

**REGOLAMENTO IN MATERIA DI
ATTIVITA' ASSICURATIVA RAMI VITA**

anno 2008 / numero 01

(Testo consolidato al 01/07/2024 – Aggiornamento XIV)

INDICE

TITOLO I DEFINIZIONI E DISPOSIZIONI GENERALI SUI PROCEDIMENTI AUTORIZZATIVI.....	6
Articolo 1 – Definizioni.....	6
Articolo 2 – Ambito di applicazione.....	10
Articolo 3 – Disposizioni generali sui procedimenti autorizzativi della BANCA CENTRALE.....	10
TITOLO II ATTIVITÀ ESERCITABILI DALL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE	12
Articolo 4 – Attività riservate all’IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	12
Articolo 5 – Classificazione per rami di attività.....	12
Articolo 6 – Altre attività esercitabili.....	14
TITOLO III AUTORIZZAZIONE DELL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE	14
Articolo 7 – Domanda di autorizzazione.....	14
Articolo 8 – Documenti da allegare alla domanda.....	14
Articolo 9 – Criteri di redazione dell’atto costitutivo e dello statuto.....	15
Articolo 10 – Capitale sociale minimo.....	16
Articolo 11 – Programma di attività.....	16
Articolo 12 – Criteri generali per il rilascio dell’autorizzazione.....	17
Articolo 13 – Termini per il provvedimento della BANCA CENTRALE.....	18
Articolo 14 – (abrogato).....	18
Articolo 15 – Iscrizione nel registro dei soggetti autorizzati.....	18
Articolo 16 – Modifiche statutarie.....	19
Articolo 17 – Estensione dell’autorizzazione ad altri rami.....	19
Articolo 18 – Revoca dell’autorizzazione.....	19
Articolo 19 – Rinuncia.....	20
TITOLO IV PARTECIPANTI AL CAPITALE DELL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE	20
<i>Capo I Principi generali.....</i>	<i>20</i>
Articolo 20 – Autorizzazione all’assunzione di PARTECIPAZIONI RILEVANTI al capitale dell’IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	20
Articolo 21 – Requisiti dei partecipanti al capitale dell’IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	21
Articolo 22 – Termini per il provvedimento della BANCA CENTRALE.....	21
Articolo 23 – Obblighi di comunicazione.....	22
<i>Capo II Requisiti delle persone fisiche.....</i>	<i>23</i>
Articolo 24 – Requisiti di onorabilità delle persone fisiche partecipanti al capitale dell’IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	23
Articolo 25 – Idoneità delle persone fisiche a garantire la sana e prudente gestione.....	24
<i>Capo III Requisiti delle persone giuridiche.....</i>	<i>25</i>
Articolo 26 – Requisiti di onorabilità delle persone giuridiche.....	25
Articolo 27 – Idoneità delle persone giuridiche a garantire la sana e prudente gestione.....	26
TITOLO V ESPONENTI AZIENDALI DELL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	27
Articolo 28 – Requisiti degli ESPONENTI AZIENDALI dell’IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	27
Articolo 29 – Requisiti di professionalità dei consiglieri di amministrazione.....	27
Articolo 30 – Requisiti di professionalità dell’amministratore delegato o del direttore generale.....	28
Articolo 31 – Requisiti di professionalità dei sindaci.....	28
Articolo 32 – Altri requisiti di professionalità rimessi alla valutazione del consiglio di amministrazione.....	29
Articolo 33 – Requisiti di indipendenza degli amministratori.....	29
Articolo 34 – Requisiti di indipendenza dei sindaci.....	30

Articolo 35 – Sospensione.....	30
Articolo 36 – Decadenza.....	30
Articolo 37 – Interventi successivi.....	30
TITOLO VI PARTECIPAZIONI DETENIBILI	31
Articolo 38 – Limiti alle partecipazioni detenibili.....	31
Articolo 39 – Domanda di autorizzazione.....	31
Articolo 40 – Obblighi di comunicazione.....	31
TITOLO VII BILANCIO, REGISTRI OBBLIGATORI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, REVISIONE CONTABILE.....	32
Articolo 41 – Disposizioni generali.....	32
Articolo 42 – Composizione del bilancio.....	32
Articolo 43 – Registri obbligatori.....	33
Articolo 44 – Obblighi di revisione contabile.....	33
Articolo 45 – Disposizioni particolari sulla revisione contabile.....	33
TITOLO VIII REGOLE ORGANIZZATIVE, CONTROLLI INTERNI E ATTUARIO INCARICATO.....	34
Articolo 46 – Principi generali.....	34
Articolo 47 – Compiti del consiglio di amministrazione, del capo della struttura esecutiva e del collegio sindacale.....	35
Articolo 47 bis – Governo e controllo dei prodotti assicurativi.....	36
Articolo 48 – Sistema dei controlli interni.....	37
Articolo 49 – Sistemi informativo-contabili.....	38
Articolo 50 – Deleghe di funzioni aziendali (<i>outsourcing</i>).....	38
Articolo 51 – Attuario incaricato.....	40
Articolo 52 – Autonomia dell'attuario e controllo contabile.....	40
Articolo 53 – Cessazione dell'incarico.....	41
TITOLO IX VIGILANZA PRUDENZIALE	41
<i>Capo I Principi generali e basi tecniche delle tariffe.....</i>	<i>41</i>
Articolo 54 – Principi generali per la determinazione delle tariffe.....	41
Articolo 55 – BASI FINANZIARIE per il calcolo delle tariffe.....	42
Articolo 56 – BASI TECNICHE diverse da quelle finanziarie per il calcolo delle tariffe.....	42
<i>Capo II Tasso annuo massimo di interesse garantibile.....</i>	<i>43</i>
Articolo 57 – Tasso annuo massimo di interesse garantibile.....	43
<i>Capo III Dereghe al tasso annuo massimo di interesse garantibile</i>	<i>44</i>
Articolo 58 – Assicurazioni di PURO RISCHIO.....	44
Articolo 59 – CONTRATTI CON SPECIFICA PROVVISORIA DI ATTIVI.....	44
<i>Capo IV Adempimenti dell'attuario incaricato sulle tariffe.....</i>	<i>46</i>
Articolo 60 – Valutazione della tariffa.....	46
Articolo 61 – Monitoraggio sulle garanzie finanziarie.....	46
Articolo 62 – Relazione tecnica sulla tariffa.....	47
<i>Capo V Riserve tecniche.....</i>	<i>47</i>
Articolo 63 – Principi generali sulle riserve tecniche rami vita.....	47
Articolo 64 – Principi di calcolo delle riserve tecniche.....	48
Articolo 65 – BASI TECNICHE per il calcolo delle riserve tecniche.....	49
Articolo 66 – Riserva matematica e riserva per spese future.....	50
<i>Capo VI Disciplina sulle riserve tecniche dei contratti i cui attivi sono valutati al prezzo di acquisizione.....</i>	<i>51</i>

Articolo 67 – Principi generali sulle riserve tecniche dei contratti i cui attivi sono valutati al prezzo di acquisizione.	51
Articolo 68 – Riserve per spese future dei contratti i cui attivi sono valutati al prezzo di acquisizione.	51
Articolo 69 – Riserve aggiuntive per rischio finanziario.	51
Articolo 70 – Riserve aggiuntive diverse dalle riserve per rischio finanziario.	52
Articolo 71 – Riserva aggiuntiva per rischio demografico.	52
<i>Capo VII Disciplina particolare sulle riserve tecniche dei contratti unit e index linked, dei contratti dedicati e dei contratti di ramo VI.</i>	<i>53</i>
Articolo 72 – Principi di calcolo delle riserve tecniche dei CONTRATTI UNIT LINKED e dei contratti di ramo VI.	53
Articolo 73 – Principi di calcolo delle riserve tecniche dei CONTRATTI INDEX LINKED.	53
Articolo 74 – Principi di calcolo delle riserve tecniche dei CONTRATTI DEDICATI.	53
Articolo 75 – Riserva aggiuntiva dei CONTRATTI UNIT ed INDEX LINKED, dei CONTRATTI DEDICATI e dei contratti di ramo VI.	54
<i>Capo VIII Adempimenti dell'attuario incaricato sulle riserve tecniche.</i>	<i>54</i>
Articolo 76 – Valutazione delle riserve tecniche.	54
Articolo 77 – Funzioni dell'attuario incaricato sulle riserve tecniche.	54
Articolo 78 – Relazione tecnica al bilancio.	55
Articolo 79 – Relazione tecnica sul rendimento attuale e prevedibile.	55
Articolo 80 – Controlli sul rendimento attuale e prevedibile.	56
Articolo 81 – Controlli sul margine di solvibilità.	56
<i>Capo IX Attività a copertura delle riserve tecniche.</i>	<i>56</i>
Articolo 82 – Copertura delle riserve tecniche.	56
Articolo 83 – Localizzazione delle attività a copertura delle riserve tecniche.	57
Articolo 84 – Categoria delle attività ammissibili a copertura delle riserve tecniche.	58
Articolo 85 – Valutazione delle attività patrimoniali.	60
Articolo 86 – Regole sulla congruenza.	60
Articolo 87 – Limiti di concentrazione.	61
<i>Capo X (abrogato).</i>	<i>61</i>
Articolo 88 – (abrogato).	61
Articolo 89 – (abrogato).	61
<i>Capo XI Disciplina particolare dei contratti unit e index linked, dei contratti dedicati e dei contratti di ramo VI.</i>	<i>62</i>
Articolo 90 – Contratti direttamente collegati ad indici, a quote di OIC o a FONDI DEDICATI.	62
Articolo 91 – Contratti direttamente collegati ad indici o ad altri valori di riferimento (<i>index linked</i>).	63
Articolo 92 – Contratti direttamente collegati al valore delle quote di un OIC oppure al valore di attivi contenuti in un FONDO INTERNO detenuto dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE (CONTRATTI UNIT LINKED).	65
Articolo 93 – Regolamento e documenti obbligatori del FONDO INTERNO assicurativo.	65
Articolo 94 – Attivi a copertura delle riserve tecniche del FONDO INTERNO.	69
Articolo 95 – Regole di frazionamento degli attivi a copertura delle riserve tecniche del FONDO INTERNO.	72
Articolo 96 – Separazione delle attività riferibili ai singoli FONDI INTERNI o a OIC esterni.	73
Articolo 97 – Contratti collegati a FONDI DEDICATI.	73
<i>Capo XII Requisiti di adeguatezza patrimoniale.</i>	<i>74</i>
Articolo 98 – Margine di solvibilità.	74
Articolo 99 – Determinazione e calcolo del margine di solvibilità minimo richiesto.	75
Articolo 100 – Margine di solvibilità minimo richiesto per i contratti assicurativi di cui al ramo IV e per le assicurazioni complementari di cui all'articolo 5, comma 4.	77
Articolo 101 – Quota di garanzia.	78

Articolo 102 – Prospetto dimostrativo della situazione del margine di solvibilità.....	78
Articolo 103 – Cessione dei rischi in riassicurazione.....	79
<i>Capo XIII Misure di salvaguardia.....</i>	<i>79</i>
Articolo 104 – Violazione delle norme sulle riserve tecniche o sulle attività a copertura.....	79
Articolo 105 – Violazione delle norme sul margine di solvibilità o sulla quota di garanzia.....	79
Articolo 106 – Misure di intervento a tutela della solvibilità prospettica dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	80
Articolo 107 – Procedura di apposizione del vincolo sulle attività patrimoniali.....	81
TITOLO X VIGILANZA INFORMATIVA E ISPETTIVA.....	81
<i>Capo I Vigilanza informativa.....</i>	<i>81</i>
Articolo 108 – Variazione degli ESPONENTI AZIENDALI.....	81
Articolo 109 – Relazione sulle verifiche svolte dalla funzione di controllo interno.....	81
Articolo 110 – Comunicazioni del collegio sindacale.....	82
Articolo 111 – Adempimenti della società di revisione.....	82
Articolo 112 – Bilancio di esercizio.....	82
Articolo 113 – Segnalazioni di vigilanza.....	82
Articolo 114 – Altre comunicazioni.....	82
<i>Capo II Vigilanza ispettiva.....</i>	<i>83</i>
Articolo 115 – Accertamenti ispettivi.....	83
Articolo 116 – Rapporto ispettivo.....	84
TITOLO XI CONTENUTO MINIMO DEI CONTRATTI, TRASPARENZA DELLE INFORMAZIONI E PROTEZIONE DELL'ASSICURATO.....	85
<i>Capo I Contenuto contrattuale minimo.....</i>	<i>85</i>
Articolo 117 – Contenuto minimo dei contratti assicurativi rami vita.....	85
Articolo 118 – Revocabilità della proposta.....	85
Articolo 119 – Diritto di recesso.....	85
Articolo 120 – Diritto di riscatto e di riduzione.....	85
Articolo 121 – Assicurazione in nome altrui.....	86
Articolo 122 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.....	86
Articolo 123 – Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave.....	86
Articolo 124 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.....	87
Articolo 125 – Mancato pagamento dei premi.....	87
Articolo 126 – Cambiamenti di professione dell'assicurato.....	87
Articolo 127 – Suicidio dell'assicurato.....	88
<i>Capo II Pubblicità e trasparenza.....</i>	<i>88</i>
Articolo 128 – Pubblicità dei contratti assicurativi.....	88
Articolo 129 – Regole di comportamento.....	88
Articolo 130 – Misure cautelari ed interdittive.....	89
Articolo 131 – Nota informativa.....	89
Articolo 132 – Invio preventivo della nota informativa.....	90
Articolo 132 bis – Informativa precontrattuale e realizzazione dei prodotti assicurativi.....	90
TITOLO XII ATTIVITÀ TRANSFRONTALIERA.....	90
Articolo 133 – Stabilimento di succursali o prestazione di servizi senza stabilimento all'estero.....	90
TITOLO XIII DISPOSIZIONI FINALI.....	91
Articolo 134 – Entrata in vigore.....	91

TITOLO I

DEFINIZIONI E DISPOSIZIONI GENERALI SUI PROCEDIMENTI AUTORIZZATIVI

Articolo 1 – Definizioni.

