del diritto.

L'avamprogetto è suddiviso in quattro titoli e due allegati. Il primo titolo (disposizioni generali), applicabile a tutti i contratti d'assicurazione, comprende 10 capitoli: campo d'applicazione e diritto imperativo, conclusione e obligatorietà del contratto, premi (prestazioni dello stipulante), verificarsi dell'evento (prestazione dell'impresa di assicurazione), modifica del contratto, estinzione del contratto, esecuzione forzata (nei confronti dell'assicuratore e dello stipulante), prescrizione, intermediazione assicurativa e protezione dei dati.

Il secondo titolo (disposizioni particolari) è suddiviso in due capitoli. Il primo capitolo sancisce la differenza fondamentale, valida per tutti i rami assicurativi, tra l'assicurazione contro i danni e l'assicurazione somme, che sostituisce la finora vigente distinzione, spesso contestata, tra l'assicurazione contro i danni e l'assicurazione delle persone. Il secondo capitolo prevede altre disposizioni speciali per rami assicurativi specifici. Nel terzo e nel quarto capitolo, infine, si trovano le prescrizioni sulle relazioni internazionali rispettivamente le disposizioni finali e transitorie. L'allegato 1 comprende un elenco delle norme della LCA che costituiscono diritto imperativo o semimperativo. L'allegato 2 enumera le modifiche che dovranno essere apportare ad altre leggi federali in ragione della revisione della LCA. Come già men-

zionato, l'avamprogetto di revisione presentato (AP-LCA) non fa più distinzione tra assicurazione contro i danni e assicurazione delle persone, bensì tra assicurazione contro i danni e assicurazione somme, suddivise quindi, secondo il punto di vista predominante, in assicurazione cose, assicurazione della responsabilità civile, assicurazione della protezione giuridica, assicurazione trasporti, assicurazione crediti e assicurazione cauzionale, assicurazione sulla vita come pure assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Sono così mantenute le strutture e i concetti che hanno dato buoni risultati, come ad esempio la divisione in disposizioni generali – valide per tutti i contratti – e in disposizioni speciali per i singoli rami assicurativi o la nozione di obbligo di notifica.

1.2 Lavori preliminari

L'11 febbraio 2003, il Dipartimento di giustizia e polizia, che era allora competente, ha incaricato una commissione scientifica di esperti, presieduta dal prof. dott. Anton K. Schnyder dell'Università di Zurigo, di elaborare un disegno di legge di revisione totale della legge sul contratto d'assicurazione e il relativo rapporto esplicativo. Facevano parte della commissione i seguenti esperti: il giudice d'appello dott. Alexander Brunner, il prof. dott. Vincent Brulhart, l'avvocato Olivier Carré, l'avvocata dott. Andrea Eisner-Kiefer, il LD dott. Stephan Fuhrer, il prof. dott. Peter Gauch (fino al 15 febbraio 2005), il prof. dott. Franz Hasenböhler, la prof. dott. Bettina Kahil-Wolff, il prof. dott. Alfred Koller (fino al 31 dicembre 2003), il dott. Matthias Nast, l'avvocato Peter Pfund, il prof. dott. Hans Peter Walter e il giudice del tribunale commerciale Stephan Weber.

Il mandato consisteva nel fare proprie le proposte politiche già note, nella misura in cui non fossero state considerate nella revisione parziale della LCA, come pure nel tenere in conto lo sviluppo del diritto in materia di contratti d'assicurazione negli Stati limitrofi e nel resto dell'Europa nonché la delimitazione con il diritto in materia di assicurazione sociale.

Nel mese di agosto del 2006 la commissione di esperti ha consegnato al Dipartimento federale delle finanze, divenuto nel frattempo l'autorità competente, un avamprogetto unitamente al relativo rapporto esplicativo, portando così a termine il proprio compito. Successivamente l'UFAP è stato incaricato di elaborare un avamprogetto di consultazione, fondandosi su quello degli esperti.

1.3 Interventi parlamentari

1.3.1 Mozione 00.3541/Libero passaggio integrale in caso di cambiamento di assicurazione complementare

La mozione del Gruppo dell'Unione democratica di Centro, depositata il 5 ottobre 2000, chiede l'istituzione di un termine legale massimo entro il quale formulare riserve in caso di conclusione di una nuova assicurazione complementare, perché in ma-

teria di assicurazione malattie per molti assicurati il libero passaggio è possibile solo in parte. La mozione è stata trasmessa sotto forma di postulato.

L'assicurazione complementare è un contratto di diritto privato. L'introduzione di un termine per formulare riserve limiterebbe il principio della libertà contrattuale, che è uno dei fondamenti del diritto privato. Inoltre il termine potrebbe avere effetti controproducenti anche per gli assicurati, perché indurrebbe l'impresa di assicurazione a respingere una domanda di affiliazione qualora il rischio da assumere le apparisse eccessivo. Per queste ragioni il presente avamprogetto rinuncia, in sostanza, all'introduzione di una limitazione temporale per le riserve. Alle assicurazioni complementari concluse con un'impresa connessa a un'assicurazione malattie si applica una disposizione speciale: nella fattispecie, secondo l'articolo 118 dell'avamprogetto, vale per analogia l'articolo 69 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10). Si intende in tal modo evitare che le casse malati si sottraggano alla limitazione di cui nell'articolo 69 LAMal, trasferendo le assicurazioni complementari presso una persona giuridica autonoma.

Il Consiglio federale propone di togliere di ruolo il postulato.

1.3.2 Mozione 00.3542/Conservazione dei vantaggi nel caso di cambiamento dell'assicurazione complementare

La mozione del 5 ottobre 2000 del Gruppo dell'Unione democratica di Centro chiede che, nel caso di cambiamento dell'assicurazione complementare, i vantaggi acquisiti dall'assicurato nell'assicurazione complementare, ad esempio in ragione del numero di anni di affiliazione o dell'assenza di danni, continuino a spettargli a condizione che siano previsti per gli assicurati dalla nuova impresa di assicurazione. La mozione è stata trasmessa sotto forma di postulato.

Una disposizione che obblighi le imprese di assicurazione a determinate agevolazioni interferisce in maniera eccessiva con l'autonomia contrattuale vigente nel diritto privato. La decisione su quali vantaggi garantire ai propri assicurati deve essere lasciata all'impresa di assicurazione. Si rinuncia perciò a regolamentare i vantaggi nel caso di cambiamento dell'assicurazione complementare.

Il Consiglio federale propone di togliere di ruolo il postulato.

1.3.3 Mozione 00.3570/Legge federale sul contratto d'assicurazione. Disposizioni che regolano la prescrizione

Con la mozione «Legge federale sul contratto d'assicurazione. Disposizioni che regolano la prescrizione», depositata il 6 ottobre 2000, il consigliere nazionale Urs Hofmann invita il Consiglio federale a sottoporre al Parlamento una modifica di legge finalizzata a portare a dieci anni il termine minimo di prescrizione di cui nell'articolo 46 capoverso 1 LCA. La mozione è stata trasformata in postulato.

Il Consiglio federale condivide l'opinione che un termine di prescrizione di due anni nella LCA è troppo breve. Tuttavia, dal punto di vista della certezza del diritto, pro-

lungare il termine di prescrizione a dieci anni appare problematico, perchè non tiene sufficientemente conto delle esigenze specifiche del settore assicurativo in relazione con la sorveglianza della situazione economica delle imprese di assicurazione. L'avamprogetto propone quindi di prolungare a cinque anni il termine di prescrizione; per quanto riguarda le prestazioni periodiche si propone la prescrizione della pretesa totale dopo dieci anni (cfr. art. 66 AP-LCA). La disposizione è semimperativa, per cui può essere concordato un termine di prescrizione più lungo. La prescrizione è ormai legata alla scadenza.

Il Consiglio federale propone di togliere di ruolo il postulato.

1.3.4 Mozione 00.3537/Furti. Inizio del termine di prescrizione

Il Tribunale federale ha deciso (DTF 126 III 278) che il già breve termine di prescrizione di due anni previsto in caso di furto decorre dal momento del reato e non dal momento in cui si viene a conoscenza del medesimo. Secondo il consigliere nazionale Peter Jossen-Zinsstag ciò potrebbe avere gravi conseguenze perché i diritti dei derubati potrebbero essere già caduti in prescrizione al momento in cui è scoperto il furto. Con la mozione del 5 ottobre 2000 «Furti. Inizio del termine di prescrizione» il Consiglio federale è quindi invitato a modificare di conseguenza le disposizioni della legge sul contratto d'assicurazione.

L'avamprogetto risponde alla mozione mediante l'articolo 66 unitamente all'articolo 39. Secondo l'articolo 66 AP-LCA, i crediti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in cinque anni dall'inizio della loro scadenza. Al riguardo va osservato che secondo l'articolo 39 AP-LCA la prestazione dell'impresa di assicurazione scade al termine di quattro settimane dal momento in cui l'avente diritto ha sufficientemente sostanziato le sue pretese e menzionato o trasmesso all'impresa di assicurazione i documenti giustificativi che gli sono accessibili.

Il Consiglio federale propone di togliere di ruolo il postulato.

1.3.5 Postulato 02.3693/Indennità giornaliera LCA. Un particolare scompensò

Il postulato depositato dal consigliere nazionale Meinrado Robbiani «Indennità giornaliera LCA. Un particolare scompensò» del 10 dicembre 2002 fa notare che secondo il diritto vigente, nel caso di sospensione di un contratto di indennità giornaliera LCA (ad esempio per mancato pagamento dei premi da parte del datore di lavoro) l'impresa di assicurazione non è tenuta a informare la persona assicurata o a offrirle la possibilità di concludere un contratto d'assicurazione individuale. Il Consiglio federale è invitato a ovviare a questa ingiustizia.

Secondo il diritto vigente nel caso di contratti collettivi che, oltre allo stipulante, accordano ad altre persone un diritto diretto a prestazioni, sussiste un obbligo di informare queste persone su modifiche o estinzione del contratto per il tramite dello stipulante (art. 3 cpv. 3 in combinato disposto con l'art. 87 LCA). L'impresa di assicurazione mette a disposizione dello stipulante la documentazione necessaria

all'informazione. Nel caso di estinzione del contratto collettivo ai sensi della LCA, i disoccupati hanno diritto al passaggio all'assicurazione individuale in virtù dell'articolo 100 capoverso 2.

Il pensiero di fondo dell'articolo 3 capoverso 3 LCA, che è entrato in vigore il 1° gennaio 2006, è ripreso in forma di obbligo di informare nelle assicurazioni collettive aziendali nell'articolo 119 AP-LCA. Inoltre, l'impresa di assicurazione è tenuta a informare gli assicurati in merito a un eventuale diritto di passaggio all'assicurazione individuale. Si rifiuta un obbligo di informare gli assicurati da parte dell'impresa di assicurazione, poiché questa non è in posizione di adempiere tale obbligo. L'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera, ad esempio, è, in definitiva, un'assicurazione somme salariali, ove l'impresa di assicurazione non sa chi lavora presso lo stipulante, chi interrompe questo rapporto di lavoro né chi, in seguito a tale interruzione, è disoccupato. L'esigenza di informazione insita nel postulato dovrebbe per altro essere soddisfatta grazie alla soluzione proposta.

Un diritto di passaggio è previsto soltanto per le persone che sono considerate disoccupate ai sensi della legge sull'assicurazione contro la disoccupazione. La finalità protettiva è manifesta, in particolare allorché un salariato già malato lascia il suo impiego e resta quindi senza lavoro. In caso contrario vige anche nella fattispecie il principio della libertà contrattuale, per cui nelle assicurazioni collettive d'indennità giornaliera ai sensi della LCA non è previsto un diritto generale di passaggio.

Il Consiglio federale propone di togliere di ruolo il postulato.

1.3.6 Postulato 03.3596/Relazioni tra l'assicurazione malattie di base e quella complementare

Il postulato, accolto l'8 marzo 2004 dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale tramite il suo Consiglio, invita il Consiglio federale a illustrare le relazioni tra l'assicurazione malattie di base e quella complementare e a elaborare adeguate proposte in materia di legislazione. Si devono in particolare trattare gli aspetti di costituzionalità, la libertà contrattuale, il libero passaggio, la validità delle riserve in caso di malattia come pure la destinazione vincolata del contributo di base dei Cantoni.

Dall'entrata in vigore il 1° gennaio 1996 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), le assicurazioni facoltative a complemento dell'AOMS sottostanno alla sorveglianza dell'Ufficio federale delle assicurazioni private (UFAP) e alle disposizioni della legge sul contratto d'assicurazione (LCA). In ragione della separazione dei due sistemi, gli assicurati possono stipulare assicurazioni di base e complementari presso assicuratori diversi (cfr. art. 7 cpv. 7 e 8 LAMal). Le grandi casse malati, in particolare, hanno istituito, conformemente alla LSA, imprese di assicurazione che si occupano delle assicurazioni complementari. In questo settore, nel frattempo, circa il 76 per cento del volume dei premi (stato: 2006) concerne assicuratori privati.

Dall'adozione del postulato nel mese di marzo del 2004 sono entrate in vigore, sia nell'ambito delle assicurazioni sociali, sia in quello delle assicurazioni private, nuove

disposizioni di legge atte a migliorare la trasparenza dell'assicurazione malattie e il livello di informazione degli stipulanti sulle relazioni e le differenze tra assicurazione di base e assicurazione complementare. Le principali modifiche sono illustrate qui appresso.

Affinché gli stipulanti possano individuare chiaramente già prima della conclusione del contratto la differenza tra assicurazione obbligatoria e assicurazione facoltativa, dal 2006 il formulario di affiliazione all'AOMS può contenere unicamente indicazioni sull'assicurazione di base (art. 6a OAMal) e non sull'assicurazione complementare facoltativa. In proposito, la revisione parziale della LCA entrata in vigore nel 2007 obbliga gli assicuratori a informare gli stipulanti in maniera comprensibile sul contenuto essenziale del contratto, prima della conclusione dello stesso. L'articolo 12 AP-LCA estende questi obblighi esigendo per le assicurazioni complementari contro le malattie anche informazioni sul metodo di finanziamento, compresa la costituzione e l'utilizzazione degli accantonamenti fondati sull'età (art. 12 cpv. 2 lett. c AP-LCA).

Grazie ai chiarimenti apportati sulla differenza tra assicurazione obbligatoria e assicurazione facoltativa e alle informazioni sui metodi di finanziamento – criterio fondamentale per la scelta di un prodotto come l'assicurazione complementare, generalmente concepita per durare tutta la vita – il livello di informazione dei nuovi assicurati è notevolmente migliorato. In particolare i consumatori sono messi in condizione di comparare, oltre ai premi attualmente in vigore, anche la loro probabile evoluzione. In ragione di diversi metodi di finanziamento, l'entità della graduazione dei premi con l'età può presentare considerevoli differenze; questa informazione può essere decisiva per la conclusione del contratto.

La Direttiva 2004/113/CE del Consiglio del 13 dicembre 2004 che attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura (GU L 373 del 21 dicembre 2004, pag. 37) vieta i premi in funzione del sesso. Si può derogare a questo principio a condizione che un'impresa di assicurazione dimostri che tenere conto del sesso può essere un fattore determinante per la valutazione del rischio basata su dati pertinenti e precisi a carattere attuariale.

L'AP-LCA rinuncia a un'attuazione analoga di questa direttiva. I premi sono determinati secondo una valutazione attuariale dei rischi che consente di prendere in considerazione le più diverse caratteristiche del richiedente. Nel quadro di questa analisi di rischio individuale risultano premi differenti in funzione della valutazione e della susseguente classificazione in una categoria di rischio. È ammessa una differenza di premio tra le varie categorie di rischio e ciò anche a protezione e nell'interesse della comunità degli assicurati. La valutazione del rischio individuale e la differenziazione in funzione dei fattori di rischio individuali è anche nell'interesse della persona assicurata. Non sono ammissibili premi arbitrari. Una differenza di premio in funzione del sesso non sarebbe quindi contestabile in quanto risultato dell'assegnazione a differenti categorie di rischio in base a dati attuariali pertinenti. In tal caso nulla si oppone alla considerazione del sesso come fattore attuariale di calcolo nella determinazione dei premi. Poiché nel diritto delle assicurazioni private la tariffazione adeguata al rischio è un principio riconosciuto al pari della libertà dell'assicuratore di costituire

gruppi di solidarietà legati al rischio, costituzionalmente la differenza di premi per uomini e donne non costituisce una discriminazione determinante.

Come è stato accertato dal Consiglio nazionale l'8 marzo 2004 in occasione del trattamento dell'iniziativa parlamentare Teuscher Franziska «Assicurazione malattia. Divieto di discriminazione nei confronti delle donne» (98.406), le imprese di assicurazione che non fanno distinzioni in funzione del sesso dispongono di una parte di mercato superiore a quella delle imprese che praticano tale distinzione. Data la libertà di scelta offerta dal mercato e trattandosi per giunta di un'assicurazione facoltativa si deve concludere, nonostante l'intervento in questione sia stato respinto, che eventuali discriminazioni ai sensi dell'iniziativa sarebbero de facto assorbite dal mercato.

Secondo le disposizioni transitorie dell'AP-LCA, gli obblighi di informare riguardano soltanto i nuovi contratti assicurativi e non quelli esistenti. Le persone già assicurate possono procurarsi proposte concorrenziali con le nuove informazioni, ma, dato il principio della libertà contrattuale vigente nel settore delle assicurazioni private, non esiste affiliazione forzata come nell'AOMS. L'AP-LCA comporta tuttavia una modifica che migliora la situazione di premi degli attuali assicurati, soprattutto dei più anziani; l'articolo 116 AP-LCA prescrive che l'assicuratore che non aggiunge più contratti a un effettivo di assicurati deve proporre agli stipulanti interessati il diritto di passaggio in un prodotto equivalente con effettivo aperto. Si evita così in questi casi che agli assicurati che fanno parte di effettivi anziani e in diminuzione non resti - per via del moltiplicarsi delle prestazioni - altra alternativa se non pagare premi sempre più elevati o rinunciare alla copertura. L'articolo 116 AP-LCA riprende questa norma dall'ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (ordinanza sulla sorveglianza, OS) in vigore dal 2006. Il numero 2.2.27 ad articolo 116 del presente rapporto contiene spiegazioni più dettagliate in merito.

Contrariamente a quanto accade nell'AOMS, l'impresa di assicurazione che copre l'assicurazione complementare ha facoltà di decidere se includere nelle condizioni generali di assicurazione la possibilità di recesso da parte dell'assicurato o se riservarsi tale diritto. Data la particolare natura dell'assicurazione malattie, finora sul mercato non c'era in pratica alcun prodotto che offrisse all'assicurato la possibilità di recesso. Dal 2006 le imprese di assicurazione che si riservano il diritto di recesso sono tenute a restituire all'assicurato una parte adeguata delle riserve di senescenza nei prodotti che costituiscono queste riserve (art. 155 OS). Tra queste figurano le maggiori assicurazioni complementari per cure ospedaliere. La costituzione e l'utilizzazione degli accantonamenti fondati sull'età, insieme alle indicazioni sulla durata e sull'estinzione del contratto, rientrano negli obblighi di informare ai sensi dell'articolo 12 AP-LCA; è così garantito che gli stipulanti siano informati dei loro diritti prima della conclusione del contratto.

Tra le innovazioni legali entrate in vigore dall'adozione del postulato c'è infine la continuazione dell'obbligo di presentare le modifiche delle tariffe e delle condizioni generali di assicurazione nel settore dell'assicurazione complementare contro le malattie (art. 4 cpv. 2 lett. r e art. 5 LSA): l'autorità di sorveglianza esamina se i premi previsti sono stabiliti entro limiti tali da garantire, da un lato, la solvibilità dei singoli istituti d'assicurazione e, dall'altro, la protezione degli assicurati contro gli abusi (art. 38

LSA). Per questo aspetto l'assicurazione complementare contro le malattie costituisce, insieme all'assicurazione collettiva sulla vita, una deroga all'esonero dall'obbligo di presentazione, per altro largamente progredito nelle assicurazioni private. L'obbligo di presentare le tariffe accomuna quindi l'AOMS e l'assicurazione privata.

Le maggiori differenze tuttora esistenti nelle condizioni quadro dell'AOMS e delle assicurazioni complementari sono le seguenti: le prestazioni e i gruppi di solidarietà sono disciplinati per legge nell'AOMS, mentre in quella complementare sono stipulati contrattualmente. Inoltre l'AOMS prevede l'affiliazione forzata, mentre nell'assicurazione complementare vige la libertà contrattuale con la possibilità di formulare riserve in caso di malattia. Infine, Confederazione e Cantoni finanziano parzialmente l'AOMS con contributi alla riduzione dei premi per quanto riguarda i premi e mediante sussidi agli ospedali per quanto riguarda le prestazioni. Le prestazioni delle assicurazioni complementari sono invece integralmente finanziate dai premi degli assicurati. Al riguardo va ricordato che la partecipazione dei Cantoni ai costi dei trattamenti stazionari all'interno del Cantone nei reparti semiprivati e privati degli ospedali pubblici (contributi di base) non è un sussidio alle assicurazioni complementari bensì una rettifica contabile a carico dell'AOMS per l'onere inizialmente addebitato unicamente all'assicurazione complementare negli ospedali.

Il Consiglio federale propone di togliere di ruolo il postulato.

1.4 Compatibilità con il diritto europeo

1.4.1 L'acquis communautaire

L'acquis communautaire europeo non contiene una regolamentazione compiuta del diritto del contratto d'assicurazione. Il progetto di una direttiva di armonizzazione del 1979 (G. C 190 del 28 luglio 1979, pag. 2; ABl. C 355 del 31 dicembre 1980, pag. 30) non ha potuto affermarsi ed è stato quindi ritirato dalla Commissione europea (GU C 228 del 4 agosto 1993, pag. 14).

Ciononostante il diritto comunitario secondario interviene più o meno direttamente nel diritto del contratto d'assicurazione. Ad esempio, le direttive CE sull'assicurazione vita e non vita (Direttiva 2002/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 novembre 2002, relativa all'assicurazione sulla vita, GU L 345 del 19 dicembre 2002, pag. 1; Direttiva 92/49/CEE del Consiglio, del 18 giugno 1992, che coordina le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative riguardanti l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita e che modifica le direttive 73/239/CEE e 88/357/CEE [terza direttiva assicurazione non vita], GU L 228 dell'11 agosto 1992, pag. 1) sull'introduzione di un dovere di informazione e di consulenza dell'assicurato da parte dell'impresa di assicurazione e sulla mediazione assicurativa (Direttiva 2002/92/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 dicembre 2002, sulla intermediazione assicurativa, GU L 9 del 15 gennaio 2003, pag. 3) hanno istituito un dovere di informazione, di consulenza e di documentazione da parte del mediatore. Inoltre le disposizioni delle direttive sull'assicurazione autoveicoli hanno notevolmen-

te consolidato la protezione della parte lesa (Direttiva 2000/26/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 maggio 2000, concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri in materia di assicurazione della responsabilità civile risultante dalla circolazione di autoveicoli e che modifica le direttive 73/239/CEE e 88/357/CEE del Consiglio [quarta direttiva assicurazione autoveicoli], GU L 181 del 20 luglio 2000, pag. 65; Direttiva 2005/14/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 maggio 2005, che modifica le direttive del Consiglio 72/166/CEE, 84/5/CEE, 88/357/CEE e 90/232/CEE e la direttiva 2000/26/CE del Parlamento europeo e del Consiglio sull'assicurazione della responsabilità civile risultante dalla circolazione di autoveicoli).

Un gruppo di esperti scientifico (*Restatement of European Insurance Contract Law*) ha elaborato e consegnato alla Commissione europea a fine 2007 un progetto di sistema europeo di diritto del contratto assicurativo, ossia i *Principles of European Insurance Contract Law* (<http://restatement.info/cfr/Draft-CFR-Insurance-Contract-17122007-FINAL.pdf>). Questi «principi» sono intesi come modello normativo rivolto anche ai legislatori nazionali per facilitare la comprensibilità dei concetti. Non si può al momento prevedere se il legislatore europeo farà dei *Principles of European Insurance Contract Law* un diritto del contratto d'assicurazione opzionale.

1.4.2 Gli effetti materiali della deregolamentazione del diritto in materia di sorveglianza sul diritto del contratto d'assicurazione

L'evoluzione del diritto europeo in materia di sorveglianza degli assicuratori è contrassegnata soprattutto dall'introduzione della deregolamentazione. Il passo più significativo è stato indubbiamente la rinuncia a un controllo preventivo dei prodotti. Contemporaneamente, però, la deregolamentazione ha diminuito la protezione degli assicurati perchè con l'aumentare della varietà dei prodotti sono diminuite trasparenza e comparabilità, peggiorando tendenzialmente la posizione dello stipulante come parte contraente. Per compensare tale perdita, in alcuni Paesi europei si è di recente provveduto a una nuova regolamentazione del diritto del contratto d'assicurazione.

In Svizzera l'evoluzione del diritto in materia di sorveglianza degli assicuratori e l'interazione con il diritto del contratto d'assicurazione va di pari passo con quella dell'UE. Contemporaneamente alla deregolamentazione intrapresa con la LSA nel 2004, in cui si trattava in prevalenza dell'attuazione autonoma del diritto comunitario secondario, si è provveduto anche a un rafforzamento della protezione dello stipulante nel diritto del contratto d'assicurazione. In un primo tempo, nel 2004, si è proceduto a una revisione parziale della LCA, dando una risposta a questioni urgenti dei consumatori. Per ampliare e completare questa revisione parziale, si intende emanare, con il presente avamprogetto di revisione totale, un atto normativo completamente innovativo e orientato al consumatore.

Gli obblighi di informare in generale e in materia di assicurazione sulla vita in particolare sono quindi ampliati. Inoltre l'avamprogetto introduce un diritto generale di revoca dello stipulante e sancisce ormai anche obblighi di consulenza da parte dell'impresa di assicurazione e/o dell'intermediario assicurativo come pure obblighi di

informare degli agenti assicurativi. Non da ultimo la protezione prevista dall'avamprogetto si estende non soltanto ai consumatori, ma anche alle imprese stipulanti, a condizione che non si tratti di un'assicurazione dei grandi rischi.

Dal confronto di queste principali innovazioni con il diritto CE risulta che l'avamprogetto segue nelle grandi linee la normativa comunitaria.

2 Commento esplicativo

2.1 Titolo 1: Disposizioni generali

2.1.1 Capitolo 1: Campo d'applicazione e diritto imperativo

Art. 1 Campo d'applicazione

L'articolo 1 AP-LCA disciplina in maniera imperativa il campo d'applicazione della legge sul contratto d'assicurazione.

Capoverso 1

L'articolo 1 LCA riprende in forma positiva la norma di cui all'articolo 101 capoverso 1 numero 2 LCA. Ciò significa che l'AP-LCA continua a non essere applicabile ai rapporti di diritto privato tra le imprese di assicurazione che non sottostanno alla sorveglianza degli assicuratori (art. 2 cpv. 2 LSA) e i loro assicurati, salvo per quanto riguarda i rapporti legali per la cui esecuzione queste imprese sono soggette alla sorveglianza. È fatto salvo l'articolo 122 AP-LCA, che dichiara applicabili ai contratti nei rapporti internazionali gli articoli 117 e seguenti LDIP.

Capoverso 2

Per quanto riguarda l'esclusione dei contratti di riassicurazione dal campo d'applicazione della normativa sul contratto d'assicurazione, l'articolo 1 capoverso 2 AP-LCA riprende il diritto vigente (art. 101 cpv. 1 n. 1 LCA).

Art. 2 Diritto imperativo

L'aspetto principale dell'avamprogetto è di garantire una protezione degli assicurati ragionevole e realizzabile. In quest'ottica, l'intervento del legislatore è necessario laddove si manifesta tra le parti contraenti uno scompensamento a livello di informazione o di influenza. Il campo di protezione delle disposizioni imperative e semimperative della presente legge deve quindi comprendere non solo i contratti conclusi con i consumatori ma anche quelli con le piccole e medie imprese. Nel loro caso, secondo il parere della commissione di esperti, il bisogno di protezione risiede nella natura specifica della materia assicurativa che, per la sua particolarità e complessità, è difficile da padroneggiare anche per persone pratiche degli affari. Un'eccezione si giustifica soltanto per quanto riguarda i grandi rischi ai sensi dell'articolo 124 capoverso 6 AP-LCA, dal momento che gli assicurati interessati dispongono in genere di strutture

(servizi giuridici ecc.) che consentono loro di garantire adeguatamente i propri interessi. Le disposizioni imperative e semimperative sono elencate nell'Allegato 1.

Art. 3 Rapporto con il rimanente diritto privato

La LCA costituisce sistematicamente una legge di complemento al CO. Le disposizioni della LCA anticipano il comune diritto debitorio in quanto *lex specialis*. L'articolo 3 AP-LCA riprende il pensiero di fondo dell'articolo 100 capoverso 1 LCA, per cui, in mancanza di una disposizione speciale, l'eliminazione delle lacune e l'interpretazione si ispirano a principi generali. Contrariamente al diritto vigente, l'enunciato dell'articolo 3 AP-LCA comprende un rimando globale all'insieme del diritto privato. Con questa formulazione non si introduce per altro alcuna modifica materiale, bensì si rappresenta piuttosto l'opinione dominante secondo cui il rimando dell'articolo 100 capoverso 1 LCA, oltre al CO, comprende anche il CC come pure tutte le leggi di complemento di diritto civile pertinenti in materia di diritto contrattuale. La disposizione è imperativa.

2.1.2 Capitolo 2: Conclusione e obligatorietà del contratto d'assicurazione

2.1.21 Sezione 1: Perfezionamento e revoca

Art. 4 Proposta di conclusione del contratto

Contrariamente al diritto vigente, che parte dal presupposto che sia l'impresa di assicurazione a presentare una proposta, l'avamprogetto di revisione prevede una formulazione neutrale, secondo cui la proposta può essere presentata sia dall'impresa di assicurazione, sia dall'eventuale stipulante.

Il termine stipulante designa, oltre allo stipulante in senso stretto, ossia il partner contrattuale dell'impresa di assicurazione, anche i terzi interessati.

Art. 5 Proposta dell'impresa di assicurazione

Capoversi 1e 3

Per motivi di certezza del diritto, l'impresa di assicurazione deve limitare nel tempo la propria proposta, ossia specificare il periodo durante il quale lo stipulante può accettare il contratto. Il termine inizia a decorrere dal momento in cui la proposta è pervenuta.

Capoverso 2

Per migliorare la posizione dello stipulante nell'ambito dell'attività di massa, nei confronti dei consumatori il periodo vincolante dell'impresa di assicurazione deve essere di almeno tre settimane. Si lascia così allo stipulante un periodo di esame e di riflessione appropriato e quindi anche la possibilità di procurarsi offerte comparative. In ragione dell'impostazione semimperativa del capoverso 3, non è ammessa una riduzione di tale periodo salvo nel caso di garanzie di copertura provvisoria o di contratti di breve durata.

Il consumatore è, ai sensi della LCA, una persona fisica che conclude il contratto per uno scopo che non può essere attribuito alla sua attività professionale o commerciale. Per definire i contratti conclusi con consumatori la LCA impiega la descrizione negativa più vasta che si trova, ad esempio, anche nella legge federale del 23 marzo 2001 sul credito al consumo (LCC; RS 221.214.1).

Art. 6 Proposte speciali

L'articolo 6 AP-LCA riprende essenzialmente l'articolo 2 LCA, fissando uniformemente a tre settimane, per ragioni di praticità, il tempo di reazione dell'impresa di assicurazione. In osservanza del principio della ricezione, il termine inizia a decorrere dal momento in cui la risposta è pervenuta all'impresa di assicurazione. Contrariamente al diritto vigente (art. 2 cpv. 3 LCA), anche la proposta di aumentare la somma assicurata rientra nel campo d'applicazione dell'articolo 6 AP-LCA. Se viene presentata una tale proposta, l'impresa di assicurazione comunica allo stipulante il nuovo premio che può essere da lui rifiutato esercitando il diritto di revoca conferitogli dall'articolo 7 AP-LCA. In questo caso la modifica contrattuale non avviene.

Art. 7 Diritto di revoca

L'articolo 7 AP-LCA prevede per tutti i contratti d'assicurazione un diritto di revoca il cui termine è fissato a 14 giorni. L'avamprogetto va così oltre le direttive UE pertinenti che prevedono un siffatto diritto di revoca solo per le assicurazioni sulla vita (art. 35 Direttiva 2002/83/CE, del 5 novembre 2002, relativa all'assicurazione sulla vita, GU L 345 del 19 dicembre 2002, pag. 1) come pure per i contratti d'assicurazione per danni stipulati nell'ambito della commercializzazione a distanza (Direttiva 2002/65/CE, del 23 settembre 2002, concernente la commercializzazione a distanza di servizi finanziari ai consumatori e che modifica la direttiva 90/619/CEE del Consiglio e le direttive 97/7/CE e 98/27/CE, GU L 271 del 9 ottobre 2002, pag. 16). La maggior parte degli Stati dell'UE si è limitata all'attuazione della direttiva nel campo dell'assicurazione sulla vita. Sono pochi i Paesi dell'UE che hanno esteso il diritto di revoca al settore delle assicurazioni non vita. L'integrazione di queste assicurazioni nel campo d'applicazione del diritto di revoca è giustificata dalla complessità della materia.

Cvp. 1 e 4

Devono essere incluse nel diritto di revoca, oltre alla conclusione vera e propria del contratto, anche le proroghe e le modifiche del contratto, dal momento che si tratta di accordi che per lo stipulante possono rivestire un'importanza giuridica ed economica pari alla conclusione di un contratto d'assicurazione.

Il capoverso 4 esclude il diritto di revoca unicamente in caso di assicurazioni collettive di persone come pure di garanzie di copertura provvisoria. Per i contratti d'assicurazione collettiva si tiene conto soprattutto della protezione del lavoratore, i cui interessi potrebbero essere messi in pericolo da una revoca (cfr. al riguardo anche l'art. 35 Direttiva 2002/83/CE, del 5 novembre 2002, relativa all'assicurazione sulla vita, che prevede un diritto di recesso solo per le assicurazioni individuali sulla vita).

Nel caso di garanzie di copertura provvisoria l'introduzione di un diritto di revoca non è comunque presa in considerazione in ragione della sua breve durata.

Contrariamente alle disposizioni delle direttive europee, che per il diritto di revoca nell'assicurazione sulla vita presuppongono una durata minima contrattuale di almeno sei mesi (art. 35 par. 2 Direttiva 2002/83/CE, del 5 novembre 2002, relativa all'assicurazione sulla vita), il capoverso 1 dell'articolo 7 AP-LCA introduce il diritto di revoca già per contratti della durata di un mese. In proposito l'avamprogetto si ispira all'articolo 6 paragrafo 2 lettera b della Direttiva 2002/65/CE, del 23 settembre 2002, concernente la commercializzazione a distanza di servizi finanziari, secondo il quale il diritto di revoca è escluso per le assicurazioni viaggio e bagagli o per altre polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese. Si vuole così garantire l'esclusione dal diritto di revoca di patti che, per la loro breve durata, sono di importanza secondaria.