1. Ai fini del presente Regolamento si intendono per:

- **“Banca Centrale”**: la Banca Centrale della Repubblica di San Marino, nella sua funzione di autorità di vigilanza sul sistema bancario, finanziario e assicurativo;
- **“attività connessa”**: attività di natura non finanziaria svolta in misura limitata e diretta al pubblico allo scopo di promuovere sé stessa e i propri servizi nei confronti di clienti acquisiti o potenziali;
- **“attività strumentale”**: attività non finanziaria svolta in misura limitata al servizio del proprio processo produttivo o di società controllate o controllanti, comunque non diretta al pubblico;
- **“basi demografiche”**: ogni statistica sulla mortalità/longevità degli assicurati utilizzata per il calcolo del premio o per il calcolo delle riserve tecniche;
- **“basi finanziarie”**: tasso tecnico di interesse utilizzato per il calcolo del premio e ogni altra ipotesi finanziaria utilizzata per il calcolo del premio o per il calcolo delle riserve tecniche;
- **“basi tecniche”**: tutti gli elementi statistici, demografici, finanziari nonché ogni altra ipotesi utilizzata per il calcolo del premio o per il calcolo delle riserve tecniche;
- **“capitale sotto rischio”**: il capitale uguale alla somma che deve essere versata ai beneficiari in caso di morte dell'assicurato, diminuito della riserva matematica del rischio principale;
- **“capo della struttura esecutiva”**: Direttore Generale o, in mancanza, amministratore con delega a svolgere le funzioni di Direttore Generale, ed eventuale Direttore Vicario;
- **“caricamento”**: quota delle spese di gestione (acquisizione, incasso e spese amministrative) ed ogni altro onere considerato dalle imprese di assicurazione nel processo di determinazione della tariffa nonché il margine industriale compensativo dell'alea dell'impresa stessa;
- **“clienti professionali”**: i soggetti appartenenti a una delle seguenti categorie:
 - 1) soggetti autorizzati ad esercitare una o più attività riservate ai sensi del Titolo II della LISF;
 - 2) soggetti esteri che svolgono in forza della normativa in vigore nel proprio Stato d'origine le attività svolte dai soggetti di cui al precedente punto 1);
 - 3) società emittenti strumenti finanziari quotati in mercati regolamentati;
 - 4) società che soddisfino almeno due dei seguenti requisiti:
 - I) totale dell'attivo di bilancio superiore a venti milioni di euro;
 - II) fatturato superiore a quaranta milioni di euro;
 - III) patrimonio netto superiore a due milioni di euro;
 - 5) Stati, banche centrali, istituzioni internazionali e sopranazionali;

- 6) persone fisiche che chiedano espressamente di essere considerate clienti professionali accettando espressamente il minor livello di eterotutela connesso a tale qualificazione, a condizione che documentino almeno una delle seguenti circostanze:
- I) possedere liquidità e strumenti finanziari liberamente disponibili per un ammontare complessivo superiore a cinquecentomila euro;
 - II) avere una specifica competenza in materia di mercati e strumenti finanziari maturata attraverso esperienza professionale, didattica, operativa di almeno un anno;
- 7) le persone giuridiche che chiedano espressamente di essere considerate clienti professionali, a condizione che il loro rappresentante legale rientri nella categoria di cui al precedente punto 6);
- **“condizioni contrattuali (o di polizza)”**: insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione;
 - **“contratto con specifica provvista di attivi”**: contratti non di puro rischio per i quali le imprese di assicurazione dispongono di una specifica provvista di attivi per la copertura degli impegni assunti;
 - **“contratto dedicato”**: contratto di assicurazione nel quale:
 - 1) il contraente è un cliente professionale;
 - 2) il premio alla sottoscrizione non è inferiore a centomila euro;
 - 3) le prestazioni a carico dell’impresa di assicurazione sono collegate al valore di un fondo interno dedicato;
 - **“contratto index linked”**: contratto di assicurazione sulla vita in cui le prestazioni sono direttamente collegate ad un indice o ad altro valore di riferimento;
 - **“contratto unit linked”**: contratto di assicurazione sulla vita in cui le prestazioni sono direttamente collegate al valore di attivi contenuti in un fondo interno detenuto dall’impresa di assicurazione oppure al valore delle quote di OIC;
 - **“contratto di puro rischio”**: contratto di assicurazione in cui le prestazioni sono legate esclusivamente al verificarsi di eventi quali il decesso, l’invalidità, l’incapacità dell’assicurato;
 - **“controllo”**: il rapporto definito dall’articolo 2 della LISF;
 - **“esponenti aziendali”**: persone fisiche che ricoprono le cariche di amministratore, sindaco, direttore generale ed eventuale direttore vicario, chiamato a subentrare temporaneamente o occasionalmente nelle funzioni del direttore generale, quando assente;
 - **“fattori di sostenibilità”**: le problematiche ambientali, sociali e concernenti il personale, il rispetto dei diritti umani e le questioni relative alla lotta alla corruzione attiva e passiva;
 - **“fondi di tipo UCITS III”**: i fondi comuni di investimento aperti di diritto sammarinese il cui regolamento di gestione disciplina l’attività di investimento in modo conforme alle disposizioni della direttiva comunitaria 85/611/CEE, concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative in materia di organismi di investimento collettivo in

valori mobiliari (Undertaking for the Collective Investment of Transferable Securities – UCITS), così come successivamente modificata e integrata;

- **“fondi aperti non di tipo UCITS III”**: i fondi comuni di investimento aperti di diritto sammarinese che non possiedono le caratteristiche per poter essere qualificati fondi di tipo UCITS III;
- **“fondo interno”**: portafoglio di investimenti, gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dall’impresa ed espresso in quote;
- **“fondo interno dedicato”**: fondo interno senza alcuna garanzia finanziaria rilasciata da parte dell’impresa utilizzato come attivo a copertura di un unico e specifico contratto;
- **“funzione operativa strategica”**: funzione la cui anomala o mancata esecuzione possa:
 - a) mettere a repentaglio la capacità dell’impresa di assicurazione di continuare a conformarsi ai requisiti relativi alla sua autorizzazione o agli altri obblighi ad essa applicabili ai sensi delle presenti disposizioni;
 - b) compromettere gravemente i suoi risultati finanziari o la solidità o la continuità dei servizi prestati nell’esercizio delle attività riservate;
- **“gestione interna separata”**: portafoglio di investimenti gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dall’impresa, in funzione del cui rendimento si rivalutano le prestazioni dei contratti ad esso collegati;
- **“gruppo di appartenenza dell’impresa di assicurazione”**: i soggetti che:
 - 1) partecipano al capitale dell’impresa di assicurazione in misura almeno pari al 20 per cento del capitale con diritto di voto;
 - 2) sono partecipati dall’impresa di assicurazione in misura almeno pari al 20 per cento del capitale con diritto di voto;
 - 3) controllano l’impresa di assicurazione;
 - 4) sono controllati dall’impresa di assicurazione;
 - 5) sono controllati dallo stesso soggetto che controlla l’impresa di assicurazione;per la verifica di tali condizioni si computano anche le partecipazioni indirette ovvero la partecipazione detenuta per il tramite di società controllate, di società fiduciarie o per interposta persona;
- **“impresa di assicurazione”**: la società autorizzata ai sensi del presente regolamento ad esercitare l’attività di cui alla lettera G;
- **“Legge sulle Società”**: la Legge 23 febbraio 2006, n. 47, e successive modificazioni e integrazioni;
- **“LISF”**: la Legge 17 novembre 2005, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni;
- **“mercato di riferimento negativo”**: le categorie di clienti per le cui esigenze, caratteristiche e obiettivi il prodotto non può essere distribuito;
- **“OIC UCITS”**: i fondi di tipo UCITS III e gli OIC esteri rientranti nell’ambito di applicazione della direttiva UCITS dell’U.E.;

- **“OIC non UCITS”**: OIC diversi dagli OIC UCITS;
- **“organismo di investimento collettivo” o “OIC”**: i fondi comuni di investimento di diritto sammarinese e i prodotti di investimento collettivo di diritto estero aventi caratteristiche equivalenti ai fondi comuni di investimento di diritto sammarinese;
- **“partecipazione agli utili”**: meccanismi contrattuali che prevedono, attraverso varie forme, l’attribuzione ai contratti di una parte dei risultati economici positivi conseguiti dall’impresa o da un determinato portafoglio di attività dell’impresa;
- **“partecipazione rilevante”**: la detenzione, a qualsiasi titolo, di azioni con diritto di voto che, tenuto conto di quelle già possedute, determinano il superamento delle soglie del 5, 10, 20, 33 e 50 per cento del capitale dell’impresa di assicurazione rappresentato da azioni con diritto di voto o che consentono, indipendentemente dalla percentuale del capitale detenuto, di assumere il controllo dell’impresa di assicurazione;
- **“premio puro”**: costo base per la copertura assicurativa che il contraente è tenuto a pagare come corrispettivo a fronte del rischio tecnico assunto dalle imprese di assicurazione;
- **“premio di tariffa”**: premio puro maggiorato dei caricamenti;
- **“prodotti di investimento assicurativo non complesso”**: prodotto di investimento assicurativo laddove concorrano soddisfatti tutti i criteri che seguono:
 - a) include un valore di scadenza minimo garantito per contratto, che corrisponde almeno all’importo versato dal cliente al netto dei costi legittimi;
 - b) non presenta una clausola, condizione o motivo scatenante che consenta all’impresa di assicurazione di alterare materialmente la natura, il rischio o il profilo di pay-out del prodotto di investimento assicurativo;
 - c) prevede opzioni per riscattare o realizzare altrimenti il prodotto di investimento assicurativo a un valore disponibile per il cliente;
 - d) non include alcun onere esplicito o implicito avente l’effetto che il riscatto o qualsiasi altra forma di realizzo del prodotto di investimento assicurativo, per quanto tecnicamente possibile, possa provocare uno svantaggio irragionevole al cliente, essendo gli oneri sproporzionati rispetto ai costi dell’impresa di assicurazione;
 - e) non include in alcun altro modo una struttura che renda difficoltoso per il cliente capire il rischio assunto.
- **“soggetti promotori”**: persone fisiche o giuridiche che intendono sottoscrivere il capitale sociale dell’impresa di assicurazione costituenda;
- **“strumenti finanziari quotati”**: gli strumenti finanziari:
 - 1) negoziati in mercati regolamentati;
 - 2) emessi recentemente e per i quali sia stata presentata la domanda di ammissione alla negoziazione in un mercato regolamentato ovvero nella delibera di emissione sia stato previsto l’impegno a presentare tale domanda. Trascorso un anno dalla emissione senza

che gli strumenti finanziari siano ammessi alla negoziazione, essi si considerano come strumenti finanziari negoziati fuori dai mercati regolamentati;

Non sono considerati strumenti finanziari quotati, gli strumenti finanziari:

- 1) individualmente sospesi dalla negoziazione da oltre sei mesi;
- 2) per i quali i volumi di negoziazione poco rilevanti e la ridotta frequenza degli scambi non consentono la formazione di prezzi significativi;

- **“tasso tecnico”**: il tasso di rendimento minimo che viene già riconosciuto dalle imprese di assicurazione all’atto della conclusione del contratto in sede di determinazione dei premi.

2. Ove non diversamente specificato, ai fini delle presenti disposizioni valgono le definizioni contenute nella LISF.

3. Nei successivi articoli del presente regolamento le parole che richiamano le presenti definizioni sono riportate in carattere maiuscolo.

Articolo 2 – Ambito di applicazione.

1. Il presente regolamento disciplina l’esercizio professionale dell’attività assicurativa limitatamente ai rami e sottorami vita di cui al successivo articolo 5 e si applica alle IMPRESE DI ASSICURAZIONE aventi la sede legale nel territorio della Repubblica di San Marino. L’esercizio di attività assicurativa non riconducibile ai suddetti rami, nonché l’esercizio della riassicurazione sono subordinati all’emanazione di appositi ulteriori regolamenti da parte della BANCA CENTRALE.

Articolo 3 – Disposizioni generali sui procedimenti autorizzativi della BANCA CENTRALE.

1. Salvo che sia diversamente previsto, ai procedimenti autorizzativi disciplinati nel presente regolamento si applicano le disposizioni del presente articolo.

2. Le domande di autorizzazione devono essere redatte in lingua italiana. Qualora siano allegati documenti o certificazioni in altra lingua, deve essere fornita una traduzione giurata in italiano.

3. Le domande di autorizzazione devono essere indirizzate alla Banca Centrale della Repubblica di San Marino – Coordinamento della Vigilanza. Devono essere indicati:

- a) la denominazione, la sede legale e l’eventuale sede amministrativa della società, se già costituita, ovvero quelle previste, se la società è da costituire;
- b) l’elenco dei rami e sottorami vita per i quali è richiesta l’autorizzazione;
- c) le generalità complete e la veste legale delle persone che le sottoscrivono;
- d) l’elenco dei documenti allegati;

- e) un nominativo al quale la BANCA CENTRALE farà riferimento per le comunicazioni relative all'istanza di autorizzazione.

4. Alle domande di autorizzazione presentate da una IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve essere allegata copia conforme della delibera con la quale il consiglio di amministrazione ha esaminato la materia e approvato la presentazione dell'istanza. Non è necessario allegare documenti già in possesso della BANCA CENTRALE, anche ad altro titolo, purché in corso di validità; tali documenti e il titolo per il quale la BANCA CENTRALE ne è in possesso devono comunque essere specificati nelle domande.

5. Le domande si intendono ricevute nel giorno in cui sono state consegnate, come attestato dalla ricevuta rilasciata dalla BANCA CENTRALE, ovvero nel giorno in cui sono pervenute alla BANCA CENTRALE per lettera raccomandata A.R. o elettronica.

6. Qualora intervengano cambiamenti che incidano sull'accuratezza delle informazioni e della documentazione fornite nelle domande di autorizzazione presentate, ne deve essere data pronta informativa alla BANCA CENTRALE.

7. La BANCA CENTRALE si riserva di chiedere ulteriori informazioni ritenute necessarie ad integrazione della documentazione prodotta.

8. I termini per le risposte della BANCA CENTRALE alle richieste di autorizzazioni sono specificamente stabiliti nel presente regolamento per ogni tipo di autorizzazione. Nei casi in cui per l'adozione di un provvedimento della BANCA CENTRALE non è indicato un termine, questo si intende fissato in trenta giorni.

9. I termini sono interrotti se la documentazione richiesta risulta incompleta o se il soggetto istante di propria iniziativa invia nuova documentazione integrativa o modificativa di quella inizialmente trasmessa. La BANCA CENTRALE comunica all'interessato l'interruzione del termine. Un nuovo termine di durata pari a quello interrotto comincia a decorrere dalla data di ricezione della documentazione mancante, integrativa o modificativa. Qualora entro novanta giorni non pervengano comunque alla BANCA CENTRALE le informazioni e/o documentazioni integrative richieste, la domanda si intende ad ogni effetto decaduta.

10. I termini sono sospesi qualora la BANCA CENTRALE:

- a) chieda ulteriori informazioni a integrazione della documentazione prodotta. Tali informazioni devono pervenire alla BANCA CENTRALE entro il termine dalla stessa fissato; in caso contrario, l'istanza si considera ritirata;
- b) interessi autorità di vigilanza estere al fine di acquisire informazioni o documentazione. In tali ipotesi il termine è sospeso fino all'ottenimento delle informazioni richieste;

- c) richieda una perizia o disponga una ispezione per verificare la complessiva struttura aziendale, la veridicità dei dati comunicati o delle informazioni ricevute, nonché l'esistenza e l'ammontare del deposito vincolato o del patrimonio del soggetto istante. In tali ipotesi, il termine ricomincia a decorrere dalla data di consegna della perizia ovvero della conclusione delle verifiche degli ispettori della BANCA CENTRALE.

La BANCA CENTRALE comunica alla società interessata l'inizio della sospensione del termine e il momento in cui esso ricomincia a decorrere.

11. Contro tutti i provvedimenti di carattere particolare della BANCA CENTRALE è ammesso ricorso giurisdizionale nelle forme e nei modi previsti dalla Legge 28 giugno 1989, n. 68 e successive modifiche.

TITOLO II

ATTIVITÀ ESERCITABILI DALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Articolo 4 – Attività riservate all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

1. L'esercizio dell'attività assicurativa (attività di cui alla lettera G dell'Allegato 1 della LISF) è riservata alle IMPRESE DI ASSICURAZIONE, previa autorizzazione della BANCA CENTRALE. L'esercizio di ciascuno dei rami e sottorami di cui al successivo articolo 5 è oggetto di specifica autorizzazione della BANCA CENTRALE.

Articolo 5 – Classificazione per rami di attività.

1. Nelle assicurazioni sulla vita la classificazione per ramo è la seguente:

- I) le assicurazioni sulla durata della vita umana;
- II) le assicurazioni di nuzialità e di natalità;
- III) le assicurazioni, di cui ai rami I e II, le cui prestazioni principali sono direttamente collegate al valore di quote di ORGANISMI DI INVESTIMENTO COLLETTIVO o di FONDI INTERNI o di FONDI INTERNI DEDICATI ovvero a indici o ad altri valori di riferimento;
- IV) l'assicurazione malattia e l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza che siano garantite mediante contratti di lunga durata, non rescindibili, per il rischio di invalidità grave dovuta a malattia o a infortunio o a longevità;
- V) le operazioni di capitalizzazione;
- VI) le operazioni di gestione di fondi collettivi costituiti per l'erogazione di prestazioni in caso di morte, in caso di vita o in caso di cessazione o riduzione dell'attività lavorativa.

2. Il ramo III di cui al comma 1 si distingue nei seguenti sottorami:

- III-a) quando l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE presta garanzia finanziaria di rendimento o di restituzione del capitale;

III-b) quando l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non presta garanzia finanziaria di rendimento o di restituzione del capitale.

3. Il ramo V di cui al comma 1 si distingue nei seguenti sottorami:

V-a) che comprende le operazioni di capitalizzazione che prevedono prestazioni collegate al valore delle quote di un ORGANISMO DI INVESTIMENTO COLLETTIVO, al valore di attivi contenuti in un FONDO INTERNO, ad un indice o ad altro valore di riferimento, quando le CONDIZIONI CONTRATTUALI sono tali da rendere, di fatto, l'entità e l'effettiva erogazione delle singole prestazioni, per il caso di sopravvivenza e/o per il caso di morte, indipendenti dalla durata della vita umana;

V-b) che comprende tutte le altre operazioni di capitalizzazione diverse da quelle del sottoramo V-a).

Nei contratti di capitalizzazione l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE presta in ogni caso una garanzia finanziaria di rendimento minimo o di restituzione del capitale.

4. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che ha ottenuto l'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa di cui ai rami I, II o III, ovvero di cui al ramo V solo se autorizzata ad esercitare anche un altro ramo vita con assunzione di un rischio demografico, può garantire in via complementare ai relativi contratti i rischi di danni alla persona, comprese le incapacità al lavoro professionale, la morte in seguito ad infortunio, l'invalidità a seguito di infortunio o malattia e la perdita d'impiego, a condizione che le coperture relative ai suddetti rischi vengano prestate nell'ambito dello stesso contratto che copre la garanzia principale del ramo vita e si riferiscano alla medesima persona assicurata.

5. È classificata nel ramo vita IV l'assicurazione contro le malattie gravi, non rescindibile da parte dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, che prevede la corresponsione di un capitale o di una rendita di importo prefissato al verificarsi di una delle malattie gravi previste in polizza, indipendentemente dalla sussistenza di uno stato di invalidità. È invece classificata nel ramo vita I, quando il contratto prevede che, al verificarsi della malattia grave, la prestazione per il caso di morte venga anticipata in tutto o in parte.

6. È classificata nel ramo vita IV l'assicurazione, non rescindibile da parte dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, che copre il rischio di non autosufficienza relativo all'impossibilità di compiere in modo autonomo gli atti della vita quotidiana a causa di infortunio, malattia o senescenza, quando la prestazione consiste nell'erogazione di una rendita, vitalizia o temporanea, condizionata all'esistenza in vita dell'assicurato e prevede la copertura del rischio per l'intera vita dell'assicurato.

Articolo 6 – Altre attività esercitabili.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che intende esercitare l'assicurazione sulla vita deve limitare l'oggetto sociale allo svolgimento delle attività indicate nell'articolo 5, con esclusione di qualsiasi altra, salvo la possibilità di svolgere ATTIVITÀ CONNESSE O STRUMENTALI nei limiti indicati al presente articolo.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può svolgere le seguenti ATTIVITÀ CONNESSE:

- a) distribuzione assicurativa svolta presso i propri uffici e avente ad oggetto i prodotti assicurativi di propria istituzione, nel rispetto dei medesimi obblighi di trasparenza e correttezza verso la clientela previsti dal presente Regolamento e dal Regolamento n. 2007-02, con obbligo, per l'offerta fuori sede, di avvalersi di intermediari assicurativi o riassicurativi iscritti nel registro previsto dall'articolo 27 della LISF;
- b) studio, ricerca, analisi in materia economica e finanziaria.

3. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può svolgere le seguenti ATTIVITÀ STRUMENTALI:

- a) predisposizione e gestione di servizi informatici o di elaborazione dati;
- b) amministrazione di immobili destinati a proprio uso funzionale.

4. Lo svolgimento di attività diverse, comunque non rientranti tra le attività riservate ai sensi della LISF, può essere autorizzato dalla BANCA CENTRALE su domanda dei soggetti interessati che devono motivare la natura connessa o strumentale delle attività stesse rispetto all'attività assicurativa.

TITOLO III

AUTORIZZAZIONE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Articolo 7 – Domanda di autorizzazione.

1. La domanda di autorizzazione deve essere presentata dai SOGGETTI PROMOTORI della costituzione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

Articolo 8 – Documenti da allegare alla domanda.

1. Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

- a) bozza dell'atto costitutivo, comprensivo dello statuto, conforme ai criteri indicati all'articolo 9;
- b) ricevuta contabile attestante il versamento del deposito vincolato di cui all'articolo 10;
- c) programma di attività redatto secondo quanto previsto nell'articolo 11;
- d) elenco dei soggetti partecipanti direttamente o indirettamente al capitale della costituenda IMPRESA DI ASSICURAZIONE, con l'indicazione delle rispettive quote di partecipazione; devono essere anche indicate le generalità degli effettivi beneficiari economici; per tali si intendono le persone fisiche che

- esercitano il CONTROLLO su società che detengono, direttamente o indirettamente, partecipazioni nella costituenda IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- e) elenco nominativo, con indicazione delle generalità complete, di coloro che ricopriranno gli incarichi di ESPONENTI AZIENDALI;
 - f) documenti e certificati, indicati nei successivi Titoli IV e V, per la verifica dei requisiti dei SOGGETTI PROMOTORI e degli ESPONENTI AZIENDALI, aventi data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di ricezione della domanda di autorizzazione;
 - g) documentazione in ordine alla struttura del GRUPPO DI APPARTENENZA DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

Articolo 9 – Criteri di redazione dell'atto costitutivo e dello statuto.

1. La bozza di atto costitutivo deve indicare:

- a) i dati identificativi dei soci;
- b) che il capitale è interamente sottoscritto;
- c) il valore nominale complessivo della quota sottoscritta da ciascun socio e la sua incidenza percentuale sull'intero capitale sociale;
- d) le generalità complete di coloro che ricopriranno gli incarichi di ESPONENTI AZIENDALI.

2. Lo statuto deve obbligatoriamente stabilire che:

- a) la denominazione sociale contiene espressamente le parole “impresa sammarinese di assicurazione sulla vita”;
- b) il tipo legale è esclusivamente quello della società per azioni;
- c) le azioni rappresentative del capitale sociale sono esclusivamente nominative;
- d) l'oggetto sociale prevede l'esercizio professionale in via esclusiva dell'attività di assicurazione con specificazione dei rami di attività e indica le ATTIVITÀ CONNESSE O STRUMENTALI che si intendono esercitare;
- e) la sede legale e, ove non coincidente, quella amministrativa, sono ubicate nel territorio della Repubblica di San Marino, con indicazione dell'indirizzo preciso;
- f) i conferimenti dei soci nel capitale iniziale possono essere esclusivamente pecuniari. Sono invece ammessi conferimenti in natura per successivi aumenti o ricostituzioni di capitale sociale, nel rispetto di quanto previsto dalla LEGGE SULLE SOCIETÀ, e previa verifica, da parte della BANCA CENTRALE, della strumentalità dei beni da conferire rispetto all'attività economica risultante dall'oggetto sociale dell'impresa conferitaria;
- g) la gestione della società è affidata a un consiglio di amministrazione composto di almeno tre membri, di cui uno assume le funzioni di presidente con attribuzione della rappresentanza legale della società;

- h) il controllo sulla legalità dell'operato della società è affidato a un collegio sindacale composto di tre o cinque sindaci, di cui uno con funzioni di presidente;
- i) i compiti di controllo contabile e di certificazione del bilancio di esercizio devono essere affidati a una società di revisione.