Secondo l'avamprogetto di revisione la revoca deve avvenire per scritto. Sono inclusi il commercio elettronico e la trasmissione via Fax.

Capoverso 2

Il termine di revoca è fissato uniformemente per tutti i tipi di contratti d'assicurazione e scade due settimane dopo la conclusione, la proroga o la modifica del contratto.

Capoverso 3

Con il riferimento alla scadenza del termine, si precisa ancora una volta che la proposta può essere revocata ancora prima della conclusione del patto giuridico. Il termine è rispettato se la notifica è pervenuta all'impresa di assicurazione oppure è stata consegnata alla Posta svizzera l'ultimo giorno della durata del termine. Come alternativa al modo di ricevimento devono essere incluse anche altre forme di trasmissione, come ad esempio le comunicazioni elettroniche o via Fax.

Art. 8 Effetti della revoca

Capoverso 1

La revoca produce i suoi effetti legali ex tunc, il che significa che le prestazioni già fornite devono essere restituite. Ne consegue logicamente che chiunque revochi la propria proposta o la propria dichiarazione di approvazione non può pretendere alcuna prestazione.

Capoverso 2

È inoltre previsto un obbligo di rimborso dei costi dello stipulante, se le circostanze lo giustificano. Si pensi ad esempio a costosi accertamenti medici o tecnici ordinati dall'impresa di assicurazione in vista della conclusione del contratto. In caso di modifiche o proroghe del contratto, si può pretendere unicamente la restituzione delle prestazioni fornite ai fini della modifica o della proroga.

Capoverso 3

Il capoverso 3 stabilisce un'eccezione per i casi in cui l'impresa di assicurazione, nonostante la revoca, sia obbligata da una legge speciale a fornire prestazioni a una

terza persona. Questa situazione può verificarsi, ad esempio, in caso di revoca di un contratto d'assicurazione di responsabilità civile per veicoli a motore. Secondo l'articolo 68 capoverso 2 della legge del 19 dicembre 1958 sulla circolazione stradale (LCStr; RS 741.01) l'assicuratore deve notificare all'autorità la sospensione o la cessazione dell'assicurazione. Nei confronti della parte lesa, tuttavia, la mancanza di protezione assicurativa ha effetto solo con la restituzione della licenza di circolazione e delle targhe di controllo, ma in ogni caso sessanta giorni dopo il ricevimento della notifica dell'assicuratore. Conformemente alle disposizioni della LCStr, per un periodo di tempo limitato sussiste una copertura assicurativa esterna, nonostante l'estinzione del contratto in seguito alla revoca.

In ragione dell'esclusione delle eccezioni di cui all'articolo 65 LCStr, l'impresa di assicurazione non potrebbe far valere l'eccezione nei confronti della parte lesa, nonostante la revoca. In simili casi si deve tenere debito conto della mutata situazione degli interessi mediante un corrispondente obbligo di pagamento dei premi e l'esclusione del regresso nei confronti dell'assicurato.

Art. 9 Oggetto dell'assicurazione

Oltre allo stipulante, i terzi possono essere parte del contratto d'assicurazione in diverse maniere. Perciò l'AP-LCA lascia alle parti un ampio ma non illimitato margine di manovra, tenendo conto dei bisogni della prassi, ma prevedendo anche limitazioni laddove necessario per motivi sociali. Benché le disposizioni vigenti siano sostanzialmente riprese, i punti oscuri e le lacune sono eliminati grazie a una chiara terminologia e a una precisa formulazione delle fattispecie da regolamentare. Gli assunti normativi sono finalizzati alla certezza del diritto.

In Svizzera la teoria dell'interesse, ovvero il principio su cui poggia attualmente la maggior parte degli ordinamenti giuridici europei, è stata respinta a più riprese in passato e le è stata preferita la cosiddetta dottrina dell'oggetto. Secondo questa teoria, l'oggetto dell'assicurazione è sempre una cosa, una persona o un bene. Nella teoria dell'interesse, invece, l'oggetto dell'assicurazione è determinato da un interesse specifico che deve essere assicurato. L'interessato è quindi colui che, in mancanza di un contratto d'assicurazione, dovrebbe legalmente sopportare il danno. Si tiene così particolarmente conto del fatto che, oltre a quello della proprietà, possono esistere anche altri legami giuridici tra una persona e una cosa e che, in caso di danno alla cosa, potrebbe insorgere una perdita patrimoniale per la persona interessata. La possibilità di assicurare cose di terzi nel proprio interesse e cose proprie nell'interesse di terzi corrisponde a un bisogno pratico che merita di essere protetto: si tratta di consentire l'assicurazione anche nei casi in cui la proprietà e il rischio sono scissi, come ad esempio nell'assicurazione di costruzioni. Basta uno sguardo alle condizioni correnti perché sia più che chiaro che in tali situazioni (da decenni) si ricorre regolarmente alla dottrina dell'interesse. Oltre ad avere una funzione descrittiva dell'oggetto dell'assicurazione (interesse assicurato o cosiddetto interesse tecnico), la nozione di interesse assicurato serve anche a distinguere l'assicurazione dalla scommessa. L'assicurazione è finalizzata a coprire una perdita patrimoniale incombente. In assenza di tale interesse economico, si tratta di scommessa, e quindi di una semplice obbligazione naturale. Subordinando la validità dell'assicurazione

all'esigenza di un interesse economico si intende garantire la necessaria serietà del contratto, richiesta dalla legge per l'attuazione del rapporto contrattuale. La teoria dell'interesse, inoltre, mette a disposizione un sistema applicabile a tutte le assicurazioni, mentre quella dell'oggetto, essendo vincolata alla proprietà del medesimo, può riferirsi in senso stretto unicamente all'assicurazione cose. Per giunta il diritto vigente si basa palesemente sulla dottrina dell'interesse (cfr. ad es. art. 48 LCA), d'altronde già sancita in quasi tutte le normative europee. Di conseguenza, a meno che gli sforzi per il contrario non siano un giorno coronati dal successo, la teoria dell'interesse diventerà parte integrante di un futuro diritto delle assicurazioni europeo.

È dibattuta la questione dell'esistenza dell'interesse anche nell'assicurazione somme. A questo interrogativo molti ordinamenti giuridici europei rispondono affermativamente. L'argomento a favore è che anche nell'assicurazione somme è necessario un indizio della serietà del rapporto contrattuale; quello contrario è che i temuti svantaggi economici non possono essere circoscritti con la stessa precisione come nel caso dell'assicurazione contro i danni. Diverse normative - tra cui quella svizzera negli articoli 74 LCA e 10 capoverso 4 AP-LCA - prevedono che un'assicurazione sulla vita di un terzo può essere contratta solo con suo consenso. Questa esigenza è considerata perlopiù come sufficiente garanzia di serietà nell'assicurazione somme. L'argomento convince unicamente per l'assicurazione sulla vita. L'assicurazione somme può però verificarsi anche in altri rami assicurativi. Da qui l'opportunità di adeguarsi all'interesse economico anche nell'assicurazione somme.

Capoversi 1 e 2

I capoversi 1 e 2 regolano le principali forme di partecipazione di terzi. Bisogna distinguere, da un lato, tra assicurazione per conto proprio e assicurazione per conto di terzi (cpv. 1) e, dall'altro, tra assicurazione propria e assicurazione di terzi (cpv. 2). I primi due concetti si riferiscono agli interessi assicurati. Di norma sono assicurati gli interessi della persona che, in assenza di assicurazione, dovrebbe sopportare il danno.

Nella distinzione tra assicurazione di terzi e assicurazione propria, si tratta di determinare la persona esposta a rischio, rispettivamente il proprietario della cosa assicurata. Si presume che un'assicurazione copra gli interessi della persona esposta a rischio. (cfr. cpv. 3). Sono tuttavia ammesse le assicurazioni proprie per conto di terzi (ad es. assicurazione di cauzioni) o le assicurazioni di terzi per conto proprio (ad es. assicurazione di costruzione contratta dall'imprenditore) che nella prassi hanno una solida posizione.

Capoverso 3

Il capoverso 3 segue il diritto vigente, generalizzandone il principio. Se finora si presumeva che l'assicurazione fosse stipulata per conto proprio (art. 16 cpv. 2 LCA), ora si presume che sia stipulata a favore della persona assicurata. Nelle assicurazioni proprie (a cui si riferisce il diritto vigente) si tratta dello stipulante, nelle assicurazioni di terzi, del terzo assicurato. Questo assunto può essere confutato. Le parti sono tuttavia tenute a garantire la chiarezza mediante le disposizioni contrattuali del caso.

Art. 10 Aveni diritto e terzi

Capoversi 1 e 2

Il primo periodo del capoverso 1 è dispositivo e quindi ha valore di presupposizione. L'assunto di cui all'articolo 9 capoverso 3, secondo cui sono coperti gli interessi dell'assicurato, è completato dalla presupposizione che il diritto alle prestazioni spetta alla persona per il cui conto il contratto è stato concluso, ossia, di norma, all'assicurato. Si può derogare a questa presupposizione, ma ancora una volta soltanto mediante un accordo chiaro finalizzato alla certezza del diritto. Se, ad esempio, uno spedizioniere, in quanto stipulante, assicura gli interessi del proprietario per l'integrità di una cosa trasportata, nella prassi il diritto alle prestazioni di assicurazione spetta a quest'ultimo. Il contratto può tuttavia prevedere prestazioni dell'impresa di assicurazione nei confronti dello stipulante.

Il secondo periodo del capoverso 1 come pure il capoverso 2 limitano le deroghe al primo periodo del capoverso 1 nell'ambito delle assicurazioni contro le malattie e gli infortuni.

Nell'assicurazione individuale allorché le prestazioni di assicurazione non spettano allo stipulante, occorre il consenso della persona assicurata (cpv. 1 secondo periodo). Secondo la regola generale le prestazioni spettano alla persona che, in assenza di assicurazione, dovrebbe assumere i costi di malattia o di infortunio. Normalmente, nell'assicurazione propria questa persona è lo stipulante stesso, mentre nell'assicurazione di terzi si tratta di una persona in posizione di garante (ad es. un genitore o il datore di lavoro). Se il pagamento non deve essere versato alle persone a cui incombono i costi del possibile verificarsi dell'evento, l'assicurato deve sapere che in caso di malattia o di infortunio l'indennizzo va al terzo avente diritto. Simili casi dovrebbero essere relativamente rari, ma la disposizione è necessaria per prevenire fin dall'inizio possibili abusi.

Secondo il diritto vigente, nell'assicurazione collettiva contro le malattie e gli infortuni al verificarsi dell'evento il terzo assicurato beneficia ipso iure di un diritto proprio verso l'assicuratore (art. 87 LCA); egli diventa così avente diritto. Le prestazioni assicurative dell'assicurazione collettiva contro le malattie e gli infortuni devono obbligatoriamente continuare a essere pagate all'assicurato (cpv. 2). Ciò significa, ad esempio, che gli impiegati di un datore di lavoro che assicura il proprio obbligo di pagare il salario (egli diventa così diretto interessato per cui sussiste un'assicurazione di terzi per conto proprio) hanno un diritto inalienabile nei confronti dell'impresa di assicurazione (assicurazione per conto di terzi). Questo principio vale anche per i diritti diretti previsti da leggi speciali (ad es. art. 65 cpv. 1 LCStr).

Capoverso 3

Nell'assicurazione per conto di terzi il diritto vigente non consente la compensazione del pagamento dell'indennità con i premi arretrati (art. 17 cpv. 3 LCA). Come corollario a questa esclusione di eccezione è previsto un obbligo sussidiario di pagamento dei premi (strettamente limitato) (art. 18 cpv. 2 LCA). Le due disposizioni non sono appropriate. Deve pagare i premi solo chi si è impegnato nei confronti dell'impresa di assicurazione (nella grande maggioranza dei casi lo stipulante). Inversamente anche

nell'assicurazione per conto di terzi l'impresa di assicurazione non deve essere tenuta a fornire una prestazione che potrebbe ridurre, negare o compensare nei confronti dello stipulante in ragione di un'eccezione. Nel nuovo diritto si propone quindi di rovesciare le due norme vigenti.

Capoverso 4

Il capoverso 4 riprende la disposizione incontestata dell'articolo 74 capoverso 1 LCA vigente. Ciascuno ha diritto di sapere quali assicurazioni sono state stipulate per il suo decesso. Ciò non solo è imperativo sotto il profilo etico, ma serve anche a evitare l'abuso di contratti d'assicurazione a fini di scommessa (scommesse organizzate in forma di contratto d'assicurazione sulla vita di una nota personalità).

Art. 11 Polizza

Capoverso 1

Sotto il profilo del contenuto l'articolo 11 capoverso 1 AP-LCA coincide con il primo periodo dell'articolo 11 capoverso 1 LCA. L'innovazione è che la disposizione è ormai di natura dispositiva. A meno di rinuncia, allo stipulante deve essere consegnata una polizza che lo informa dei suoi diritti e obblighi in ragione del contratto d'assicurazione.

Capoverso 2

La disposizione semimperativa dell'articolo 11 capoverso 2 AP-LCA elimina la finzione d'accettazione a detrimento dello stipulante dell'articolo 12 capoverso 1 LCA, secondo cui lo stipulante, entro quattro settimane dal ricevimento della polizza ne deve chiedere la rettifica, altrimenti il contenuto della stessa, anche se non concorda con il contenuto convenuto, si ritiene accettato. In futuro l'impresa di assicurazione non potrà più appellarsi al contenuto della polizza o ai relativi complementi che non concordano con quanto pattuito.

Capoverso 3

L'articolo 11 capoverso 3 AP-LCA apporta precisioni terminologiche al contenuto del vigente articolo 11 capoverso 2 LCA. Nell'ambito degli obblighi di informare preliminari al contratto, lo stipulante deve essere informato del diritto di esigere una copia delle spiegazioni contenute nella proposta o altrimenti fornite per scritto dal proponente (art. 12 cpv. 1 lett. h AP-LCA).

2.1.22 Sezione 2: Obbligo di informare dell'impresa di assicurazione preliminare al contratto

Art. 12 Contenuto

L'articolo 12 AP-LCA riprende con alcuni importanti complementi e precisazioni terminologiche il contenuto dell'articolo 3 LCA, entrato in vigore il 1° gennaio 2007. La disposizione deve rafforzare ulteriormente la trasparenza per quanto concerne i diritti e gli obblighi derivanti allo stipulante dal contratto d'assicurazione e quindi, non da ultimo, tenere ancor maggiormente conto delle esigenze politiche.

Capoverso 1

A differenza dell'articolo 3 LCA, il capoverso 1 dell'articolo 12 AP-LCA non contiene un elenco definitivo dei singoli obblighi di informare. In tal modo si garantisce che possano essere comprese nell'obbligo di chiarimenti preliminari al contratto anche informazioni indispensabili benché, per ora, imprevedibili. L'obbligo di informare sui rischi assicurati e sulla portata della protezione assicurativa secondo le lettere a e b deve, in particolare, comprendere anche l'obbligo di ripartire in maniera trasparente i contratti d'assicurazione in assicurazione obbligatoria contro le malattie e assicurazione complementare contro le malattie. Il vigente articolo 3 capoverso 1 lettera c LCA è ampliato mediante l'obbligo di informare sulle modalità di riscossione dei premi che nelle assicurazioni sulla vita vincolate a partecipazioni diverge notevolmente dalla riscossione abituale. Inoltre, gli assicuratori devono informare se effettuano una differenziazione dei premi a seconda del sesso. In ragione dell'introduzione del diritto di revoca ai sensi dell'articolo 7 dell'avamprogetto, è limitata d'ora in poi anche l'ammissione di un obbligo di informare sul diritto di revoca secondo l'articolo 12 capoverso 1 lettera e AP-LCA.

Anche le informazioni sulla natura delle prestazioni nel settore dell'assicurazione contro i danni o dell'assicurazione somme fa parte dell'obbligo di informare dell'impresa di assicurazione preliminare al contratto secondo l'articolo 12 AP-LCA. Nell'assicurazione cose, la determinazione del valore di risarcimento ai sensi dell'articolo 87 AP-LCA rientra nella portata della protezione assicurativa di cui l'impresa di assicurazione deve informare lo stipulante.

La revisione parziale della legge sulla protezione dei dati (LPD; RS 235.1) ha conferito maggiore peso alla trasparenza sulla raccolta dai dati, sull'informazione della persona interessata e sull'esigenza di un valido consenso nel trattamento di dati personali. È anche nell'interesse delle imprese di assicurazione procedere al trattamento dei dati con la massima trasparenza possibile, non da ultimo per conservare la fiducia dei consumatori. In futuro si porranno con maggiore urgenza interrogativi sulla maniera in cui gli assicuratori trattano i dati personali, informano in proposito e, se necessario, si procurano validi consensi e ciò si ripercuoterà anche sulla concorrenza tra le imprese di assicurazione.

Con la revisione parziale della legge sulla protezione dei dati si è sancito nell'articolo 4 capoverso 4 LPD il principio secondo cui la raccolta di dati personali deve essere riconoscibile. Devono essere impartite tutte le informazioni indispensabili al trattamento secondo i principi della buona fede e della proporzionalità. Nelle singole fattispecie è fondamentale la questione delle informazioni che il titolare della collezione di dati deve concretamente comunicare alla persona interessata tenendo conto non soltanto della raccolta ma anche delle condizioni quadro. Più queste sono complesse, più elevata è l'esigenza di riconoscibilità al momento della raccolta. Secondo il principio della buona fede può anche essere necessario fornire informazioni complementari, come ad esempio se alle domande è stato risposto per obbligo o volontariamente e quali sono le conseguenze del rifiuto di fornire le indicazioni richieste. Mentre nel caso di dati personali «usuali» secondo l'articolo 4 capoverso 4 LPD è sufficiente la riconoscibilità, nel caso di dati personali degni di particolare protezio-

ne e di profili della personalità insorge, in virtù dell'articolo 7a LPD un obbligo di informare attivo e relativamente circostanziato (FF 2003 1908 seg.).

L'informazione assume grande importanza perchè è un requisito del valido consenso ai sensi dell'articolo 4 capoverso 5 LPD. La LPD prescrive che il consenso deve essere espresso liberamente solo dopo debita informazione. Da un lato la LPD vigente ribadisce a più riprese il consenso come condizione del trattamento dei dati, dall'altro nella pratica è il motivo di giustificazione più frequentemente invocato. La nozione di consenso valido si ispira alla nozione di «consenso del paziente debitamente informato», nel senso in cui la persona interessata deve disporre di tutti gli elementi del caso particolare, che le permettono di prendere liberamente la sua decisione. In osservanza del principio di proporzionalità, il consenso deve essere tanto più chiaro quanto più delicati sono i dati personali (FF 2003 1909 seg.). Conformemente all'articolo 4 capoverso 5 LPD, nel caso di dati personali particolarmente degni di protezione e di profili della personalità il consenso deve essere esplicito, per cui la persona interessata deve essere informata attivamente in precedenza secondo l'articolo 7a LPD (FF 2003 1913).

Le informazioni preliminari al contratto concernenti il trattamento di dati personali potrebbero essere fornite in maniera ottimale con un foglio d'istruzioni sulla protezione dei dati. A tal fine, può essere una base eccellente la raccomandazione del Consiglio d'Europa Rec (2002) 9 sulla protezione dei dati personali raccolti e trattati a fini assicurativi. Vi sono regolati, tra l'altro: informazione della persona interessata, consenso, raccolta e trattamento di dati su mandato, comunicazione dei dati per altri scopi, diritto di informazione e di rettifica, sicurezza dei dati, comunicazione transnazionale e Direct Marketing. Con i fogli di istruzioni i necessari consensi potrebbero essere specialmente organizzati secondo il settore e il tipo di assicurazione. Potrebbe così esserci anche concorrenza sulle condizioni giuridiche della protezione dei dati.

Affinché lo stipulante, convenendo una clausola di pagamento ai sensi dell'articolo 27 AP-LCA, non creda erroneamente di godere della protezione assicurativa già alla conclusione del contratto, l'articolo 12 capoverso 1 lettera g AP-LCA prescrive un particolare obbligo di informare in merito.

Secondo la lettera h lo stipulante deve essere informato del suo diritto di esigere una copia delle spiegazioni contenute nel contratto o altrimenti fornite per scritto dal proponente.

Se il contratto prevede un determinato termine per la presentazione dell'avviso ai sensi dell'articolo 35 AP-LCA, lo stipulante ne deve essere informato prima della conclusione del contratto (art. 12 cpv. 1 lett. l AP-LCA).

Capoverso 2

Nell'assicurazione della protezione giuridica lo stipulante deve sapere prima della conclusione del contratto se la liquidazione dei sinistri è affidata a un'impresa di gestione dei sinistri secondo l'articolo 32 capoverso 1 lettera a LSA. Deve inoltre essere informato se gli spetta il diritto di affidare la difesa dei suoi interessi a un avvocato indipendente di sua scelta nella misura prevista dall'articolo 32 capoverso 1 lettera b LSA.

Nell'ambito dell'assicurazione sulla vita la determinazione della partecipazione alle eccedenze avviene in tre fasi: prima della conclusione del contratto l'impresa di assicurazione informa sui principi e i metodi della determinazione e della ripartizione delle eccedenze (compreso anche un modello di calcolo pertinente). Il contratto stesso deve quindi, imperativamente, pronunciarsi sui punti citati nell'articolo 109 capoverso 1 AP-LCA. Insorge così una specie di ripetizione tra le informazioni precontrattuali di cui all'articolo 12 e il contenuto minimo obbligatorio del contratto secondo l'articolo 109 AP-LCA. Tale ridondanza, tuttavia, si fonda sulla natura delle informazioni preliminari al contratto. La stessa ripetizione esiste, ad esempio, anche nell'obbligo di informare in merito alla portata della protezione assicurativa (art. 12 cpv. 1 lett. b AP-LCA) e la descrizione della medesima nelle condizioni generali d'assicurazione. La terza fase, infine, è costituita dalle comunicazioni annuali dell'impresa di assicurazione sull'assegnazione concretamente avvenuta e sulla situazione della quota di eccedenze secondo l'articolo 109 capoverso 2 AP-LCA. Se uno stipulante non può o non vuole proseguire il processo di risparmio legato alla costituzione di capitale nell'ambito dell'assicurazione sulla vita, la legge offre due possibilità di disinvestimento: il riscatto e la conversione. La lettera b riprende materialmente l'articolo 3 capoverso 1 lettera e come pure lettera f LCA. L'impresa di assicurazione deve informare lo stipulante sui principi della determinazione delle eccedenze. Sono informazioni sul fatto che la partecipazione alle eccedenze dipende da diversi fattori imprevedibili e solo limitatamente influenzabili. I principali fattori influenzabili (evoluzione degli interessi sul mercato dei capitali, evoluzione dei rischi assicurati e dei costi) devono essere citati. Lo stipulante deve altresì essere informato del fatto che la determinazione della partecipazione alle eccedenze avviene non in base ai risultati del gruppo, bensì in base alla chiusura individuale. L'obbligo di informare in merito ai principi della ripartizione delle eccedenze comprende informazioni sul sistema di ripartizione delle eccedenze applicabile, sulla modalità di ripartizione in una partecipazione alle eccedenze in corso e in un'eccedenza finale come pure sui relativi interessi. Con il riscatto il contratto si estingue e l'impresa di assicurazione rimborsa allo stipulante il valore di liquidazione che corrisponde, in sostanza, alla riserva matematica d'inventario con eventuale deduzione del rischio dovuto al tasso d'interesse e delle spese d'acquisizione non ammortizzate. Complessivamente queste deduzioni non possono superare il terzo della riserva matematica d'inventario. Nella conversione invece il contratto non si estingue, ma è trasferito in un'assicurazione esente da premi. Il valore di liquidazione alla conversione è impiegato come deposito unico per le prestazioni assicurative esenti da premi. Oltre alle possibilità di riscatto e conversione, l'obbligo d'informare comprende anche indicazioni circa le condizioni per l'esercizio di questi due diritti (termine di attesa, valore minimo ecc.). Si deve descrivere l'evoluzione approssimativa dei valori di liquidazione nel periodo di durata del contratto. Il cliente può così stimare da quale anno può contare su un valore di riscatto. Ora, inoltre, l'impresa di assicurazione deve informare lo stipulante sui costi di protezione contro i rischi e di conclusione e gestione del contratto inclusi nel premio. La rivelazione di queste informazioni produce una maggiore trasparenza per lo stipulante e, in un'ottica concorrenziale, può costituire un incentivo al rafforzamento della competitività.

Nell'assicurazione complementare contro le malattie l'informazione sul metodo di finanziamento deve indicare gli effetti di questi metodi sulla struttura tariffale e quindi sull'evoluzione dei premi (tra l'altro in funzione dell'età della persona assicurata). Se risulta un diritto al rimborso di una parte degli accantonamenti fondati sull'età, alla fine del contratto lo stipulante deve esserne informato; questa informazione comprende anche la costituzione e l'utilizzazione di tali accantonamenti.

Art. 13 Forma e momento

L'avamprogetto elimina la lacuna della disposizione all'articolo 3 capoverso 2 LCA, seconda cui le informazioni preliminari al contratto non devono obbligatoriamente essere fornite allo stipulante prima della sua vincolante dichiarazione di volontà. Per motivi di certezza del diritto si fissa inoltre per legge la forma e il momento in cui sono impartite le informazioni.

Art. 14 Violazione dell'obbligo di informare

Capoverso 1

A eccezione della prescrizione che riguarda la forma, il capoverso 1 dell'articolo 14 AP-LCA riprende il contenuto dell'articolo 3a capoverso 1 LCA.

Capoverso 2

L'articolo 14 capoverso 2 AP-LCA riprende il contenuto dell'articolo 3a capoverso 2 LCA. Il termine assoluto previsto per l'esercizio del diritto di recesso appare troppo breve e deve quindi essere portato a due anni. Inoltre il decorrere del termine non deve più essere legato al momento della violazione dell'obbligo di informare, bensì a quello della conclusione del contratto che, a differenza della violazione, è determinabile con precisione.

2.1.23 Sezione 3: Obbligo di notificazione dello stipulante preliminare al contratto

Art. 15 Contenuto

Capoverso 1

Il capoverso 1 dell'articolo 15 AP-LCA precisa che possono essere formalmente rilevanti unicamente quelle fattispecie di rischio sulle quali l'impresa di assicurazione ha chiesto per scritto informazioni specifiche ed inequivocabili. Esso deroga chiaramente al sistema attuale (molto criticato) instaurato dall'articolo 4 capoverso 3 LCA, secondo cui possono essere rilevanti anche i fatti in merito ai quali sono state formulate questioni imprecise o equivocate, unicamente se l'impresa di assicurazione è in grado di provare che detti fatti abbiano influenzato la decisione relativa alla conclusione del contratto. L'avamprogetto di revisione, invece, restringe la cerchia delle fattispecie rilevanti di rischio alle fattispecie sulle quali si devono fornire informazioni specifiche ed inequivocabili. In futuro l'impresa di assicurazione non potrà quindi più invocare fattispecie sulle quali si è informata in modo impreciso ed equivoco, neppure se riuscisse a provare che queste erano materialmente rilevanti. Questa modifica trova

giustificazione nel fatto che tiene conto delle conseguenze della violazione dell'obbligo di notificazione.

Capoverso 2

L'articolo 15 capoverso 2 dell'avamprogetto riprende essenzialmente il diritto vigente (art. 4 cpv. 1 LCA). Sono state apportate modifiche soprattutto a livello linguistico.

Capoverso 3

La definizione di fattispecie rilevanti di rischio di cui all'articolo 15 capoverso 3 AP-LCA corrisponde in parte a quella data dall'articolo 4 capoverso 2 della LCA in vigore. Sono oggetto dell'obbligo di notificazione unicamente le fattispecie che sono rilevanti per la valutazione del rischio da parte dell'impresa di assicurazione, nel senso che forniscono informazioni sulla natura e sull'estensione dei fattori di rischio (DTF 122 III 458, 460; 116 II 338, 339). Nelle fattispecie di rischio non rientrano solo le fattispecie che possono comportare un rischio, bensì anche quelle che permettono soltanto di desumere l'esistenza di rischi, ossia le cosiddette circostanze indizianti (DTF 118 II 333, 336; 99 II 67, 78). La proposta di revisione precisa il riferimento temporale delle fattispecie di rischio stabilendo che si possono considerare fattispecie rilevanti di rischio esclusivamente le circostanze presenti o del passato. Nella prassi capita spesso che l'impresa di assicurazione chieda informazioni su circostanze future. Queste servono perlopiù per il calcolo del premio, ma talvolta anche per la definizione dell'estensione della copertura. Esse non concernono solo l'assicurazione dei veicoli (chilometri percorsi all'anno), ma anche le assicurazioni per manifestazioni e progetti. Sulle circostanze future non vi sono certezze, ma solo supposizioni, ragion per cui tali circostanze non possono essere oggetto dell'obbligo di notificazione. Quindi, le disposizioni sull'obbligo di notificazione non sono applicabili, se, ad esempio, nell'ambito dell'assicurazione dei veicoli si pongono domande relative al numero di chilometri che saranno percorsi all'anno. Lo stipulante non deve essere costretto a formulare supposizioni e speculazioni e, in caso di valutazione errata, subire le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di notificazione. Possono essere prese in considerazione le evoluzioni identificabili o previste secondo le circostanze attuali. Ad esempio, si può ipotizzare che allo stipulante venga chiesto se un determinato numero di chilometri annui sarà superato in base alle circostanze attualmente note. In caso affermativo, l'impresa di assicurazione deve esserne informata. Se il superamento del numero di chilometri è preso in considerazione solo successivamente, vigono le norme sull'aumento del rischio. Di conseguenza, si possono considerare fattispecie di rischio ai sensi dell'articolo 15 capoverso 3 AP-LCA solo le circostanze già esistenti o concretamente identificabili sulla base della situazione attuale.

Per quanto concerne la rilevanza di una fattispecie di rischio, l'articolo 4 capoverso 2 LCA si fonda sulla possibilità dei fatti di influire sulla determinazione dell'impresa di assicurazione a concludere il contratto o a concluderlo alle condizioni convenute. L'articolo 15 capoverso 3 in combinato disposto con l'articolo 18 capoverso 1 AP-LCA riprende essenzialmente il diritto in vigore, facendo però una distinzione più precisa tra rilevanza oggettiva e rilevanza soggettiva. L'articolo 15 capoverso 3 AP-LCA considera l'elemento oggettivo e si basa al riguardo sul carattere materiale e

oggettivo dell'influenza della fattispecie di rischio sulla valutazione del rischio. La rilevanza soggettiva figura ora all'articolo 18 capoverso 1 AP-LCA in riferimento all'eventualità che l'indicazione erronea abbia influito realmente sulla decisione dell'impresa di assicurazione di concludere il contratto o di concluderlo con il contenuto in questione.

Sotto l'aspetto materiale, possono essere obiettivamente rilevanti soltanto le fattispecie che per loro propria natura sono atte a influenzare la valutazione del rischio da assicurare. La supposizione dell'articolo 4 capoverso 3 LCA riguardante la rilevanza di fattispecie in merito alle quali l'impresa di assicurazione ha formulato delle questioni precise, non equivoche, viene quindi a cadere. In futuro non spetterà allo stipulante fornire la difficile prova dell'irrelevanza di una fattispecie, al contrario sarà l'impresa di assicurazione a doverne comprovare la rilevanza in caso di controversia. Questa prova è – almeno nell'attività di massa – facile da addurre, poiché la rilevanza è data dal riferimento, nelle tariffe e nelle direttive per la sottoscrizione, alle fattispecie di rischio dichiarate inesattamente.

Art. 16 Obbligo di notificazione in caso di rappresentanza e di assicurazione di terzi

L'articolo 16 AP-LCA definisce le persone sulle cui conoscenze bisogna fondarsi nell'ambito dell'adempimento dell'obbligo di notificazione ai sensi dell'articolo 15 AP-LCA, se non è lo stipulante stesso a dichiarare il rischio o se deve essere assicurata una terza persona.

Il diritto attuale contiene all'articolo 5 capoverso 1 LCA una disposizione che stabilisce che quando il contratto è concluso a mezzo di un rappresentante, devono essere dichiarati non solo i fatti che sono noti al rappresentato, ma anche quelli noti al rappresentante. Tuttavia esso non prevede il caso in cui pur non concludendo il contratto, il rappresentante provvede all'adempimento dell'obbligo di notificazione; la proposta di revisione colma questa lacuna.

Si tratta essenzialmente, de lege lata come pure de lege ferenda, di definire la cerchia delle persone cui incombe l'obbligo di notificazione o che devono rientrare in tale obbligo, vale a dire le persone sulle cui conoscenze bisogna basarsi per la dichiarazione del rischio. Oltre agli stipulanti, sono soprattutto le persone da cui dipende il verificarsi dell'evento, ossia gli assicurati. Questi sono particolarmente esposti al rischio e dispongono quindi di conoscenze della situazione di rischio che sono decisive per l'impresa di assicurazione. Occorre infine adottare misure speciali, affinché l'obbligo di notificazione non possa essere eluso mediante l'intervento di terzi di buona fede.

Capoverso 1

Secondo il principio dell'imputazione delle conoscenze, lo stipulante – al pari del preponente (principal) – è responsabile della notificazione di tutte le fattispecie di rischio che lo riguardano. Affinché uno stipulante di mala fede non possa sottrarsi, attraverso un rappresentante di buona fede, alle condizioni e alle conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di notificazione, occorre considerare anche le conoscen-

ze del rappresentato. Se lo stipulante è rappresentato da terzi nell'adempimento del suo obbligo di notificazione, vanno notificate le fattispecie rilevanti di rischio che sono o dovrebbero essere note al rappresentante.

Capoverso 2

Secondo l'articolo 16 capoverso 2 AP-LCA, in caso di assicurazione di terzi, oltre che sulle conoscenze dello stipulante, bisogna fondarsi su quelle del terzo assicurato o del suo rappresentante (cfr. pure art. 5 cpv. 2 LCA). Sono considerate assicurazioni di terzi di cui all'articolo 9 capoverso 2 AP-LCA tutti i contratti d'assicurazione che hanno per oggetto l'interesse economico di una persona diversa dallo stipulante. L'obbligo di notificazione concerne lo stipulante, che deve informarsi presso il rappresentante e l'assicurato.

Se lo stipulante adempie il suo obbligo di informarsi, la terza persona o il suo rappresentante sono a conoscenza del fatto che vi è l'intento di concludere il contratto. Esistono tuttavia casi in cui la persona da assicurare non può essere al corrente della conclusione del contratto (ad es. nell'assicurazione della responsabilità civile per i veicoli a motore, un conducente non ancora noto). L'articolo 16 capoverso 2 dell'avamprogetto, al pari dell'articolo 5 capoverso 2 LCA, statuisce un'eccezione per siffatti casi.

Conformemente all'articolo 5 capoverso 2 LCA, l'obbligo di notificazione decade se non è possibile avvisare in tempo utile il proponente. Oggi è impensabile che il proponente non possa essere avvisato per tempo delle fattispecie rilevanti di rischio. Il tenore dell'ultima parte del periodo dell'articolo 5 capoverso 2 LCA è quindi obsoleto.