Gli aspetti non rientranti nelle disposizioni speciali di cui al presente regolamento, possono essere disciplinati liberamente dallo statuto, nel rispetto delle norme generali della LISF e della LEGGE SULLE SOCIETÀ.

Articolo 10 – Capitale sociale minimo.

1. L'ammontare del capitale sociale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve essere interamente versato e non inferiore al maggior valore tra:

- a) cinque milioni di euro quando l'esercizio comprende le assicurazioni dei rami o sottorami indicati ai numeri I), II), IV), V-b) e VI);
- b) tre milioni di euro quando l'esercizio comprende le assicurazioni dei sottorami indicati ai numeri III-a) e V-a);
- c) un milione e mezzo di euro quando l'esercizio comprende le assicurazioni del sottoramo indicato al numero III-b).

2. I SOGGETTI PROMOTORI devono costituire, ai sensi dell'articolo 13, lettera e), della LISF, su apposito conto acceso presso una banca sammarinese, purché non rientrante tra i SOGGETTI PROMOTORI, un deposito vincolato di ammontare non inferiore a quello di cui al comma 1. Il deposito verrà svincolato dalla BANCA CENTRALE in favore dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE neo-costituita entro quindici giorni dal ricevimento dell'atto costitutivo ai sensi dell'articolo 14 della LISF, previa indicazione, da parte dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE neo-costituita, degli estremi identificativi del rapporto acceso a suo nome presso una banca sammarinese, sul quale verranno trasferite a mezzo bonifico bancario e a titolo di versamento del capitale sociale, le somme precedentemente depositate dai SOGGETTI PROMOTORI. La BANCA CENTRALE, nei termini sopra indicati, provvederà a dare idonea comunicazione scritta dello svincolo e del trasferimento alla banca depositaria.

Articolo 11 – Programma di attività.

1. I SOGGETTI PROMOTORI dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE devono predisporre un programma che illustra l'attività iniziale, le sue linee di sviluppo, gli obiettivi perseguiti, le strategie imprenditoriali che la società intende seguire per la loro realizzazione nonché ogni altro elemento che consenta di valutare l'iniziativa.

2. Il programma di attività deve illustrare con riferimento al primo triennio:

- a) le attività e i servizi che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE intende svolgere;

- b) per ciascun ramo o sottoramo per cui viene richiesta l'autorizzazione, le obbligazioni ed i rischi che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE intende assumere;
- c) la tipologia di clientela cui si indirizzano i servizi e i prodotti;
- d) le procedure di emissione delle polizze e di incasso dei premi (strategie della distribuzione);
- e) i rapporti con gli altri soggetti coinvolti nell'organizzazione dei servizi prestati;
- f) la struttura organizzativa e tecnica, con indicazioni sull'organigramma/funzionigramma aziendale, sui profili professionali delle risorse umane che si prevede di impiegare, sulle procedure informatiche che si intendono utilizzare, sull'architettura dei sistemi di controllo interno, sui rapporti con eventuali *outsourcer*, sui canali di distribuzione;
- g) i principali investimenti e interventi organizzativi da attuare corredati dalle previsioni relative alle spese di impianto dei servizi amministrativi e tecnici e a quelle di organizzazione agenziale e produttiva;
- h) i criteri che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE intende seguire per la riassicurazione dei rischi assunti e il piano di riassicurazione, a cui vanno allegate le bozze dei trattati di riassicurazione e le lettere di impegno dei riassicuratori a sottoscriverli;
- i) le previsioni di sviluppo dell'attività nonché gli elementi in ordine alla capacità di mantenersi in condizioni di equilibrio economico e di rispettare le norme prudenziali; in particolare, dovranno essere redatti i bilanci previsionali dei primi tre esercizi, in modo tale da fornire ogni elemento utile di valutazione dell'iniziativa. Le previsioni sono rappresentate utilizzando i modelli di bilancio (stato patrimoniale, conto economico, prospetto delle attività a copertura delle riserve tecniche, prospetto del margine di solvibilità) disciplinati da successivi provvedimenti della BANCA CENTRALE; nelle more dell'attuazione di tali provvedimenti l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può utilizzare i modelli di bilancio in vigore in uno Stato dell'Unione europea.
- j) le previsioni relative alle spese di gestione, diverse dalle spese di impianto e, in particolare, quelle relative alle spese generali correnti e all'ammontare delle provvigioni riconosciute alle reti di vendita.

3. Al programma di attività deve essere allegata una relazione tecnica contenente l'esposizione dei criteri in base ai quali il programma di attività è stato redatto e sono state determinate le previsioni relative ai ricavi, ai costi ed ai flussi di tesoreria. La relazione tecnica è sottoscritta da un attuario. Nelle more dell'attuazione del registro degli attuari previsto dall'articolo 145 della LISF, la relazione può essere sottoscritta da un attuario abilitato allo svolgimento di analoghi compiti per imprese di assicurazione aventi sede in uno Stato dell'Unione europea.

Articolo 12 – Criteri generali per il rilascio dell'autorizzazione.

1. Nell'esame della domanda di autorizzazione, la BANCA CENTRALE, sulla base della documentazione prodotta e di ogni altro elemento informativo in suo possesso valuta che:

- a) la bozza dell'atto costitutivo sia redatta in modo conforme ai criteri stabiliti dal presente regolamento.
- b) gli ESPONENTI AZIENDALI e i titolari di PARTECIPAZIONI RILEVANTI posseggano i prescritti requisiti di onorabilità, professionalità e indipendenza;
- c) le relazioni d'affari e i legami dei partecipanti al capitale nonché la struttura del gruppo non pregiudichino la gestione sana e prudente della società e l'effettivo esercizio della vigilanza, anche ai sensi di quanto previsto dall'articolo 13, comma 1, lettera i-bis) della LISF;
- d) il programma di attività dia conto delle strategie d'impresa e della loro coerenza con la struttura organizzativa dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- e) sussistano gli ulteriori requisiti previsti dalla legge e dal presente regolamento.

2. La BANCA CENTRALE nega l'autorizzazione per mancanza dei requisiti indicati ovvero quando dalle valutazioni effettuate non risultino garantite la sana e prudente gestione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e l'effettivo esercizio della vigilanza.

Articolo 13 – Termini per il provvedimento della BANCA CENTRALE.

1. Entro il termine di centottanta giorni dalla data di ricevimento della domanda la BANCA CENTRALE emana il provvedimento di autorizzazione o di diniego della stessa. Nei casi in cui sia stata disposta l'interruzione o la sospensione del termine, il provvedimento di autorizzazione o di diniego deve comunque essere emanato entro dodici mesi dalla data di ricevimento della domanda.

Articolo 14 – (abrogato)

Articolo 15 – Iscrizione nel registro dei soggetti autorizzati.

1. La BANCA CENTRALE iscrive l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE nel registro dei soggetti autorizzati sulla base dei dati desumibili dalla bozza di atto costitutivo e dai documenti presentati ai fini dell'autorizzazione e indica i successivi adempimenti necessari per ottenere l'abilitazione all'inizio dell'operatività.

2. Completata l'iscrizione nel registro delle società e ritirata la licenza o patente di esercizio ai sensi dell'articolo 153 della LISF, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ne dà comunicazione scritta alla BANCA CENTRALE per l'integrazione dei dati chiedendo l'abilitazione all'inizio dell'operatività ai sensi dell'articolo 9 della LISF. Alla richiesta devono essere allegati i seguenti documenti:

- a) copia conforme dell'atto costitutivo, completo di statuto;
- b) certificato di vigenza in originale.

3. Eventuali modifiche o integrazioni al programma di attività di cui all'articolo 11 devono essere riportate nella domanda di abilitazione, la quale deve altresì contenere una relazione sullo stato di attuazione del programma medesimo con riferimento alla data in cui viene presentata la domanda.

4. Decorsi sessanta giorni dalla data di presentazione della domanda in assenza di comunicazioni della BANCA CENTRALE, L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può iniziare l'operatività.

Articolo 16 – Modifiche statutarie.

1. Tutte le modifiche statutarie devono essere sottoposte a preventiva autorizzazione della BANCA CENTRALE. Alla domanda di autorizzazione, che deve illustrare le motivazioni delle modifiche, deve essere allegato un prospetto che evidenzia la versione precedente e quella modificata dello statuto.

2. Entro trenta giorni dalla data di ricezione della domanda la BANCA CENTRALE, valutata la coerenza delle modifiche con le norme della LISF e dei relativi provvedimenti attuativi, nonché con la sana e prudente gestione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e con l'effettivo esercizio della vigilanza, emana un provvedimento di autorizzazione o di diniego.

3. Il termine di cui sopra è interrotto e sospeso nei casi previsti dal precedente art. 3, commi 8 e 9.

Articolo 17 – Estensione dell'autorizzazione ad altri rami.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE autorizzata all'esercizio di uno o più rami o sottorami indicati all'articolo 5 che intende estendere la propria attività ad altri rami o sottorami indicati nello stesso articolo deve richiedere espressa autorizzazione alla BANCA CENTRALE.

2. Per ottenere l'autorizzazione l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve dimostrare di disporre interamente del capitale sociale di cui all'articolo 10 e di essere in regola con le disposizioni relative al margine di solvibilità e della quota di garanzia, nonché di essere in regola con le disposizioni sulle riserve tecniche. Qualora per l'esercizio di nuovi rami sia prescritta una quota di garanzia più elevata di quella posseduta, l'IMPRESA deve altresì dimostrare di disporre di tale quota minima.

3. La domanda di estensione dell'autorizzazione deve essere accompagnata da un programma di attività redatto in conformità a quanto stabilito dall'articolo 11.

Articolo 18 – Revoca dell'autorizzazione.

1. La BANCA CENTRALE può revocare l'autorizzazione a esercitare l'attività assicurativa nei casi previsti dall'articolo 10 della LISF. Tale provvedimento comporta anche la revoca dell'autorizzazione allo svolgimento di eventuali ATTIVITÀ CONNESSE O STRUMENTALI.

Articolo 19 – Rinuncia.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che, prima dell'avvio dell'operatività, intende rinunciare all'autorizzazione deve comunicarlo alla BANCA CENTRALE.
2. La rinuncia ha efficacia a decorrere dalla data di cancellazione dal registro dei soggetti autorizzati, che viene disposta dalla BANCA CENTRALE con apposito provvedimento.

TITOLO IV

PARTECIPANTI AL CAPITALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Capo I

Principi generali

Articolo 20 – Autorizzazione all'assunzione di PARTECIPAZIONI RILEVANTI al capitale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

1. Successivamente al rilascio dell'autorizzazione alla costituzione di una IMPRESA DI ASSICURAZIONE, i soggetti che intendono, direttamente o indirettamente, acquisire una PARTECIPAZIONE RILEVANTE al capitale di una IMPRESA DI ASSICURAZIONE devono presentare richiesta di autorizzazione preventiva alla BANCA CENTRALE.
2. Ai fini del calcolo delle soglie partecipative si considerano anche gli accordi concernenti l'esercizio dei diritti di voto. Tutti gli accordi scritti aventi per oggetto o per effetto l'esercizio concertato del voto in una IMPRESA DI ASSICURAZIONE o in una società che controlla una IMPRESA DI ASSICURAZIONE devono essere comunicati alla BANCA CENTRALE dai partecipanti all'accordo ovvero, qualora ne siano a conoscenza, dai legali rappresentanti dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE entro cinque giorni dalla stipula.
3. Per le operazioni che comportano la separazione tra proprietà delle azioni ed esercizio del diritto di voto, sono tenuti a richiedere l'autorizzazione preventiva sia il soggetto titolare delle azioni, sia quello cui spetta il diritto di voto sulle azioni medesime.
4. Nel caso in cui la richiesta sia presentata da una persona giuridica, il legale rappresentante della stessa deve trasmettere, anche separatamente dalla richiesta di autorizzazione, una dichiarazione scritta in cui vengono indicate le generalità degli effettivi beneficiari economici. Per tali si intendono le persone fisiche che esercitano il CONTROLLO sulla persona giuridica richiedente. Sono esentati da tale obbligo i soggetti aventi sede in uno Stato appartenente all'Unione europea o all'OCSE, autorizzati all'esercizio di attività bancarie, finanziarie o assicurative, per i quali la normativa di vigilanza del Paese di origine preveda il possesso di requisiti di onorabilità dei partecipanti al capitale equivalenti a quelli previsti nel presente regolamento.

5. La richiesta di autorizzazione preventiva è dovuta anche dalle società fiduciarie intestatarie di azioni per conto terzi, nonché dalle società di gestione di organismi di investimento collettivo, sammarinesi o estere, con riferimento ai diritti di voto detenuti per conto degli organismi di investimento collettivo gestiti. La società fiduciaria intestataria di azioni per conto terzi (fiducianti) è tenuta a effettuare la richiesta di autorizzazione di cui al presente Titolo nel caso in cui a uno o più fiducianti facciano capo PARTECIPAZIONI RILEVANTI; la società fiduciaria è altresì tenuta a richiedere l'autorizzazione preventiva nel caso in cui, benché nessuno dei fiducianti detenga un'interessenza rilevante, la somma delle azioni intestate alla società superi le soglie previste per le PARTECIPAZIONI RILEVANTI.

6. Non è richiesta autorizzazione preventiva per le operazioni di mera reintestazione ai medesimi fiducianti delle partecipazioni già fiduciarmente detenute previa autorizzazione della BANCA CENTRALE, fatto salvo l'obbligo di comunicazione.

Articolo 21 – Requisiti dei partecipanti al capitale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

1. Alla domanda di autorizzazione all'acquisizione di una PARTECIPAZIONE RILEVANTE ovvero del CONTROLLO di una IMPRESA DI ASSICURAZIONE, devono essere allegati i documenti idonei – specificati nei successivi articoli – a comprovare il possesso dei requisiti di onorabilità e la sussistenza delle condizioni volte ad assicurare la sana e prudente gestione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e a consentire l'effettivo esercizio della vigilanza. Sono esentati dall'obbligo di comprovare tali requisiti gli iscritti nel registro dei soggetti autorizzati tenuto dalla BANCA CENTRALE.

2. In occasione di ogni convocazione dell'assemblea, spetta al presidente della medesima, ai fini dell'ammissione al voto, verificare il possesso dei requisiti di onorabilità dei partecipanti al capitale.

3. Le compagnie di assicurazione, ai sensi dell'articolo 23 della LISF, devono comunicare, con cadenza annuale alla BANCA CENTRALE, entro sessanta giorni dalla data di approvazione del bilancio, l'elenco degli azionisti con diritto di voto sulla base delle risultanze del Libro Soci alla data menzionata. La comunicazione sulla compagine sociale deve indicare, con riferimento a ciascun socio, il numero delle azioni possedute, il loro valore nominale complessivo e la percentuale di capitale sociale che rappresentano, utilizzando a tal fine l'apposito modulo disponibile nell'area riservata del sito internet della BANCA CENTRALE.

Articolo 22 – Termini per il provvedimento della BANCA CENTRALE.

1. La BANCA CENTRALE comunica prontamente, e comunque entro due giorni lavorativi, ai soggetti richiedenti l'avvenuta ricezione della richiesta di autorizzazione e la data di scadenza del periodo di valutazione.

2. Ai sensi dell'articolo 17 della LISF la BANCA CENTRALE, entro sessanta giorni lavorativi dalla comunicazione di cui al comma 1, emana un provvedimento di autorizzazione o di diniego all'assunzione della partecipazione. Decorso il periodo di valutazione senza alcun tipo di comunicazione da parte della BANCA CENTRALE, l'autorizzazione si ritiene concessa, fatta salva la facoltà dei soggetti richiedenti di richiedere il provvedimento autorizzativo in forma espressa. Ai fini del provvedimento la BANCA CENTRALE, oltre ai requisiti indicati nel presente Titolo, valuta anche che la variazione della compagine sociale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE o dell'assetto dell'eventuale GRUPPO DI APPARTENENZA DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non risulti di ostacolo ai controlli di vigilanza, anche ai sensi di quanto previsto dall'articolo 13, comma 1, lettera i-bis) della LISF e al perseguimento delle finalità stabilite dall'articolo 37 della LISF.

3. Nei casi in cui la BANCA CENTRALE, entro i termini di cui al precedente comma, comunichi al soggetto richiedente, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17 comma 2 della LISF, la necessità di integrare la richiesta di autorizzazione con informazioni e/o documentazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite, valutandola come carente o non sufficientemente chiara, la richiesta medesima s'intenderà ad ogni effetto decaduta qualora le suddetti informazioni e/o documentazioni non pervengano alla BANCA CENTRALE entro novanta giorni dalla ricezione della relativa comunicazione.

Articolo 23 – Obblighi di comunicazione.

1. Il perfezionamento delle operazioni per le quali è stata rilasciata l'autorizzazione di cui all'articolo precedente deve essere comunicato dal soggetto autorizzato alla BANCA CENTRALE entro il termine di dieci giorni dalla conclusione dell'operazione.

In tale sede l'azionista ha l'onere di comunicare alla BANCA CENTRALE il domicilio eletto in territorio sammarinese ai fini di cui all'articolo 23, comma 5, del DECRETO SANZIONI per quei soggetti sottoposti alla potestà sanzionatoria della medesima BANCA CENTRALE non residenti in San Marino che non intendano domiciliarsi, ai fini predetti, presso la sede legale della IMPRESA DI ASSICURAZIONE controllata o partecipata. Lo stesso onere comunicativo ricorre anche nei casi di sopravvenuto trasferimento all'estero della residenza da parte dei medesimi soggetti.

2. Coloro che cedono, a qualsiasi titolo, azioni con diritto di voto di un'IMPRESA DI ASSICURAZIONE in misura tale che l'ammontare delle partecipazioni detenute si riduca al di sotto di una delle soglie qualificanti le PARTECIPAZIONI RILEVANTI o che si determini la perdita del CONTROLLO dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, devono inviare entro cinque giorni dall'avvenuta cessione una comunicazione alla BANCA CENTRALE attestante la quantità di azioni cedute, le generalità del cessionario e la quantità di azioni ancora detenute dal cedente. Ai medesimi obblighi comunicativi sono soggette anche le operazioni di reintestazione delle partecipazioni precedentemente detenute in via fiduciaria.

Capo II

Requisiti delle persone fisiche

Articolo 24 – Requisiti di onorabilità delle persone fisiche partecipanti al capitale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

1. Le persone fisiche che intendono acquisire, anche indirettamente, una PARTECIPAZIONE RILEVANTE in un'IMPRESA DI ASSICURAZIONE devono possedere, oltre ai requisiti di idoneità di cui all'articolo 1, punto 9, lettere a) e c) della LEGGE SULLE SOCIETÀ, i seguenti requisiti di onorabilità:

- a) non avere mai subito, fatti salvi gli effetti della riabilitazione, condanne definitive per reati contro il patrimonio e contro l'economia pubblica, ad eccezione di quelli contravvenzionali, e quelli speciali previsti dalla LISF e dalla legislazione vigente in materia di prevenzione e contrasto del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo, nonché in materia di trasporto transfrontaliero di denaro contante e strumenti analoghi;
- b) non avere mai subito, fatti salvi gli effetti della riabilitazione, condanne definitive per misfatti rientranti tra i reati contro l'ordine pubblico, contro la fede pubblica o dei privati contro la pubblica amministrazione, per i quali sia stata applicata la pena della prigionia per un tempo non inferiore ad un anno non sospesa;
- c) non avere mai subito, fatti salvi gli effetti della riabilitazione, condanne definitive per misfatti di altra natura per i quali sia stata applicata la pena della prigionia per un tempo non inferiore a due anni non sospesa;
- d) non avere ricoperto incarichi di ESPONENTE AZIENDALE in soggetti autorizzati sottoposti negli ultimi cinque anni a procedimenti straordinari di cui alla Parte II, Titolo II, Capi I e II della LISF o a procedure di risoluzione ai sensi della Legge 14 giugno 2019, n. 102.

2. Il possesso dei requisiti di onorabilità di cui al precedente comma deve sussistere anche con riferimento all'assenza di equivalenti condanne definitive (lettere a, b e c) ovvero all'assenza di situazioni impeditive (lettera d) applicate in giurisdizioni diverse da quella sammarinese.

3. Il requisito di cui al comma 1 lettera d) s'intende carente qualora l'incarico di ESPONENTE AZIENDALE sia stato ricoperto per almeno 18 mesi nei 24 mesi antecedenti l'adozione del provvedimento e all'ESPONENTE AZIENDALE siano state irrogate sanzioni amministrative, in relazione ai medesimi presupposti del provvedimento.

4. Il possesso dei requisiti di cui al comma 1 viene comprovato attraverso:

- a) la produzione del certificato penale generale, del certificato dei carichi pendenti, del certificato civile o di mai avvenuto fallimento, emessi dai competenti pubblici uffici del luogo in cui la persona ha

risieduto anagraficamente per il periodo maggiore nell'ultimo quinquennio, nel rispetto dei criteri di "sostanziale equivalenza" di cui all'articolo 1, comma 2 della Legge sulle Società;

- b) la produzione, relativamente a tutte le restanti giurisdizioni, di autodichiarazione resa dal soggetto interessato avanti a pubblico Notaio sammarinese o ad un incaricato della BANCA CENTRALE o sottoscritta digitalmente, utilizzando il primo dei due modelli di cui all'allegato A del presente Regolamento.

5. Ai certificati di cui al quarto comma, anche allo scopo di verificare la competenza territoriale delle pubbliche autorità che li hanno emessi, si aggiunge copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

6. I certificati di cui al quarto comma, lettera a), possono risultare anche da documento unico cumulativo e devono:

- a) essere in originale o in copia conforme autenticata da pubblico Notaio sammarinese;
- b) portare data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione;
- c) essere redatti in lingua italiana o, se redatti in lingua straniera, portare in allegato traduzione giurata in lingua italiana.

7. L'eventuale inesistenza di una o più certificazioni "sostanzialmente equivalenti" nell'ordinamento estero di residenza ai fini di cui al precedente comma 4, lettera a), dovrà essere:

- asseverata da una "legal opinion", conforme ai requisiti di cui al precedente articolo 3, comma 2;
- sopperita mediante apposita autodichiarazione autenticata o sottoscritta digitalmente o direttamente innanzi ad un incaricato della BANCA CENTRALE, con i contenuti richiesti dalla BANCA CENTRALE medesima.

Articolo 25 – Idoneità delle persone fisiche a garantire la sana e prudente gestione.

1. La BANCA CENTRALE valuta l'idoneità del potenziale partecipante ad assicurare la sana e prudente gestione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. In tale ottica assumono rilevanza:

- a) la correttezza nelle relazioni di affari e la situazione finanziaria; vengono considerati i rapporti di indebitamento che il soggetto ha in essere con banche o altri intermediari del GRUPPO DI APPARTENENZA DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- b) i rapporti partecipativi o finanziari che il soggetto richiedente ha con l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE di cui intende assumere una partecipazione o con soggetti appartenenti al gruppo di quest'ultima;
- c) gli eventuali legami di qualsiasi natura – anche familiari o associativi – tra il richiedente e altri soggetti in grado di incidere sulle situazioni indicate alle precedenti lettere.

2. Per consentire alla BANCA CENTRALE di valutare l'idoneità prevista dal presente articolo, le persone fisiche devono inviare la seguente documentazione:

- a) nel caso in cui esercitino attività d'impresa in via diretta, informazioni concernenti la situazione economico-patrimoniale e finanziaria dell'impresa;
- b) il *curriculum vitae*;
- c) riferimenti in ordine ai legami di parentela, di coniugio, alle situazioni di affinità e ai vincoli associativi con i soci o con gli ESPONENTI AZIENDALI dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE o con i soci o gli ESPONENTI AZIENDALI di società appartenenti al gruppo dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- d) riferimenti circa le relazioni di affari (es.: servizi prestati e ricevuti) e altri collegamenti che il soggetto interessato ha in essere con l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE cui si riferisce la partecipazione e con i partecipanti al capitale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE medesima, nonché i rapporti di debito con banche e altri intermediari del GRUPPO DI APPARTENENZA DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- e) indicazione delle fonti di finanziamento che il soggetto intende eventualmente attivare per realizzare l'acquisto della partecipazione, con l'indicazione dei soggetti finanziatori;
- f) copia delle dichiarazioni dei redditi degli ultimi 3 anni.

Capo III

Requisiti delle persone giuridiche

Articolo 26 – Requisiti di onorabilità delle persone giuridiche.

1. Se il soggetto che intende acquisire una PARTECIPAZIONE RILEVANTE in una IMPRESA DI ASSICURAZIONE è una persona giuridica, il requisito di onorabilità deve essere posseduto da tutti i membri del consiglio di amministrazione e dal direttore generale ovvero dai soggetti che ricoprono cariche equivalenti.