Le conseguenze giuridiche secondo gli articoli 18-23 dell'avamprogetto sono applicabili in egual misura alla violazione dell'obbligo di notificazione in caso di rappresentanza e in caso di assicurazione di terzi.

Art. 17 Momento della valutazione

Questa disposizione risolve i contrasti emersi sinora in relazione alla delimitazione della violazione dell'obbligo di notificazione relativo all'aumento del rischio. De lege lata, l'obbligo di notificazione preliminare al contratto vige fino alla conclusione del contratto, mentre le norme sull'aumento del rischio sono applicabili solo dopo la conclusione del contratto. In virtù dell'articolo 4 LCA lo stipulante è tenuto a notificare per scritto le modifiche delle fattispecie di rischio prima della conclusione del contratto. Di regola gli stipulanti non sono però consapevoli del fatto che l'obbligo di notificazione sussiste fino alla conclusione del contratto; essi presumono di aver adempiuto a tale obbligo riempiendo il questionario preliminare al contratto e corrono in tal modo il rischio di violare l'obbligo di notificazione. Dal canto suo, l'impresa di assicurazione si trova di fronte al problema che le fattispecie di rischio soggette all'obbligo di notificazione possano verificarsi nel periodo in cui essa valuta l'offerta dello stipulante. Se lo stipulante adempie il suo obbligo, ma la notificazione perviene all'impresa di assicurazione solo dopo che questa ha accettato la proposta, l'impresa di assicurazione non può invocare la violazione dell'obbligo di notificazione né l'aumento del rischio. Con la nuova regolamentazione proposta si pone rimedio a questa situazione insod-

disfacente estendendo l'obbligo di notificazione fino alla consegna o all'invio delle informazioni all'impresa di assicurazione; dopodiché, si ha un aumento del rischio sottoposto all'obbligo di notificazione (cfr. al riguardo art. 46 AP-LCA). Questa soluzione è conforme altresì alla condizione che le fattispecie rilevanti di rischio devono essere circostanze presenti o del passato.

Art. 18 Violazione dell'obbligo di notificazione. Principio

Le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di notificazione sono state attenuate con la revisione parziale della LCA, entrata in vigore il 1° gennaio 2006. Nella predetta novella ci si è limitati solo alle revisioni più urgenti (introduzione del principio di causalità, diritto di recesso). Per questo motivo negli articoli 18-23 AP-LCA sono proposte altre modifiche intese a migliorare ulteriormente la protezione degli assicurati.

Capoverso 1

Secondo il diritto vigente, in caso di violazione dell'obbligo di notificazione l'impresa di assicurazione può recedere per scritto dal contratto stipulato. Questo diritto le spetta a prescindere dal grado di colpa dello stipulante. L'esigenza della colpa in quanto tale risulta dalla corretta interpretazione del tenore dell'articolo 18 capoverso 1 AP-LCA, in cui si fa riferimento al fatto che lo stipulante ha sottaciuto o ha notificato in maniera inesatta fattispecie rilevanti di rischio che conosceva o avrebbe dovuto conoscere. Anche in futuro ci si dovrà basare sugli elementi soggettivi – in conformità alla prassi pluriennale del Tribunale federale – per quanto concerne ciò che lo stipulante avrebbe dovuto conoscere malgrado il suo livello effettivo di conoscenza.

Affinché sia dato il diritto di recesso, devono essere soddisfatte cumulativamente le seguenti condizioni: in primo luogo, l'impresa di assicurazione deve aver valutato erroneamente il rischio a proprio detrimento a causa delle indicazioni errate. Per produrre conseguenze giuridiche, non è quindi sufficiente che siano state fornite indicazioni erronee ai sensi dell'articolo 15 capoverso 3 AP-LCA, che sono oggettivamente atte a influenzare la valutazione del rischio. In secondo luogo, la situazione di rischio deve essere effettivamente peggiore di quella che si era immaginata dall'impresa di assicurazione. Di regola, in siffatti casi sarà riconosciuta anche la rilevanza soggettiva. È tuttavia ipotizzabile che la circostanza immaginata dall'impresa di assicurazione non sia stata conditio sine qua non per la conclusione del contratto o per la sua conclusione con il contenuto convenuto. L'indicazione errata avrebbe influito negativamente sulla valutazione del rischio, ma non sulla decisione dell'impresa di assicurazione di concludere il contratto o di concluderlo con il contenuto convenuto. Per questo motivo, l'avamprogetto di revisione statuisce anche la condizione secondo cui il contratto non sarebbe o sarebbe stato stipulato in base a un contenuto diverso in caso di corretta valutazione.

Si è rinunciato a introdurre una regolamentazione analoga a quella dell'articolo 75 LCA, poiché nella prassi tale disposizione non riveste nessuna importanza.

Capoverso 2

Conformemente al diritto vigente (art. 6 cpv. 3 LCA), l'estinzione dell'obbligo di fornire prestazioni dell'impresa di assicurazione presuppone l'estinzione del contratto. La nuova formulazione consente di tenere conto anche dei casi in cui il contratto si estingue non a seguito del recesso, bensì di un danno totale assicurato e l'impresa di assicurazione viene a conoscenza della violazione dell'obbligo di notificazione solo a posteriori. Poiché la possibilità di liberarsi dall'obbligo di fornire prestazioni indipendentemente dalla gravità della colpa dello stipulante non sarebbe conforme al principio della proporzionalità, l'avamprogetto limita la liberazione da tale obbligo ai casi in cui la violazione dell'obbligo di notificazione è commessa intenzionalmente o per grave negligenza. Nella proposta di revisione si riprende inoltre il principio di causalità dell'articolo 6 capoverso 3 LCA secondo cui l'obbligo di fornire prestazioni si estingue solo per i casi di assicurazione il cui verificarsi o la cui portata sono stati influenzati dalla mancata o inesatta notificazione della fattispecie rilevante di rischio. Tuttavia, il diritto in vigore non distingue in base all'incidenza della fattispecie sull'insorgere o sulla portata del danno. Anzi, l'articolo 6 capoverso 3 LCA prevede un diritto generale di negare le prestazioni anche quando le cause sono parziali e ha, quindi, carattere penale. La proposta di revisione colma questa lacuna limitando la possibilità di negare le prestazioni solo alle parti causali della prestazione, limitazione espressa attraverso la formulazione «nella misura in cui il loro verificarsi o la loro entità siano stati influenzati dalla mancata o inesatta notificazione della fattispecie rilevante di rischio».

Il diritto attuale non considera il caso in cui la copertura non sarebbe stata concessa se la fattispecie fosse stata notificata correttamente (ad es. riserva). L'avamprogetto corregge questa situazione prevedendo la liberazione totale dall'obbligo di fornire prestazioni nei casi in cui il rischio non sarebbe stato assicurato, neanche a un premio più alto. Le prestazioni che l'impresa di assicurazione ha già fornito devono essere rimborsate (art. 19 cpv. 2 AP-LCA).

Art. 19 Recesso dal contratto in caso di violazione dell'obbligo di notificazione

Capoverso 1

Secondo l'articolo 19 capoverso 1 AP-LCA l'impresa di assicurazione recedente può esigere retroattivamente la differenza rispetto al premio già pagato, se e nella misura in cui dalla tariffa applicabile sarebbe risultato un premio maggiore. Da questa formulazione si evince chiaramente che l'adeguamento del premio può essere chiesto solo per il periodo in cui vi era realmente un rischio maggiore. L'impresa di assicurazione può avvalersi di questo diritto in particolare se il contratto d'assicurazione è estinto a seguito di un danno totale assicurato senza responsabilità causale.

Capoverso 3

L'articolo 19 capoverso 3 AP-LCA corrisponde all'articolo 6 capoverso 4 LCA.

Capoverso 4

L'avamprogetto prevede un termine di prescrizione assoluto per il diritto di recesso, analogicamente al termine di cinque anni dopo la conclusione del contratto applicabi-

le ai crediti derivanti dal contratto d'assicurazione. In caso di inganno doloso si può recedere in via straordinaria dal contratto d'assicurazione anche dopo la scadenza del termine di prescrizione assoluto conformemente all'articolo 54 AP-LCA.

Capoverso 5

Il recesso ha effetto giuridico in conformità al principio della ricezione, ossia dal momento in cui perviene allo stipulante.

Art. 20 Mantenimento del contratto nonostante la violazione dell'obbligo di notificazione

Se ha riconosciuto l'obbligo di notificazione, l'impresa di assicurazione deve poter avere la possibilità di mantenere il contratto d'assicurazione oltre che di esercitare il diritto di recesso. Se l'impresa di assicurazione omette, per un motivo qualsiasi, di recedere dal contratto d'assicurazione, questo è mantenuto con il contenuto attuale. L'impresa di assicurazione ha diritto a un premio maggiorato con effetto retroattivo al momento della conclusione del contratto se e nella misura in cui dalla tariffa applicabile sarebbe risultato un premio maggiore se tale obbligo non fosse stato violato. Questo premio maggiorato non è un adeguamento del premio ai sensi dell'articolo 49 AP-LCA. Lo stipulante può svincolarsi dal contratto d'assicurazione in applicazione del diritto di recesso ordinario di cui all'articolo 53 AP-LCA.

Art. 21 Violazione dell'obbligo di notificazione in caso di grandi rischi

Nell'attività di massa i contratti d'assicurazione sono conclusi di regola in modo che lo stipulante, dopo aver riempito il questionario predisposto dell'impresa di assicurazione, sottoponga la propria proposta all'impresa di assicurazione, che la può accettare o rifiutare. La procedura è diversa per l'assicurazione di grandi rischi. In questo caso il contratto è spesso concluso per mezzo di un bando. Lo stipulante trasmette una documentazione in cui sono descritti i rischi, sulla quale l'impresa di assicurazione si fonda per presentare l'offerta, che lo stipulante può accettare o rifiutare. Anche in questi casi l'impresa di assicurazione deve poter presupporre di essere stata informata correttamente delle fattispecie rilevanti di rischio. L'impresa di assicurazione sfrutta la possibilità di chiedere ulteriori informazioni unicamente in relazione alle fattispecie di rischio la cui descrizione nella documentazione del bando è incompleta. Lo stipulante non è tenuto a fornire di propria iniziativa, ossia spontaneamente, informazioni sul rischio. Se lo fa, l'impresa di assicurazione deve potersi fidare della veridicità delle informazioni. Questa protezione della fiducia è espressa all'articolo 21, nel senso che le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di notificazione devono essere applicate anche allo stipulante che, senza essere stato interrogato, fornisce in forma qualificata informazioni inesatte su fattispecie di rischio che per loro propria natura e per lo stipulante stesso sono palesemente atte a influenzare la valutazione del rischio da assicurare.

Art. 22 Recesso dal contratto collettivo

L'articolo 22 AP-LCA riprende il tenore dell'articolo 7 LCA. Sono state apportate soltanto modifiche di carattere linguistico; queste non comportano modifiche del contenuto normativo.

Art. 23 Mancato verificarsi delle conseguenze della violazione dell'obbligo di notificazione

L'articolo 23 AP-LCA, al pari dell'articolo 8 LCA, contiene ulteriori fattispecie dalla cui sussistenza o inesistenza può dipendere il verificarsi delle conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di notificazione.

L'articolo 23 AP-LCA rinuncia tuttavia a riprendere una disposizione conforme all'articolo 8 numero 1 LCA, poiché con le conseguenze giuridiche stabilite in base al principio di causalità secondo gli articoli 18-21 AP-LCA si tiene già conto del nesso causale tra il fatto sottaciuto o inesattamente notificato e il verificarsi dell'evento.

Inoltre, l'avamprogetto non contiene più la disposizione secondo cui le conseguenze della violazione dell'obbligo di notificazione non si verificano se l'impresa di assicurazione ha rinunciato al diritto di recedere dal contratto (art. 8 n. 5 LCA). La rinuncia all'esercizio di questi diritti ha effetto esclusivamente nei confronti dell'impresa di assicurazione ed è quindi ammessa nel quadro delle disposizioni semimperative dell'articolo 23 AP-LCA, senza che sia necessario statuirle esplicitamente.

Capoverso 1

Secondo l'articolo 23 capoverso 1 AP-LCA le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di notificazione devono subentrare solo a condizione che la richiesta di informazioni rinvii in maniera chiara all'obbligo di notificazione e indichi le possibili conseguenze giuridiche della violazione del suddetto obbligo. In questo modo si garantisce che le gravi sanzioni degli articoli 18 seguenti AP-LCA siano applicate allo stipulante soltanto se questi è stato previamente informato in modo chiaro della portata dell'obbligo di notificazione e delle conseguenze della violazione di detto obbligo. Un mero rimando alla legge non soddisfa queste esigenze.

L'obbligo di indicare le conseguenze giuridiche decade a seguito della rinuncia a interrogare lo stipulante nei casi previsti dall'articolo 21 AP-LCA.

Capoverso 2

Secondo l'articolo 23 capoverso 2 lettera b AP-LCA e in conformità all'articolo 8 numero 2 LCA, se ha occasionato la reticenza, l'impresa di assicurazione non deve poter evocare la violazione dell'obbligo di notificazione, neppure dopo l'entrata in vigore della nuova legge. Occasiona reticenza ogni comportamento attivo o passivo dell'impresa di assicurazione che ha costituito la causa dell'omissione o la notificazione inesatta. Se fa condurre da un'altra persona le trattative in vista della conclusione del contratto o si fa rappresentare da un'altra persona alla conclusione del contratto, l'impresa di assicurazione deve rispondere, secondo l'articolo 69 capoverso 3 AP-LCA, del proprio comportamento e di quello dell'altra persona, a prescindere dalla natura del rapporto giuridico esistente tra la pertinente parte e l'altra persona.

In particolare il comportamento di agenti che intervengono nella intermediazione o nella conclusione è assimilato a quello dell'impresa di assicurazione. L'articolo 23 capoverso 2 lettera c AP-LCA riprende – in forma ridotta, ma senza modifiche, il tenore dei numeri 3 e 4 dell'articolo 8 LCA, secondo cui non è ammesso invocare le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di notificazione se l'impresa di assicurazione conosceva o doveva conoscere la fattispecie di rischio sottaciuta o notificata in maniera inesatta. Se nell'ambito delle trattative o della conclusione del contratto fa intervenire un'altra persona, secondo l'articolo 69 capoverso 3 AP-LCA l'impresa di assicurazione deve tenere conto anche delle conoscenze di quest'ultima, a prescindere dalla natura del rapporto giuridico esistente tra la pertinente parte e l'altra persona.

L'articolo 23 capoverso 2 lettera d e l'articolo 23 capoverso 3 AP-LCA riprendono – con modifiche linguistiche – la disposizione dell'articolo 8 numero 6 LCA.

2.1.24 Sezione 4: Patti speciali

Art. 24 Garanzia di copertura provvisoria

Con la garanzia di copertura provvisoria si tiene conto dell'esigenza dello stipulante di ottenere la copertura assicurativa già prima della conclusione del contratto definitivo e in tal modo di colmare la lacuna nella copertura durante le trattative del contratto. La garanzia di copertura provvisoria è un contratto d'assicurazione autonomo sottoposto alla LCA. Malgrado sia ampiamente applicata nella prassi, detta garanzia non è mai stata inclusa nella legge. L'articolo 24 AP-LCA pone rimedio a questa situazione.

Capoverso 1

La garanzia di copertura provvisoria è sempre conclusa in vista di un contratto principale. Al fine di soddisfare l'esigenza pratica di concludere rapidamente e senza lungaggini burocratiche il contratto d'assicurazione, l'articolo 24 capoverso 1 AP-LCA stabilisce che per fondare l'obbligo di prestazione di un'impresa di assicurazione basta che le parti si accordino sulla persona che deve determinare i rischi assicurati e sulle modalità di determinazione di tali rischi come pure sul volume della copertura assicurativa (l'art. 27 CC¹ costituisce il limite della determinazione soggettiva). A ciò si limita anche l'obbligo di informare preliminarmente al contratto dell'impresa di assicurazione.

Le condizioni generali di assicurazione costituiscono parte integrante del contratto sulla garanzia di copertura provvisoria, se ciò è stato convenuto. Nei contratti conclusi con consumatori l'integrazione delle condizioni generali va, in linea di principio,

¹ Codice civile svizzero del 10.12.1907 (RS 210)

convenuta esplicitamente, il che vale anche per le condizioni generali di assicurazione.

Capoverso 2

Le parti devono concludere un accordo speciale sul pagamento del premio solo se questo (per quanto concerne il principio e l'entità) non è usuale.

Capoverso 3

Anche la durata del contratto non deve essere stabilita esplicitamente. In questo caso si applicano le disposizioni legali secondo cui il contratto sulla garanzia di copertura provvisoria prende fine con la conclusione del contratto definitivo, indipendentemente dal fatto se questo è concluso con la pertinente impresa di assicurazione o con un'altra impresa di assicurazione. Inoltre, il capoverso 3 statuisce che si può recedere dalla garanzia di copertura provvisoria in ogni momento osservando un termine di due settimane.

Capoverso 4

Al fine di offrire la massima flessibilità le garanzie di copertura provvisoria non devono essere sottoposte alle speciali prescrizioni di forma dell'avamprogetto di legge.

Art. 25 Assicurazione retrospettiva

Capoverso 1

In genere un contratto d'assicurazione è concluso per un evento futuro. Esso deve coprire gli eventi che possono verificarsi dopo la conclusione del contratto o la data di decorrenza convenuta del contratto. Tuttavia, in alcuni casi vi può essere la necessità di concedere la copertura assicurativa per eventi del passato. La situazione di fatto e giuridica risulta meno problematica se, secondo il contratto, l'evento si considera verificato in un momento successivo, benché si riferisca a circostanze accadute prima della conclusione del contratto. A titolo di esempio si menziona la cosiddetta clausola «claims made», contenuta nell'assicurazione della responsabilità civile, secondo la quale determinante per il verificarsi dell'evento non è l'evento dannoso, bensì l'esercizio di pretese in materia di responsabilità civile da parte del danneggiato.

Per contro, secondo il diritto in vigore, il contratto è in linea di principio nullo «se, al momento in cui fu concluso, il rischio era già scomparso o il sinistro era già accaduto» (art. 9 LCA). Ciononostante, nella prassi capita costantemente che si concludano assicurazioni per eventi del passato o si estenda il contratto a tali eventi. In merito si rimanda all'articolo 10 dell'attuale LCA, che contiene un'eccezione per l'assicurazione-incendio relativa a oggetti situati all'estero e alle assicurazioni-trasporti, secondo cui le conseguenze della nullità del contratto di cui all'articolo 9 LCA si possono produrre solo se entrambe le parti sapevano al momento della conclusione del contratto che il rischio era già scomparso o che l'evento si era già verificato. In deroga all'articolo 10 capoverso 1 LCA, si propone con l'articolo 25 capoverso 1 AP-LCA – rispondendo alle eventuali esigenze della prassi – di lasciare alle parti la possibilità di riferire l'assicurazione a una data anteriore alla conclusione del con-

tratto (assicurazione retrospettiva). L'anticipazione della copertura deve quindi essere autorizzata anche quando l'impresa di assicurazione e lo stipulante sapevano già che l'evento si era verificato e quindi vogliono anticipare consapevolmente la data di decorrenza del contratto. A fortiori, quando detto deve valere anche nel caso in cui le parti non siano sicure se l'evento si è già verificato.

Capoverso 2

L'assicurazione retrospettiva è tuttavia nulla se entrambe le parti non possiedono lo stesso livello di conoscenza. Secondo l'AP-LCA è data nullità se soltanto lo stipulante sapeva (o doveva sapere) che l'evento assicurato si era verificato già prima della conclusione del contratto.

In questi casi vi è spesso anche violazione dell'obbligo di notificazione preliminare al contratto da parte dello stipulante; la disposizione è comunque necessaria per le situazioni in cui lo stipulante non ha dovuto rispondere a domande concrete prima della conclusione del contratto.

Art. 26 Impossibilità di verificarsi dell'evento

La presente disposizione tiene in parte conto della situazione descritta con «il venir meno del rischio» nel diritto in vigore. L'articolo 26 AP-LCA non si riferisce tuttavia all'assicurazione retrospettiva, bensì al caso in cui l'impresa di assicurazione sapeva (o doveva sapere) dell'impossibilità obiettiva del verificarsi di un evento futuro (ad es. assicurazione sulla vita per una persona già defunta o assicurazione di una cosa inesistente). Anche in un caso simile il contratto deve essere nullo, poiché non sarebbe giusto obbligare lo stipulante al pagamento dei premi se è evidente già a priori che è esclusa una controprestazione dell'impresa di assicurazione.

Art. 27 Clausola di pagamento

Capoverso 1

In linea di principio le parti sono libere di convenire la data di decorrenza del contratto, ossia il momento in cui inizia l'assicurazione. Deve inoltre essere possibile convenire – anche nelle condizioni generali di assicurazione – che non si dispone della copertura finché non si è pagato il primo premio. Anche in questo caso la data di decorrenza del contratto è fissata al momento in cui lo stipulante adempie il suo (primo) obbligo di prestazione. L'impresa di assicurazione deve tuttavia ragguagliare lo stipulante su tale clausola di pagamento ai sensi dell'obbligo di informare preliminare al contratto (cfr. art. 12 cpv. 1 lett. g AP-LCA).

Capoverso 2

Secondo l'articolo 27 capoverso 2 AP-LCA, l'impresa di assicurazione non può invocare il patto ai sensi del capoverso 1 se la polizza è stata consegnata prima del pagamento del primo premio. Lo stipulante non deve eventualmente essere indotto a credere di essere assicurato dal momento della consegna della polizza, anche se non ha ancora pagato il premio. Contrariamente al diritto in vigore (art. 19 cpv. 2 LCA), la presente disposizione deve essere imperativa.

2.1.25 Sezione 5: Comunicazioni e osservanza dei termini

Art. 28 Comunicazioni

Capoverso 1

Nell'ambito dello scambio di comunicazioni con lo stipulante, l'impresa di assicurazione deve conoscere l'indirizzo cui deve recapitare i documenti contrattuali e le altre comunicazioni. Le comunicazioni allo stipulante e all'avente diritto si intendono validamente recapitate a norma della LCA se sono inviate all'ultimo indirizzo reso noto all'impresa di assicurazione dalla(e) persona(e) interessata(e). Se non annuncia all'impresa di assicurazione il cambiamento di domicilio, lo stipulante deve assumersi il rischio del mancato recapito della comunicazione. La disposizione corrisponde all'articolo 43 LCA. La nuova disposizione ha ora carattere semimperativo e dunque non può essere modificata nelle condizioni generali di contratto. Tenuto conto delle gravi conseguenze di questa finzione, la sua applicazione a tutte le comunicazioni dell'impresa di assicurazione, anche a quelle secondo il diritto generale o a seguito di un accordo contrattuale, non si giustifica.

L'articolo 44 LCA (comunicazioni all'impresa di assicurazione) non è stato ripreso. Nella prassi, non sussiste più alcuna esigenza in tal senso, poiché le imprese hanno l'obbligo di fornire tali informazioni conformemente al diritto in materia di sorveglianza.

Capoverso 2

Se è recapitata in forma qualificata (segnatamente mediante «lettre signature», ovvero lettera raccomandata), la comunicazione è considerata effettuata, secondo la regola usuale attuale, al più tardi il settimo giorno successivo al primo recapito infruttuoso (finzione di recapito). Spetta dunque allo stipulante provvedere affinché possa ricevere tutte le comunicazioni speditegli. Una regolamentazione derogatoria per il settore assicurativo non è necessaria.

Art. 29 Osservanza dei termini

Corrisponde all'articolo 45 capoversi 2 e 3 LCA.

2.1.3 Capitolo 3: Premio

Art. 30 Scadenza

L'obbligo principale dello stipulante è il pagamento del premio convenuto. Il premio scade all'inizio del periodo assicurativo; tale periodo dura generalmente un anno. Si tratta di una disposizione dispositiva, al pari dell'articolo 19 capoverso 1 LCA. In tal modo, le parti possono stabilire un altro periodo assicurativo. Questo vale anche per la determinazione della scadenza ed, eventualmente, per la ripartizione del premio in funzione di singole unità temporali all'interno del periodo assicurativo. In linea di principio, bisogna distinguere la scadenza del premio dal termine da cui comincia ad avere effetto il contratto. L'assicurazione decorre, di regola, indipendentemente dalla scadenza del premio. È fatta salva la possibilità di prevedere una clausola di paga-

mento nel contratto, in base alla quale l'inizio della copertura assicurativa può essere legato al pagamento del primo – e quindi esigibile – premio (cfr. spiegazioni in merito alla clausola di pagamento art. 27 AP-LCA).

Diversamente dall'articolo 22 della vigente LCA, l'avamprogetto rinuncia a determinare esplicitamente il luogo in cui deve essere pagato il premio. Sono dunque applicabili le disposizioni generali del Codice delle obbligazioni relative al contratto, segnatamente l'articolo 74 capoverso 2 numero 1 CO², secondo cui il premio deve essere pagato alla sede dell'impresa di assicurazione.

Art. 31 Mora

Capoverso 1

Le condizioni e le conseguenze della mora del debitore devono in linea di principio essere basate sul CO, segnatamente sull'articolo 102 seguenti. Il CO è completato e specificato dai seguenti capoversi dell'articolo 31 AP-LCA.

La disposizione mira a creare una nuova base per le soluzioni previste e sviluppate nella LCA in vigore (art. 20 seg.) e nella prassi.

Le condizioni della mora del debitore sono rette dall'articolo 102 CO. La disposizione stabilisce nel capoverso 1 il principio che il debitore è costituito in mora mediante l'interpellazione del creditore, se l'obbligazione è scaduta (in questo caso il premio). Ciò significa altresì che la mora non si determina per l'inadempimento del debitore se il creditore non procede prima all'invio della diffida. L'articolo 102 capoverso 2 CO fa un'eccezione per il caso in cui un giorno dell'adempimento sia stato stabilito nel contratto o risulti «determinato da una disdetta preventivamente convenuta e debitamente fatta». Diversamente dall'articolo 20 della LCA in vigore, l'avamprogetto non contiene una disposizione che regolamenti esplicitamente la questione che si pone in questo contesto, ossia sapere se lo stipulante che non paga il premio è costituito in mora soltanto dopo la diffida. Secondo la dottrina generale del diritto contrattuale l'applicazione dell'articolo 102 CO deve piuttosto determinare, caso per caso, la necessità di una diffida, il che appare giustificato alla luce della prevista relativizzazione delle conseguenze giuridiche della mora nel pagamento dei premi. Laddove la polizza fissa un determinato termine per il pagamento del premio, bisognerà dunque partire dal presupposto che vi sia una data di scadenza. Questo significa che, se non paga il premio, lo stipulante è costituito in mora già a decorrere da tale data (termine di pagamento). Le parti – e quindi in particolare le imprese di assicurazione – sono libere di prevedere nel contratto un'altra soluzione, ad esempio di articolare in diverse fasi la procedura di diffida, come avviene spesso nella prassi.

² Legge federale del 30.3.1911 di complemento del Codice civile svizzero (Libro quinto: Diritto delle obbligazioni) (RS 220)

Capoverso 2

Se lo stipulante è in mora con il pagamento del premio, in un primo tempo il contratto d'assicurazione è mantenuto e l'impresa di assicurazione deve fornire, in caso di sinistro, la prestazione promessa. La copertura assicurativa è valida fino all'eventuale scioglimento del contratto e lo stipulante deve pagare i premi per il relativo periodo e gli interessi di mora come pure risarcire i danni dovuti al ritardo. Secondo l'articolo 31 capoverso 2 AP-LCA l'impresa di assicurazione ha tuttavia la possibilità di prendere in considerazione lo scioglimento del contratto. In tal caso, deve però rispettare la procedura prevista, che consiste nell'impartire allo stipulante in mora un termine di pagamento di almeno quattro settimane per pagare il premio. Contrattualmente questo termine non può essere abbreviato e decorre dal momento in cui allo stipulante moroso perviene la comunicazione dell'impresa di assicurazione. Quando fissa il termine suppletorio, l'impresa di assicurazione deve dichiarare altresì che alla scadenza infruttuosa del termine, vale a dire in caso di mancato pagamento continuato, considera sciolto il contratto.

Tuttavia l'impresa di assicurazione è libera di prevedere più di un termine suppletorio nel contratto. Se si ricorre alla procedura di cui all'articolo 31 capoverso 2 AP-LCA, il contratto (e quindi l'obbligo dell'impresa di assicurazione) è sciolto allo scadere del termine suppletorio.

Capoverso 3

Questa disposizione poggia sul principio dell'articolo 20 capoverso 4 della LCA in vigore e rimanda agli articoli 111 e 112 dell'avamprogetto; questi regolamentano — come il diritto in vigore — i possibili valori di conversione e di riscatto in caso di estinzione di un contratto d'assicurazione sulla vita.

Art. 32 Divisibilità del premio

L'articolo 32 AP-LCA corrisponde all'articolo 24 della LCA attuale, entrato in vigore il 1° gennaio 2006. Sono state effettuate piccole modifiche sotto il profilo linguistico e della sistematica; le riserve che riguardano l'estinzione dell'assicurazione in caso di danno totale e di danno parziale sono riunite nel capoverso 2 dell'articolo 32.

L'articolo 32 capoverso 2 lettera a AP-LCA riprende in particolare la nuova disposizione dell'articolo 24 capoverso 2 LCA, entrata in vigore il 1° gennaio 2006. Se l'impresa di assicurazione ha fornito la sua prestazione in caso di danno totale, per il periodo assicurativo in corso è dovuta la totalità del premio.

Art. 33 Prestazioni assicurative con periodo di attesa

L'articolo 33 AP-LCA corrisponde all'articolo 118 dell'ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (Ordinanza sulla sorveglianza, OS; RS 961.011). Questa disposizione è ripresa nell'avamprogetto, poiché, sotto il profilo contenutistico, si fa riferimento al diritto contrattuale.

2.1.4 Capitolo 4: Verificarsi dell'evento

2.1.41 Sezione 1: Obblighi dello stipulante e dell'avente diritto

Il verificarsi dell'evento determina l'obbligo principale dell'impresa di assicurazione di fornire le prestazioni promesse nel contratto. In compenso, all'avente diritto incombono diversi obblighi conformemente al diritto in vigore. D'ora in poi il campo d'applicazione degli obblighi dell'avente diritto deve comprendere esplicitamente anche gli obblighi dello stipulante. In conformità alla dottrina del diritto generale delle obbligazioni, l'avamprogetto intende per obblighi legali, contrariamente agli obblighi effettivi, regole di comportamento cui l'avente diritto e lo stipulante si attengono nel proprio interesse, altrimenti subirebbero un pregiudizio giuridico. L'impresa di assicurazione non può esigere che l'avente diritto e lo stipulante rispettino queste regole. Contro di esse non si può ricorrere e la loro violazione non comporta un risarcimento, ma, ad esempio nel caso dell'articolo 42 capoverso 5 AP-LCA, una possibile riduzione della prestazione da parte dell'impresa di assicurazione corrispondente alla grado di colpevolezza.

Le lacune nella sistematica della LCA in vigore sono evidenti anche nell'ambito degli obblighi. Le disposizioni concernenti l'avviso di sinistro, la riduzione del danno e il divieto di modifica sono sparse nel testo di legge. L'avamprogetto riunisce tutti gli obblighi. Subisce una modifica materiale l'obbligo di impedimento e riduzione del danno (art. 34 AP-LCA), che è anticipato al momento immediatamente precedente l'insorgere del danno.

Art. 34 Impedimento e riduzione del danno

L'articolo 34 AP-LCA si basa sull'articolo 61 dell'attuale LCA, ma il suo campo di applicazione è ora esteso ad altre assicurazioni e non prevede più soltanto l'assicurazione contro i danni. Pertanto, la conseguenza giuridica della violazione dell'obbligo di riduzione del danno – il diritto dell'impresa di assicurazione di ridurre la prestazione – non è più connessa con questa disposizione bensì, sistematicamente, con l'obbligo di prestazione dell'impresa di assicurazione, ovvero con l'esclusione e la riduzione (art. 42 AP-LCA), le quali presuppongono la colpa.

Capoverso 1

L'attuale «obbligo di salvataggio» (titolo marginale dell'art. 61 LCA) non deve scattare soltanto dopo il verificarsi dell'evento, ma anche prima e riferirsi ai casi in cui l'evento non è ancora subentrato e rischia (soltanto) di realizzarsi. Tuttavia, lo stipulante o l'avente diritto devono essere tenuti a intervenire unicamente quando il verificarsi dell'evento è imminente. Le misure volte a impedire o ridurre il danno devono essere adottate, se sono possibili e ragionevoli nella situazione concreta. Nell'intento di prevenire casi di assicurazione evitabili, l'estensione anticipata dell'applicazione dell'«obbligo di salvataggio» appare opportuna tanto più che all'obbligo dello stipulante di prevenire (e ridurre) il danno si contrappone l'obbligo dell'impresa di assicurazione di rimborsare le spese per le misure adottate fino all'ammontare della somma assicurata (art. 41 AP-LCA). Questa regolamentazione consente di mettere fine in

modo positivo (e adeguato) alla controversia di vecchia data concernente il riconoscimento di un «obbligo di salvataggio» anticipato.

Capoverso 2

La richiesta di istruzioni all'impresa di assicurazione è già prevista nel diritto in vigore (art. 61 cpv. 1 periodo 2 LCA). Le istruzioni devono essere osservate, se, come stabilisce espressamente la disposizione, sono ragionevoli per lo stipulante. Lo stipulante o l'avente diritto deve rivolgersi spontaneamente all'impresa di assicurazione e chiedere istruzioni, quando ciò è previsto per contratto o è necessario in funzione delle circostanze. È probabile che le imprese di assicurazione vorranno concretizzare ulteriormente questa disposizione nelle condizioni generali di assicurazione.

Art. 35 Avviso

La disposizione relativa all'obbligo di avviso riprende in linea di principio la regolamentazione dell'articolo 38 dell'attuale LCA. Anche qui, la sanzione non è più connessa con la predetta disposizione ed è disciplinata nell'ambito del programma di prestazioni dell'impresa di assicurazione (cfr. art. 42 cpv. 1 lett. b AP-LCA). Nel capoverso 1 – come nel diritto in vigore – si presuppone cumulativamente che lo stipulante o l'avente diritto abbia conoscenza sia del verificarsi dell'evento sia della sua copertura assicurativa. Diversamente dall'attuale LCA (cfr. art. 38 cpv. 1 periodo 2), nell'articolo 35 AP-LCA non è più menzionata la possibilità di stabilire nel contratto che l'avviso sia dato per iscritto. Questo continuerà probabilmente ad essere il principale modo di procedere; però, in casi eccezionali, può bastare la forma verbale. L'esclusione della possibilità di avviso verbale nelle condizioni generali di assicurazione sarebbe quindi priva di validità a causa del carattere semimperativo della disposizione. Per contro è permesso prevedere nel contratto un determinato termine per l'avviso, purché tale termine sia adeguato (art. 35 cpv. 2 AP-LCA).