2. La verifica dei requisiti è effettuata dal consiglio di amministrazione della persona giuridica che intende assumere la partecipazione. In caso di amministratore unico, la verifica dei requisiti è effettuata dal collegio sindacale o dall'organo con funzioni equivalenti. La verifica deve risultare da verbale dell'organo che l'ha effettuata dal quale deve espressamente risultare l'astensione del soggetto interessato. Copia del verbale e la certificazione originale comprovante il possesso dei requisiti devono essere allegati alla domanda di autorizzazione all'acquisizione della partecipazione.

3. In caso di sostituzione di un membro del consiglio di amministrazione o del direttore generale o di soggetti che svolgono cariche equivalenti, la verifica in capo al sostituto deve essere condotta entro trenta giorni dalla nomina. L'accertamento del possesso dei requisiti deve essere effettuato in capo a tutti gli interessati in occasione di ogni rinnovo degli organi sociali.

Articolo 27 – Idoneità delle persone giuridiche a garantire la sana e prudente gestione.

1. Per consentire alla BANCA CENTRALE di valutare l'idoneità prevista al presente articolo, le persone giuridiche che intendono acquisire una PARTECIPAZIONE RILEVANTE in una IMPRESA DI ASSICURAZIONE devono allegare alla richiesta di autorizzazione la documentazione di seguito indicata:

- a) copia dello statuto sociale;
- b) bilancio dell'ultimo esercizio corredato della relazione degli amministratori e del collegio sindacale e, ove esistente, dalla relazione della società di revisione;
- c) il *curriculum vitae* dei membri degli organi amministrativi, del direttore generale o del legale rappresentante;
- d) riferimenti circa le relazioni di affari (es.: servizi prestati e ricevuti) e altri collegamenti che il soggetto interessato ha in essere con l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE a cui si riferisce la partecipazione e con i partecipanti al capitale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE medesima, nonché i rapporti di debito con banche e altri intermediari del GRUPPO DI APPARTENENZA DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- e) indicazione delle fonti di finanziamento che il soggetto intende utilizzare per realizzare l'acquisto della partecipazione, con l'indicazione degli eventuali soggetti finanziatori;
- f) elenco dei soci che detengono una partecipazione superiore al 10 per cento del capitale rappresentato da azioni con diritto di voto nel soggetto che effettua la richiesta di autorizzazione.

2. Qualora la persona giuridica che effettua la comunicazione faccia parte di un gruppo devono anche essere allegati:

- a) la mappa del gruppo con l'indicazione territoriale delle sue componenti;
- b) il bilancio consolidato di gruppo relativo all'ultimo esercizio, se redatto;
- c) riferimenti in ordine ai rapporti finanziari e operativi in essere tra:
 - 1) l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE in cui si intende assumere la partecipazione e i soggetti appartenenti al gruppo del richiedente;
 - 2) gli enti finanziari del gruppo e le altre società comprese nel gruppo.

3. Qualora la persona giuridica richiedente sia una società estera sottoposta a vigilanza prudenziale dovranno inoltre essere allegate:

- a) una attestazione dell'autorità di vigilanza del paese d'origine di sottoposizione a vigilanza e di assenza di elementi ostativi all'acquisto della partecipazione;
- b) una dichiarazione della società con la quale si attesta l'insussistenza di vincoli a fornire informazioni alla BANCA CENTRALE nell'esercizio delle sue funzioni di vigilanza.

TITOLO V

ESPONENTI AZIENDALI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Articolo 28 – Requisiti degli ESPONENTI AZIENDALI dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

1. Gli ESPONENTI AZIENDALI di una IMPRESA DI ASSICURAZIONE devono possedere i requisiti di onorabilità indicati al precedente articolo 24 e gli ulteriori requisiti di professionalità e indipendenza indicati nel presente Titolo e, qualora residenti all'estero, hanno l'onere di comunicare al consiglio di amministrazione, all'atto dell'accettazione dell'incarico, il domicilio eletto in San Marino, anche ai sensi dell'articolo 23, comma 5, del Decreto n. 76/2006 e successive modificazioni, ove diverso dalla sede legale della IMPRESA DI ASSICURAZIONI. Lo stesso onere comunicativo sorge anche nei casi di sopravvenuto trasferimento all'estero della residenza dell'ESPONENTE AZIENDALE in corso di carica.

2. Entro trenta giorni dalla nomina o dalla conferma in carica dell'ESPONENTE AZIENDALE, il consiglio di amministrazione deve verificare il possesso dei requisiti. L'esame delle posizioni va condotto distintamente per ciascuno degli interessati e con la loro rispettiva astensione e deve risultare dal verbale consiliare. La relativa delibera deve essere di tipo analitico e, pertanto, deve dare atto dei presupposti presi a base delle valutazioni effettuate. La documentazione acquisita a tal fine deve essere trattenuta presso la società. Per quanto attiene all'accertamento del requisito di professionalità, i verbali delle deliberazioni assunte devono esplicitare le specifiche attività ritenute idonee ai fini dell'accertamento e i relativi periodi di espletamento. In particolare, dai verbali deve emergere la valutazione sulla congruità dell'esperienza maturata dal soggetto interessato rispetto alla specifica carica da ricoprire nell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. I requisiti di indipendenza sono verificati, per quanto possibile, attraverso documentazione ufficiale e oggettiva e, negli altri casi, attraverso apposite dichiarazioni sottoscritte dall'interessato, utilizzando come modello lo schema riportato nell'Allegato A.

3. Copia conforme delle delibere assunte dal consiglio di amministrazione in forma definitiva per ciascuno degli ESPONENTI AZIENDALI, unitamente al certificato di vigenza aggiornato, a copia dei curricula e alla eventuale comunicazione di cui al precedente comma 1, deve essere trasmessa alla BANCA CENTRALE entro dieci giorni dalla data di iscrizione delle nomine nel Registro delle Società, nei modi previsti all'articolo 3.

4. Gli esponenti che vengono a trovarsi in situazioni che comportano la decadenza o la sospensione dalla carica devono comunicare tempestivamente tali circostanze al consiglio di amministrazione affinché questo possa adottare le misure previste dal presente Titolo.

Articolo 29 – Requisiti di professionalità dei consiglieri di amministrazione.

1. I membri del consiglio di amministrazione di una IMPRESA DI ASSICURAZIONE devono aver maturato un'esperienza complessiva non inferiore ad un triennio in una delle attività di seguito descritte:

- a) attività di amministrazione, direzione o controllo in IMPRESE DI ASSICURAZIONE, banche, società di gestione di OIC o società estere che svolgono attività equivalenti;
- b) attività d'insegnamento universitario o libero professionali o lavorative o in altre forme di stabile e comprovata collaborazione e consulenza ad imprese, enti pubblici o pubbliche amministrazioni, purché in materia attinente al settore assicurativo, bancario, finanziario o comunque funzionale all'attività dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

2. Il presidente del consiglio di amministrazione deve avere maturato un'esperienza complessiva di almeno un quinquennio attraverso l'esercizio di una o più delle attività o funzioni indicate al precedente comma 1.

3. Anche in mancanza dei requisiti di cui ai precedenti commi, possono essere nominati consiglieri o presidente del consiglio di amministrazione di una IMPRESA DI ASSICURAZIONE persone che abbiano già ricoperto analogo incarico per almeno tre anni presso una società di assicurazioni estera avente sede in uno Stato membro dell'Unione europea o dell'OCSE.

4. Ai fini di cui al precedente comma 1 lettera a) non sono computabili le attività di amministrazione, direzione o controllo maturate presso società sottoposte a procedimenti straordinari di cui alla Parte II, Titolo II, Capi I e II della LISF o a procedure di risoluzione ai sensi della Legge 14 giugno 2019 n. 102 o a procedure estere equivalenti, qualora avviate durante il periodo in cui il soggetto ricopriva, da almeno un anno, i rispettivi incarichi o nell'anno successivo alla loro cessazione.

Articolo 30 – Requisiti di professionalità dell'amministratore delegato o del direttore generale.

1. L'amministratore delegato e il direttore generale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE devono possedere una specifica competenza ed esperienza, maturate con almeno cinque anni di attività professionale quale membro del personale direttivo di imprese di assicurazione, bancarie o finanziarie, sammarinesi o estere, di dimensioni comparabili.

Articolo 31 – Requisiti di professionalità dei sindaci.

1. La composizione del collegio sindacale, fatto salvo il rispetto di quanto previsto all'articolo 61, comma 4 della LEGGE SULLE SOCIETÀ, deve rispettare i seguenti requisiti:

- a) almeno uno dei sindaci deve essere iscritto nell'Albo dei Dottori o dei Ragionieri Commercialisti della Repubblica di San Marino;
- b) almeno uno dei sindaci deve essere iscritto nell'Albo degli Avvocati e Notai della Repubblica di San Marino;
- c) almeno uno dei sindaci deve essere iscritto nel Registro dei revisori contabili di cui alla Legge 27 ottobre 2004, n. 146. Il presente requisito può essere soddisfatto anche dai membri già in possesso del requisito di cui alla lettera a) o alla lettera b);

- d) i restanti sindaci possono essere scelti tra soggetti appartenenti a una delle seguenti categorie:
- 1) soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 29;
 - 2) soggetti iscritti all'Ordine dei Dottori Commercialisti o al Collegio dei Ragionieri Commercialisti della Repubblica di San Marino;
 - 3) soggetti iscritti all'Ordine degli Avvocati e Notai della Repubblica di San Marino;
 - 4) soggetti iscritti nel Registro dei revisori contabili di cui alla Legge 27 ottobre 2004, n. 146;
 - 5) soggetti iscritti al Registro degli attuari di cui all'articolo 145 della LISF;
 - 6) soggetti esteri abilitati nel Paese di residenza all'esercizio delle libere professioni di cui al presente articolo.

Articolo 32 – Altri requisiti di professionalità rimessi alla valutazione del consiglio di amministrazione.

1. Il consiglio di amministrazione deve verificare che gli ESPONENTI AZIENDALI non siano stati sanzionati per inadempienze o carenze nell'espletamento di precedenti incarichi di ESPONENTE AZIENDALE presso banche, società di gestione di fondi comuni di investimento, imprese di investimento, imprese di assicurazione o altre imprese finanziarie anche estere ovvero che non abbiano ricoperto cariche sociali in imprese finanziarie anche estere sottoposte a procedure concorsuali. Qualora ricorrano tali circostanze la delibera del consiglio di amministrazione che riconosce l'idoneità professionale degli interessati deve motivare le valutazioni effettuate, avuto riguardo alla gravità delle inadempienze o carenze o al grado di coinvolgimento nella gestione delle società sottoposte a procedure concorsuali.

Articolo 33 – Requisiti di indipendenza degli amministratori.

1. Almeno uno dei consiglieri di amministrazione deve essere indipendente. Si considera indipendente la persona per la quale risultano verificate tutte le seguenti condizioni:

- a) non avere in corso, né avere avuto nell'anno precedente la nomina, significativi rapporti di affari, professionali o di lavoro subordinato con l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, con società controllanti l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE o da questa controllate, con società collegate all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE o sottoposte a comune CONTROLLO, con gli altri amministratori;
- b) non essere coniuge né parente o affine entro il quarto grado di alcuno degli amministratori e degli azionisti di CONTROLLO dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- c) non essere titolare, direttamente o indirettamente, di partecipazioni superiori al 2 per cento del capitale con diritto di voto dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE né aderire a patti parasociali aventi ad oggetto o per effetto l'esercizio del CONTROLLO sull'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

2. La delibera di conferimento dell'incarico deve espressamente indicare quale amministratore riveste la qualifica di amministratore indipendente.

Articolo 34 – Requisiti di indipendenza dei sindaci.

1. I membri del collegio sindacale devono essere indipendenti. Si considera indipendente la persona per la quale risultano verificate tutte le seguenti condizioni:

- a) non avere in corso, né avere avuto nell'anno precedente la nomina, significativi rapporti di affari, professionali o di lavoro subordinato con l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, con società controllanti l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE o da questa controllate, con società collegate all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE o sottoposte a comune CONTROLLO, con gli amministratori dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE; non rientra nei casi di incompatibilità lo svolgimento di funzioni di sindaco presso altro soggetto autorizzato ai sensi della LISF;
- b) non essere coniuge né parente o affine entro il quarto grado di alcuno degli amministratori e degli azionisti di CONTROLLO dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- c) non essere titolare, direttamente o indirettamente, di partecipazioni superiori al 2 per cento del capitale con diritto di voto dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE né aderire a patti parasociali aventi ad oggetto o per effetto l'esercizio del CONTROLLO sull'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

Articolo 35 – Sospensione.

1. Entro trenta giorni dal momento in cui è venuto a conoscenza dell'avvio di un procedimento penale nei confronti di un ESPONENTE AZIENDALE, il consiglio di amministrazione deve deliberare se ricorra l'opportunità di una sospensione dell'interessato, motivando le valutazioni effettuate.