Art. 36 Informazioni

Capoverso 1

L'articolo 36 AP-LCA statuisce l'obbligo di informazione dello stipulante e dell'avente diritto in vista dell'esercizio del diritto alle prestazioni assicurative. Soltanto dopo l'adempimento di tale obbligo è esigibile la pretesa assicurativa. Nel diritto vigente l'obbligo di fornire informazioni è disciplinato nell'articolo 39 LCA. L'avamprogetto parte dal presupposto che nel far valere le proprie pretese lo stipulante e l'avente diritto abbiano non solo l'obbligo di notificazione ma anche quello di cooperare all'accertamento delle circostanze nelle quali si è verificato l'evento. Rispetto al diritto in vigore, vi sono comunque delle differenze concernenti diversi punti. In primo luogo, l'impresa di assicurazione può, come finora, richiedere informazioni che, servono, da un lato, ad accertare le circostanze in cui si è verificato l'evento e, dall'altro, a determinare l'entità dell'obbligo di fornire prestazioni. Diversamente dall'articolo 39 LCA, l'obbligo di informazione deve riferirsi soltanto alle informazioni «necessarie», vale a dire a quelle che permettono all'impresa di assicurazione di accertare correttamente le circostanze e determinare in modo appropriato il suo obbligo di fornire prestazioni. Inoltre, l'ambito relativo al quale devono essere date le informazioni è più esteso;

secondo l'articolo 39 capoverso 1 LCA si deve fornire ogni informazione sui fatti che «possano servire» all'impresa di assicurazione.

Capoverso 2

Il capoverso 2 dell'articolo 36 AP-LCA corrisponde materialmente all'articolo 39 capoverso 2 numero 1 LCA vigente, tuttavia ora è di carattere semimperativo. Se il contratto lo prevede, l'impresa di assicurazione può esigere determinati documenti giustificativi, ossia documenti scritti. La loro acquisizione deve però essere ragionevole per lo stipulante e l'avente diritto. Non è stato necessario riprendere la regolamentazione di cui all'articolo 39 capoverso 2 numero 2 LCA, ovvero la sanzione prevista nel caso in cui lo stipulante non fornisca le informazioni tempestivamente o in modo completo. Come negli altri casi, una possibile sanzione risulta dall'articolo 42 capoverso 5 AP-LCA. Inoltre, a causa del carattere semimperativo dell'articolo 42 capoverso 5 AP-LCA, non è più ammesso che nelle condizioni generali di assicurazione le imprese di assicurazione comminino l'estinzione dell'obbligo di fornire prestazioni se non è adempiuto l'obbligo di informazione.

Art. 37 Divieto di modifica

L'articolo 37 AP-LCA corrisponde materialmente all'articolo 68 capoverso 1 LCA. Si ritiene opportuno mantenere nella legge questa disposizione, che ora è semimperativa.

Si è proceduto diversamente per quel che concerne il riferimento all'articolo 68 capoverso 2 LCA, la cui disposizione libera l'impresa di assicurazione dall'obbligo di fornire prestazioni se l'avente diritto contravviene al divieto di cambiamento «con intenzione fraudolenta». A giustificazione di quanto precede, si fa presente che (come in altri casi) la sanzione è contemplata nella disposizione sull'obbligo di fornire prestazioni dell'impresa di assicurazione, in virtù dell'articolo 42 capoverso 1 lettera b AP-LCA; eventualmente, in caso di violazioni meno gravi, è applicabile l'articolo 42 capoverso 5 AP-LCA.

2.1.42 Sezione 2: Prestazione dell'impresa di assicurazione

Art. 38 Somma assicurata

Capoverso 1

L'impresa di assicurazione deve poter conoscere e limitare il suo impegno massimo. La somma assicurata serve a questo scopo. Rappresenta il massimo di ciò che l'impresa di assicurazione deve fornire. Quest'ultima può basare su di esso la pianificazione della propria capacità, ma anche, ad esempio, le sue disponibilità per la riassicurazione.

Capoverso 2

Sono ammesse limitazioni (ad es. che la somma assicurata è a disposizione una sola volta per tutti i danni nel corso di un anno) come finora. L'impresa di assicurazione deve tuttavia provvedere a fare chiarezza in questo contesto. Se omette di farlo, si

può presumere che la somma assicurata è interamente a disposizione per qualsiasi evento verificatosi.

Art. 39 Scadenza e mora

Capoverso 1

Per quel che concerne la scadenza della pretesa assicurativa, l'articolo 39 capoverso 1 si attiene al concetto del diritto in vigore (art. 41 cpv. 1 LCA). Esso stabilisce che le prestazioni assicurative scadono al termine di quattro settimane dal momento in cui l'avente diritto ha sufficientemente sostanziato le sue pretese e menzionato o trasmesso all'impresa di assicurazione i documenti giustificativi che gli sono accessibili. Il nuovo tenore dell'articolo 39 capoverso 1 AP-LCA sottende anche il parere già sostenuto per il diritto in vigore secondo cui una prestazione può essere esigibile soltanto quando lo stipulante o l'avente diritto ha adempiuto all'obbligo di avviso conformemente all'articolo 35 AP-LCA e all'obbligo di informazione ai sensi dell'articolo 36 AP-LCA. Queste condizioni sono statuite esplicitamente tramite il tenore (sostanziazione e menzione o trasmissione di prove) dell'articolo 39 capoverso 1 AP-LCA. Dopo che l'impresa di assicurazione ha ricevuto sufficienti informazioni, decorre — come nel diritto in vigore — il cosiddetto termine di riflessione. Esso ammonta a quattro settimane, dopo di che la prestazione assicurativa scade. La scadenza può verificarsi anche nel futuro prima che l'impresa di assicurazione abbia effettivamente potuto convincersi della fondatezza della pretesa. Questa soluzione è accettabile, dato che permette all'avente diritto che ha adempiuto i propri obblighi di far valere giuridicamente la sua pretesa, anche se questa non è ancora esigibile.

L'avamprogetto rinuncia a riprendere l'articolo 41 capoverso 2 della LCA attuale. Tuttavia anch'esso parte dal presupposto che non sia ammissibile vincolare contrattualmente il verificarsi della scadenza al riconoscimento della pretesa da parte dell'impresa di assicurazione o all'ammissibilità della prestazione da una sentenza definitiva. Questo risultato si può ottenere rendendo semimperativa la disposizione dell'articolo 39 capoverso 1 AP-LCA.

Capoverso 2

Alla scadenza della prestazione assicurativa, l'impresa di assicurazione è costituita direttamente in mora se non fornisce detta prestazione. La norma si basa sull'articolo 102 capoverso 2 CO.

Per l'impresa di assicurazione in mora valgono le conseguenze previste in siffatti casi dalle disposizioni generali del CO. Ad esempio, l'impresa può essere tenuta a risarcire i danni dovuti al ritardo. Per contro l'avamprogetto rinuncia, in caso di mora, a prevedere il risarcimento dei cosiddetti danni punitivi o esemplari (*punitive damages*).

Art. 40 Pagamenti rateali

Capoverso 1

Nella prassi capita spesso che l'impresa di assicurazione riconosce in linea di principio il suo obbligo di fornire prestazioni, ma ne contesta l'entità. Secondo questa disposizione l'avente diritto può, d'ora in poi, esigere pagamenti rateali dall'impresa di

assicurazione, a condizione che il termine di riflessione conformemente all'articolo 39 capoverso 1 AP-LCA sia scaduto e che tali pagamenti siano chiesti solo fino a concorrenza dell'importo incontestato. La determinazione di quest'ultimo spetta in linea di principio all'impresa di assicurazione. Essa deve agire secondo scienza e coscienza e l'avente diritto può rivolgersi a un tribunale in caso di determinazione arbitraria dell'importo incontestato da parte dell'impresa di assicurazione.

L'articolo 40 capoverso 1 AP-LCA deve essere distinto dalla possibilità di intentare azioni parziali. Queste non sono toccate dalla disposizione e sono ammesse, quando le pretese sussistono e sono esigibili parzialmente. Le azioni parziali sono trattate e regolate dal diritto processuale.

Infine, i pagamenti rateali non devono essere confusi con gli anticipi. In quest'ultimo caso, l'impresa di assicurazione effettua pagamenti parziali e anticipati anche se in linea di principio il suo obbligo di prestazione non è ancora stato determinato.

Capoverso 2

L'articolo 40 capoverso 2 AP-LCA deve essere applicato per analogia anche al caso in cui più persone facciano valere una pretesa o una prestazione assicurativa oppure non sia ancora chiaro, se vi sono altri aventi diritto. In siffatti casi i pagamenti rateali possono essere richiesti purché si sia stabilito o l'impresa di assicurazione non contesti il fatto che più persone abbiano, ciascuna, un diritto incontestato a una pretesa o prestazione assicurativa fino a concorrenza di un determinato importo.

Art. 41 Costi di impedimento, riduzione e accertamento del danno

Capoverso 1

I costi di impedimento o di riduzione del danno (art. 34 AP-LCA) devono essere assunti dall'impresa di assicurazione. Ciò vale — analogamente al diritto vigente (art. 70 cpv. 1 LCA) — anche quando le misure sono state infruttuose, purché lo stipulante o l'avente diritto abbiano potuto considerarle necessarie. Tuttavia l'impresa di assicurazione non è tenuta a fornire prestazioni che eccedono la somma assicurata convenuta. In tal modo si tiene conto del fatto che le spese di salvataggio possono raggiungere rapidamente cifre smisurate nei casi di assicurazione di grande portata (incendio in galleria, esplosione in una grande fabbrica).

Capoverso 2

In linea di principio pure le spese di accertamento del danno devono essere assunte dall'impresa di assicurazione (cfr., contrariamente a ciò, art. 67 cpv. 5 LCA). Anche in questo caso il suo obbligo è limitato alla somma assicurata.

Capoverso 3

Se l'impresa di assicurazione ha provocato in singoli casi spese di impedimento, riduzione, accertamento o di constatazione del danno, deve assumerle anche quando, unitamente alle altre prestazioni, esse superano la somma assicurata. Si tratta di uno di quei casi legali in cui l'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire prestazioni non è limitato, come generalmente statuito nell'articolo 38 capoverso 1 AP-LCA, alla somma assicurata. Un simile superamento della somma assicurata è previsto anche

nell'articolo 70 capoverso 1 della vigente LCA in caso di assunzione delle spese di salvataggio, tuttavia questa disposizione della LCA (diversamente dall'art. 41 cpv. 1-3 AP-LCA) è unicamente di carattere dispositivo.

Capoverso 4

L'impresa di assicurazione che è autorizzata a ridurre le prestazioni può ridurre in maniera corrispondente anche l'assunzione delle spese. Sono considerati motivi di riduzione la disposizione generale sull'esclusione e sulla riduzione (cfr art. 42 AP-LCA) o un motivo particolare, ad esempio la sottoassicurazione nell'assicurazione delle cose (art. 89 AP-LCA; nel diritto vigente art. 70 cpv. 2 LCA). La disposizione riprende quella attuale.

Art. 42 Liberazione dall'obbligo di fornire prestazioni e riduzione della prestazione

Capoversi 1– 3

L'articolo 42 AP-LCA riprende in gran parte la regolamentazione dell'articolo 14 della vigente LCA; se ne discosta soltanto per i dettagli.

L'articolo 42 capoverso 1 AP-LCA elenca i casi in cui si ha l'esclusione della copertura assicurativa e pertanto la liberazione dall'obbligo di fornire prestazioni per l'impresa di assicurazione. La disposizione si basa sull'articolo 14 capoverso 1 LCA, ma riflette anche il tenore dell'articolo 40 LCA (frodi nelle giustificazioni). Entrambi casi, che sono disciplinati nel capoverso 1, implicano una colpa qualificata dello stipulante o dell'avente diritto. La colpa presenta due elementi, uno soggettivo e uno oggettivo. Dal punto di vista soggettivo, il capoverso 1 presuppone la capacità di discernimento della persona il cui comportamento è sotto accusa in questa disposizione. Per quel che concerne l'elemento oggettivo della colpa, si presume, come nel diritto vigente, che l'evento sia stato provocato intenzionalmente. L'intenzione può essere considerata come la forma più grave di premeditazione; in fondo, lo scopo del comportamento è provocare (illecitamente) l'evento. L'articolo 42 capoverso 1 lettera b AP-LCA intende — come il vigente articolo 40 LCA — penalizzare le giustificazioni fatte con la frode. L'inganno può dunque essere messo in relazione sia alla giustificazione sia all'entità di una prestazione assicurativa che viene fatta valere.

La regolamentazione dell'articolo 42 capoverso 1 AP-LCA è semimperativa. La disposizione non può essere modificata, per quel che concerne la prestazione, a svantaggio dello stipulante. È fatto salvo il recesso secondo l'articolo 54 AP-LCA.

L'articolo 42 capoverso 2 AP-LCA corrisponde all'articolo 14 capoverso 2 della vigente LCA. Se l'evento è provocato per grave negligenza, l'impresa di assicurazione può ridurre la sua prestazione in maniera corrispondente al grado di colpevolezza.

Il capoverso 3 dell'articolo 42 AP-LCA corrisponde all'articolo 14 capoverso 4 della LCA in vigore. In caso di lieve negligenza, la riduzione della prestazione assicurativa è esclusa come finora.

L'avamprogetto non include più l'articolo 15 LCA (nessuna riduzione della prestazione assicurativa in caso di azione per dovere di umanità). La disposizione è superflua perché in siffatti casi non sussiste colpa.

Capoverso 4

L'articolo 42 capoverso 4 AP-LCA tiene conto in parte della disposizione dell'attuale articolo 14 capoverso 3 LCA. Esso disciplina il caso in cui l'evento assicurato è provocato da una persona delle cui azioni risponde lo stipulante o l'avente diritto. Se le azioni sono commesse da un terzo, sono possibili tre collegamenti nell'ambito del diritto di esclusione e di riduzione: ai fini della riduzione può essere rilevante la colpa della terza persona o dello stipulante oppure dell'avente diritto; è ipotizzabile anche un collegamento cumulativo, ai fini della riduzione sono responsabili della colpa sia il terzo, sia l'avente diritto.

L'avamprogetto ritiene la colpa dello stipulante o dell'avente diritto un criterio importante: se la colpa dello stipulante o dell'avente diritto è imputabile a grave negligenza, l'impresa di assicurazione può ridurre la sua prestazione nei confronti del colpevole in maniera corrispondente al grado di colpevolezza conformemente all'articolo 42 capoverso 2 AP-LCA. Se, ad esempio, un datore di lavoro cede un veicolo a un dipendente e quest'ultimo provoca un incidente per guida in stato di ebbrezza, l'impresa di assicurazione è tenuta a fornire la totalità della prestazione sia dell'assicurazione della responsabilità civile, sia dell'assicurazione casco; essa ha tuttavia un diritto di regresso nei confronti del dipendente. Se, per contro, il datore di lavoro consegna, per grave negligenza, un veicolo non sicuro al dipendente e questo causa un incidente senza concorso di colpa (o per negligenza leggera), l'impresa di assicurazione fornisce la totalità della prestazione dell'assicurazione della responsabilità civile (diritto di azione diretta) e riduce la prestazione dell'assicurazione casco. Nell'ambito dell'assicurazione della responsabilità civile l'impresa di assicurazione ha inoltre regresso nei confronti del datore di lavoro in caso di negligenza grave; con il regresso essa può far valere le prestazioni ridotte dell'assicurazione casco. Lo stipulante o l'avente diritto che si rende colpevole di comportamento intenzionale (ad es. nella sorveglianza di una terza persona) può essere addirittura escluso dalla prestazione. D'ora in poi la colpa della terza persona non sussiste più.

Capoverso 5

La violazione degli obblighi comporta un pregiudizio giuridico a carico dell'avente diritto o dello stipulante, senza che questi abbia l'obbligo di fornire la prestazione. Nel presente contesto la violazione di un obbligo determina l'esclusione o la riduzione dell'obbligo di fornire prestazioni dell'impresa di assicurazione in maniera corrispondente al grado di colpevolezza dello stipulante o dell'avente diritto. Se, ad esempio, lo stipulante non adempie all'obbligo di riduzione del danno di cui all'articolo 34 AP-LCA, l'impresa di assicurazione è autorizzata a ridurre le sue prestazioni anche se sono soddisfatte le altre condizioni. La prova principale del grado di colpevolezza spetta all'impresa di assicurazione, mentre lo stipulante deve fornire la controprova dell'assenza di colpa.

Inoltre, la riduzione può avere luogo soltanto quando è adempiuto il requisito causale. Per queste due condizioni l'onere della prova incombe allo stipulante. Questi o l'avente diritto deve quindi provare che l'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire la prestazione sarebbe insorto anche in caso di adempimento del dovere o di non essere responsabile della violazione di tale dovere. Le condizioni possono essere soddisfatte alternativamente, ma la prova di una sola delle fattispecie è sufficiente per escludere una riduzione. La regolamentazione proposta nel capoverso 5 si riferisce sia agli obblighi legali, sia a quelli contrattuali; l'importanza di questa differenza è relativizzata.

La lesione dei diritti di regresso da parte dell'avente diritto ai sensi dell'articolo 72 capoverso 2 LCA è disciplinata nell'articolo 42 capoverso 5 AP-LCA.

Art. 43 Luogo dell'adempimento

In quanto disposizione di una *lex specialis* rispetto alla disposizione generale dell'articolo 74 CO, l'articolo 43 AP-LCA stabilisce che le imprese di assicurazione devono adempiere i propri obblighi derivanti dai contratti d'assicurazione al domicilio svizzero dell'assicurato o dello stipulante. Se il domicilio dell'assicurato o dello stipulante è all'estero, la sede dell'impresa di assicurazione vale quale luogo dell'adempimento. Questa regolamentazione del luogo dell'adempimento è di carattere imperativo. L'articolo 43 include tutti gli obblighi dell'impresa di assicurazione che risultano dal contratto d'assicurazione. Oltre alla prestazione della somma assicurata, sono comprese pretese che hanno un legame funzionale con il contratto d'assicurazione. Si pensi, ad esempio, al rimborso del premio in caso di divisibilità di quest'ultimo.

Art. 44 Pegno sulla cosa assicurata

La disposizione riprende l'articolo vigente 57 LCA. Essa è necessaria, poiché permette al creditore pignoratizio di mantenere il diritto di pegno in caso di estinzione della cosa assicurata costituita in pegno (cfr. art. 801 CC).

2.1.5 Capitolo 5: Modifica del contratto

2.1.51 Sezione 1: Aumento e riduzione del rischio

Art. 45 Modifica del rischio

La sezione concernente l'aumento e la riduzione del rischio è introdotta da una disposizione generale che definisce quando vi è una modifica del rischio ai sensi della legge. L'articolo 45 AP-LCA mette in relazione la modifica del rischio alla fattispecie della violazione dell'obbligo di notificazione: sia per la rilevanza della fattispecie di rischio sia per il momento determinante della modifica si rimanda alle disposizioni relative all'obbligo di notificazione dello stipulante. Vi è una modifica del rischio se muta una fattispecie rilevante di rischio di cui all'articolo 15 capoverso 3 AP-LCA; tuttavia, la modifica non può essere soltanto temporanea. Il riferimento alla fattispecie rilevante di rischio significa altresì che un'eventuale modifica deve riguardare le fattispecie in merito alle quali l'impresa di assicurazione ha posto domande allo stipu-

lante. La correlazione tra fattispecie di rischio e articolo 15 capoverso 3 AP-LCA costringe lo stipulante, ai fini di una gestione personale del rischio, ad essere consapevole delle circostanze sulle quali l'impresa di assicurazione gli ha chiesto informazioni per iscritto. Come nel diritto in vigore, la modifica del rischio deve essere essenziale a livello sia materiale sia formale. Essa deve determinare un nuovo stato di rischio; l'avamprogetto di legge rinuncia però a precisarne la nozione e l'estensione. Il momento determinante della modifica del rischio è in funzione, con rinvio all'articolo 17 AP-LCA, del momento in cui lo stipulante ha adempiuto il suo obbligo di notificazione. Se nel quadro del perfezionamento del contratto la modifica di una fattispecie rilevante sopravviene dopo la sua comunicazione iniziale all'impresa di assicurazione, si ha una modifica del rischio di cui all'articolo 45 AP-LCA. Poiché il momento determinante per l'obbligo di notificazione preliminare al contratto concernente l'aumento del rischio è anticipato al momento della dichiarazione del rischio, è possibile evitare gli obblighi a posteriori che, pur essendo riconosciuti dalla giurisprudenza attuale, di regola sono sconosciuti agli assicurati e sono quindi inaccettabili (vedi anche art. 17 AP-LCA).

Art. 46 Aumento del rischio

Capoverso 1

Lo stipulante deve notificare per iscritto l'aumento del rischio all'impresa di assicurazione. Ad esso incombe altresì la prova dell'avvenuta e tempestiva notificazione. Se terzi sono assicurati tramite contratto, la notificazione può essere effettuata dal terzo assicurato. Responsabile dell'esecuzione della notificazione è comunque lo stipulante.

Capoversi 2-4

Queste disposizioni disciplinano le conseguenze di un aumento del rischio e i relativi diritti. Il presente avamprogetto di legge non fa più distinzione tra aumento del rischio ad opera dello stipulante e aumento del rischio senza concorso di quest'ultimo (cfr. art. 28, 30 LCA), poiché l'intervento (anche senza colpa) dello stipulante non giustifica questa importante distinzione che il diritto in vigore prevede per le conseguenze giuridiche. La prassi deroga quindi di frequente alla legge e già da tempo. Anche nelle condizioni generali di contratto l'aumento del rischio è assimilato ad aumento del rischio ad opera o senza concorso dello stipulante. La differenza va però fatta a livello non di causa dell'aumento del rischio bensì di notificazione dello stesso (vedi in merito n. 6).

Se vi è un aumento del rischio, l'impresa di assicurazione deve avere il diritto di decidere se intende proseguire il contratto. In caso affermativo, essa può adeguare il premio dal momento dell'aumento del rischio. Dal canto suo lo stipulante è autorizzato a recedere dal contratto. Il recesso va dichiarato per iscritto entro quattro settimane dal ricevimento della comunicazione dell'aumento di premio. Esso ha effetto dopo un termine di ulteriori quattro settimane. Se il contratto è receduto dallo stipulante o dall'impresa di assicurazione, quest'ultima ha diritto a un aumento adeguato del premio tra il momento dell'aumento del rischio e quello dell'estinzione del contratto. L'adeguamento del premio è dovuto in tutti i casi, poiché l'impresa di assicurazione

deve assumersi un rischio maggiore. Essa deve dimostrare l'equità dell'aumento del prezzo e non le si può impedire di giustificare tale equità sulla base delle sue tariffe. In caso di contestazione, decide il giudice.

Capoverso 6

Come nella disposizione concernente la liberazione dall'obbligo di fornire prestazioni e la riduzione della prestazione dell'impresa di assicurazione di cui all'articolo 42 AP-LCA, anche in questo capoverso l'impresa di assicurazione ha il diritto di negare o ridurre la prestazione qualora lo stipulante si renda colpevole della mancata dichiarazione dell'aumento del rischio. Dato che è riconosciuta come colpa anche la lieve negligenza, questa si ripercuote sulla determinazione dell'entità della riduzione della prestazione. È legittimo negare una prestazione, se la dichiarazione dell'aumento del rischio è omessa intenzionalmente. Deve però sussistere un nesso di causalità tra la mancata dichiarazione dell'aumento del rischio e l'assunzione o l'estensione dell'obbligo dell'impresa di assicurazione. Se l'aumento del rischio non ha ripercussioni su un'eventuale prestazione dell'impresa di assicurazione, lo stipulante non deve subire pregiudizio in ragione della mancata dichiarazione di detto aumento nemmeno se questa è imputabile a sua colpa.

Art. 47 Diminuzione del rischio

In caso di diminuzione del rischio, lo stipulante deve avere il diritto di recedere dal contratto o di esigere una riduzione del premio. Poiché non è sempre facile stabilire con certezza il momento in cui è subentrata la diminuzione del rischio e considerato che la prosecuzione del contratto, mantenuto temporaneamente invariato, non arreca pregiudizio all'impresa di assicurazione, si può rinunciare a fissare un termine entro il quale deve essere dichiarata la diminuzione del rischio. Il diritto di recesso dello stipulante è dato quindi nel caso in cui l'impresa di assicurazione rifiuti di ridurre il premio o lo stipulante non sia d'accordo sulla riduzione proposta. In queste circostanze, il recesso va comunicato per iscritto entro quattro settimane dal ricevimento della presa di posizione dell'impresa di assicurazione; il recesso ha effetto quattro settimane dopo la data in cui la relativa comunicazione è pervenuta all'impresa di assicurazione.

Contrariamente a quanto previsto per l'aumento, per la diminuzione del rischio non è necessario concedere il diritto di recesso anche all'impresa di assicurazione. Se lo stipulante accetta la riduzione del premio proposta, la prosecuzione del contratto è possibile anche nell'ottica dell'impresa di assicurazione. Il contratto si estingue se lo stipulante non è d'accordo sul premio proposto e quindi recede spontaneamente dal contratto.

Art. 48 Contratto collettivo

L'articolo 48 AP-LCA riprende sostanzialmente il tenore dell'articolo 31 LCA. Rispetto a quello in vigore, il testo di legge proposto esprime però meglio il diritto dello stipulante. La nuova norma, al pari di quella attuale, concede allo stipulante una possibilità di scelta nel caso in cui l'impresa di assicurazione receda da un contratto collettivo in seguito a un aumento del rischio (art. 46 cpv. 2 AP-LCA). Secondo l'articolo 48

AP-LCA lo stipulante potrà esigere anche in futuro la prosecuzione del contratto per le parti non toccate dall'aumento del rischio.

Il recesso dal contratto da parte dell'impresa di assicurazione in relazione a quelle parti del contratto toccate dall'aumento del rischio può determinare un cambiamento della composizione della cerchia delle persone o cose assicurate, da cui può risultare un altro, ed eventualmente un più alto, premio medio. Per questo motivo, lo stipulante che esige la prosecuzione del contratto per le parti non toccate dall'aumento del rischio deve essere tenuto, anche secondo il nuovo diritto, a pagare il premio in base alla tariffa per le restanti parti del contratto.

2.1.52 Sezione 2: Adeguamento unilaterale del contratto

Art. 49 Clausola di adeguamento del premio

Capoverso 1

Oggetto delle clausole di adeguamento disciplinate nell'articolo 49 AP-LCA sono gli aumenti del premio.

Due i presupposti per la validità delle clausole di adeguamento del premio: in primo luogo, la clausola che offre la possibilità di adeguare il premio deve essere convenuta espressamente nel contratto o nelle condizioni generali di assicurazione e, in secondo luogo, le circostanze determinanti per il calcolo del premio devono essersi modificate in misura sostanziale dopo la conclusione del contratto. La modifica sostanziale deve giustificare, sotto punti di vista oggettivi, l'aumento previsto. Non è dunque sufficiente che l'impresa di assicurazione abbia effettuato un apprezzamento erroneo del rischio al momento della conclusione del contratto o abbia voluto legare a se lo stipulante con un'offerta allettante. Neppure la modifica delle condizioni generali di assicurazione costituisce una siffatta giustificazione. Resta riservata un'eventuale impugnazione del contratto in virtù delle disposizioni generali del CO concernenti i vizi della volontà.

Capoversi 2 e 3

Se fa uso di una clausola di adeguamento, l'impresa di assicurazione deve comunicare per iscritto allo stipulante l'aumento del premio. Inoltre, la comunicazione deve indicare il motivo dell'aumento e il diritto di recesso dello stipulante ai sensi dell'articolo 49 capoverso 3 AP-LCA. L'aumento entra in vigore nel momento in cui è comunicato dall'impresa di assicurazione allo stipulante. Il termine può essere fissato al più presto quattro settimane dopo che è pervenuta la comunicazione. Dal canto suo lo stipulante ha la possibilità di far pervenire all'impresa di assicurazione, entro la data a partire dalla quale ha effetto l'aumento del premio, ossia al più presto quattro settimane dopo il ricevimento della comunicazione relativa all'aumento del premio, la dichiarazione di recesso dal contratto. Se l'aumento del premio concerne solo una parte del contratto, ad esempio un solo rischio o determinati rischi, il recesso può riferirsi soltanto alla suddetta parte. Se lo stipulante esercita un siffatto recesso parziale, il contratto rimane valido per il resto e l'impresa di assicurazione non ha la possibilità di liberarsi in via eccezionale della parte restante del contratto.

Art. 50 Modifica delle condizioni generali di assicurazione

L'articolo 50 capoverso 1 AP-LCA riprende quanto disciplinato nell'articolo 35 LCA. Diversamente da quello in vigore, l'articolo 50 dell'avamprogetto è una disposizione di carattere semimperativo. Anche se nella prassi questa disposizione non ha un'importanza rilevante, lo stipulante deve continuare ad avere il diritto di aderire alle proposte di nuovi prodotti e soluzioni. Per contro, conformemente al capoverso 3 dell'articolo 50 AP-LCA, l'impresa di assicurazione ha la facoltà di rifiutare la prosecuzione del contratto alle nuove condizioni. Il rifiuto presuppone però che la modifica del contratto sia legata ad un aumento del rischio assicurato. Ad esempio, l'impresa di assicurazione riformula le condizioni generali di assicurazione estendendo la cerchia dei rischi da coprire nell'assicurazione malattie complementare. L'articolo 50 AP-LCA si riferisce unicamente alle nuove condizioni generali di assicurazione offerte per lo stesso rischio. Esso non concerne le modifiche delle condizioni generali di assicurazione nel quadro di rapporti contrattuali in corso.

L'articolo 50 capoverso 3 AP-LCA non si applica al diritto dello stipulante di cui all'articolo 116 AP-LCA di concludere, al posto di quello esistente, un contratto per quanto possibile equivalente in un effettivo aperto, poiché l'articolo 116 AP-LCA prevede il diritto alla conclusione di un nuovo contratto, mentre l'articolo 50 AP-LCA è basato sulla prosecuzione di un contratto esistente.

2.1.6 Capitolo 6: Estinzione del contratto

2.1.61 Sezione 1: Scioglimento per legge

Art. 51 Cessazione dell'interesse economico assicurato

La cessazione dell'interesse economico assicurato non era disciplinata esplicitamente nella LCA. La dottrina dominante intende però, in siffatti casi, concedere allo stipulante un «diritto di annullamento» (per diversi motivi). L'avamprogetto fa chiarezza a questo proposito. Se l'interesse economico assicurato viene meno nel corso della durata contrattuale, il contratto deve estinguersi ipso iure; non è dunque necessario che una delle parti receda dal contratto. L'interesse economico assicurato viene meno, quando non è più oggettivamente possibile che accada l'evento assicurato. La cessazione dell'interesse assicurato deve essere notificata all'impresa di assicurazione se questa non ne è ancora a conoscenza. Restano riservate le pretese da eventi assicurati già subentrati di cui all'articolo 51 capoverso 2 AP-LCA. Si citano a titolo di esempio i versamenti della rendita a seguito di un infortunio effettuati sulla base dell'assicurazione della responsabilità civile. Il capoverso 2 contiene in sostanza una cosa ovvia già contemplata dall'articolo 58 del presente avamprogetto. La disposizione appare comunque opportuna per motivi di chiarezza, in particolare in vista di danni non ancora emersi derivanti da casi di assicurazione già subentrati.

Art. 52 Passaggio di proprietà

L'articolo 52 AP-LCA riprende il progetto di legge relativo all'articolo 54 LCA approvato il 23 giugno 2008 dalla Commissione dell'economia e dei tributi del Consiglio nazionale (CET-N).

Secondo il diritto in vigore (art. 54 LCA), lacune indesiderate nella copertura assicurativa possono verificarsi quando gli eredi di un immobile omettono di concludere nuovamente, subito dopo la morte del proprietario, le necessarie assicurazioni non obbligatorie. Per porre rimedio a questa situazione, il consigliere nazionale Hegetschweiler ha depositato il 6 ottobre 2006 un'iniziativa parlamentare. Entrambe le Commissioni dell'economia e dei tributi hanno esaminato l'iniziativa conformemente alla procedura parlamentare e hanno deciso di darle seguito. In considerazione dei lavori necessari per sottoporre a revisione totale la LCA, questo progetto di legge è stato anticipato per motivi di tempo.

La regolamentazione in vigore dal 1° gennaio 2006 può portare, in determinati casi, a lacune manifeste nella copertura assicurativa se il nuovo proprietario omette di concludere tempestivamente un'assicurazione per l'oggetto che ha acquistato. Siffatte lacune possono avere gravi conseguenze soprattutto in caso di eredità, qualora gli eredi non concludano immediatamente dopo la morte del proprietario le necessarie assicurazioni non obbligatorie.

La necessità di intervenire a livello legislativo diviene evidente nei casi di eredità, nondimeno la regolamentazione in vigore pone in generale un problema per quanto riguarda il passaggio di proprietà. Il rischio di non concludere tempestivamente i nuovi contratti d'assicurazione sussiste ogniqualvolta vi è un passaggio di proprietà. Le lacune nella copertura assicurativa non concernono soltanto gli immobili, come lascia intendere il testo dell'iniziativa, ma anche i beni mobili. Ad esempio, le conseguenze di una lacuna nella copertura assicurativa possono essere altrettanto gravi per il nuovo proprietario che eredita una collezione di oggetti d'arte.

La CET-N si è pronunciata a favore di una regolamentazione che prevede in generale il passaggio al nuovo proprietario dei diritti e degli obblighi inerenti al contratto d'assicurazione. Per le ragioni esposte, questa regolamentazione deve valere per ogni passaggio di proprietà e sia per i beni immobili sia per quelli mobili.

La soluzione deve inoltre poter essere applicata senza eccezioni. In tal modo è possibile rinunciare ai vigenti rimandi particolari alla legislazione sulla circolazione stradale nonché alla disposizione dell'articolo 54 capoverso 2 LCA in materia di assicurazione contro gli incendi.

2.1.62 Sezione 2: Recesso del contratto

Art. 53 Recesso ordinario

Capoverso 1

La proposta di introdurre nella legge il diritto di recesso ordinario era già stata fatta nell'ambito del progetto di revisione parziale della LCA (del 1998). Essa era stata giustificata dal fatto – rimasto da allora immutato – che i contratti d'assicurazione di

lunga durata non erano più compatibili con il contesto concorrenziale in cui operavano le imprese di assicurazione. Bisogna inoltre considerare che con il venir meno dell'obbligo di approvazione delle condizioni generali di assicurazione l'autorità di vigilanza non può più, in linea di principio, esercitare alcuna influenza sulle singole disposizioni contrattuali riguardanti la durata dei contratti assicurativi. Il diritto di recesso ordinario (di entrambe le parti) deve garantire la possibilità di liberarsi dal vincolo contrattuale al più tardi dopo una durata contrattuale di tre anni. Il fatto di fissare il termine di recesso per la fine di un anno contrattuale in corso deve permettere di stabilire su base annua i premi, in cui sono compresi anche i costi di acquisizione.

Capoverso 2

Secondo l'articolo 53 capoverso 2 AP-LCA le parti devono poter convenire la possibilità di recedere dal contratto già prima della fine del terzo anno, nel qual caso lo statuto dello stipulante non può essere inferiore a quello dell'impresa di assicurazione. Il diritto di recesso deve essere regolato in modo che il recesso non sia un atto unilaterale, ma un accordo dello stesso tenore per entrambe le parti contraenti.