Articolo 36 – Decadenza.

1. Al di fuori del caso previsto nell'articolo precedente, il difetto dei requisiti previsti nel presente Titolo determina la decadenza dalla carica. Il difetto dei requisiti di indipendenza rileva solo per gli amministratori espressamente individuati come amministratori indipendenti. Il consiglio di amministrazione, entro trenta giorni dal momento in cui ha avuto conoscenza del difetto dei requisiti deve dichiarare la decadenza e darne pronta comunicazione alla BANCA CENTRALE. In caso di inerzia la decadenza può essere dichiarata dalla BANCA CENTRALE.

Articolo 37 – Interventi successivi.

1. In seguito alle dichiarazioni di decadenza o di sospensione devono essere prontamente avviate le opportune iniziative per reintegrare l'organo incompleto o per garantirne la continuità di azione.

TITOLO VI

PARTECIPAZIONI DETENIBILI

Articolo 38 – Limiti alle partecipazioni detenibili.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può assumere partecipazioni in banche, società di gestione di fondi comuni di investimento, imprese di investimento, altre società che esercitano attività finanziaria, imprese di assicurazione e in società che esercitano attività strumentali, connesse o accessorie con sede legale nella Repubblica di San Marino o all'estero. Ai fini del presente Titolo, per partecipazione si intende l'acquisizione di diritti nel capitale di altre società al fine di realizzare un legame durevole con la partecipata destinato a sviluppare l'attività del partecipante. Si ha in ogni caso partecipazione quando l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE è titolare di almeno un decimo dei diritti di voto esercitabili nell'assemblea ordinaria della partecipata.

Articolo 39 – Domanda di autorizzazione.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che intende assumere direttamente o indirettamente partecipazioni oppure aderire a sindacati di voto nelle società indicate nel precedente articolo deve presentare domanda di autorizzazione alla BANCA CENTRALE.

2. La domanda deve essere corredata dello statuto e degli ultimi due bilanci approvati della società di cui si intende assumere la partecipazione nonché di ogni notizia utile a inquadrare l'operazione nell'ambito della complessiva strategia aziendale. Devono, inoltre, essere fornite informazioni concernenti l'impatto dell'operazione sulla situazione finanziaria attuale e prospettica dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE partecipante nonché sul rispetto delle disposizioni in materia di adeguatezza patrimoniale da parte dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE partecipante.

3. Entro trenta giorni dal ricevimento della domanda la BANCA CENTRALE, valutati gli aspetti di sana e prudente gestione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, emana un provvedimento di autorizzazione o di diniego all'assunzione della partecipazione.

Articolo 40 – Obblighi di comunicazione.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve comunicare alla BANCA CENTRALE, entro dieci giorni dall'acquisto, le partecipazioni assunte. I successivi incrementi o decrementi delle partecipazioni devono essere preventivamente autorizzati solo nel caso che determinino l'acquisizione o la perdita del CONTROLLO della partecipata.

TITOLO VII

BILANCIO, REGISTRI OBBLIGATORI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, REVISIONE CONTABILE

Articolo 41 – Disposizioni generali.

1. L'esercizio sociale si apre il 1° gennaio e si chiude il 31 dicembre. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve redigere il bilancio nel rispetto dei termini e dei principi generali contenuti nella LISF, dei criteri contenuti nel presente Regolamento e delle disposizioni che verranno emanate dalla BANCA CENTRALE con separato provvedimento.

Articolo 42 – Composizione del bilancio.

1. Il bilancio di una IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve constare dei seguenti documenti:

- a) lo stato patrimoniale, che riproduce la composizione qualitativa e quantitativa del patrimonio aziendale alla data di riferimento;
- b) il conto economico, che fornisce la dimostrazione del risultato economico prodottosi nel periodo per effetto della gestione, attraverso il raffronto dei componenti positivi e negativi che lo hanno determinato;
- c) la nota integrativa, che completa le informazioni riportate negli schemi sintetici dello stato patrimoniale e del conto economico, indicando i criteri di valutazione e di redazione adottati, nonché la descrizione analitica di alcune voci di bilancio.

2. Il bilancio deve essere corredato dalla relazione degli amministratori sull'andamento della gestione nel suo complesso, da cui risultino almeno le informazioni che riguardano:

- a) l'evoluzione del portafoglio assicurativo;
- b) l'andamento dei sinistri nei principali rami esercitati;
- c) le forme riassicurative maggiormente significative adottate nei principali rami esercitati;
- d) le attività di ricerca e sviluppo e i nuovi prodotti immessi sul mercato;
- e) le linee essenziali seguite nella politica degli investimenti;
- f) notizie in merito al contenzioso, se significativo;
- g) il numero ed il valore nominale delle azioni proprie, delle azioni dell'impresa controllante detenute in portafoglio, di quelle acquistate, di quelle alienate nel corso dell'esercizio, le corrispondenti quote di capitale sottoscritto, dei corrispettivi ed i motivi degli acquisti e delle alienazioni;
- h) i rapporti con le imprese del gruppo distinguendo tra imprese controllanti, controllate e consociate, nonché i rapporti con imprese collegate;
- i) l'evoluzione prevedibile della gestione, con particolare riguardo allo sviluppo del portafoglio assicurativo, all'andamento dei sinistri e alle eventuali modifiche delle forme riassicurative adottate;
- j) i fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio.

3. Il bilancio dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve essere accompagnato dalla relazione tecnica dell'attuario incaricato, qualora presente ai sensi dell'articolo 51, contenente le informazioni di cui all'articolo 78, nonché dal prospetto dimostrativo della situazione del margine di solvibilità di cui all'articolo 102.

4. La BANCA CENTRALE, con apposito provvedimento, definisce il contenuto degli schemi di stato patrimoniale e conto economico, della nota integrativa e degli allegati al bilancio e stabilisce i criteri di valutazione e redazione del bilancio e le modalità di tenuta delle scritture contabili.

Articolo 43 – Registri obbligatori.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve tenere i seguenti registri:

- a) registro delle attività a copertura delle riserve tecniche;
- b) registro dei contratti;
- c) registro dei sinistri;
- d) registro dei reclami.

2. Le modalità di tenuta ed i contenuti dei registri obbligatori di cui al comma 1 sono riportate nell'Allegato B.

Articolo 44 – Obblighi di revisione contabile.

1. Ai sensi dell'articolo 33 della LISF, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve:

- a) affidare la funzione di controllo contabile ad una società di revisione;
- b) sottoporre i propri bilanci di esercizio alla certificazione della società di revisione incaricata del controllo contabile.

Articolo 45 – Disposizioni particolari sulla revisione contabile.

1. La revisione contabile sull'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che esercitano l'attività nei rami vita, deve essere corredata dalla relazione di un attuario, che esprime un giudizio sulla sufficienza delle riserve tecniche dell'IMPRESA, tenuto conto delle corrette tecniche attuariali.

2. L'attuario di cui al comma precedente deve essere iscritto nel registro degli attuari previsto dall'articolo 145 della LISF. Nelle more dell'attuazione di tale registro, l'incarico può essere affidato ad un attuario abilitato allo svolgimento di analoghi compiti per imprese di assicurazione aventi sede in uno Stato dell'Unione europea.

3. L'attuario di cui al comma 1 riceve l'incarico dalla società di revisione che esegue il controllo contabile sull'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. L'incarico ha una durata di tre esercizi e può essere rinnovato per non

più di due volte. Entro 15 giorni dal conferimento dell'incarico la società di revisione comunica alla BANCA CENTRALE le generalità dell'attuario, allegando documentazione comprovante il possesso dei requisiti di cui al comma 2 e una dichiarazione dell'attuario stesso dalla quale risulta che non sussistono le situazioni di incompatibilità di cui al comma 4. Se, prima della scadenza del periodo, la società di revisione revoca l'incarico all'attuario, ne dà immediata comunicazione alla BANCA CENTRALE. La revoca dell'attuario ha effetto nel momento in cui diviene efficace il conferimento dell'incarico ad altro attuario.

4. L'incarico non può essere conferito ad un attuario che si trovi in una delle seguenti situazioni di incompatibilità:

- a) sia parente o affine entro il quarto grado dell'attuario incaricato di cui al successivo articolo 51 o degli amministratori, dei sindaci o dei direttori generali dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE sulla quale è svolta la revisione contabile o di altre società o enti che la controllano;
- b) sia legato all'attuario incaricato di cui al successivo articolo 51 oppure all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE sulla quale è svolta la revisione contabile o ad altre società o enti che la controllano da rapporti di lavoro autonomo o subordinato, ovvero lo sia stato nel triennio antecedente al conferimento dell'incarico;
- c) sia ESPONENTE AZIENDALE dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE sulla quale è svolta la revisione contabile o di altre società o enti che la controllano, ovvero lo sia stato nel triennio antecedente al conferimento dell'incarico;
- d) si trovi in altra situazione che ne comprometta, comunque, l'indipendenza nei confronti della società.

TITOLO VIII

REGOLE ORGANIZZATIVE, CONTROLLI INTERNI E ATTUARIO INCARICATO

Articolo 46 – Principi generali.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE autorizzata all'esercizio dei rami vita opera con un'ideale organizzazione amministrativa e contabile e con un adeguato sistema di controllo interno. L'organizzazione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve essere improntata a criteri di efficacia ed efficienza e deve essere tale da assicurare il rispetto del principio di sana e prudente gestione. Compiti e responsabilità, sia nell'ambito degli organi aziendali che della struttura operativa, devono essere ripartiti con chiarezza, evitando sovrapposizioni e favorendo una opportuna dialettica in funzione del conseguimento degli obiettivi aziendali e dello sviluppo di una cultura del controllo. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE rispetta le disposizioni del presente Titolo in modo coerente con la loro dimensione e con la complessità operativa dell'attività svolta.

2. L'operato degli organi amministrativi e di controllo deve essere documentato, al fine di poter ricostruire e verificare la funzionalità dei processi decisionali.

3. Il sistema di controllo interno prevede procedure atte a far sì che i sistemi di monitoraggio dei rischi siano correttamente integrati nell'organizzazione aziendale e che siano prese tutte le misure necessarie a garantire la coerenza dei sistemi posti in essere al fine di consentire la quantificazione ed il controllo dei rischi.

Articolo 47 – Compiti del consiglio di amministrazione, del capo della struttura esecutiva e del collegio sindacale.

1. Il consiglio di amministrazione, con proprie delibere:

- a) definisce l'assetto organizzativo dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE nonché l'attribuzione di compiti e responsabilità alle unità operative, curandone l'adeguatezza nel tempo;
- b) definisce il sistema delle deleghe di poteri e responsabilità, avendo cura di evitare l'eccessiva concentrazione di poteri in un singolo soggetto e verifica sull'esercizio dei poteri delegati;
- c) impartisce le direttive in materia di sistema dei controlli interni, curandone l'adeguamento alla evoluzione dell'operatività aziendale e delle condizioni esterne;
- d) almeno una volta l'anno stabilisce le strategie e le politiche di assunzione, valutazione e gestione dei rischi maggiormente significativi, in coerenza con il livello di adeguatezza patrimoniale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE; fissa i livelli di tolleranza al rischio sulla base dei risultati dei processi di individuazione e valutazione dei rischi;
- e) definisce le modalità e i tempi con cui la funzione di controllo del rischio (*risk management*) riferisce al CAPO DELLA STRUTTURA ESECUTIVA e al consiglio di amministrazione stesso circa le attività svolte e il relativo esito.

2. Il CAPO DELLA STRUTTURA ESECUTIVA è responsabile dell'attuazione, del mantenimento e del monitoraggio del sistema dei controlli interni e di gestione dei rischi, ivi compresi quelli derivanti dalla non conformità alle norme, coerentemente con le direttive dell'organo amministrativo. In particolare il CAPO DELLA STRUTTURA ESECUTIVA:

- a) in coerenza con le direttive impartite dall'organo amministrativo definisce in dettaglio l'assetto organizzativo dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, i compiti e le responsabilità delle unità operative e dei relativi addetti, nonché i processi decisionali;
- b) attua le politiche di assunzione, valutazione e gestione dei rischi fissate dall'organo amministrativo, assicurando la definizione di limiti operativi e la tempestiva verifica dei limiti medesimi, nonché il monitoraggio delle esposizioni ai rischi e il rispetto dei livelli di tolleranza;
- c) cura il mantenimento della funzionalità e dell'adeguatezza complessiva dell'assetto organizzativo, del sistema dei controlli interni e di gestione dei rischi;

- d) verifica che l'organo amministrativo sia periodicamente informato sull'efficacia e sull'adeguatezza del sistema dei controlli interni e di gestione dei rischi e della funzione di *compliance* e comunque tempestivamente ogni qualvolta siano riscontrate criticità significative;
- e) dà attuazione alle indicazioni dell'organo amministrativo in ordine alle misure da adottare per correggere le anomalie riscontrate e apportare miglioramenti;
- f) propone all'organo amministrativo iniziative volte all'adeguamento ed al rafforzamento del sistema dei controlli interni e di gestione dei rischi.