Capoverso 3

Per quanto riguarda l'estinzione del contratto, alle assicurazioni sulla vita si applicano disposizioni particolari conformemente all'articolo 110 AP-LCA che le escludono dal campo di applicazione dell'articolo 53 AP-LCA. In questo caso, il termine di recesso è più breve.

Art. 54 Recesso straordinario

Capoverso 1

L'articolo 54 AP-LCA prescrive la possibilità di recedere in ogni momento dal contratto per motivi importanti. Il recesso straordinario non è vincolato al rispetto di termini particolari. Malgrado il diritto di recesso ordinario previsto dalla legge, vi sono situazioni in cui non si può più pretendere la prosecuzione del contratto né dallo stipulante né dall'impresa di assicurazione. Se il recesso straordinario da parte dell'impresa di assicurazione o dello stipulante attiene a un contratto concernente l'assicurazione sulla vita e quest'ultimo ha un valore di riscatto, lo stipulante può esigerne il pagamento (art. 112 AP-LCA).

Capoverso 2

Nell'articolo 54 capoverso 2 AP-LCA si stabilisce, mediante una clausola generale, che è considerato segnatamente motivo importante ogni circostanza in presenza della quale non si può ragionevolmente pretendere che il recedente continui in buona fede il contratto. I motivi per cui non si può ragionevolmente pretendere la prosecuzione del contratto possono risiedere, ad esempio, nella disparità di trattamento dello stipulante o in una frode assicurativa da parte di quest'ultimo. Spetta dunque ai giudici sviluppare una prassi adeguata in caso di contestazione tenendo conto dell'articolo 2 CC. Una situazione di recesso straordinario si verifica comunque raramente; in caso di dubbio, alle parti va indicato il rimedio del recesso ordinario di cui all'articolo 53 AP-LCA.

L'avamprogetto stabilisce quindi in norme distinte i motivi particolari del recesso straordinario, ovvero il recesso in caso di danno parziale (art. 55 AP-LCA) e il recesso in caso di revoca dell'autorizzazione all'impresa di assicurazione (art. 56 AP-LCA).

Il diritto di recesso in virtù della legislazione sulla sorveglianza delle assicurazioni è dato anche in caso di trasferimento del portafoglio (cfr. art. 62 LSA). È noto che il trasferimento del portafoglio svizzero a un'altra impresa di assicurazione richiede l'approvazione dell'autorità di sorveglianza. Questa autorizza il trasferimento se gli interessi degli assicurati sono tutelati nel loro insieme. Secondo l'articolo 62 capoverso 3 LSA, l'impresa di assicurazione assuntrice del portafoglio informa individualmente gli stipulanti da essa assunti, entro un mese dalla notifica dell'autorizzazione, in merito al trasferimento del portafoglio e al relativo diritto di disdetta. Quindi, lo stipulante ha il diritto di recedere dal contratto d'assicurazione entro tre mesi dall'informazione individuale. Conformemente all'articolo 62 capoverso 4 LSA, l'autorità di sorveglianza può disporre l'esclusione del diritto di disdetta «se il trasferimento del portafoglio non implica, dal profilo economico, un cambiamento del partner contrattuale dello stipulante». Quest'ultima disposizione si riferisce in particolare ai trasferimenti di portafogli in seno ai gruppi. Dato che il pertinente diritto di recesso trova in modo specifico ed esplicito il suo fondamento nella legislazione sulla sorveglianza delle assicurazioni, si è rinunciato a farvi rinvio nell'avamprogetto relativo a una nuova LCA.

Art. 55 Recesso in caso di verificarsi dell'evento

Capoverso 1

La possibilità, concessa in via straordinaria, di recedere da un contratto quando si è verificato un evento non si impone imperativamente. Poiché de lege ferenda deve essere concesso un diritto di recesso ordinario (art. 53 AP-LCA), nell'ottica sia dell'impresa di assicurazione sia dello stipulante si pone la questione dell'opportunità di mantenere un diritto speciale di recesso in caso di danno parziale. In particolare per lo stipulante può essere difficile, in caso di verificarsi dell'evento, riuscire a concludere un nuovo contratto se è stata l'impresa di assicurazione ad avvalersi della facoltà di recesso. D'altronde, qualora creda che un sinistro sia stato liquidato in modo inadeguato, lo stipulante potrebbe volere o ritenere necessario cambiare l'impresa di assicurazione. La ponderazione degli interessi in gioco in questo contesto porta ad evidenziare le possibilità di concorrenza anche quando si è verificato l'evento e a prevedere un diritto speciale di recesso. Questo sgrava il diritto di recesso straordinario di cui all'articolo 54 del presente avamprogetto, poiché non è necessario decidere, eventualmente per ogni danno parziale, se la prosecuzione del contratto è ancora ragionevole per una delle due parti. In questo senso, l'articolo 55 AP-LCA crea altresì certezza giuridica.

Capoversi 2 e 3

In caso di danno parziale il diritto di recesso si estingue due settimane dopo il versamento dell'indennità. Sino all'ultimo evento, lo stipulante deve avere, in particolare, la possibilità di far continuare il contratto. In caso di recesso del contratto, il rapporto contrattuale cessa due settimane dopo che è pervenuto il recesso. Sino al quel mo-

mento l'impresa di assicurazione deve restare vincolata al contratto e il premio dovuto deve essere pagato.

Art. 56 Recesso in caso di revoca dell'autorizzazione

Se a un'impresa di assicurazione è revocata l'autorizzazione ad esercitare l'attività assicurativa conformemente alla legislazione sulla sorveglianza delle assicurazioni, lo stipulante deve avere il diritto, come sinora (cfr. art. 36 LCA «recesso»), di recedere in via straordinaria dal contratto. Per stabilire esplicitamente l'impossibilità della prosecuzione del contratto per lo stipulante, è previsto il diritto di recesso e non occorre discutere nel singolo caso se la prosecuzione è effettivamente ragionevole. La disposizione si inserisce perfettamente in quella dell'articolo 61 capoverso 3 LSA, secondo cui l'impresa di assicurazione alla quale è stata revocata l'autorizzazione non può più stipulare nuovi contratti d'assicurazione. La stessa disposizione della legislazione sulla sorveglianza delle assicurazioni statuisce inoltre che i contratti in vigore non possono essere prorogati e le coperture contrattuali non possono essere estese.

L'autorità di sorveglianza deve definire in dettaglio le modalità con cui un'impresa di assicurazione può continuare la propria attività dopo la revoca dell'autorizzazione (run off). Se lo stipulante non recede dal contratto, spetta al diritto in materia di misurare per la sorveglianza delle assicurazioni rendere possibile la prosecuzione del contratto. Il contratto non si scioglie quindi automaticamente, ma lo stipulante ha un diritto di recesso di cui all'articolo 56 dell'avamprogetto. Se lo stipulante recede da un contratto d'assicurazione sulla vita che in quel momento ha un valore di riscatto, è applicabile l'articolo 112 AP-LCA.

2.1.63 Sezione 3: Conseguenze dell'estinzione del contratto

Art. 57 Estensione della responsabilità

Può capitare che l'evento si sia verificato durante la durata del contratto, ma che l'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire la prestazione assicurativa sia insorto soltanto dopo l'estinzione del contratto. Questa disposizione è stata concepita in particolare per l'assicurazione contro gli infortuni e l'assicurazione malattie, ad esempio per l'assicurazione in caso di decesso, per la quale l'articolo 57 AP-LCA protrae la responsabilità per un periodo di cinque anni se l'infortunio, in quanto evento, si è verificato durante la durata contrattuale e il decesso è avvenuto in seguito all'infortunio ma soltanto dopo l'estinzione del contratto. Nell'ambito dell'assicurazione malattie, l'evento è considerato danno patrimoniale (spese di cura, perdita di guadagno) determinato dal trattamento di una malattia nel corso della durata contrattuale. La copertura assicurativa si estende dunque soltanto ai trattamenti effettuati nel periodo di assicurazione; le altre spese per i trattamenti ricadano sul periodo contrattuale successivo. Sono comunque ipotizzabili altri scenari. Se ad esempio sono assicurate pretese in materia di responsabilità civile per i danni causati nel corso della durata contrattuale e il contratto si estingue, a prescindere dal motivo, nel periodo compreso tra il momento in cui sono stati causati i danni e il momento in

cui il danneggiato fa valere le sue pretese, l'impresa di assicurazione deve indennizzare dei danni l'assicurato.

Pertanto, l'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire la prestazione insorge quando tutte le condizioni legali e contrattuali sono soddisfatte; il verificarsi dell'evento è una delle condizioni.

Art. 58 Casi assicurati pendenti

Capoverso 1

Come per l'estensione della responsabilità (cfr. art. 57 AP-LCA) anche per i casi assicurati pendenti l'avamprogetto prevede una esplicita disposizione, secondo cui non è consentito autorizzare un'impresa di assicurazione a limitare o sopprimere unilateralmente gli obblighi di prestazione esistenti all'estinzione del contratto dopo il verificarsi dell'evento. Siffatte disposizioni sono nulle se svantaggiano lo stipulante derogando alla copertura assicurativa prevista. L'impresa di assicurazione fornisce le prestazioni cui è tenuta per contratto, a prescindere dall'eventualità che il contratto venga sciolto anticipatamente (ad es. in caso di danno parziale).

Capoverso 2

La disposizione concernente le conseguenze dei casi assicurati pendenti non si applica all'assicurazione malattie individuale, che sarà retta, come sinora, dalla LCA. Essa comprende tutte le assicurazioni complementari dell'assicurazione malattie obbligatoria secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10), ad esclusione dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia.

L'attuale assicurazione malattie è caratterizzata da un processo di liquidazione dei sinistri molto breve in ragione della definizione di sinistro in questo settore. Se si prevedesse una responsabilità per i casi assicurati pendenti, si prolungherebbe tale processo rendendo difficile il calcolo per la costituzione di riserve per i sinistri. Per questa ragione, il sistema di finanziamento dell'assicurazione malattie individuale ai sensi della LCA corrisponde a quello dell'assicurazione malattie sociale secondo cui le riserve sono costituite annualmente sulla base di una nuova valutazione dei sinistri previsti. Una responsabilità per i casi assicurati pendenti comporterebbe un aumento considerevole delle riserve che a sua volta potrebbe determinare problemi di solvibilità. Gli aumenti del premio necessari per evitare i problemi di solvibilità sono spesso insostenibili per gli stipulanti, in particolare se riguardano le assicurazioni complementari ospedaliere.

2.1.7 Capitolo 7: Esecuzione forzata

Art. 59 Fallimento dell'impresa di assicurazione

Nell'avamprogetto si propone di prevedere, come nel diritto in vigore (art. 37 cpv. 1 LCA), l'estinzione del contratto quando un'impresa di assicurazione fallisce. Si potrebbe invero prendere in considerazione la possibilità di concedere agli stipulanti un diritto di recesso come nel caso della revoca dell'autorizzazione. A un siffatto diritto sarebbero però legate troppe incertezze. Se, dopo l'apertura del fallimento, per alcu-

ni contratti d'assicurazione o per la maggioranza di essi non si esercitasse il diritto di recesso e si optasse per la loro prosecuzione, bisognerebbe chiarire la questione di chi ha obbligo di versare l'indennità per i sinistri successivi. Si potrebbe utilizzare il patrimonio vincolato. Ma in caso di concessione individuale del diritto di recesso, si perderebbe completamente la visione d'insieme dell'effettivo di assicurati. In caso di fallimento, pare quindi opportuno far cessare tutti i contratti per la stessa data. Per quanto riguarda le possibili misure di risanamento, va tenuto altresì presente che prima dell'apertura del fallimento l'autorità di sorveglianza ha già sfruttato molte possibilità — se non addirittura tutte — adottando misure particolari per salvare l'impresa di assicurazione. Se le misure di risanamento non danno gli effetti sperati, non rimane che la dichiarazione di fallimento e di conseguenza la liquidazione dell'impresa. Tuttavia, nell'avamprogetto si propone per l'estinzione del contratto di prevedere un termine transitorio di otto settimane dopo la comunicazione dell'apertura del fallimento. In effetti, in determinati casi può volerci del tempo prima che lo stipulante abbia trovato una nuova impresa di assicurazione con cui concludere un altro contratto. Poiché l'obbligo di informare non incombe più, a ragione, all'impresa di assicurazione fallita, è previsto che sia l'autorità di vigilanza a provvedere ad informare adeguatamente gli stipulanti.

Le disposizioni di cui all'articolo 37 capoversi 2 – 4 della LCA in vigore decadono nel nuovo diritto. Questi prevede norme speciali per l'assicurazione sulla vita (cfr. art. 110 seg. AP-LCA concernenti l'estinzione anticipata del contratto e la conversione di un contratto d'assicurazione sulla vita). Pertanto, l'articolo 36 capoverso 2 della LCA in vigore, a cui rimanda l'articolo 37 capoverso 2 LCA, diventa obsoleto, visto che si applica una norma generale relativa al principio della divisibilità del premio (cfr. art. 32 AP-LCA). Inoltre, si può rinunciare a riprendere l'articolo 37 capoverso 4 LCA. La commissione di esperti ritiene che lo stralcio di detto articolo non debba comportare modifiche della situazione giuridica; come sinora restano riservate le pretese in materia di risarcimento dei danni. Anche se risultano simili pretese, e in tal caso in virtù dell'articolo 41 o 97 CO, non è necessario inserire nella LCA le corrispondenti basi giuridiche. Esse non possono essere fatte valere in via privilegiata nei confronti di un impresa di assicurazione andata in fallimento.

Art. 60 Fallimento dello stipulante

Capoverso 1

Rispetto alla vecchia regolamentazione, la revisione parziale della LCA (del 17.12.2004) stabilisce all'articolo 55 capoverso 1 che, in caso di fallimento dello stipulante, il contratto si estingue con la dichiarazione di fallimento. Il testo precedente del suddetto articolo statuiva al capoverso 1 quanto segue: «Nel caso di fallimento dello stipulante la massa gli sottenta nel contratto. Si applicano a questo caso le disposizioni relative al cambiamento di proprietario (art. 54).» Evidentemente questa disposizione è stata rivista nell'ambito della revisione delle prescrizioni concernenti il cambiamento di proprietario senza tenere conto di tutte le conseguenze della nuova regolamentazione. La disposizione divenuta legge può sollevare problemi seri, in particolare se nell'ambito dell'assicurazione della responsabilità civile sono coinvolti anche terzi. Si propone dunque di tornare al vecchio sistema; il contratto sussiste e

l'amministrazione del fallimento è responsabile del suo adempimento. Sono fatte salve le disposizioni dell'avamprogetto relative all'estinzione del contratto. In tal modo si garantisce, in particolare, che l'impresa di assicurazione interessata possa sciogliere il contratto in caso di mancato pagamento del premio. Un'eventuale estinzione non deve quindi avere carattere imperativo.

Nel suo rapporto il gruppo di esperti «procedura concordataria» istituito per la revisione della LEF (diritto in materia di risanamento) prevede, rispetto al diritto in vigore, una regolamentazione più differenziata dello scioglimento dei rapporti obbligatori di durata. Il rapporto contempla l'applicabilità di norme speciali.

Capoverso 2

Come nel diritto in vigore, anche nell'avamprogetto sono fatte salve le pretese e le prestazioni provenienti dall'assicurazione di oggetti impignorabili, ovvero esse non rientrano in linea generale nella massa fallimentare. Per questa disposizione si è scelto una formulazione un po' più aperta di quella della disposizione vigente (art. 55 cpv. 2 LCA).

Art. 61 Pignoramento e sequestro

Il tenore di questo articolo è praticamente identico a quello dell'articolo 56 della LCA in vigore. Per la commissione non sussistevano motivi per derogare a questa disposizione. Nell'avamprogetto essa ha carattere imperativo.

Art. 62 Estinzione del beneficio

La disposizione corrisponde all'articolo 79 della LCA vigente; tuttavia, sul piano sistematico essa non figura più nell'assicurazione delle persone, bensì nel capitolo sull'esecuzione forzata. La nuova collocazione della disposizione tiene conto fra l'altro del Regolamento del Tribunale federale concernente il pignoramento, il sequestro e la realizzazione di diritti derivanti da polizze d'assicurazione, a termini della legge federale del 2 aprile 1908 sui contratti d'assicurazione (RPAss; RS 281.51). Benché concerni principalmente l'assicurazione delle persone, il Regolamento contiene altresì disposizioni relative all'assicurazione contro i danni. Esso è stato emanato dal Tribunale federale in applicazione dell'articolo 15 LEF; si presume che il suddetto Regolamento rimanga in vigore, ossia che sia adeguato di conseguenza in caso di adozione di una nuova LCA.

Art. 63 Esclusione della realizzazione della pretesa assicurativa in via di esecuzione o di fallimento

L'articolo 63 AP-LCA corrisponde all'articolo 80 della LCA in vigore e anch'esso è stato inserito nel capitolo generale sull'esecuzione forzata. Lo scopo della disposizione è la copertura della famiglia e, dal 2007, del partner registrato. La possibilità di estendere questa disposizione alle coppie che vivono in concubinato è stata invero presa in esame, ma si è poi deciso di rinunciarvi, poiché il Parlamento l'aveva già negata in precedenza. Per il resto si applica la regolamentazione.

Art. 64 Diritto di subingresso

Anche questa disposizione corrisponde a quella in vigore (art. 81 LCA). L'estensione ai partner in concubinato non è prevista neppure in questo caso, poiché il termine concubinato non può essere definito né delimitato in maniera univoca. Inoltre, vi è la possibilità di far beneficiare in modo irrevocabile il partner in concubinato; se lo stipulante rinuncia al diritto di revoca del beneficio, la pretesa assicurativa fondata sul beneficio non soggiace all'esecuzione forzata (art. 62 cpv. 3 AP-LCA).

Art. 65 Realizzazione della pretesa assicurativa in via di esecuzione o di fallimento

Nell'articolo 65 AP-LCA è ripresa la regolamentazione dell'articolo 86 della LCA in vigore, ma, come le precedenti, è inserita nel capitolo sull'esecuzione forzata. L'opportunità di mantenere questa disposizione discende anche dal fatto che l'articolo 16 RPAss vi fa rinvio.

2.1.8 Capitolo 8: Prescrizione

Art. 66

Capoverso 1

Secondo il diritto in vigore, «i crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal fatto su cui è fondata l'obbligazione» (art. 46 cpv. 1 primo periodo LCA). L'articolo 66 proposto nell'avamprogetto estende il termine di prescrizione a cinque anni e fa riferimento alla scadenza (cfr. art. 30 e 39 AP-LCA). La locuzione «crediti derivanti dal contratto» comprende i crediti risultanti sia dal premio sia dalle prestazioni assicurative come pure il diritto di rimborso in caso di violazione dell'obbligo di notificazione.

Capoverso 2

Se da una parte si rinuncia in generale all'introduzione di un termine di prescrizione relativo o assoluto, dall'altra si propone una nuova regolamentazione per le prestazioni assicurative periodiche. In conformità al Codice delle obbligazioni, la prestazione totale si prescrive in dieci anni dall'inizio della scadenza della prima prestazione assicurativa periodica arretrata.

2.1.9 Capitolo 9: Intermediazione assicurativa

L'avamprogetto di legge rispecchia la suddivisione in agenti e intermediari che viene fatta dal mercato dell'intermediazione. Esso disciplina compiti, rappresentanza e responsabilità per entrambe le forme dell'attività di intermediazione. Stabilisce, inoltre, il genere di remunerazione per l'intermediario assicurativo tenendo conto della situazione effettiva del mercato. Anche in futuro gli obblighi di informazione degli intermediari assicurativi sono disciplinati dalla LSA.

Secondo il diritto privato un intermediario può svolgere la propria attività unicamente per l'impresa di assicurazione (agente) o per lo stipulante (intermediario).

2.1.91 Sezione 1: Intermediari assicurativi

Art. 67 Compiti

L'intermediario è in un rapporto di fiducia con il proprio cliente e agisce nel suo interesse. Il capoverso 1 disciplina i compiti dell'intermediario. Questa disposizione riprende materialmente gli obblighi di consulenza e documentazione previsti nella direttiva sull'intermediazione assicurativa (Direttiva 2002/92/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 dicembre 2002, sulla intermediazione assicurativa, GU L 9 del 15 gennaio 2003, pag. 3). Il diritto in vigore stabilisce che l'obbligo di informazione secondo il diritto del mandato incombe all'intermediario. Tale obbligo è probabilmente leggermente meno estensivo di quelli statuiti nella direttiva dell'UE. Per gli intermediari non ci sono quindi grandi cambiamenti.

Art. 68 Rimunerazione

La disposizione sulla remunerazione dell'intermediario assicurativo si basa sulla DTF 132 III 460 relativa ai ristorni. Nella sua sentenza il Tribunale federale ha stabilito che i ristorni sono soggetti all'obbligo di consegna secondo il diritto del mandato e si può rinunciare alla loro consegna solo a condizioni particolari.

Capoverso 1

L'avamprogetto disciplina in modo imperativo il principio secondo cui l'intermediario è remunerato dallo stipulante per la sua attività di intermediazione di cui all'articolo 67 AP-LCA.

Capoverso 2

Oltre ad essere remunerato dallo stipulante, l'intermediario potrà ricevere, come sinora, provvigioni dall'impresa di assicurazione. Tuttavia, sussiste un obbligo di consegna per le prestazioni che sono pervenute all'intermediario dall'impresa di assicurazione e sono in relazione diretta o indiretta con il contratto intermediato. Sono considerate prestazioni le provvigioni, le superprovvigioni e altri vantaggi valutabili in denaro. L'obbligo di consegna nasce con l'attribuzione della prestazione dell'impresa di assicurazione. Non si esige un conteggio dettagliato con l'indicazione dell'importo, che, peraltro, sarebbe impossibile per le superprovvigioni e altri vantaggi valutabili in denaro. L'obiettivo è piuttosto attribuire correttamente, secondo una procedura di calcolo, le prestazioni ricevute ai contratti intermediati che sono in relazione diretta o indiretta con quest'ultime. Si tratta di una disposizione di carattere imperativo.

Secondo il diritto in materia di sorveglianza l'intermediario è tenuto a informare lo stipulante in maniera completa e veritiera sul genere, sull'entità e sul calcolo delle prestazioni (art. 45 cpv. 1^{ter} AP-LSA).

Capoverso 3

Lo stipulante può rinunciare soltanto per iscritto all'adempimento dell'obbligo di consegna. La rinuncia è possibile unicamente se le prestazioni ai sensi del capoverso 2 sono computate nella remunerazione dello stipulante a titolo di adempimento. Le prestazioni che superano l'importo della remunerazione restano all'intermediario.

In occasione del primo contatto, l'intermediario deve informare lo stipulante in merito all'obbligo di consegna e alle condizioni alle quali si può rinunciare a tale consegna (art. 45 cpv. 1^{bis} AP-LCA).

Art. 69 Rappresentanza e responsabilità

L'articolo 69 AP-LCA disciplina in modo semimperativo le questioni della rappresentanza e della responsabilità.

Capoversi 1 e 2

In considerazione della varietà delle forme di collaborazione con gli stipulanti, esistenti nella pratica, si rinuncia a un modello standardizzato per la procura degli intermediari. Si riprendono dunque le norme del diritto generale del CO relative alla rappresentanza.

Capoverso 3

Anche in materia di responsabilità, l'avamprogetto riprende nel capoverso 3 le norme del CO.

2.1.92 Sezione 2: Agente assicurativo

Art. 70 Compiti

La direttiva concernente gli intermediari distingue tra agenti dipendenti e indipendenti ed esclude i primi dal proprio campo d'applicazione. Ciò significa che lo stipulante che ha di fronte a sé un agente libero professionista ha diritto alla consulenza, mentre tale diritto non spetta allo stipulante che ha di fronte a sé un agente dipendente. Questa distinzione non è sensata. L'avamprogetto fa quindi riferimento alla normativa tedesca, che prevede un obbligo di consulenza per l'impresa di assicurazione, che fa poi adempiere il suo obbligo dall'agente, equivalente a quello dell'intermediario.

Art. 71 Rappresentanza e responsabilità

L'articolo 71 AP-LCA disciplina in modo semimperativo le questioni della rappresentanza e della responsabilità.

Capoverso 1

Il capoverso 1 prevede un modello standardizzato per la procura dell'agente (analogo a quelle contemplate dal diritto commerciale per il mandatario e il procuratore). Questo crea certezza del diritto e semplifica le relazioni d'affari.

2.1.10 Capitolo 10: Protezione dei dati

È mantenuto il principio secondo cui alle imprese di assicurazione è applicabile la legge federale sulla protezione dei dati (RS 235.1). Le disposizioni particolari sono previste, d'ora in poi, per i contratti collettivi e, come finora, nell'ambito della 5ª revisione dell'Al.

2.1.101 Sezione 1: Contratti collettivi

Obbligati da contratti collettivi o di propria iniziativa, molti datori di lavoro assicurano l'obbligo di continuare a versare lo stipendio e la perdita di guadagno dei lavoratori alla scadenza del suddetto obbligo attraverso l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia. Le imprese di assicurazione ordinano un esame dello stato di salute prima della conclusione del contratto, soprattutto se i redditi da assicurare sono elevati. Ne consegue che determinati lavoratori possono essere rifiutati o ammessi con riserva. E qui nasce un dilemma: il datore di lavoro deve sapere quando l'assicurazione conclusa per finanziare l'obbligo di continuare a versare lo stipendio non deve fornirgli prestazioni, poiché in tal caso l'obbligo incombe a lui personalmente. Una situazione simile può avere conseguenze gravi soprattutto sulle piccole imprese. D'altra parte, anche il lavoratore può non avere alcun interesse a fornire informazioni sui suoi problemi di salute.

Il Consiglio federale aderisce al modo di procedere proposto dalla commissione di esperti, che pur essendo complicato, consente di soddisfare i diversi interessi: il lavoratore può decidere se il rifiuto o la riserva devono essere comunicati al datore di lavoro. Se teme di perdere il posto rivelando il proprio stato di salute (ad es. infezione HIV), ha la possibilità di esigere la confidenzialità. Anche il datore di lavoro che confida nella propria copertura assicurativa va però tutelato. Infatti, il suo obbligo di continuare a versare lo stipendio è limitato al minimo previsto dal CO, a prescindere da altre regolamentazioni contenute nei contratti o nei contratti collettivi di lavoro.

In alternativa a questa regolamentazione si potrebbe prendere in considerazione anche l'obbligatorietà dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia. Questa soluzione presenterebbe diversi vantaggi: da una parte, si potrebbe proibire la riserva (compensazione del rischio mediante l'assicurazione obbligatoria) risolvendo il problema dell'informazione del datore di lavoro e, dall'altra, sarebbe possibile organizzare in modo relativamente semplice la copertura in caso di perdita di guadagno (ad es. interruzione della copertura a seguito di un ritardo nel pagamento dei premi). Tuttavia, la commissione di esperti propone di non prevedere alcuna assicurazione obbligatoria, perché in tal modo si creerebbe un'assicurazione sociale supplementare e si imporrebbe soprattutto alle grandi imprese l'assicurazione di un rischio che queste possono senz'altro assumersi e spesso vogliono anche assumersi.

2.1.102 Sezione 2: Rilevamento tempestivo e collaborazione interistituzionale

Art. 74 Rilevamento tempestivo

Capoverso 1

Nel quadro della 5^a revisione dell'AI, è stata introdotta nel diritto vigente la base legale (art. 39a LCA, entrato in vigore il 1° gennaio 2008) secondo cui le imprese di assicurazione possono comunicare dati per il rilevamento tempestivo anche senza il consenso degli assicurati. Questa competenza è attribuita alle imprese di assicurazione che sottostanno alla legge sulla sorveglianza degli assicuratori e propongono un'assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia o un'assicurazione pensioni secondo l'articolo 3b capoverso 2 lettera f della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità. Lo scambio di dati è ammesso sempre che non vi si opponga un interesse privato preponderante.

Capoverso 2

In virtù dell'articolo 3b capoverso 1 della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità, le generalità e i dati dell'assicurato e della persona o istituzione che effettua la comunicazione sono comunicati in linea di principio per iscritto al competente ufficio AI. Alla comunicazione può essere allegato un certificato medico di incapacità al lavoro. L'avamprogetto concretizza questo principio al capoverso 2, secondo cui possono essere comunicati soltanto i dati necessari per il rilevamento tempestivo.

Capoverso 3

Analogamente all'articolo 3b capoverso 3 LAI, il principio di trasparenza esige che l'assicurato sia informato in merito alla comunicazione che sarà effettuata al competente ufficio AI.

Art. 75 Collaborazione interistituzionale

La collaborazione interistituzionale mira ad agevolare l'accesso ai provvedimenti d'integrazione appropriati previsti dall'assicurazione per l'invalidità, dall'assicurazione contro la disoccupazione o dai Cantoni per gli assicurati che sono stati oggetto di una comunicazione in vista del rilevamento tempestivo o che hanno presentato una domanda di prestazioni presso un ufficio AI e la cui capacità al guadagno è sottoposta ad accertamento. L'articolo 75 dell'avamprogetto regola – al pari dell'articolo 39b del diritto vigente – lo scambio di dati nell'ambito della collaborazione interistituzionale tra gli uffici AI, le imprese di assicurazione che sottostanno alla LSA e gli istituti della previdenza professionale sottoposte alla legge sul libero passaggio.

Capoverso 2

Fatti salvi gli interessi privati oggettivamente preponderanti, lo scambio dei dati è ammesso unicamente per i dati necessari all'accertamento dei provvedimenti di integrazione o al chiarimento delle pretese della persona interessata.

Capoverso 3

Per motivi di trasparenza la persona interessata deve essere informata in merito allo scambio di dati e al loro contenuto conformemente alla regolamentazione dell'articolo 68^{bis} capoverso 4 LAI.

2.2 Titolo 2: Disposizioni speciali

Con le disposizioni speciali, il titolo 2 dell'avamprogetto tiene conto delle questioni giuridiche derivanti dalle forme tipiche di contratto e delle esigenze delle parti. In futuro, si rinuncerà alla distinzione molto criticata, fatta dalla LCA vigente, tra assicurazione contro i danni e assicurazione delle persone e si opterà, giustamente, per la distinzione tra assicurazione contro i danni e assicurazione somme (sezioni 1 e 3 del capitolo 1). Conformemente alla prassi nei pertinenti rami assicurativi, il capitolo 2 contiene disposizioni speciali concernenti l'assicurazione cose, l'assicurazione della responsabilità civile, l'assicurazione della protezione giuridica, l'assicurazione trasporti, l'assicurazione dei crediti e l'assicurazione cauzionale, l'assicurazione sulla vita nonché l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni.

2.2.1 Capitolo 1: Disposizioni comuni a tutti i rami assicurativi

Per suddividere i contratti d'assicurazione si adottano generalmente due criteri: in primo luogo, occorre fare distinzione tra assicurazione cose, assicurazione delle persone e assicurazione del patrimonio in funzione dell'oggetto assicurato e, dall'altro, bisogna definire, nell'ottica delle condizioni per il diritto alle prestazioni, se l'evento deve corrispondere al verificarsi del danno, in altre parole se si tratta di un'assicurazione contro i danni o di un'assicurazione somme.

Il diritto vigente non tiene sufficientemente conto di questi principi, nel senso che nelle disposizioni speciali opera una distinzione tra assicurazione contro i danni e assicurazione delle persone anziché tra assicurazione contro i danni e assicurazione somme. Questa suddivisione inadeguata ha tra l'altro fatto sì che per diversi decenni la prassi giudiziaria applicasse l'articolo 96 LCA a tutte le assicurazioni delle persone ed escludesse la surrogazione dell'impresa di assicurazione fornitrice di prestazioni nei diritti della persona assicurata. Dalla DTF 104 II 44 seguenti il Tribunale federale riconosce che le assicurazioni delle persone possono essere concluse anche come assicurazioni contro i danni; non si applica quindi il principio del cumulo, ma le prestazioni sono computate nelle eventuali pretese di risarcimento dei danni e all'impresa di assicurazione è accordato il diritto di regresso ai sensi dell'articolo 72 LCA. L'avamprogetto di revisione, tuttavia, tiene conto del fatto che nella prassi attuale le assicurazioni delle persone, le assicurazioni cose e le assicurazioni del patrimonio possono essere concluse come assicurazioni contro i danni o assicurazioni somme. Pertanto, la distinzione generale tra assicurazione contro i danni e assicurazione somme precede le disposizioni speciali.

È data assicurazione contro i danni quando l'evento è provocato da un danno in senso giuridico, come nell'ambito delle assicurazioni per spese di cura e spese ospeda-

liere. La perdita patrimoniale involontaria non costituisce soltanto un presupposto per l'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire la prestazione, ma può anche essere un criterio per il calcolo dell'entità della prestazione. L'assicurazione contro i danni poggia sul principio secondo cui la perdita subita è risarcita una sola volta. Il danneggiato deve pertanto farsi computare nella prestazione assicurativa tutte le prestazioni ricevute a titolo di compensazione del danno. Il cumulo delle pretese è quindi escluso (cfr. al riguardo art. 76 segg. AP-LCA). Per contro, il criterio del verificarsi del danno non è rilevante nel quadro dell'assicurazione somme e l'impresa di assicurazione può cumulare la propria prestazione con altre eventuali pretese (art. 85 AP-LCA). L'assicurazione somme è diffusa soprattutto nelle assicurazioni sulla vita (assicurazioni rischio).

La delimitazione dell'assicurazione somme e dell'assicurazione contro i danni è di fondamentale importanza per la persona assicurata, poiché nell'ambito dell'assicurazione contro i danni eventuali pretese di risarcimento sono computate nella prestazione assicurativa, mentre nell'assicurazione somme si applica il principio del cumulo. L'attribuzione univoca all'assicurazione contro i danni o all'assicurazione somme è spesso difficile, come nel caso dell'assicurazione d'indennità giornaliera e dell'assicurazione di rendita, che pur essendo legate al verificarsi del danno, vanno qualificate assicurazioni somme, se le prestazioni assicurative sono calcolate in funzione di un'apposita scala. Inoltre, il contratto d'assicurazione può contenere elementi concernenti sia l'assicurazione somme sia l'assicurazione contro i danni. Combinazioni di questo tipo sono frequenti nell'assicurazione complementare alla LAINF, in cui si stabilisce il nesso con l'incapacità di guadagno e il calcolo in funzione di importi fissi. La mancanza di delimitazione tra assicurazione contro i danni e assicurazione somme crea incertezza giuridica, non solo per la difficoltà di calcolare la copertura assicurativa, ma anche per la necessità di tenere conto del cumulo o del computo già al momento della determinazione del premio, cosa che non viene quasi mai fatta nella prassi. Finora non si è riusciti a definire criteri efficaci per la delimitazione dell'assicurazione somme e dell'assicurazione contro i danni. La commissione di esperti è quindi del parere che neppure una definizione legale potrebbe creare la necessaria certezza giuridica. Per questo motivo, la questione della necessità di computare le prestazioni deve essere regolamentata contrattualmente dalle parti. L'informazione sul genere di prestazione, ovvero se questa attiene all'assicurazione contro i danni o all'assicurazione somme, è parte dell'obbligo di informare dell'impresa di assicurazione preliminare al contratto secondo l'articolo 12 AP-LCA.

2.2.11 Sezione 1: Assicurazione contro i danni

Art. 76 Computo e surrogazione

Capoverso 1

Conformemente al principio che l'assicurazione contro i danni deve servire a compensare la perdita patrimoniale subita dall'assicurato, il capoverso 1 dell'articolo 76 AP-LCA stabilisce in maniera imperativa che le prestazioni provenienti da un'assicurazione contro i danni non sono cumulabili con altre prestazioni di compensazione dei danni. Questo significa che all'assicurato danneggiato il danno è risarcito soltanto

una volta e, quindi, egli non può esigere che l'impresa di assicurazione e il responsabile del danno risarciscano ciascuno la totalità della prestazione.

Capoverso 2

Il danneggiato rinuncia di regola ad esercitare un'azione contro il responsabile del danno se può far valere la sua pretesa anche nei confronti dell'impresa di assicurazione. L'articolo 76 capoverso 2 AP-LCA riprende pertanto il principio dell'articolo 72 capoverso 1 LCA, lo estende adeguandolo alle esigenze pratiche e stabilisce che l'impresa di assicurazione subentra nei diritti dell'assicurato (surrogazione) per le rubriche similari di danno da essa coperte. Diversamente dal diritto vigente (art. 72 cpv. 1 LCA: regresso in linea di principio soltanto verso terzi responsabili di atti illeciti [colpa]), l'impresa di assicurazione può procedere contro tutte le persone soggette all'obbligo di risarcimento – a prescindere dal fatto se queste sono tenute al risarcimento a causa di un atto illecito, violazione del contratto o in seguito a una responsabilità causale. All'impresa privata di assicurazione contro i danni, al pari dell'assicuratore sociale (art. 72 cpv. 1 LPG³), deve essere accordato un diritto di regresso (integrale) contro tutti i terzi responsabili. Non vi sono motivi per escludere dal regresso determinate categorie di responsabilità, poiché l'imputazione della comunione di rischi del responsabile del danno implica anche una ripartizione ragionevole dei costi. Inoltre, con l'estensione del diritto di regresso si semplifica notevolmente anche il disbrigo dei casi di regresso. L'articolo 76 capoverso 2 AP-LCA precede le disposizioni generali dell'articolo 50 seguente CO e, in ragione della sua forma imperativa, non lascia spazio a patti che potrebbero danneggiare lo stipulante (ad es. la cessione all'impresa di assicurazione di future pretese di responsabilità civile non sarà più ammessa) contrariamente all'articolo dispositivo 72 capoverso 1 LCA.

L'articolo 76 capoverso 2 AP-LCA è applicabile in particolare all'assicurazione della responsabilità civile, per la quale il regresso di cui all'articolo 72 LCA trova applicazione soltanto per analogia, poiché in questo caso l'assicurato è il responsabile del danno e il terzo è il danneggiato. Al posto di questo artificio, l'articolo 76 capoverso 2 AP-LCA si applica anche alla surrogazione dell'impresa di assicurazione che esercita la responsabilità civile nei diritti di regresso dell'assicurato contro terzi responsabili. Tuttavia, l'impresa di assicurazione non è surrogata nei casi in cui la prestazione di terzi a favore del danneggiato costituisce l'adempimento di un obbligo contrattuale. In particolare l'impresa di assicurazione non è surrogata nei diritti dell'assicurato al versamento dello stipendio nei confronti del datore di lavoro.

³ Legge federale del 6.10.2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (RS **830.1**)

Art. 77 Privilegio di quota e ripartizione in quote

Capoverso 1

Finora il privilegio di quota del responsabile del danno non era ancorato nella legge, ma riconosciuto nella dottrina e nella prassi. Secondo il principio del privilegio di quota l'impresa di assicurazione subentra nei diritti dell'assicurato soltanto nella misura in cui le sue prestazioni, sommate al risarcimento dovuto da un terzo per il medesimo periodo, superano il danno corrispondente. Il privilegio di quota assume un significato pratico soprattutto in quei casi in cui la pretesa di risarcimento del danneggiato nei confronti del responsabile del danno è inferiore al danno effettivo a causa di un motivo di riduzione (ad es. colpa propria) e inoltre la prestazione assicurativa non copre interamente la perdita effettivamente subita. Al riguardo si fa il seguente esempio: il danno ammonta a 100 000 franchi, la prestazione assicurativa a 80 000 franchi, la pretesa di risarcimento nei confronti di un terzo a 50 000 franchi per un grado di responsabilità del 50 per cento. L'assicurato danneggiato può chiedere 80 000 franchi all'impresa di assicurazione, mentre deve esigere prima 20 000 franchi dal responsabile del danno. Ne consegue che l'impresa di assicurazione può pretendere soltanto 30 000 franchi, benché debba fornire prestazioni per 80 000 franchi. In questi casi l'impresa di assicurazione non deve poter esercitare un'azione di regresso nei confronti del responsabile del danno a detrimento dell'assicurato; tocca all'assicurato danneggiato far valere la sua pretesa di responsabilità civile fino a coprire per intero, unitamente alla prestazione assicurativa, il danno subito. Il privilegio di quota può essere riassunto nella seguente formula: danno meno prestazione assicurativa uguale pretesa diretta del danneggiato. L'articolo 77 capoverso 1 AP-LCA è di carattere imperativo.

Capoverso 2

Il privilegio di quota di cui al capoverso 1 è limitato dalla regolamentazione imperativa della ripartizione in quote di cui al capoverso 2. Se l'impresa di assicurazione ha ridotto le sue prestazioni perché l'evento è stato provocato da una grave negligenza dello stipulante o dell'avente diritto ai sensi dell'articolo 42 capoverso 2 AP-LCA, il grado di responsabilità della persona che ha cagionato il danno è ripartito tra l'impresa di assicurazione e l'assicurato in modo che sia mantenuta la riduzione. Questo risultato si ottiene perché i diritti dell'assicurato nei confronti del terzo responsabile passano all'impresa di assicurazione nella misura in cui la prestazione non ridotta, sommata al credito nei confronti della persona che ha cagionato il danno, supera il danno corrispondente. Un esempio: il danno ammonta a 100 000 franchi, la prestazione assicurativa non ridotta a 80 000 franchi. Si effettua una riduzione del 25 per cento a 60 000 franchi. La pretesa di risarcimento nei confronti del terzo per un grado di responsabilità del 50 per cento ammonta a 50 000 franchi. Sommando la prestazione non ridotta dell'impresa di assicurazione di 80 000 franchi al credito di 50 000 franchi nei confronti del responsabile del danno si ottiene un importo di 130 000 franchi che supera di 30 000 franchi il danno effettivo. L'impresa di assicurazione può esercitare il regresso contro il responsabile del danno per un importo di 30 000 franchi. L'assicurato può pretendere 20 000 franchi dal responsabile del danno. Unitamente alla prestazione assicurativa ridotta di 60 000 franchi egli riceve 80 000 franchi

a titolo di risarcimento del danno effettivo, di cui 20 000 franchi sono a suo carico. Questo esempio mostra chiaramente che nella ripartizione in quote la riduzione ai sensi dell'articolo 42 capoverso 2 AP-LCA produce i suoi effetti e che la riduzione percentuale concerne entrambe le parti.

Art. 78 Condizione del regresso

Capoverso 1

L'articolo 78 capoverso 1 AP-LCA serve all'attuazione economica del privilegio di quota e della ripartizione in quote di cui all'articolo 77 AP-LCA. La disposizione stabilisce che il danneggiato è soddisfatto per primo, mentre l'impresa di assicurazione può esercitare i suoi diritti soltanto quando il danneggiato ha ricevuto la sua parte. In tal modo, l'assicuratore casco, ad esempio, può esercitare il regresso verso la persona responsabile soltanto quando quest'ultima ha pagato il danneggiato. Lo stesso vale per la ripartizione in quote; il regresso dell'impresa di assicurazione nei confronti del responsabile del danno è ammesso unicamente quando questi ha soddisfatto il danneggiato. L'articolo 78 capoverso 1 AP-LCA è di carattere imperativo.

Capoverso 2

L'articolo 78 capoverso 2 AP-LCA tratta – come il capoverso 1 – dei privilegi relativi al regresso. Se vi sono circostanze particolari (art. 4 CC), l'applicazione dei diritti di regresso dell'impresa di assicurazione può essere limitata o addirittura esclusa. L'esclusione o la limitazione può essere giustificata dall'esistenza di strette relazioni tra il danneggiato e la persona civilmente responsabile come stabilito dall'articolo 72 capoverso 3 LCA. Con il privilegio accordato a determinate cerchie di persone si perseguono obiettivi diversi: da un lato, avere riguardo per la situazione economica del danneggiato, che potrebbe essere nuovamente toccato dal danno a seguito del regresso esercitato contro una persona a lui vicina e, dall'altro, evitare che la sfera privata del danneggiato sia turbata da controversie giuridiche. Anche il diritto delle assicurazioni sociali prevede siffatte limitazioni del diritto di regresso (art. 75 LPG). L'articolo 78 capoverso 2 AP-LCA permetterebbe di escludere il diritto di regresso qualora la persona civilmente responsabile incorra in difficoltà finanziarie a seguito dell'esercizio di tale diritto. Contrariamente all'articolo 72 capoverso 3 LCA, che è semimperativo, l'articolo 78 capoverso 2 AP-LCA ha carattere imperativo e non può pertanto essere modificato dalle parti.

La lesione dei diritti di regresso da parte dell'avente diritto ai sensi dell'articolo 72 capoverso 2 LCA è disciplinata nell'articolo 42 capoverso 5 AP-LCA.

2.2.12 Sezione 2: Assicurazione cumulativa nell'assicurazione contro i danni

Questa sezione disciplina in modo nuovo e attuale, mediante disposizioni imperative, i casi di doppia assicurazione (art. 53 e 71 LCA). Essa contempla soltanto le assicurazioni cumulative concluse dallo stesso stipulante con più imprese di assicurazione.

Art. 79 Obbligo di notificazione

L'articolo 79 AP-LCA riprende il principio dell'articolo 53 capoverso 1 LCA e statuisce l'obbligo dello stipulante di informare tutte le imprese di assicurazione interessate, se i medesimi danni (ad es. danni allo stesso edificio, veicolo o patrimonio o alle stesse suppellettili domestiche) sono assicurati contro il medesimo rischio (fuoco, acqua, furto ecc.) e per la medesima durata anche da altre imprese d'assicurazione e se la medesima persona ha diritto alla prestazione assicurativa nel caso in cui si verifichi l'evento; in altre parole l'obbligo di notificazione sussiste se è assicurato il medesimo interesse economico (per quel che concerne l'interesse economico cfr. art. 9 cpv. 1 AP-LCA). Esso presuppone che lo stipulante sia a conoscenza dell'esistenza di un'assicurazione cumulativa.

L'articolo 53 capoverso 1 LCA prevede un ulteriore presupposto: le somme assicurate insieme riunite eccedono il valore di assicurazione. Questo aspetto può tuttavia essere rilevante soltanto per l'assicurazione a valore intero, per la quale la somma assicurata deve corrispondere al valore totale di assicurazione, affinché il danno sia risarcito interamente.

Per contro, nell'assicurazione a primo rischio, il danno è risarcito sino a concorrenza della somma assicurata convenuta a prescindere da un eventuale valore di assicurazione. Dato che l'articolo 79 AP-LCA deve essere applicabile anche alle assicurazioni a primo rischio, si propone di prevedere una disposizione speciale per le assicurazioni a valore intero (art. 81 cpv. 1 AP-LCA).

Art. 80 Diritto di recesso

L'assicurazione cumulativa ha ripercussioni indipendenti dalla volontà dell'impresa di assicurazione sul contenuto del contratto (cfr. art. 81 AP-LCA). Pertanto l'impresa di assicurazione deve avere la possibilità di recedere dal contratto, altrimenti sarebbe legata a un contratto che non avrebbe concluso in tale forma se fosse stata a conoscenza del suo contenuto (premio minimo ecc.). L'articolo 80 capoverso 1 AP-LCA accorda pertanto a ogni impresa di assicurazione interessata un termine di recesso di due settimane dal momento in cui le è pervenuta l'informazione dello stipulante. Questa disposizione impone inoltre all'impresa di assicurazione che esercita il regresso di informare in merito le altre imprese.

Art. 81 Conseguenze in caso di mancato recesso

Il diritto vigente non disciplina le conseguenze giuridiche della doppia assicurazione per la somma assicurata e per il premio. Questa lacuna è colmata dall'articolo 81 AP-LCA che fa distinzione tra assicurazione a valore intero e assicurazione a primo rischio.

Capoverso 1

Nel caso dell'assicurazione a valore intero il valore di assicurazione (art. 86 AP-LCA) e la somma assicurata (art. 38 AP-LCA) corrispondono alla conclusione del contratto. Se, a causa di un'assicurazione cumulativa, sono state convenute diverse somme assicurate il cui totale supera il valore di assicurazione, vi è violazione del suddetto

principio. L'articolo 81 capoverso 1 AP-LCA evita questo risultato indesiderato, poiché impone di ridurre il totale delle somme assicurate in maniera tale che sommate esse corrispondano al valore di assicurazione. I singoli premi sono adeguati in funzione della riduzione delle somme assicurate.

Capoverso 2

L'assicurazione a primo rischio, per contro, non conosce una relazione di questo tipo tra il valore di assicurazione e la somma assicurata. Al contrario, determinando la somma assicurata si limita adeguatamente l'obbligo di prestazione dell'impresa di assicurazione al danno atteso. Ogni danno è risarcito interamente fino a concorrenza della somma assicurata. Un'assicurazione a primo rischio è conclusa, ad esempio, quando, nel quadro di un'assicurazione casco, è stabilita una somma assicurata limitata di 2000 franchi anche per il furto di oggetti trasportati. Pertanto l'articolo 81 capoverso 2 AP-LCA statuisce soltanto la riduzione del totale delle somme assicurate alla somma di assicurazione massima convenuta in uno dei contratti. In combinato disposto con l'articolo 82 risulta che la somma assicurata ridotta è ripartita in parti uguali tra i contratti esistenti.

Tuttavia l'assicurato può voler continuare a disporre del totale delle somme assicurate convenute (ad es. nel caso delle assicurazioni della responsabilità civile). Per questo motivo, la riduzione delle somme assicurate ha luogo soltanto su richiesta dello stipulante conformemente all'articolo 81 AP-LCA.

Capoverso 3

Poiché, contrariamente all'assicurazione a valore intero, nell'assicurazione a primo rischio non vi è proporzionalità tra la somma assicurata e il premio, non è possibile ridurre proporzionalmente il premio in caso di riduzione della somma assicurata. Lo stipulante deve pagare il premio dovuto per la somma assicurata ridotta in base alla relativa tariffa.

Art. 82 Ripartizione del danno

L'articolo 82 AP-LCA disciplina le conseguenze giuridiche dell'assicurazione cumulativa in caso di verificarsi dell'evento. Anche nell'ambito dell'assicurazione cumulativa il danno subito è risarcito sino a concorrenza del limite massimo; è escluso il sovraindennizzo. Il diritto vigente (art. 71 cpv. 1 LCA) si basa al riguardo su un obbligo di risarcimento proporzionale delle imprese di assicurazione interessate. L'assicurato è tenuto a chiarire i diversi importi che può chiedere alle diverse imprese di assicurazione affinché il suo danno sia interamente risarcito. La soluzione scelta allora dal legislatore risulta essere poco favorevole al consumatore. Pertanto si propone una responsabilità solidale delle imprese di assicurazione interessate, accompagnata da un diritto di regresso. Per quel che concerne l'onere del danno delle imprese di assicurazione, occorre nuovamente distinguere, a livello interno, tra assicurazione a valore intero e assicurazione a primo rischio. Nell'assicurazione a valore intero la colpa deve essere assunta in proporzione alle somme assicurate, mentre nell'assicurazione a primo rischio - fino a concorrenza della somma assicurata più bassa - si deve

effettuare una ripartizione in parti uguali della prestazione assicurativa tra le imprese di assicurazione.

Art. 83 Violazione dell'obbligo di notificazione

L'articolo 83 AP-LCA disciplina le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di notificazione da parte dello stipulante conformemente all'articolo 79 AP-LCA. Se lo stipulante omette la notificazione nell'intento di procacciare un vantaggio illecito a sé stesso o ad altri, per tutte le imprese di assicurazione viene a decadere l'obbligo di fornire la prestazione per gli eventi assicurati già subentrati. Le imprese di assicurazione hanno inoltre il diritto di recedere dai contratti d'assicurazione entro un termine di quattro settimane dal momento in cui hanno avuto conoscenza della violazione dell'obbligo di notificazione e dell'intenzione illecita. Ai contratti d'assicurazione non disdetti si applicano per analogia dopo la scadenza del termine di recesso le conseguenze giuridiche previste dall'articolo 81 AP-LCA.

Art. 84 Eccezioni

L'articolo 84 AP-LCA eccettua dal campo di applicazione degli articoli 79bis-82 AP-LCA i frequenti casi d'importanza esigua.

2.2.13 Sezione 3: Assicurazione somme

Art. 85

L'articolo 85 AP-LCA contiene il principio del cumulo proprio dell'assicurazione somme, già presente nell'articolo 96 LCA. Il diritto vigente segue la constatazione di per sé non criticabile che le assicurazioni somme esistono principalmente nel settore delle assicurazioni delle persone per cui unicamente in questo caso è escluso il regresso dell'impresa di assicurazione.

Il progetto per contro tiene conto del fatto che nella prassi non solo le assicurazioni delle persone, ma anche le assicurazioni cose e di capitali assumono la forma delle assicurazioni contro i danni o delle assicurazioni somme. Si possono ad esempio menzionare l'assicurazione del valore corrente e del valore a nuovo nella misura in cui garantiscono prestazioni che superano il valore corrente. Quindi il principio del cumulo dovrebbe essere applicato all'assicurazione somme in generale. Sostanzialmente secondo l'articolo 85 AP-LCA nell'assicurazione somme oltre alla prestazione assicurativa sono dovute ai terzi anche altre prestazioni. Diversamente da quanto avviene nell'assicurazione contro i danni (art. 76 AP-LCA), nell'assicurazione somme non si ha né il computo dei vantaggi né la surrogazione dell'impresa di assicurazione nei diritti dell'assicurato.

Rispetto all'articolo 96 LCA, l'articolo 85 AP-LCA è imperativo per cui non può essere modificato mediante accordo tra le parti.

2.2.2 Capitolo 2: Singoli rami assicurativi

2.2.21 Sezione 1: Assicurazione cose

Art. 86 Valore di assicurazione

Il valore di assicurazione indica il valore del bene assicurato al momento della conclusione del contratto. Il valore di assicurazione è una caratteristica dell'assicurazione cose. A differenza dei beni la cui distruzione, il cui danneggiamento o la cui estinzione comportano una perdita limitata e prevedibile in anticipo, il patrimonio è un bene astratto che può subire danni e oneri in modo illimitato e pertanto ad esso non si applica il concetto di valore di assicurazione. Il valore di assicurazione non è applicato neanche all'assicurazione delle persone poiché il valore della vita e dell'integrità fisica di una persona non è per sua natura definibile.

Il valore di assicurazione serve a stabilire la somma assicurata (art. 38 AP-LCA) che determina l'obbligo di prestazioni massime dell'impresa di assicurazione. Di regola la somma assicurata corrisponde al valore di assicurazione. Nell'assicurazione del valore totale il valore di assicurazione è importante poiché esso è determinante per stabilire l'esistenza di una sopravvalutazione (art. 88 cpv. 1 AP-LCA).

Il valore di assicurazione corrisponde presumibilmente al valore venale del bene. Pertanto contrariamente al diritto vigente (art. 49 LCA) l'articolo 86 AP-LCA stabilisce il metodo per determinare il valore di assicurazione. L'articolo 86 AP-LCA ha però natura dispositiva e consente alle parti di adottare tramite accordo un altro criterio, ad esempio il valore d'alienazione. La natura dispositiva della disposizione dovrebbe consentire di tenere conto degli sviluppi futuri e del fatto che valori di assicurazione diversi dal valore venale non possono essere esclusi a priori.

Diversamente da quanto stabilito nell'articolo 85 LCA, il valore di assicurazione stabilito tra le parti non è più ritenuto in assoluto il valore di risarcimento. Quest'ultimo è infatti stabilito in base all'articolo 87 capoverso 1 AP-LCA.

Art. 87 Valore di risarcimento

Capoverso 1

Ai sensi dell'articolo 87 capoverso 2 AP-LCA al momento del verificarsi del sinistro l'impresa di assicurazione deve sostanzialmente il valore di risarcimento del bene assicurato. Pertanto il valore di risarcimento serve a stabilire l'entità della prestazione assicurativa e ai sensi dell'articolo 87 capoverso 1 AP-LCA si basa sul valore venale del bene assicurato al momento del verificarsi del sinistro. In tal modo si tiene adeguatamente conto dei cambiamenti di valore che si possono verificare tra il momento della conclusione del contratto e il sinistro. L'articolo 87 capoverso 1 AP-LCA adotta lo stesso principio dell'articolo 62 LCA e vi aggiunge il criterio per determinare il valore di risarcimento.

L'articolo 87 capoverso 1 AP-LCA ha valore dispositivo e consente quindi accordi derogatori delle parti: pertanto sarebbe ad esempio possibile stabilire come valore di risarcimento un determinato importo in franchi. L'eventuale aumento del prezzo del

bene prima del verificarsi del sinistro è irrilevante dato che l'impresa di assicurazione dovrà unicamente il prezzo originariamente stabilito. La fissazione del valore di risarcimento fa parte della portata della protezione assicurativa sulla quale l'impresa di assicurazione deve informare l'assicurato secondo l'articolo 12 AP-LCA.

Capoverso 2

Per determinare la prestazione assicurativa è necessario distinguere, in base all'importanza del valore di risarcimento, tra l'assicurazione del valore totale e quella a primo rischio.

Nell'assicurazione del valore totale occorre a sua volta specificare: se il valore di risarcimento è inferiore alla somma assicurata, al momento del verificarsi del sinistro non si hanno effetti poiché secondo l'articolo 87 capoverso 2 AP-LCA la prestazione di assicurazione è limitata al valore di risarcimento o a una sua parte. Se invece il valore di risarcimento supera la somma assicurata, si verifica la fattispecie della sottassicurazione e la prestazione assicurativa si riduce proporzionalmente in conformità con l'articolo 89 AP-LCA.

Nell'assicurazione a primo rischio l'entità della prestazione di assicurazione è determinata in base all'articolo 87 capoverso 2 AP-LCA, secondo cui deve essere pagato il valore di risarcimento totale in caso di danno totale e una parte del valore di risarcimento in caso di danno parziale.

Secondo l'articolo 87 capoverso 2 AP-LCA la prestazione dell'impresa di assicurazione è sempre limitata alla somma d'assicurazione.

Il capoverso 2 ha natura dispositiva e consente quindi alle parti di stipulare accordi derogatori.

Art. 88 Sovrassicurazione

Capoversi 1 e 2

Si ha sovrassicurazione se la somma assicurata supera notevolmente il valore di assicurazione. Questo squilibrio comporta che l'assicurato, che in caso di danno riceve soltanto il valore di risarcimento, paga troppo. Si rende quindi necessario apportare una correzione adeguando la somma assicurata e il premio. La legge prevede che entrambe le parti possono esigere tale adeguamento.

Il capoverso 1 disciplina le conseguenze giuridiche della sovrassicurazione. Questa disposizione contiene un netto miglioramento rispetto al diritto vigente che, nell'articolo 50 LCA, prevede solo in modo dispositivo che in caso di diminuzione successiva del valore di assicurazione si possa ottenere la riduzione proporzionale della somma assicurata e del premio per il periodo futuro di assicurazione. Adesso entrambe le parti hanno il diritto imperativo di pretendere la riduzione della somma d'assicurazione e contemporaneamente l'adeguamento del premio.

Il capoverso 2 specifica che il diritto di adeguamento si applica non solo in caso di sovrassicurazione iniziale, ma anche in caso di riduzione successiva del valore d'assicurazione.

Capoverso 3

L'articolo 88 capoverso 3 AP-LCA disciplina le conseguenze giuridiche di una sovrassicurazione fraudolenta. Questa fattispecie si verifica se con la sovrassicurazione lo stipulante agisce nell'intento di procacciare un vantaggio illecito a sé stesso o ad altri. Sulla base della comparabilità della situazione giuridica e degli interessi con l'assicurazione cumulativa fraudolenta, a tali casi si applica per analogia l'articolo 83 AP-LCA.

Art. 89 Sottoassicurazione

Si è in presenza di sottoassicurazione se il valore di risarcimento del bene assicurato supera la somma assicurata. Si tiene conto di un'eventuale sproporzione tra il valore di risarcimento e la somma assicurata unicamente se le parti hanno stipulato con un accordo un'assicurazione a valore intero.

L'articolo 89 AP-LCA disciplina in particolar modo le conseguenze giuridiche della sottoassicurazione in caso di danno parziale e tiene pertanto conto del fatto che l'assicurato ha pagato un premio troppo basso rispetto al valore del bene assicurato. In caso di danno totale la somma assicurata che è inferiore al valore di risarcimento limita di per sé l'obbligo della prestazione dell'impresa di assicurazione (art. 87 cpv. 2 AP-LCA), in modo che non esiste il bisogno di una regolamentazione speciale.

In caso di danno parziale si tiene conto della sottoassicurazione in modo che l'impresa di assicurazione possa ridurre la propria prestazione secondo la regola proporzionale in funzione del rapporto tra la somma assicurata e il valore di risarcimento. A titolo d'esempio, se il valore di risarcimento di un bene ammonta a franchi 100 000 e la somma assicurata concordata ammonta soltanto a franchi 80 000, tra il valore di risarcimento e la somma assicurata vi è un rapporto di 100 a 80 per cento rispettivamente una differenza del 20 per cento. Corrispondentemente soltanto l'80 per cento del danno sarà pagato rispettivamente la prestazione d'assicurazione sarà ridotta del 20 per cento. Se si è verificato un danno parziale dell'entità di franchi 40 000, saranno di conseguenza risarciti franchi 32 000 (fr. 40 000 – 20 % risp. Fr. 40 000 x 80 %).

L'articolo 89 AP-LCA corrisponde sostanzialmente all'articolo 69 capoverso 2 LCA. Tuttavia la proposta di revisione prevede diversamente dal diritto vigente la semicogenza della disposizione, per cui sono esclusi patti a sfavore dell'assicurato (per es. una riduzione sproporzionata).

2.2.22 Sezione 2: Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile la questione dell'applicazione temporale della copertura assicurativa è talora dibattuta. Nella prassi si presentano tre varianti: il principio di causalità, il principio del verificarsi dell'evento e il principio della rivendicazione del diritto (principio del claims-made), anche se l'ammissibilità di quest'ultimo è contestata. Detta discussione tuttavia non è mai stata molto intensa in Svizzera. Inoltre il Tribunale federale tutela la libertà contrattuale di definire l'ambito d'applicazione temporale e in caso di assenza di un corrispondente accordo presume il princi-

pio di causalità. Per cui non sembra necessario introdurre una regolamentazione dell'ambito di applicazione temporale.

Art. 90 Estensione

Capoverso 1

Il diritto vigente non prevede disposizioni che vietano all'impresa di assicurazione della responsabilità civile di escludere il regresso dalla copertura assicurativa. In tal modo è possibile che un contratto d'assicurazione della responsabilità civile copra unicamente i diritti del danneggiato contro l'assicurato, ma non il regresso dei terzi obbligati alle prestazioni derivanti dal sinistro e legittimati al regresso nei confronti dell'assicurato. Ad esempio nell'ambito dell'assicurazione della responsabilità civile aziendale di regola tutti i collaboratori e gli ausiliari godono della copertura assicurativa. È tuttavia possibile escludere il regresso nei confronti dei collaboratori che non occupano posizioni dirigenziali (art. 59 LCA). Poiché detta esclusione è applicata frequentemente, ne consegue che i collaboratori non coperti dall'articolo 59 LCA sono esposti al regresso del terzo che ha effettuato la prestazione. Vi sono altre situazioni comparabili. Se ad esempio un cane morde un postino assicurato presso la Suva e questa intende esercitare il regresso nei confronti del proprietario del cane, il danno rimane a carico del proprietario del cane se la sua impresa di assicurazione di responsabilità civile ha escluso la copertura relativa al regresso. Detta esclusione mina la sostanza dell'assicurazione di responsabilità civile. La proposta di revisione pertanto contiene una disposizione imperativa secondo cui l'assicurazione di responsabilità civile deve coprire oltre al diritto di risarcimento del danneggiato anche il diritto di regresso del terzo.

Non si è tuttavia adottata una disposizione che in caso di obbligo di regresso per un fatto avvenuto per negligenza grave limiti o escluda il diritto di riduzione dell'impresa di assicurazione (art. 42 cpv. 2 AP-LCA). Tali situazioni sono soprattutto ipotizzabili nel quadro del regresso dell'assicurazione sociale, in cui la persona che è sottoposta al diritto di regresso dell'articolo 75 capoverso 2 LPGA può essere chiamata a risponderne dall'assicuratore sociale unicamente se ha provocato l'evento assicurato almeno per negligenza grave. Se l'impresa di assicurazione privata riduce la propria prestazione per negligenza grave, l'assicurato obbligato al regresso deve rispondere personalmente di una parte del danno. Pertanto la situazione non sarebbe diversa se l'assicurato fosse leso direttamente nel suo diritto dal danneggiato. Non è possibile fornire argomenti che giustificano un trattamento differenziato dei due casi e che prevedano per il regresso prestazioni assicurative maggiori che per i danni diretti. Pertanto anche nel caso del regresso non si dovrebbe rinunciare alla riduzione per negligenza grave dell'articolo 42 capoverso 2 AP-LCA. Inoltre la natura semimperativa dell'articolo 42 capoverso 2 AP-LCA consente l'assicurazione totale della negligenza grave sempre che ciò non appaia immorale.

Capoverso 2

Il capoverso 2 disciplina i costi della tutela giurisdizionale nell'assicurazione di responsabilità civile. La proposta di revisione impone all'impresa di assicurazione i costi giudiziari ed extragiudiziari per la difesa dei diritti della responsabilità civile.

Si suppone tuttavia che le spese sostenute siano dettate dalle circostanze del singolo caso singolo oppure che siano state provocate dall'impresa di assicurazione. L'obbligo di assunzione dei costi è limitato alla somma assicurata, anche se l'obbligo dell'impresa di assicurazione di condurre il processo o altre misure simili viene meno se l'impresa di assicurazione non assume i costi che superano la somma assicurata.

Il capoverso 2 ha natura dispositiva ed è pertanto applicato unicamente se le parti non hanno disposto diversamente.

Art. 91 Diritto di credito diretto e diritto di accesso

Capoverso 1

Ai sensi dell'articolo 60 capoverso 1 LCA il terzo danneggiato nell'assicurazione contro danni della responsabilità civile ha un diritto di pegno legale sulla prestazione assicurativa. Detta disposizione mira a tutelare il diritto al risarcimento del danno della persona danneggiata. Tuttavia attualmente la via dell'esecuzione in via di realizzazione del pegno risulta poco pragmatica, pertanto ricalcando altre regole simili (ad es. art. 65 cpv. 1 LCStr) è stata inserita nel disegno la proposta della commissione di esperti di introdurre un diritto di credito diretto del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione contro la responsabilità civile. Questo deve essere una norma imperativa.

Invece nell'ambito dell'assicurazione della responsabilità civile volontaria si deve evitare di applicare l'esclusione dell'eccezione (art. 65 cpv. 2 LCStr). L'esclusione dell'eccezione dalla legge federale sul contratto d'assicurazione o dal contratto d'assicurazione è opportuna unicamente se – come avviene regolarmente nell'assicurazione obbligatoria di responsabilità civile – l'entità della copertura assicurativa è stabilita legislativamente. Se ciò non avviene – come nel caso dell'assicurazione facoltativa di responsabilità civile – l'esclusione dell'eccezione comporterebbe che le clausole contrattuali di eccezione rimarrebbero praticamente inefficaci.

Sembra pertanto giusto che unicamente la copertura di responsabilità civile, nella quale per ragioni sociali non si possono accettare riduzioni delle prestazioni ai danneggiati, sia obbligatoria e abbia una copertura di una determinata entità e un'esclusione generale dell'eccezione.

Ne consegue che nell'assicurazione volontaria di responsabilità civile si propone di non escludere l'eccezione.

Capoverso 2

Affinché il danneggiato possa anche far valere il diritto di credito diretto concesso dal capoverso 1, gli è garantito un diritto d'informazione sulla sua protezione in ambito di assicurazione della responsabilità civile nei confronti della persona civilmente responsabile. Detto diritto d'informazione dovrebbe essere obbligatorio; cfr. tuttavia anche il capoverso 3.

Capoverso 3

Una protezione particolare del danneggiato è prevista soprattutto per i danni alle persone e ai beni. Per questa ragione la proposta limita il diritto di credito diretto e il diritto

to d'informazione a queste tipologie di danno mentre l'assicurazione della responsabilità civile per i meri danni patrimoniali non rientra generalmente nell'ambito d'applicazione dell'articolo 91 AP-LCA. Niente si oppone tuttavia a un accordo delle parti finalizzato a garantire il diritto di credito diretto nelle assicurazioni non obbligatorie contro la responsabilità civile per i meri danni patrimoniali, dato il carattere dispositivo del capoverso 3.

Art. 92 Copertura assicurativa insufficiente

Capoverso 1

La disposizione imperativa dell'articolo 92 AP-LCA disciplina il caso in cui i mezzi per soddisfare completamente tutte le pretese sorte dalla responsabilità civile manchino perché i numerosi crediti dei diversi danneggiati superano nella loro totalità la somma assicurata. Il capoverso 1 stabilisce il principio che le pretese sono ridotte proporzionalmente (cfr. anche art. 66 LCStr).

Capoverso 2

Il capoverso 2 serve a tutelare l'impresa di assicurazione dai doppi pagamenti. Se l'impresa ha fornito involontariamente (ad es. a causa di una sentenza) o in buona fede a un danneggiato una prestazione che supera la sua pretesa secondo il capoverso 1, è liberata nei confronti delle altre persone danneggiate fino a concorrenza della prestazione di risarcimento.

Capoverso 3

Affinché tutte le pretese risultanti da un determinato sinistro siano giudicate insieme e siano evitati pagamenti eccedenti ai sensi del capoverso 2, su richiesta di una parte si deve poter impartire agli aventi diritto, che non partecipano ancora al processo per il risarcimento del danno, un termine per associarsi alla procedura. Il giudice può impartire il termine anche d'ufficio e ad esempio pubblicare la relativa notifica nel foglio ufficiale o nel foglio cantonale.

Capoverso 4

Gli aventi diritto che non hanno seguito tempestivamente l'invito del giudice a far valere le loro pretese non sono più presi in considerazione nella ripartizione della prestazione di risarcimento.

Art. 93 Prestazioni pensionistiche

Capoverso 1

Analogamente all'articolo 92 AP-LCA anche l'articolo semimperativa 93 AP-LCA tutela l'impresa di assicurazione da prestazioni eccessive o da altri obblighi. Il capoverso 1 stabilisce che l'impresa di assicurazione non deve effettuare pagamenti che superano la somma assicurata. Pertanto in caso di prestazioni pensionistiche occorre stabilire tramite la capitalizzazione se il valore del capitale di una rendita supera la somma assicurata. Se è il caso, la rendita va ridotta nella misura in cui supera il valore capitalizzato della somma assicurata.

Capoverso 2

Le disposizioni del diritto di sorveglianza relative alla solvibilità offrono una sufficiente sicurezza alle pretese pensionistiche del danneggiato. Pertanto in deroga all'articolo 43 capoverso 2 CO sia l'assicurato sia l'impresa di assicurazione possono essere esentati dall'obbligo di fornire garanzie.

Art. 94 Liquidazione dei sinistri

Non è insolito che a seguito di un evento di responsabilità civile il danneggiato rischi di subire gravi conseguenze finanziarie, eventualmente addirittura una situazione di emergenza esistenziale. Per evitare tali conseguenze indesiderate occorre regolare in modo particolarmente tempestivo i relativi sinistri. Ciò è prescritto nell'articolo 94 AP-LCA conformemente alle disposizioni della LCStr (art. 79c), che a loro volta si basano sul recepimento semimperativa della quarta direttiva dell'assicurazione sugli autoveicoli (D 2000/26/CEE del 16 maggio 2000, Parlamento europeo e Consiglio sull'armonizzazione delle legislazioni degli Stati membri in materia di assicurazioni della responsabilità civile degli autoveicoli e sulla modifica delle direttive 73/239/CEE e 88/357/CEE Consiglio, GUCE L 181 del 20-7-2000, pag. 65).

Capoverso 1

L'articolo 94 capoverso 1 AP-LCA stabilisce l'obbligo dell'impresa di assicurazione di presentare entro tre mesi dalla notificazione di un credito di risarcimento da parte del danneggiato, un'offerta di risarcimento motivata, se l'obbligo di fornire la prestazione è incontestato e la pretesa è valutabile (lett. a). Non è evidentemente accettabile per l'impresa di assicurazione la presentazione di un'offerta di risarcimento se il danno non può essere regolato per ragioni che il pretendente deve difendere oppure se è pendente un giudizio amministrativo, un processo civile o una procedura di composizione extragiudiziale delle controversie collegata al sinistro. Se l'impresa di assicurazione contesta l'esistenza dell'obbligo di fornire la prestazione in generale oppure se in quel momento la pretesa non è ancora valutabile, deve presentare una presa di posizione nei confronti del danneggiato in cui le posizioni giuridiche e la loro motivazione sono esposte dettagliatamente e in modo comprensibile per quest'ultimo (lett. b). Uno scritto di una riga non è sufficiente. L'offerta e la presa di posizione devono essere redatte per scritto.

Capoverso 3

Il capoverso 3 regola le conseguenze qualora l'impresa di assicurazione non rispetti gli obblighi legali. Se l'impresa di assicurazione non presenta un'offerta motivata secondo la lettera a o una presa di posizione secondo la lettera b e lascia scadere infruttuosamente il termine stabilito, si applica la disposizione del capoverso 3. In questo caso si applica la presunzione favorevole al danneggiato che l'obbligo di fornire la prestazione sussista in misura pari al credito di risarcimento notificato e conseguentemente ciò determina un'inversione dell'onere della prova. Ciò significa per il danneggiato di essere esonerato da un altro obbligo di sostanziare il danno e spetta all'impresa di assicurazione provare l'esistenza di un danno di diversa entità. In seguito

il danneggiato può far valere altre pretese, segnatamente quelle derivanti dalla mora del debitore.

2.2.23 Sezione 3: Assicurazione della protezione giuridica

Nel diritto vigente l'assicurazione della protezione giuridica è – eccettuato l'articolo 32 LSA che stabilisce i principi fondamentali organizzativi dell'assicurazione della protezione giuridica – disciplinata negli articoli 161 segg. OS. Le disposizioni dell'ordinanza contengono in sostanza l'attuazione autonoma della direttiva 87/344/CEE del 22 giugno 1987 recante il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative all'assicurazione della protezione giuridica (GUCE L 185 del 4 luglio 1987, pag. 77). L'obiettivo della direttiva e quindi dell'ordinanza sulla sorveglianza è in primo luogo evitare o eliminare conflitti di interessi che potrebbero risultare da diverse posizioni dell'assicurato della protezione giuridica da una parte e da quelle dell'impresa di assicurazione dall'altra. Mentre per l'assicurato è decisivo soprattutto il risultato di un processo, l'impresa di assicurazione è in primo luogo interessata a uno svolgimento economico del processo dato che ne sostiene le conseguenze. La maggior parte delle disposizioni vigenti in materia di assicurazione della protezione giuridica ha ben funzionato e deve essere solo marginalmente adeguata. L'inserimento di numerose disposizioni di carattere contrattuale materiale nell'ordinanza sulla sorveglianza non è corretto per ragioni sistematiche, per cui si propone il loro trasferimento nella LCA; ne sono interessati gli articoli 162, 163, 166, 167, 168, 169 e 170 OS. L'articolo 161 OS (vedi al riguardo le spiegazioni all'art. 95 AP-LCA) può essere abrogato. Tutte le disposizioni in materia di assicurazione della protezione giuridica sono semimperative e pertanto non possono essere modificate a danno dell'assicurato o dell'avente diritto.

Art. 95 Campo di applicazione

L'articolo 95 AP-LCA stabilisce il campo d'applicazione delle disposizioni in materia di assicurazione della protezione giuridica. La disposizione esclude già nel diritto vigente (art. 162 lett. a OS) l'attività svolta dall'impresa di assicurazione per difendere o rappresentare la persona assicurata presso tale impresa contro le pretese di responsabilità civile.

Diversamente dall'assicurazione della protezione giuridica, nell'assicurazione contro la responsabilità civile gli interessi dell'assicurato e dell'impresa di assicurazione vanno sostanzialmente nella stessa direzione, dato che entrambi sono interessati a un esito economico del processo relativo alla responsabilità civile contro l'assicurato. Pertanto nel settore dell'assicurazione contro la responsabilità civile si può fare a meno di regole per evitare o eliminare conflitti di interessi tra l'impresa di assicurazione e l'assicurato.

Sebbene gli interessi sostanzialmente coincidano, la loro intensità può essere diversa poiché per l'assicurato può non essere così importante vincere il processo concernente la responsabilità civile se l'impresa di assicurazione di responsabilità civile deve comunque soddisfare le pretese del danneggiato. È addirittura pensabile che l'assicurato preferisca perdere il processo sulla responsabilità perché sarebbe più

interessato al risarcimento del danneggiato che a difendersi dalle pretese (ad es. se in tal modo può tenersi un buon cliente o mantenere buoni rapporti con un vicino). Anche da questo punto di vista sembra giustificato escludere la difesa dell'impresa di assicurazione della responsabilità civile dall'ambito d'applicazione dell'articolo 95 segg. AP-LCA, dato che altrimenti non sarebbe consentito all'impresa di assicurazione riservarsi la piena competenza processuale nelle condizioni d'assicurazione.

Non si è inserita una disposizione corrispondente all'articolo 162 lettera b OS. Anche l'articolo 162 lettera b OS deriva dalla direttiva 87/344/CEE del 22 giugno 1987, ma non ha importanza pratica per la Svizzera. Inoltre non è stata inserita nessuna definizione dell'assicurazione della protezione giuridica (art. 161 AVO), poiché generalmente nel quadro dell'AP-LCA si evitano le definizioni. Pertanto l'oggetto dell'assicurazione della protezione giuridica dovrebbe rimanere immutato.

Art. 96 Disposizioni generali

Capoverso 1

L'articolo 96 capoverso 1 AP-LCA corrisponde all'articolo 166 capoverso 1 OS.

Capoverso 2

Ciò si applica al primo periodo dell'articolo 96 capoverso 2 AP-LCA che riprende il contenuto dell'articolo 166 capoverso 2 OS.

Capoverso 3

Corrisponde all'articolo 166 capoverso 3 OS.

Art. 97 Diritti e obblighi dell'impresa di liquidazione dei sinistri

L'articolo 97 AP-LCA stabilisce che nel rapporto con l'assicurato l'impresa di liquidazione del sinistro ha la stessa posizione giuridica dell'impresa di assicurazione, per cui tutti i diritti derivanti dal contratto d'assicurazione possono essere fatti valere direttamente nei confronti dell'impresa di liquidazione del sinistro e le sue azioni sono vincolanti per l'impresa di assicurazione.

Art. 98 Designazione di un rappresentante degli interessi

Capoversi 1 e 4

L'articolo 98 capoversi 1 e 4 AP-LCA corrisponde, con alcuni adeguamenti redazionali e sistematici, all'articolo 167 capoverso 1 OS. In linea di massima l'impresa di assicurazione deve essere libera di fornire prestazioni giuridiche proprie anche *de lege ferenda*; nondimeno, come già sotto l'impero della legislazione in vigore, la persona assicurata deve avere il diritto di scegliere il proprio avvocato quando ha bisogno di essere rappresentata, come pure in caso di conflitto di interessi. Si presuppone la presenza di un conflitto di interessi soprattutto quando l'impresa di assicurazione della protezione giuridica o l'impresa di liquidazione del sinistro appartiene al medesimo gruppo dell'impresa di assicurazione contro la quale viene fatta valere una pretesa o è implicata in altro modo nella controversia.

L'articolo 98 capoverso 4 AP-LCA impone all'impresa di assicurazione l'obbligo di assumere i costi di avvocato. Se del caso la persona assicurata può fare valere questa pretesa per le vie legali. A prescindere dalla rappresentanza dinanzi ai tribunali, l'onorario dell'avvocato può in linea di massima essere convenuto liberamente, fermo restando che si tiene solitamente conto del valore degli interessi o del valore litigioso; le associazioni cantonali degli avvocati emanano in merito raccomandazioni di onorario. Sempreché la legge (art. 98 cpv. 4 AP-LCA, art. 32 cpv. 1 lett. b LSA) o il contratto d'assicurazione prevedano la garanzia dell'assunzione dei costi, l'impresa di assicurazione è tenuta a concederla. Pertanto l'impresa di assicurazione può convenire gli onorari con l'avvocato, ma non può far dipendere l'assunzione della garanzia dei costi dall'assentimento dell'avvocato alla convenzione di onorario. Nella prassi le imprese di assicurazione concedono direttamente agli avvocati le loro garanzie di assunzione dei costi. Questo modo di procedere va qualificato come richiesta di assunzione dei debiti ai sensi dell'articolo 176 capoverso 2 CO che, secondo l'articolo 176 capoverso 3 CO, può ad esempio essere considerata concludente quando l'avvocato interviene nell'interesse della persona assicurata. La comunicazione da parte della persona assicurata dell'assunzione della garanzia dei costi porta al medesimo risultato a condizione che l'impresa di assicurazione non vi si opponga (art. 176 cpv. 2 CO). Per il tramite della garanzia dell'assunzione dei costi le parti istituiscono un rapporto giuridico autonomo nel cui contesto l'impresa di assicurazione diviene il debitore unico dell'avvocato. Non è possibile opporre all'avvocato le eccezioni risultanti dal contratto d'assicurazione (art. 179 cpv. 3 CO). Se intende riservarsi un'eccezione, l'impresa di assicurazione deve esplicitamente serbarsi tale diritto nella garanzia di assunzione dei costi con l'avvocato. Dato che la garanzia dell'assunzione dei costi costituisce un rapporto giuridico autonomo, il credito dell'avvocato non si prescrive secondo l'articolo 66 AP-LCA, bensì secondo le disposizioni del CO.

La garanzia di assunzione dei costi può essere limitata dal profilo del contenuto a condizione che il contratto di assicurazione lo preveda. Ne consegue che la persona assicurata rimane debitore dell'onorario dell'avvocato all'infuori dell'ambito della garanzia di assunzione dei costi.

Capoverso 2

Il presente capoverso corrisponde all'articolo 167 capoverso 3 OS, fermo restando che d'ora in poi l'obbligo di informare può essere esteso a entrambi i casi di ricorso all'avvocato di cui all'articolo 98 capoverso 1 AP-LCA.

Capoverso 3

Il capoverso 3 dell'articolo 98 AP-LCA riprende l'articolo 167 capoverso 2 OS, introducendovi adeguamenti redazionali e di contenuto.

Finora l'economia assicurativa è partita dal presupposto che la rappresentanza legale poteva essere conferita sia dall'impresa di assicurazione, sia dalla persona assicurata, fermo restando che le condizioni usuali di assicurazione riservano il conferimento del mandato all'impresa di assicurazione. Sovente non risulta chiaramente chi sia il partner contrattuale dell'avvocato. In linea di massima si possono distinguere tre varianti di conferimento del mandato da parte dell'impresa di assicurazione: la rap-

presentanza diretta, nonché il contratto proprio o improprio a favore della persona assicurata. A seconda dell'impostazione giuridica i diritti che risultano dal mandato e in particolare il diritto di impartire istruzioni fondato sulla legislazione in materia di sorveglianza spettano all'impresa di assicurazione. Inoltre, a dipendenza del singolo statuto giuridico dell'impresa di assicurazione, la persona assicurata è esposta senza protezione a uno scioglimento del contratto, il che è particolarmente problematico nel caso dei mandati che possono essere disdetti in ogni momento conformemente all'articolo 404 capoverso 1 CO. La nuova formulazione dell'articolo 98 capoverso 3 AP-LCA chiarisce in futuro che l'assegnazione del mandato di rappresentanza legale potrà essere effettuata dalla sola persona assicurata. Si elimina in tal modo l'incertezza che regnava da anni sulla persona del partner contrattuale dell'avvocato, tenendo in particolare conto del fatto che nel caso del rapporto di mandato con un avvocato la posizione centrale è assunta dalla fiducia tra l'avvocato e il suo cliente. Nella sua veste di mandante la persona assicurata può fare valere autonomamente i diritti che le competono in virtù del mandato, come anche quello di impartire istruzioni, fondato sulla legislazione in materia di sorveglianza. La persona assicurata decide inoltre da sola in merito allo scioglimento del contratto (art. 404 cpv. 1 CO). In questo senso anche la sovranità in ambito di procedura compete dal profilo formale alla persona assicurata. Quest'ultima è d'altronde tenuta a ridurre il danno (art. 34 cpv. 1 AP-LCA), fermo restando che l'esigenza del consenso a decisioni di principio come l'avvio del processo, i rimedi giuridici o la composizione – esigenza che viene sovente fatta salva nelle condizioni di assicurazione – può essere qualificata come concretizzazione dell'obbligo di ridurre il danno (art. 34 cpv. 2 AP-LCA). Alle condizioni stabilite dall'articolo 42 capoverso 5 AP-LCA l'assenza di richiesta del consenso dell'impresa di assicurazione a determinati passi procedurali o l'esercizio, altrimenti contrario agli obblighi, dei diritti risultanti dal rapporto di mandato può provocare una riduzione della prestazione.

L'articolo 98 capoverso 3 AP-LCA istituisce la possibilità per l'impresa di assicurazione di riservarsi il consenso dell'assegnazione del mandato e quindi di evitare in singoli casi che il mandato venga assegnato a rappresentanti legali non graditi. Non possono essere convenute ulteriori limitazioni, come ad esempio la limitazione della scelta dell'avvocato a un determinato circondario giudiziario. Inoltre il diritto di rifiuto non è illimitato. Anzi, se ha già fatto valere il suo rifiuto, l'impresa di assicurazione deve accettare uno dei tre rappresentanti proposti e non legati tra di loro (si presuppone che vi sia un legame soprattutto se le persone proposte appartengono al medesimo studio legale).

Oltre alla rappresentanza necessaria e al conflitto di interessi sono ipotizzabili ulteriori casi nei quali deve essere conferito un mandato a un avvocato e quindi stabilita la competenze di scelta. In questo senso l'articolo 32 capoverso 1 lettera b LSA conferisce alle persone assicurate il diritto di affidare la difesa dei loro interessi a un rappresentante legale indipendente a condizione che l'impresa composta di assicurazione non sia un'impresa indipendente di liquidazione dei sinistri. La competenza di scelta spetta in questo caso alla sola persona assicurata: non è ammessa la riserva di un diritto di opposizione. Negli altri casi non contemplati né dall'articolo 32 capoverso 1 lettera b LSA, né dall'articolo 98 capoverso 1 AP-LCA, la competenza di

scelta spetta in *maiore minus* all'impresa di assicurazione che decide in merito al ricorso come tale al rappresentante legale. Questo risulta anche ex contrario dall'articolo 98 capoverso 3 AP-LCA e dall'articolo 32 capoverso 1 lettera b LSA. Se il contratto d'assicurazione non contempla nessuna norma particolare sulla competenza di scelta si applica per analogia l'articolo 98 capoverso 3 AP-LCA.

La delega all'avvocato deve in linea di massima essere conferita dalla persona assicurata. L'impresa di assicurazione è legittimata a conferire una procura all'avvocato soltanto se vi è stata autorizzata singolarmente dalla persona assicurata. È quanto risulta dall'articolo 396 capoverso 2 CO, secondo il quale per l'avvio di un processo o per la conclusione di una composizione è espressamente necessaria una speciale procura. La medesima esigenza deve valere anche nel caso in cui una persona diversa dal mandante conferisce una speciale procura a un terzo. Il diritto dell'impresa di assicurazione di conferire mandati non può pertanto essere riservato nelle condizioni di assicurazione.

Art. 99 Informazione nell'ambito di un avviso di sinistro

L'articolo 99 AP-LCA corrisponde all'articolo 163 OS, con l'introduzione di adeguamenti redazionali.

Art. 100 Esonero dal segreto professionale

L'articolo 100 AP-LCA riprende con l'introduzione di adeguamenti redazionali il contenuto dell'articolo 168 OS.

Sovente, se la persona assicurata è rappresentata da un avvocato, l'impresa di assicurazione non dispone più di un accesso diretto alle informazioni necessarie al disbrigo del contratto. Ci si chiede pertanto chi e in quale misura deve fornire le informazioni corrispondenti.

La base del diritto di informazione di un'impresa di assicurazione è costituita dall'articolo 36 AP-LCA. Secondo questa disposizione la persona assicurata deve fornire su richiesta all'impresa di assicurazione tutte le informazioni necessarie all'accertamento delle circostanze nelle quali è subentrato il sinistro e alla constatazione dell'entità dell'obbligo di fornire le prestazioni; non ne fanno ad esempio parte le informazioni relative alle procedure penali o di diritto di famiglia che sono in relazione con il caso concreto. Oltre all'articolo 36 AP-LCA vanno osservate anche le disposizioni della legge federale sulla protezione dei dati (LPD; RS 235.1), perché l'acquisizione di informazioni da parte dell'impresa di assicurazione costituisce indubbiamente un trattamento di dati ai sensi dell'articolo 3 lettera a LPD. L'impresa di assicurazione non è pertanto libera di interpretare quanto sia necessario ai sensi dell'articolo 36 AP-LCA, ma piuttosto vincolata al principio di proporzionalità.

In applicazione dell'articolo 4 capoverso 1 LPD i dati possono essere trattati soltanto in modo lecito. Ciò significa che l'impresa di assicurazione può esigere informazioni dall'avvocato unicamente se quest'ultimo è svincolato dal segreto professionale. Per l'avvocato ciò risulta dal solo articolo 321 CP. Conformemente all'articolo 100 AP-LCA la persona assicurata può invero essere tenuta per contratto a liberare il proprio avvocato dal segreto professionale. L'esonero non può però essere conferito anti-

patamente senza riferimento a un caso concreto. Come già nel caso della legislazione in vigore (art. 168 OS), in un intento di protezione della persona assicurata anche l'articolo 100 AP-LCA limita l'obbligo di esonerare l'avvocato dal segreto professionale al caso dell'insorgenza di un conflitto di interessi nel cui contesto la trasmissione di informazioni all'impresa di assicurazione da parte dell'avvocato potrebbe essere vincolata a inconvenienti per la persona assicurata.

Art. 101 Procedura in caso di divergenza di opinioni

L'articolo 101 AP-LCA riprende con adeguamenti redazionali il contenuto normativo dell'articolo 169 OS.

Art. 102 Patto su una quota della lite

L'articolo 102 AP-LCA corrisponde dal profilo materiale all'articolo 170 OS. Il rinvio all'impresa di liquidazione del sinistro è divenuto obsoleto, perché conformemente all'articolo 97 AP-LCA esso rientra nei diritti e negli obblighi dell'impresa di assicurazione.

2.2.24 Sezione 4: Assicurazione trasporti

Art. 103 Libertà contrattuale

L'assicurazione trasporti è il ramo più antico di assicurazione e fruisce da sempre di uno statuto speciale. In questo senso numerosi Paesi operano ad esempio una distinzione tra l'assicurazione marittima e gli altri rami assicurativi.

Per assicurazione trasporto in genere si intende l'assicurazione contro i danni che possono subire durante il trasporto gli oggetti da trasportare. L'assicurazione trasporti può coprire anche i danni che subentrano durante le soste o in caso di disponibilità al trasporto, ossia i danni che subentrano immediatamente prima della presa in consegna o alla fine del trasporto e inoltre i danni ai mezzi di trasporto stessi (ne sono esclusi i danni ai veicoli perché conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale [DTF, SVA IV N. 122] l'assicurazione casco dei veicoli non sottostà all'assicurazione trasporti). In quanto assicurazione cose l'assicurazione trasporti copre in linea di massima i danni al bene trasportato stesso ma, per il tramite di speciali accordi, essa può essere combinata con un'assicurazione della responsabilità civile e si estende in quel caso alle pretese di responsabilità civile del terzo danneggiato dal bene trasportato o dal mezzo di trasporto (assicurazione patrimoniale). È parimenti annoverata nell'ambito dell'assicurazione trasporti l'assicurazione della responsabilità civile nella circolazione, assicurazione grazie alla quale sono coperte pretese dei terzi di risarcimento dei beni trasportati. L'assicurazione della responsabilità civile nella circolazione copre ad esempio i danni causati dallo spedizioniere al momento del carico del bene trasportato. Sono esempi tipici dell'assicurazione della responsabilità civile nella circolazione l'assicurazione del trasportatore, dello spedizioniere, di immagazzinamento e di manipolazione. Per tenere conto delle mutate necessità nella prassi, si dovrebbe rinunciare anche in futuro a una definizione legale dell'assicurazione trasporti.

Solitamente sia l'assicurazione marittima, sia le altre assicurazioni trasporti non sono toccate dalle disposizioni in materia di limitazione della libertà contrattuale della pertinente legislazione sul contratto d'assicurazione. Anche la legislazione svizzera in vigore reca agli articoli 97 e 98 LCA disposizioni speciali secondo le quali determinate norme imperative e semimperative della legge valgono come diritto dispositivo per l'assicurazione trasporti. Il motivo alla base di una libertà contrattuale ampiamente illimitata si situa da un canto nell'orientamento commerciale dell'assicurazione trasporti, solitamente conclusa da commercianti provvisti di particolari conoscenze specifiche e quindi meno bisognosi di protezione. D'altro canto il settore dell'assicurazione trasporti è tipicamente improntato a una forte internazionalità, ragione per la quale una normativa nazionale restrittiva potrebbe creare inutili ostacoli. Inoltre lo speciale statuto dell'assicurazione trasporti corrisponde a standard internazionali e non dovrebbe pertanto essere modificato.

Secondo l'opinione dominante anche l'assicurazione viaggi fa parte dell'assicurazione trasporti. Conformemente all'articolo 98 capoverso 2 LCA, nel caso dell'assicurazione viaggi tipicamente presente nel commercio di massa, è pertanto legittimo derogare, a svantaggio dello stipulante, alle disposizioni semimperative della LCA. Vi si ricorre in parte allorquando, in deroga all'articolo 14 capoverso 4 LCA, si esclude ad esempio l'assicurabilità di danni causati per negligenza. L'applicazione all'assicurazione viaggi, in virtù di una casualità sistematica, di una norma d'eccezione prevista per il trasporto commerciale non sembra giustificata e ha in numerosi casi conseguenze problematiche. Per questo motivo l'assicurazione viaggi è d'ora in poi esclusa in maniera esplicita e semimperativa dall'assicurazione trasporti.

Art. 104 Pretese dei consumatori

In ambito di assicurazione trasporti deve ulteriormente vigere in linea di massima una libertà contrattuale illimitata (art. 103 AP-LCA). Si propone nondimeno un'eccezione a favore della protezione dei consumatori. Nella misura in cui le pretese contrattuali in materia di responsabilità civile che i consumatori fanno valere nei confronti dei trasportatori sono coperte nel quadro dell'assicurazione trasporti, non possono essere fatte salve in virtù del mandato imperativo dell'articolo 104 AP-LCA le disposizioni che la presente legge stabilisce per proteggere le persone danneggiate – segnatamente il diritto diretto di credito. Si pensi ad esempio al caso della ditta di traslochi che danneggia mobili nel quadro del trasloco di un'economia domestica privata.

2.2.25 Sezione 5: Assicurazione dei crediti e assicurazione cauzionale

Art. 105

Il diritto vigente non contiene alcuna disposizione particolare sull'assicurazione dei crediti e sull'assicurazione cauzionale né tanto meno esiste – per quanto ne risulta – una giurisprudenza concernente questi rami assicurativi. È dubbio se si possa rinunciare anche *de lege ferenda* a un disciplinamento legale dell'assicurazione dei crediti e dell'assicurazione cauzionale.

Si propone di equiparare questi rami assicurativi all'assicurazione trasporti e di escluderli dalle limitazioni della libertà contrattuale della LCA. Solitamente, come in ambito di assicurazione trasporti, gli stipulanti sono anzitutto persone con esperienza commerciale che non necessitano di una particolare protezione. Secondariamente si offrono prodotti economicamente identici a quelli delle banche. Dato che la struttura di questi prodotti non sottostà ad alcuna limitazione, la parità di trattamento degli operatori del settore ne impone l'applicazione anche alle imprese di assicurazione. Infine il disbrigo dell'assicurazione dei crediti e dell'assicurazione cauzionale si differenzia per l'essenziale su numerosi punti dagli altri rami assicurativi. Sarebbe quindi poco sensato applicare anche all'assicurazione dei crediti e all'assicurazione cauzionale disposizioni imperative orientate su iter totalmente diversi (ad es. conclusione del contratto).

2.2.26 Sezione 6: Assicurazione sulla vita

Le disposizioni qui di seguito disciplinano le speciali problematiche dell'assicurazione sulla vita. L'AP-LCA non ha ripreso una norma corrispondente all'articolo 82 LCA. Questa rinuncia non implica tuttavia modifiche di diritto materiale. L'articolo 82 LCA non fa anzi che riprendere quanto è comunque già valido in virtù della prevalenza della legislazione in materia di esecuzione e di fallimento.

Art. 106 Cessione e costituzione in pegno

L'articolo 106 AP-LCA riprende in forma redazionale concisa il contenuto normativo dell'articolo 73 capoverso 1 LCA. La disposizione è nondimeno integrata sistematicamente nelle normative particolari relative all'assicurazione sulla vita. Si tiene così conto del fatto che nella prassi le eventuali decisioni su pretese assicurative si verificano soprattutto nel settore dell'assicurazione sulla vita. Dato che la legislazione in vigore ha dato buone prove e che in questa misura non traspare una necessità di revisione, per la validità della cessione e della costituzione in pegno delle pretese risultanti dai contratti d'assicurazione sulla vita si esigerà anche in futuro, oltre alla forma scritta ai sensi dell'articolo 13 CO, la consegna della polizza e la notificazione all'impresa di assicurazione. Come già nel quadro della legislazione in vigore, anche per quanto riguarda l'AP-LCA le prescrizioni relative alla cessione e alla costituzione in pegno di pretese assicurative devono essere strutturate in forma imperativa per motivi di certezza del diritto.

In futuro, per evitare possibili abusi in caso di sostituzione incontrollata degli aventi diritto, le polizza munite della clausola del portatore non saranno più ammesse. Soprattutto per motivi vincolati alla prevenzione del riciclaggio di denaro si rinuncia pertanto a una disposizione corrispondente a quella dell'articolo 73 capoverso 2 LCA.

Art. 107 Beneficio

Capoverso 1

L'articolo 107 capoverso 1 AP-LCA riprende per l'essenziale il contenuto di quanto prescritto dall'articolo 76 capoverso 1 LCA. Diversamente dall'articolo 76 capoverso

1 LCA il nuovo diritto dichiara però imperativa la libertà dello stipulante nella designazione della persona beneficiaria.

Capoverso 2

La legislazione in vigore autorizza in questi casi la modifica del beneficiario senza l'assentimento della persona assicurata. Questa soluzione è considerata come una grave lacuna di protezione. Per la persona assicurata la persona del beneficiario può costituire un criterio decisivo di assentimento o no al contratto. L'AP-LCA prevede pertanto che anche le modifiche dei beneficiari necessitano dell'assentimento della persona assicurata. Il consenso a siffatte modifiche non può essere espresso a titolo cautelare già al momento della conclusione del contratto.

Capoverso 3

Il capoverso 3 chiarisce in maniera semimperativa il destino dei diritti dei cobeneficiari o dei beneficiari successivi nell'ipotesi che un beneficiario perda il proprio diritto per avere intenzionalmente provocato il sinistro (art. 42 cpv. 1 lett. a AP-LCA). I diritti dei cobeneficiari e dei beneficiari successivi devono ulteriormente aumentare in parti uguali (cfr. art. 84 cpv. 4 LCA). Si considera materialmente ingiustificata l'ipotesi che lo statuto dei beneficiari non partecipanti peggiori a favore di quello degli stipulanti rispetto alla legislazione in vigore. Una soluzione che prevedesse il calcolo dei diritti dei cobeneficiari e dei beneficiari successivi come se il beneficiario decaduto avesse ricevuto la prestazione comporterebbe utili di liquidazione ingiustificati per l'impresa di assicurazione.

Capoverso 4

La legislazione in vigore ha dato buone prove sia per quanto riguarda l'istituto del beneficio irrevocabile, sia per quanto concerne la possibilità di modifiche successive del beneficio. Il capoverso 4 dell'articolo 107 AP-LCA riprende pertanto, rendendolo più conciso dal profilo redazionale, il contenuto dell'articolo 7 LCA (per quanto riguarda la forma scritta si applica l'articolo 13 CO). In ambito di assicurazione sulla vita di terzi è però necessario d'ora in poi l'assentimento scritto della persona assicurata per istituire o modificare un beneficio (art. 10 cpv. 4 AP-LCA). Il capoverso 4 è inoltre strutturato in maniera semimperativa, ragione per cui non è possibile introdurre modifiche a sfavore dello stipulante o della persona assicurata.

Capoverso 5

Il presente capoverso riprende il contenuto dell'articolo 78 LCA.

Capoverso 6

L'articolo 107 capoverso 6 AP-LCA reca una nuova norma di carattere dispositivo applicabile se viene meno il beneficiario. La prescrizione persegue l'obiettivo di coadiuvare a far affermare nella misura del possibile il regime dei beneficiari previsto, nel senso che in caso di decesso prematuro di un beneficiario per il quale non è stato designato un successore i suoi discendenti possano rivendicare la prestazione assicurativa.

L'avamprogetto di revisione non ha accolto una disposizione corrispondente all'articolo 83 LCA perché la descrizione dei concetti di carattere prevalentemente familiare o successorio non compete alla LCA. Queste questioni sono inoltre regolarmente disciplinate nelle condizioni generali di assicurazione. Lo stesso vale comparativamente per l'articolo 84 LCA: la ripartizione della somma assicurata tra i beneficiari è in linea di massima oggetto di una convenzione di parte (condizioni generali di assicurazione). Solo il contenuto normativo dell'articolo 84 capoverso 4 LCA è stato inserito nell'articolo 107 capoverso 3 AP-LCA – seppure in forma fortemente semplificata.

Art. 108 Rinuncia all'eredità

L'articolo 108 AP-LCA riprende il principio dell'articolo 85 LCA. L'AP-LCA non opera comunque più una distinzione tra le diverse categorie di beneficiari perché non risulta alcun motivo che giustifichi una disparità di trattamento degli eredi. In futuro, a prescindere dal fatto di essere designato nominalmente nella polizza o che la qualità di beneficiario risulti dal diritto che gli compete come coniuge, discendente, successore legale o risulti altrimenti dalla polizza, ogni beneficiario deve poter acquisire la prestazione assicurativa anche in caso di ripudio della successione. Questa disposizione assume una particolare importanza quando lo stipulante è oberato di debiti e gli eredi devono ripudiare la successione per tutelare i loro propri interessi. Diversamente dal carattere dispositivo dell'articolo 85 LCA, la presente disposizione è pertanto imperativa. Grazie a questa struttura è possibile impedire convenzioni secondo cui non è dovuta alcuna prestazione assicurativa in caso di ripudio della successione.

Art. 109 Partecipazione alle eccedenze

I contratti d'assicurazione sulla vita che costituiscono un capitale sono tipicamente di lunga durata contrattuale, fermo restando che le prestazioni assicurative e l'entità dei premi sono stabiliti già alla conclusione del contratto. Nel calcolo dell'entità del premio l'impresa di assicurazione definisce anticipatamente un prezzo massimo garantito del prodotto assicurativo per il tramite di un approccio basato su modelli attuariali. I modelli sottostanti poggiano però su numerosi parametri il cui valore è unicamente valutabile con incertezze sostanziali in considerazione della durata tipicamente lunga dei contratti d'assicurazione sulla vita. Le imprese di assicurazione calcolano pertanto un premio medio che rimane invariato sulla durata del contratto. Inoltre anche le prestazioni assicurate alla conclusione del contratto sono garantite per tutta la durata contrattuale. Non è possibile né una modifica unilaterale successiva, né un adeguamento unilaterale di queste componenti del contratto. Per tenere conto in misura adeguata dei numerosi rischi le imprese di assicurazione effettuano, non fosse che per motivi di solvibilità, un calcolo possibilmente prudente dei premi, includendovi supplementi di sicurezza. Se i premi sono strutturati a titolo cautelare in maniera tale da superare il fabbisogno effettivo per i rischi e per i costi e da risultarne un utile per l'impresa di assicurazione, lo stipulante deve partecipare a questo utile. Pertanto fin dalla conclusione del contratto viene garantita, oltre alla prestazione in caso di decesso o di vita, una prestazione supplementare nella forma della cosiddetta partecipazione alle eccedenze. Al momento della conclusione del contratto l'entità della par-

tecipazione alle eccedenze non può invero ancora essere calcolata esattamente; allo stipulante viene nondimeno indicata, sulla base di modelli di calcolo, l'evoluzione di massima dei valori a partire da stime attuariali realistiche (cfr. in merito anche l'art. 12 cpv. 2 lett. b AP-LCA).

La LCA disciplinava finora solo marginalmente la partecipazione alle eccedenze (art. 94 LCA). L'articolo 3 LCA, entrato in vigore il 1° gennaio 2007, reca invero una disposizione sulla partecipazione alle eccedenze, ma essa riguarda unicamente l'obbligo di informare dell'impresa di assicurazione preliminare al contratto. Secondo l'attuale legge sulla sorveglianza degli assicuratori l'impresa di assicurazione deve presentare ogni anno un rendiconto ricostruibile della partecipazione alle eccedenze. L'attuale ordinanza sulla sorveglianza stabilisce inoltre il contenuto delle basi contrattuali e disciplina le basi del calcolo delle eccedenze e i principi relativi all'assegnazione delle eccedenze e all'eccedenza finale. L'articolo 109 AP-LCA intende disciplinare in maniera uniforme le disposizioni di diritto privato nel contesto della LCA.

Capoverso 1

L'articolo 109 capoverso 1 AP-LCA riprende con alcuni adeguamenti redazionali il contenuto normativo dell'articolo 130 OS, lo completa con l'eccedenza finale e stabilisce in maniera semimperativa il contenuto minimo dell'obbligo contrattuale dell'impresa di assicurazione di informare in merito alla partecipazione alle eccedenze. Conformemente alla lettera a occorre in particolare stabilire che – diversamente dal caso dell'eccedenza finale – lo stipulante acquisisce, a contare dal momento dell'assegnazione delle eccedenze, un diritto al valore in contanti calcolato in funzione delle basi attuariali contrattuali. L'obbligo dell'impresa di assicurazione di esprimersi nel contratto sui punti menzionati al capoverso 1 provoca invero sovrapposizioni con l'obbligo di informare preliminare al contratto dell'articolo 12 AP-LCA. Questo doppio è nondimeno giustificato dalla natura dell'obbligo di informare preliminare al contratto e risulta anche in riferimento alla descrizione della portata della copertura assicurativa (art. 12 cpv. 1 lett. b AP-LCA e condizioni generali di assicurazione).

Capoverso 2

Come il capoverso 1, il capoverso semimperativo 2 trae origine dalla legislazione in materia di sorveglianza (art. 36 cpv. 2 LSA) e mira parimenti alla protezione del fabbisogno di informazione dello stipulante. Questa disposizione impone all'impresa di assicurazione l'obbligo di informare ogni anno in merito all'avvenuta assegnazione concreta, come pure sullo stato delle quote di partecipazione e costituisce per questo tramite il terzo livello di rappresentazione del diritto alle eccedenze, oltre all'obbligo di informare preliminare al contratto e all'obbligo di cui al capoverso 1. Dall'informazione dovrebbero tra l'altro risultare le basi di calcolo delle eccedenze e la chiave di ripartizione tra gli assicurati. Il contenuto dell'informazione dipende dal sistema di eccedenze convenuto per contratto. Nel caso dei contratti con quota di risparmio devono in ogni caso essere indicati come grandezze di base l'eccedenza di interesse e l'interesse complessivo.

Capoverso 3

È possibile convenire per contratto che al termine della durata contrattuale sia versata, oltre alle quote correnti di eccedenze, una quota finale di eccedenze la cui entità dipende di norma dalla durata del contratto e dalla somma assicurata. Il versamento di una forte quota di eccedenze alla fine del contratto si è nel frattempo sviluppato in un efficace strumento di concorrenza. Per analogia con la vigente legislazione in materia di sorveglianza (art. 138 cpv. 3 OS), l'articolo 109 capoverso 3 AP-LCA dovrà in futuro imporre in maniera semimperativo alle imprese di assicurazione l'obbligo di versare, sotto forma di aumento della prestazione assicurata, una quota adeguata dell'eccedenza finale in funzione della durata del contratto, non soltanto in caso di estinzione del contratto per decorso della sua durata, ma anche in caso di riscatto oppure, se convenuto contrattualmente, in caso di decesso o di invalidità della persona assicurata e di conversione del contratto. Si impedisce in tal modo l'applicazione della soluzione problematica precedente secondo la quale non veniva versata alcuna eccedenza finale tranne in caso di estinzione del contratto per decorso della sua durata.

Art. 110 Estinzione anticipata del contratto

Agli articoli 90 e seguenti LCA la legislazione in vigore offre già due forme di disinvestimento dei contratti d'assicurazione sulla vita: la conversione di tutte le assicurazioni sulla vita i cui premi sono stati pagati durante almeno tre anni oppure il riscatto delle assicurazioni sulla vita il cui calcolo tecnico si fonda su una prestazione che deve essere sicuramente eseguita ed è quindi vincolata a un processo di risparmio. L' AP-LCA riprende con diversi adeguamenti e connessioni sistematiche le idee di base di queste disposizioni. In particolare gli effetti giuridici della mora nel pagamento dei premi delle assicurazioni sulla vita che costituiscono un capitale sono parimenti retti dalle disposizioni degli articoli 111 e 112 AP-LCA. Diviene quindi obsoleto un disciplinamento speciale come quello previsto dall'articolo 93 LCA.

L'articolo semimperativo 110 AP-LCA sostituisce con un diritto di disdetta il diritto di recesso statuito dall'articolo 89 LCA.

Art. 111 Conversione

L'articolo 111 AP-LCA riprende anch'esso a titolo semimperativo la conversione attualmente disciplinata dall'articolo 90 capoverso 1 LCA. In caso di conversione il contratto non è sciolto, bensì trasferito integralmente o parzialmente a un'assicurazione liberata dai premi, nel senso che le prestazioni assicurate sono ridotte nella misura in cui corrispondono all'incirca a quelle che potevano essere finanziate al momento della conversione con un versamento unico pari al valore di riscatto. Ci si fonda pertanto sull'esistenza di un capitale positivo di copertura, circostanza che rende obsoleta l'esigenza del versamento di tre premi annuali conformemente all'articolo 90 capoverso 1 LCA. Il valore di conversione deve in linea di massima essere calcolato per il tramite delle basi tecniche del contratto d'assicurazione, fondate a loro volta sul valore di liquidazione al momento della conversione. La base di calcolo del valore di liquidazione in caso di conversione è costituita dalla riserva matematica di inventario,

diminuita di un'eventuale deduzione per le spese di acquisizione non ammortate (cfr. art. 127 OS). La riserva matematica di inventario è calcolata come valore in contanti delle prestazioni future, compresi i costi amministrativi, meno il valore in contanti dei premi futuri.

Il contratto può fare dipendere la conversione da un valore minimo. Se tale valore minimo non è raggiunto l'impresa di assicurazione deve versare un'adeguata indennità, che va prevista nelle basi contrattuali. In merito l'adeguatezza dell'indennità si orienta in linea di massima sul valore in contanti del valore di conversione.

Art. 112 Riscatto

Conformemente all'articolo 90 capoverso 2 LCA, se l'assicurazione in cui è certo il verificarsi del sinistro (*dies certus an*) ha un valore di riscatto, al termine del contratto lo stipulante può optare, invece che a favore della conversione, anche a favore del valore di riscatto, a prescindere da quale parte abbia dichiarato il recesso. Si tratta in genere dell'assicurazione a vita intera in caso di decesso o della cosiddetta assicurazione vita mista. Non sono pertanto riscattabili la mera assicurazione in caso di vita e l'assicurazione temporanea in caso di decesso.

Il riscatto scioglie integralmente o parzialmente il contratto, mentre l'impresa di assicurazione accredita allo stipulante il valore di riscatto. Tale valore si orienta sul valore di liquidazione in caso di riscatto esistente al momento del recesso, solitamente calcolato in funzione delle basi tecniche del contratto, e corrisponde per l'essenziale alla riserva matematica di inventario, diminuita di un'eventuale deduzione per le spese di acquisizione non ammortate e per l'interesse di rischio. In caso di contestazione il valore di riscatto deve essere stabilito dal giudice. Come nel caso della conversione, condizione determinante del riscatto può essere unicamente la presenza effettiva di un valore di riscatto. Ciò chiarifica la soluzione già valida attualmente: lo stipulante ha diritto al pagamento del valore di riscatto unicamente se un tale valore esiste effettivamente. Poco importa invece il volume dei premi pagati.

La scadenza è retta dall'articolo 39 capoverso 1 AP-LCA. La disposizione dell'articolo 112 AP-LCA è di carattere semimperativo e si applica anche in caso di suicidio della persona assicurata capace di intendere.

Art. 113 Valori di liquidazione

Capoverso 1

I valori di liquidazione devono essere presentati per approvazione all'autorità di sorveglianza prima del loro impiego (art. 127 cpv. 1 OS). Per questo tramite l'esigenza dell'adeguatezza viene già disciplinata a livello di legislazione in materia di sorveglianza, ragione per la quale si può rinunciare a una norma a livello di LCA (cfr. art. 91 cpv. 3 LCA). Il valore di liquidazione è adeguato in caso di equilibrio tra gli interessi della comunità di assicurati restante e quelli dello stipulante che deve ricevere la liquidazione.

L'articolo 113 capoverso 1 AP-LCA impone all'impresa di assicurazione l'obbligo di indicare nel contratto le basi di determinazione del valore di riscatto e del valore di

conversione approvate dall'autorità di sorveglianza. Si intende in tal modo garantire che i principi di calcolo siano resi noti alla persona assicurata (cfr. anche art. 127 OS). L'articolo 113 capoverso 1 AP-LCA riprende per l'essenziale il contenuto dell'articolo 91 capoversi 1 e 2 LCA. Diversamente dall'articolo 91 LCA, formulato in maniera semimperativa, l'articolo 113 capoverso 1 AP-LCA è di natura imperativa.

Capoverso 2

La prima parte del capoverso 2 introduce d'ora in poi l'obbligo dell'impresa di assicurazione di comunicare spontaneamente ogni anno il valore di riscatto allo stipulante. Questa disposizione non soltanto completa l'obbligo di informare preliminarmente al contratto di cui all'articolo 12 capoverso 2 lettera b AP-LCA, ma è anche in relazione diretta con la disposizione in materia di riscatto dell'articolo 113 AP-LCA, nel senso che tramite un'informazione regolare sul valore individuale di riscatto lo stipulante deve essere messo in grado di giudicare se il riscatto sia o no proficuo.

La seconda parte del capoverso, relativa al valore di conversione, riprende per l'essenziale la prescrizione dell'articolo 92 capoverso 1 LCA. L'AP-LCA rinuncia a introdurre un termine legale. È comunque ovvio che l'informazione deve essere fornita entro un periodo adeguato. Il termine di quattro settimane dell'articolo 92 capoverso 1 LCA vale ulteriormente come termine indicativo.

Non è invece stato ripreso l'articolo 92 capoverso 1 secondo periodo LCA. Da un canto è sufficiente che le informazioni fornite dall'impresa di assicurazione possano essere verificate dall'autorità di sorveglianza (cpv. 3). D'altro canto occorre evitare in futuro i problemi di tutela del segreto che possono finora insorgere nel quadro dell'attuale LCA in caso di controversia sui valori di conversione comunicati. Il capoverso 2 è semimperativo.

Capoverso 3

In caso di riscatto o di conversione di un contratto d'assicurazione lo stipulante può fare effettuare dall'autorità di sorveglianza una verifica dei valori di liquidazione stabiliti dall'impresa di assicurazione. L'esame verte sull'esattezza dei valori, ossia deve garantire che i valori corrispondano alle basi approvate dall'autorità di sorveglianza (art. 127 OS) e siano matematicamente corretti. I valori di liquidazione comprendono anche le quote di eccedenze attribuite purché siano riscattabili.

La presente disposizione contiene diritto dispositivo perché in questo ambito ci si riferisce agli obblighi dell'autorità di sorveglianza, i quali esulano da un disciplinamento tra le parti.

Art. 114 Diritto di pegno e valore di riscatto

L'impresa di assicurazione non deve trovarsi in una situazione di inferiorità in caso di costituzione in pegno. Per questo motivo le competono nei confronti del creditore pignoratizio le medesime eccezioni che le competono nei confronti dell'avente diritto.

Art. 115 Obbligo di informare nelle assicurazioni collettive

Per analogia con la legislazione vigente (art. 3 cpv. 3 LCA) lo stipulante è tenuto a informare le persone assicurate sul contenuto essenziale del contratto, come pure in merito alla sua modifica ed estinzione. I lavoratori assicurati devono essere informati sulle modifiche essenziali, in particolare sul recesso dal contratto d'assicurazione tra l'istituzione di previdenza del personale e l'impresa di assicurazione sulla vita o sulla sua sospensione da parte dell'impresa di assicurazione sulla vita in seguito a mora nel pagamento dei premi da parte dell'istituzione di previdenza del personale. L'impresa di assicurazione deve mettere a disposizione del partner contrattuale la documentazione necessaria all'adempimento del suo obbligo di informare.

2.2.27 Sezione 7: Assicurazione contro le malattie e gli infortuni

Art. 116 Effettivi chiusi

Capoverso 1

Le imprese di assicurazione offrono occasionalmente agli stipulanti in giovane età e in buone condizioni di salute nuovi prodotti ampiamente identici a quelli già esistenti, ma a premi più vantaggiosi. Gli attuali assicurati esposti a un rischio più elevato di malattia non ricevono invece queste offerte e permangono nel loro effettivo attuale, che successivamente non viene più ampliato (cosiddetto effettivo chiuso). Se l'effettivo non accoglie nuovi buoni rischi ne può risultare un aumento massiccio della tariffa dei premi, con l'ulteriore conseguenza che l'assicurazione complementare diviene inaccessibile a numerosi stipulanti sebbene essi abbiano pagato i premi per lungo tempo.

Il senso e l'obiettivo dell'articolo 116 AP-LCA è di evitare siffatti effetti indesiderati schiudendo agli stipulanti dell'effettivo chiuso il diritto di concludere, al posto del contratto esistente, un contratto individuale possibilmente equivalente in un effettivo aperto della pertinente impresa di assicurazione o di un'impresa di assicurazione appartenente al medesimo gruppo. L'articolo semimperativo 166 AP-LCA traspone pertanto nella LCA il contenuto orientato sul diritto privato dell'articolo 156 OS.

Capoverso 2

Se un effettivo viene chiuso ed esiste un effettivo aperto, l'impresa di assicurazione deve informare senza indugio lo stipulante interessato in merito al diritto di passaggio all'effettivo aperto, come pure sulla copertura assicurativa di tale effettivo.

Capoverso 3

La classificazione conforme ai premi nel quadro del primo contratto d'assicurazione è effettuata sulla base dell'età raggiunta e dello stato di salute a quel momento. A seconda delle circostanze una riclassificazione in funzione dei valori attuali potrebbe determinare un aumento significativo dei premi. Per evitare tale aumento i valori originali devono essere vincolanti anche per il nuovo contratto. L'impresa di assicurazione può nondimeno effettuare una ponderazione di questi fattori in funzione della tariffa determinante e non è quindi vincolata alla tariffa del primo contratto. Per gli

assicurati ciò significa che a seconda della tariffa il passaggio può essere vincolato a un aumento o a una riduzione dei premi.

Art. 117 Cause concorrenti

L'articolo 117 AP-LCA impone all'impresa di assicurazione l'onere della prova delle condizioni di decadenza o di riduzione della pretesa assicurativa. Per motivi di protezione dei dati sarà tuttavia sovente impossibile all'impresa di assicurazione ottenere informazioni sullo stato di salute precedente della persona assicurata. Per questa ragione il capoverso 2 prevede un obbligo di collaborazione della persona assicurata all'accertamento dei fatti.

Art. 118 Rapporto con l'assicurazione sociale malattie

Capoverso 1

L'articolo 118 capoverso 1 AP-LCA riprende in maniera semimperativa l'attuale articolo 100 capoverso 2 LCA.

Capoverso 2

L'articolo 118 capoverso 2 AP-LCA intende garantire che le casse malati non possano sfuggire alla limitazione di cui all'articolo 69 LAMal scorporando l'assicurazione complementare a una persona giuridica autonoma.

Seconda la sentenza B-1298/2006 del 25 maggio 2007 del Tribunale amministrativo federale l'assicurazione complementare all'assicurazione sociale malattie comprende tutte le assicurazioni che completano il catalogo di prestazioni offerto dall'assicurazione di base (cfr. art. 12 cpv. 2 LAMal). Queste assicurazioni complementari presentano quindi un riferimento all'assicurazione sociale malattie. Visto che nel caso dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia si tratta di un'assicurazione conclusa dal datore di lavoro per premunirsi dalle conseguenze dell'obbligo di continuare a versare lo stipendio in caso di impedimento involontario del lavoratore di fornire la prestazione lavorativa, segnatamente in caso di malattia o di infortunio, il Tribunale amministrativo federale giunge alla conclusione che si tratta di un'assicurazione autonoma e completa di diritto delle assicurazioni private e non di un'assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Pertanto il capoverso 2 non include l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia.

Art. 119 Obbligo di informare nelle assicurazioni collettive aziendali

L'articolo 119 AP-LCA riprende le idee di base dell'articolo 3 capoverso 3 LCA, entrato in vigore il 1° gennaio 2007, ma limita l'obbligo di informare dello stipulante nei confronti della persona assicurata alla forma di assicurazione collettiva rilevante in questo contesto per quanto riguarda la struttura dell'assicurazione collettiva aziendale. È stato ripreso l'obbligo dello stipulante di informare le persone assicurate in merito a un eventuale diritto di passaggio all'assicurazione individuale.

Art. 120 Foro nell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia

Le imprese di assicurazione sono già tenute nel quadro della legislazione in vigore a prevedere, in complemento al foro legale ai sensi della legge sul foro (RS 272), della legge federale sul diritto internazionale privato (RS 291) e della convenzione di Lugano (RS 0.275.11), un foro sul luogo di lavoro della persona assicurata (art. 158 OS). Questa disposizione risale al postulato Robbiani (04.3051). Concerne in particolare i cosiddetti frontalieri che lavorano in Svizzera senza avervi il proprio domicilio.

Per quanto riguarda la questione della competenza in materia assicurativa la convenzione riveduta di Lugano dell'ottobre 2007 stabilisce il principio secondo il quale l'impresa di assicurazione con sede nel territorio soggetto alla sovranità di uno Stato contraente può essere citata in giudizio dinanzi ai tribunali dello Stato nel quale ha la propria sede oppure in un altro Stato contraente, dinanzi al tribunale del luogo di domicilio dell'attore, nel caso di azioni dello stipulante, della persona assicurata o del beneficiario. Secondo l'articolo 13 della convenzione di Lugano si può derogare da questa disposizione se allo stipulante, alla persona assicurata o al beneficiario è conferita la competenza di adire altri tribunali. Poiché la Convenzione di Lugano non include espressamente la problematica dei frontalieri in ambito di assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia, ma visto che può essere prevista in deroga a tale convenzione, anche in futuro il luogo di lavoro dovrà poter essere convenuto come foro.

Art. 121 Numero di assicurato dell'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS)

Il Consiglio federale ha posto in vigore il 1° dicembre 2007 la revisione della LAVS volta all'introduzione del nuovo numero di assicurato AVS. In questo contesto l'articolo 47a LCA ha istituito la base legale secondo la quale l'impiego del numero è autorizzato anche nell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni all'infuori dell'assicurazione obbligatoria. Si intende in tal modo impedire che a livello di assicurazione privata si debba procedere a una gestione dei dati completamente separata, circostanza che potrebbe provocare un aumento dei costi amministrativi e inutili problemi di identificazione.

2.3 Titolo 3: Rapporti internazionali

Gli articoli 122 e seguenti AP-LCA disciplinano d'ora in poi in maniera semimperativa la questione del diritto applicabile nel quadro dei contratti d'assicurazione ammessi a livello internazionale con Stati dello Spazio economico europeo. In questo contesto è stata ripresa la legislazione attuale – istituita nel quadro dei progetti Swisslex di allora. Non si giustifica una riformulazione di queste disposizioni. Da un profilo generale viene d'ora in poi disciplinata l'applicazione della legge federale sul diritto internazionale privato (LDIP) ai contratti nei rapporti internazionali.

Art. 122 Diritto applicabile

L'articolo 122 AP-LCA reca la norma generale secondo la quale ai contratti nei rapporti internazionali sono dichiarati applicabili gli articoli 117 e seguenti. Ai contratti di consumo come definiti dall'articolo 5 capoverso 2 si applica l'articolo 120 LDIP.

Art. 123 Disposizione particolare concernente l'applicazione del diritto nei rapporti con Stati contraenti

L'articolo 123 AP-LCA corrisponde all'articolo 101a LCA e stabilisce in quanto *lex specialis* all'articolo 122 AP-LCA che gli articoli 124 e 125 AP-LCA valgono come disposizioni particolari concernenti l'applicazione del diritto nei rapporti con Stati contraenti. Il campo di applicazione di queste speciali disposizioni di diritto internazionale privato dipende dalla concessione di un diritto reciproco da parte degli Stati esteri. Per il momento l'esigenza del riconoscimento reciproco è soddisfatta soltanto dall'accordo del 19 dicembre 1996 tra la Confederazione Svizzera e il Principato del Liechtenstein concernente l'assicurazione diretta e l'intermediazione assicurativa (RS 0.961.514).

Art. 124 Diritto applicabile nel campo dell'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita

La presente disposizione corrisponde all'articolo 101b LCA.

Art. 125 Applicazione del diritto nel campo dell'assicurazione sulla vita

L'articolo 125 AP-LCA corrisponde all'articolo 101c LCA.

2.4 Titolo 4: Disposizioni finali e transitorie

Art. 126 Disposizioni transitorie

Le disposizioni transitorie disciplinano il campo di applicazione temporale della nuova legge.

Capoverso 1

Conformemente al capoverso 1 la LCA riveduta è applicabile a tutti i contratti conclusi dopo la sua entrata in vigore.

Capoverso 2

Lo stesso dicasi della modifica di contratti esistenti, convenuta dopo l'entrata in vigore della revisione. Agli elementi modificati del contratto si applica il nuovo diritto. Se il contratto è prorogato nel suo complesso, il nuovo diritto vi si applica interamente.

Capoverso 3

Il capoverso 3 contiene un'enumerazione delle disposizioni da applicare anche ai contratti già conclusi prima dell'entrata in vigore della legge riveduta, soprattutto per motivi di protezione delle persone assicurate. Dal profilo del suo approccio l'articolo 126 capoverso 3 AP-LCA segue l'attuale articolo 102 capoverso 1 LCA.

2.5 Allegato

2.5.1 Diritto imperativo e semimperativo

In esecuzione dell'articolo 2 AP-LCA le disposizioni imperative e quelle semimperative sono compendiate in forma di elenchi separati.

2.5.2 Modifica del diritto vigente

2.5.21 Codice delle obbligazioni

L'AP-LCA persegue su numerosi punti una maggiore trasparenza rispetto alla legislazione in vigore per quanto riguarda i diritti e gli obblighi delle persone assicurate, come pure l'obbligo di fornire prestazioni dell'impresa di assicurazione. In tale ambito va segnatamente menzionato l'articolo 12 AP-LCA, che concretizza l'obbligo di informare dell'impresa di assicurazione. L'articolo 12 capoverso 3 AP-LCA prescrive in particolare che lo stipulante deve essere in possesso delle condizioni generali di assicurazione prima della conclusione del contratto e più esattamente prima che proponga o accetti il contratto. D'altra parte l'AP-LCA rafforza notevolmente la protezione assicurativa materiale, nel senso che numerose disposizioni legali proposte sono strutturate in maniera imperativa o semimperativa (a favore della persona assicurata). Tramite le sue presunzioni legali e altre prescrizioni il testo dell'AP-LCA costringe inoltre le imprese di assicurazione a definire chiaramente il volume delle loro prestazioni nel contratto e nelle condizioni generali di assicurazione (cfr. in questo senso l'art. 38 AP-LCA).

Per quanto riguarda nondimeno i controlli e l'interpretazione delle condizioni generali di assicurazione l'AP-LCA rinuncia in ampia misura a prescrizioni specifiche, a prescindere dalle sue eccezioni (cfr. p. es. art. 49). In questo ambito si parte dal presupposto che le norme di interpretazione sviluppate e applicate dal Tribunale federale (come le norme sulla mancanza di chiarezza o quelle sul carattere singolare) siano ulteriormente osservate. A parere della commissione di esperti dopo decenni di riflessioni e di dibattiti è ormai giunto il momento di prevedere un controllo generale del contenuto delle condizioni generali di assicurazione. In merito la commissione di esperti aderisce all'opinione oggi non più contestata che l'articolo 8 della legge federale del 19 dicembre 1986 contro la concorrenza sleale (LCSI; RS 241) non è in grado di offrire la protezione necessaria in merito.

Secondo la proposta della commissione di esperti si prevede nondimeno di introdurre un controllo del contenuto delle condizioni generali di assicurazione non soltanto per i prodotti delle imprese di assicurazione – e a livello di LCA. Il CO dovrebbe anzi essere completato con una disposizione corrispondente, in maniera tale che il controllo del contenuto sia applicato non soltanto alle condizioni generali di assicurazione, bensì anche alle condizioni generali d'affari. Si potrebbe così segnatamente impedire che un settore sia svantaggiato rispetto agli altri offerenti di prestazioni di servizi fi-

nanziarie. Non si vede pertanto per quale ragione non si dovrebbe statuire un controllo dei contenuti anche per altri rami economici.

L'introduzione generale di un siffatto controllo dei contenuti non dovrebbe essere attuata unicamente per il tramite della revisione della LCA. Si tratta di una questione fondamentale del diritto contrattuale generale. Sebbene il disciplinamento proposto dalla commissione di esperti sia degno di essere caldeggiato, esso è stato stralciato dall'avamprogetto. Per motivi di parità economica di trattamento non ha senso introdurre un siffatto disciplinamento nel solo settore assicurativo.

Art. 113 [abrogato]

L'articolo 113 CO contiene una disposizione particolare concernente i contratti a favore di terzi nel caso dei contratti d'assicurazione della responsabilità che il datore di lavoro ha concluso contro le conseguenze della responsabilità civile. A mente del nuovo disciplinamento introdotto dall'AP-LCA – in particolare dagli articoli 9 e seguenti e 91 – questa prescrizione non è più necessaria nel CO.

2.5.22 Legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori

Art. 4 Domanda d'autorizzazione e piano d'esercizio

Nell'articolo 4 capoverso 2 LSA deve essere inserita una nuova lettera. Secondo la lettera s il piano d'esercizio deve dimostrare l'adesione dell'impresa di assicurazione o dell'intermediario assicurativo indipendente al servizio di mediazione (cfr. art. 85a AP-LSA).

Art. 32 Assicurazione della protezione giuridica

L'articolo 32 capoverso 2 LSA reca una norma di delega per l'emanazione di ordinanze. Il secondo periodo autorizza il Consiglio federale a emanare disposizioni sulla forma e il contenuto dei contratti d'assicurazione della protezione giuridica. Si tratta nella fattispecie di aspetti che sono parte integrante dell'AP-LCA (cfr. art. 95 segg.). Questo periodo deve essere stralciato in maniera corrispondente.

Art. 36 Assicurazione sulla vita

La prescrizione dell'articolo 36 capoverso 2 LSA viene d'ora in poi trasferita all'AP-LCA (cfr. art. 109 cpv. 2 AP-LCA), ragione per la quale essa può essere stralciata dalla legislazione in materia di sorveglianza.

Art. 41 Attività d'intermediazione proibite

La differenziazione sistematica tra agenti e intermediari assicurativi sulla quale poggia l'AP-LCA non consente più agli intermediari di operare simultaneamente come agenti e intermediari. Deve pertanto essere ampliato l'articolo 41 LSA che enumera le attività di intermediazione proibite.

Anche nel contesto dei diversi rami assicurativi non è possibile operare simultaneamente come agente e come intermediario. La relativa prassi delle autorità di sorveglianza è modificata.

Art. 43 Iscrizione a registro

Nei capoversi 1 e 2 i concetti di «intermediario assicurativo non vincolato» e di «intermediario assicurativo vincolato» sono ridefiniti e sostituiti con l'intermediario assicurativo e con l'agente assicurativo.

Come conseguenza del divieto di doppia attività ai sensi dell'articolo 41 AP-LSA l'intermediario assicurativo non può più farsi iscrivere simultaneamente come intermediario assicurativo e come agente assicurativo (rispettivamente come intermediario assicurativo non vincolato e intermediario assicurativo vincolato), come nel quadro dell'ordinamento legale attualmente in vigore.

Art. 44 Condizioni per l'iscrizione a registro

Fondandosi sulla proposta della commissione di esperti si propone di introdurre d'ora in poi nella legge il servizio di mediazione in materia di assicurazioni private (cfr. art. 85a AP-LSA). Al servizio devono aderire anche gli intermediari assicurativi (cfr. art. 43 cpv. 1 LSA). Ai fini dell'iscrizione a registro è necessaria una prova corrispondente, ragione per cui questo capoverso deve essere completato con una nuova lettera c.

Art. 45 Obbligo d'informare

Capoverso 1

In occasione del primo contatto l'intermediario assicurativo deve informare se opera come intermediario assicurativo o come agente assicurativo e se è iscritto nel registro degli intermediari (art. 45 cpv. 1 lett. g AP-LSA).

D'ora in poi viene previsto anche a livello di diritto privato l'obbligo dell'intermediario assicurativo di trasmettere le prestazioni dell'impresa di assicurazione (art. 68 cpv. 2 AP-LCA). Il concetto di «prestazioni» è comprensivo delle provvigioni, delle superprovvigioni e di altri vantaggi valutabili in denaro. L'intermediario assicurativo deve informare lo stipulante preliminarmente al contratto in merito al suo obbligo di trasmissione di queste prestazioni, come pure in merito alle condizioni alle quali vi si può rinunciare.

Capoverso 1^{bis}

Per quanto riguarda l'intermediario assicurativo l'obbligo di trasmissione delle prestazioni ai sensi dell'articolo 68 capoverso 2 AP-LCA è vincolato a un ampio obbligo di informare. Lo stipulante deve essere informato sul genere, sull'entità e sul calcolo delle prestazioni in relazione diretta o indiretta con il contratto. L'obbligo di informare deve essere adempito al momento della ricezione delle prestazioni dall'impresa di assicurazione.

Art. 55 Fallimento dell'impresa di assicurazione

Le disposizioni sul fallimento dell'impresa di assicurazione devono essere adeguate a quelle dell'avamprogetto di LCA.

Art. 85a Servizio di mediazione

Un servizio di mediazione nel settore delle assicurazioni private corrisponde indubbiamente a una necessità comprovata; è ciò che ha evidenziato non da ultimo la vastità dell'attività esplicata dalla fondazione per il servizio di mediazione istituita su iniziativa delle imprese di assicurazione. Per questo motivo il servizio di mediazione deve essere sancito dalla legge.

Conformemente al nuovo articolo proposto in ambito di LSA non soltanto le imprese di assicurazione autorizzate ma anche gli intermediari assicurativi sono tenuti a istituire ed esercitare un servizio di mediazione organizzato secondo il diritto privato e dotato di personalità giuridica autonoma. L'autodisciplina per il tramite dei servizi di mediazione che le imprese di assicurazione hanno creato su base volontaria a contare dal 1972 ha dato buone prove, ragione per cui il servizio di mediazione dovrà essere esercitato anche in futuro come organismo di autodisciplina. Il servizio di mediazione non ha competenze giudiziarie, ma fornisce consulenza e mediazione in vista di un accordo amichevole. Per corrispondenza esso non ha competenze decisionali, né fruisce del potere di impartire istruzioni. Dato che non dispone di competenze decisionali di diritto civile, il ricorso al servizio di mediazione non comporta nessuna interruzione della prescrizione.

Il servizio di mediazione può far partecipare ai suoi costi le persone che ricorrono ai suoi servizi.

Art. 87 Delitti

La disposizione penale dell'articolo 87 capoverso 1 lettera c^{bis} LSA è completata in maniera corrispondente in seguito all'introduzione del divieto di doppia attività all'articolo 41 AP-LSA.

3 Riperussioni

3.1 Riperussioni per la Confederazione

Conformemente all'articolo 98 capoverso 3 Cost. la Confederazione emana «prescrizioni sul settore delle assicurazioni private». La revisione totale della legge sul contratto d'assicurazione riguarda il diritto privato. In tale misura essa non necessita di ulteriori interventi dello Stato a parte l'attività legislativa.

Conferendo alla Confederazione la competenza di legiferare in materia di assicurazioni private, la Costituzione le impartisce simultaneamente una competenza in ambito di sorveglianza⁴. Anche per quanto riguarda la sorveglianza in materia di assicura-

⁴ Cfr. FF 1997 I 1 (messaggio del 20.11.1996 concernente la revisione della Costituzione federale).

zioni private non insorgono maggiori costi alla Confederazione perché tali costi sono coperti da emolumenti riscossi dalle imprese di assicurazione e dagli intermediari sottoposti a sorveglianza.

3.2 Ripercussioni per i Cantoni

Le modifiche della legislazione in materia di contratto d'assicurazione riguardano il diritto privato e in tale misura non necessitano di ulteriori interventi dello Stato. La giurisprudenza civile nei Cantoni dovrebbe comunque subire uno sgravio perché il nuovo diritto dovrebbe eliminare ampiamente le insufficienze della legislazione attualmente in vigore. Per il rimanente il progetto non dovrebbe avere ripercussioni per i Cantoni e i Comuni.

3.3 Ripercussioni sull'economia

Secondo il messaggio del 5 maggio 1976⁵ concernente una nuova legge federale sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati, la sorveglianza dello Stato sulle assicurazioni private è soprattutto legittimata dall'importanza del settore delle assicurazioni private e dalla necessità di tutelare gli interessi delle persone assicurate.

La revisione totale della legge sul contratto d'assicurazione è destinata a mantenere l'attrattiva della piazza economica e ad accrescere simultaneamente la protezione dei consumatori.

Uno dei postulati fondamentali in materia di contratto d'assicurazione consiste nella garanzia di una protezione assicurativa ragionevole e realizzabile. Numerosi miglioramenti devono essere attuati per il tramite di una strutturazione perlomeno semimperativo di prescrizioni un tempo dispositive. Ciò si applica in particolare ai contratti di consumo o ai contratti con le piccole e medie imprese. La nuova legislazione provvede a instaurare un equilibrio tra gli obblighi degli stipulanti e quelli delle imprese di assicurazione.

Un certo rafforzamento è già stato raggiunto con la revisione parziale del 2004 della legge sul contratto d'assicurazione. La deregolamentazione intervenuta nel quadro della legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori – nel cui ambito si trattava tra l'altro di rinunciare a un controllo preventivo dei prodotti – ha determinato simultaneamente un rafforzamento della protezione assicurativa nel contesto della revisione parziale della LCA di quell'epoca. La presente revisione totale istituirà un atto legislativo moderno e favorevole ai consumatori. In Svizzera questa interazione tra la legislazione in materia di sorveglianza degli assicuratori e quella sul contratto d'assicurazione ha seguito un decorso ampiamente parallelo a quello nell'UE.

⁵ FF 1976 II 870

Ulteriori ripercussioni sull'economia sono difficilmente prevedibili, tra l'altro a causa del principio di libertà contrattuale. Al momento non sono possibili previsioni più concrete.