3. Il collegio sindacale, salvi i compiti ad esso assegnati da disposizioni di legge, deve verificare la regolarità e la legittimità della gestione, l'osservanza delle disposizioni della BANCA CENTRALE, il corretto funzionamento delle principali aree operative nonché l'efficienza e l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e del sistema informativo. Nello svolgimento di tali compiti di controllo, il collegio può avvalersi di tutte le unità operative addette a funzioni di controllo. Il collegio sindacale e la società di revisione contabile devono scambiarsi i dati e le informazioni rilevanti per l'espletamento dei rispettivi compiti.

Articolo 47 bis – Governo e controllo dei prodotti assicurativi

1. Le imprese di assicurazione elaborano e attuano un processo di approvazione per ciascun prodotto assicurativo e per ogni modifica significativa di un prodotto assicurativo esistente, prima che sia commercializzato o distribuito ai clienti, in conformità alle disposizioni del presente articolo.

2. Il processo di approvazione di cui al comma 1 è proporzionato e adeguato alla natura dei prodotti assicurativi ed è sottoposto a regolare revisione.

3. Le imprese di assicurazione trasmettono alla Banca Centrale, su richiesta, la documentazione relativa al processo di approvazione del prodotto.

4. Il processo di approvazione di cui al comma 1 individua per ciascun prodotto un mercato di riferimento e le categorie di clienti ai quali il prodotto non può essere distribuito (mercato di riferimento negativo), garantisce che tutti i rischi specificamente attinenti a tale mercato di riferimento siano stati analizzati e che la strategia di distribuzione prevista sia coerente con il mercato di riferimento stesso, e adotta ogni ragionevole misura per assicurare che il prodotto assicurativo sia distribuito al mercato di riferimento individuato.

5. Le imprese di assicurazione comprendono e riesaminano regolarmente i prodotti assicurativi che commercializzano o distribuiscono, tenendo conto di qualsiasi evento che possa incidere significativamente sui rischi potenziali per il mercato di riferimento individuato. Il riesame è finalizzato a valutare se il prodotto continui ad essere coerente con le esigenze del mercato di riferimento e se la prevista strategia distributiva continui a essere adeguata.

6. Le imprese di assicurazione trasmettono ai distributori di prodotti assicurativi tutte le informazioni rilevanti sul prodotto assicurativo e sul processo di approvazione del prodotto, compreso il relativo mercato di riferimento individuato.

7. Le imprese di assicurazione applicano le disposizioni di cui ai precedenti commi secondo le modalità descritte all'allegato H.

Articolo 48 – Sistema dei controlli interni.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve dotarsi delle professionalità, degli strumenti e delle procedure idonee a misurare, gestire e controllare tutti i rischi, anche di natura attuariale. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, ai fini anzidetti, costituisce al proprio interno apposite unità – distinte da quelle operative – deputate alle funzioni di:

- a) *risk management*: per i controlli di secondo livello diretti a concorrere alla definizione delle metodologie di misurazione del rischio, verificare il rispetto dei limiti assegnati alle varie strutture operative, controllare la coerenza dell'operatività delle singole aree produttive con gli obiettivi di rischio-rendimento assegnati;
- b) *compliance*: per i controlli di secondo livello diretti a verificare la conformità dell'attività svolta ad ogni disposizione di legge, di statuto, di vigilanza e di autoregolamentazione applicabile, anche con riferimento al contrasto al crimine finanziario.

Se non costituite al proprio interno, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può avvalersi di strutture esterne (anche di gruppo), nel rispetto dei criteri fissati per l'esternalizzazione di funzioni aziendali. Tali unità o strutture si avvalgono della collaborazione dell'attuario incaricato di cui all'articolo 51 per la corretta rilevazione dei dati, in particolare di quelli relativi ai costi dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ed al loro prevedibile andamento, che sono utilizzati per le valutazioni di competenza dell'attuario medesimo.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve dotarsi di una struttura di controllo interno (*internal auditing*) autonoma, anche gerarchicamente, rispetto a quelle operative; il responsabile deve essere nominato dal consiglio di amministrazione e avere le competenze e le dotazioni necessarie per svolgere l'attività di controllo, anche alla luce della complessità dei processi aziendali che caratterizzano l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. Alternativamente, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE valuta se avvalersi di una struttura esterna (anche di gruppo) nel rispetto dei criteri fissati per l'esternalizzazione di funzioni aziendali.

In ogni caso, agli incaricati dell'attività deve essere garantito – per lo svolgimento delle verifiche di competenza – l'accesso a tutte le strutture aziendali nonché alle informazioni utili per il controllo sul corretto svolgimento delle funzioni aziendali esternalizzate.

L'unità di controllo interno (*internal auditing*) assume, tra l'altro, compiti di controllo in materia di:

- a) valutazione periodica della completezza, funzionalità e adeguatezza del sistema dei controlli;
- b) rispetto delle regole di comportamento e di trasparenza nello svolgimento dell'attività;

- c) tenuta delle evidenze contabili;
- d) scambio di flussi informativi tra i settori aziendali e tra l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e gli altri soggetti coinvolti nella prestazione dei servizi;
- e) adeguatezza delle dotazioni tecnologiche e delle capacità professionali degli addetti ai sistemi informativi aziendali, anche nel caso in cui tali sistemi siano esternalizzati;
- f) rispondenza dell'operato degli *outsourcer* agli standard stabiliti con la convenzione di conferimento dell'incarico;
- g) rispetto della normativa sul contrasto del crimine finanziario in materia di riciclaggio, finanziamento al terrorismo e altri reati di natura finanziaria.

Gli esiti delle verifiche periodiche e le proposte di miglioramenti organizzativi o procedurali individuate dal controllo interno (*internal auditing*) sono portati a conoscenza del consiglio di amministrazione che li esamina nell'ambito di apposite riunioni a cui partecipa il collegio sindacale.

3. Entro il 31 gennaio di ciascun anno, il responsabile della funzione di controllo interno (*internal auditing*) deve predisporre:

- a) una relazione annuale nella quale vengono illustrate le verifiche e i controlli svolti, gli esiti delle stesse, e le eventuali proposte e suggerimenti;
- b) un piano delle verifiche programmate per l'anno in corso.

I documenti di cui sopra sono sottoposti all'esame del consiglio di amministrazione, con le valutazioni del collegio sindacale.

Articolo 49 – Sistemi informativo-contabili.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve dotarsi di sistemi informativo-contabili atti a fornire informazioni complete, affidabili e tempestive, caratterizzati da elevati livelli di sicurezza, da misure di tutela della riservatezza e dell'integrità delle informazioni, e da procedure di *back-up* e *recovery* al fine di poter ripristinare le condizioni antecedenti a un evento accidentale.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve dotarsi di procedure e processi interni per garantire la pertinenza, la completezza e l'accuratezza dei dati, contabili e statistici, utilizzati ai fini del calcolo delle tariffe e delle riserve tecniche.

Articolo 50 – Deleghe di funzioni aziendali (*outsourcing*).

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, al fine di conseguire maggiore efficienza nei processi produttivi e nelle procedure operative, ovvero di disporre di competenze specifiche, possono ricorrere a soggetti esterni all'azienda per lo svolgimento di determinate attività. Può essere affidata in *outsourcing* anche la gestione di attività a copertura delle riserve tecniche a condizione che il delegato sia un soggetto autorizzato alla prestazione di servizi di gestione collettivi o individuali e sottoposto ad adeguate forme di vigilanza

prudenziale. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve valutare attentamente le capacità gestionali e organizzative dell'*outsourcer* ed evitare situazioni di conflitto tra gli interessi del delegato e quelli degli assicurati. Restano ferme le responsabilità della IMPRESA DI ASSICURAZIONE sul corretto svolgimento delle attività delegate a terzi.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve mantenere adeguate capacità di controllo delle attività cedute in *outsourcing* e la possibilità di intervenire tempestivamente ove l'offerta di servizi da parte dell'incaricato esterno risulti carente o si interrompa per qualsivoglia ragione. A tal fine, deve essere designato un referente all'interno dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, responsabile della verifica dell'adempimento da parte degli *outsourcer* degli impegni assunti e della qualità del servizio offerto. Qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE abbia istituito una propria struttura di *internal auditing*, tale funzione è svolta dal relativo responsabile.

3. Ai fini dei controlli di vigilanza, i contratti di *outsourcing* devono essere documentati in forma scritta e devono prevedere almeno:

- a) che la delega conferita non implica alcun esonero o limitazione di responsabilità dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE delegante e può essere revocata con effetto immediato dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- b) che gli organi di controllo dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE hanno l'incondizionata possibilità di accedere agli uffici del delegato per verificare tutte le procedure tecnico-amministrative – nonché le relative risultanze – attinenti alle funzioni svolte per conto dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- c) che tutti gli elaborati contabili e i relativi documenti giustificativi riguardanti attività delegate siano integralmente disponibili per l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- d) che l'*outsourcer* prende atto che i poteri che l'articolo 42, comma 2, della LISF, attribuisce alla BANCA CENTRALE possono essere esercitati anche nei suoi confronti;
- e) che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può impartire in qualsiasi momento ulteriori istruzioni per l'esecuzione dell'incarico;
- f) le modalità organizzative e le risorse dedicate all'attività da parte del soggetto che offre il servizio;
- g) meccanismi contrattuali (quali, a titolo indicativo, clausole risolutive espresse, termini di preavviso) collegati a eventi della vita societaria dell'*outsourcer*, all'inadeguatezza dei servizi offerti, ovvero a rilevanti modifiche dell'assetto organizzativo o operativo dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, che consentano a quest'ultima di adeguare l'accordo ovvero di ricercare alternative valide al servizio offerto;
- h) che la riservatezza delle informazioni relative all'attività delegata deve essere adeguatamente tutelata in particolare assicurando il rispetto del segreto bancario ai sensi dell'articolo 36 della LISF.

L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve inviare alla BANCA CENTRALE bozza dei contratti di esternalizzazione prima della loro conclusione. I contratti possono essere perfezionati qualora la BANCA CENTRALE, entro

trenta giorni dal ricevimento, non li abbia vietati per mancanza dei requisiti sopra indicati o per contrasto con la sana e prudente gestione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

Articolo 51 – Attuario incaricato.

1. Deve nominare un attuario incaricato per lo svolgimento in via continuativa delle funzioni previste nei Capi IV e VIII del Titolo IX l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che:

- a) esercita uno dei rami vita I, II, IV, V-b) e VI; oppure
- b) esercita i rami vita III-a) e III-b) prevedendo di emettere contratti che presentino un CAPITALE SOTTO RISCHIO rapportato alla corrispondente riserva matematica della garanzia principale superiore al 3 per cento.

2. L'attuario incaricato di cui al comma 1 deve essere iscritto nel registro degli attuari previsto dall'articolo 145 della LISF. Nelle more dell'istituzione di tale registro, l'incarico può essere affidato ad un attuario abilitato allo svolgimento di analoghi compiti per imprese di assicurazione aventi sede in uno Stato dell'Unione europea. Fermi restando detti requisiti, l'attuario incaricato può essere un dipendente dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

3. L'attuario incaricato deve essere nominato dal Consiglio di amministrazione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. Entro 15 giorni dal conferimento dell'incarico l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE comunica alla BANCA CENTRALE le generalità dell'attuario allegando documentazione comprovante il possesso dei requisiti di cui al comma 2.

Articolo 52 – Autonomia dell'attuario e controllo contabile.

1. La BANCA CENTRALE può richiedere all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che l'attuario incaricato fornisca le notizie ed i dati necessari all'adempimento delle proprie valutazioni di vigilanza; qualora lo ritenga opportuno può convocare l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE stessa unitamente all'attuario.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve garantire le condizioni affinché l'attuario incaricato sia messo in grado di espletare le funzioni in piena autonomia. Qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non garantisca il libero accesso alle informazioni aziendali ritenute necessarie per lo svolgimento delle proprie funzioni, l'attuario incaricato, previo avviso scritto all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE di ottemperare entro un breve termine assegnato, deve comunicare tempestivamente alla BANCA CENTRALE il permanere degli impedimenti rilevati.

Articolo 53 – Cessazione dell’incarico.

1. In caso di gravi inadempienze alle norme della LISF, del presente Regolamento o alle disposizioni successive, l’incarico conferito all’attuario è revocato dall’IMPRESA DI ASSICURAZIONE, direttamente o su richiesta della BANCA CENTRALE.

2. In caso di cessazione dell’incarico dell’attuario per qualsiasi causa, l’IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve provvedere entro quarantacinque giorni ad incaricare un nuovo attuario e a comunicare alla BANCA CENTRALE le ragioni della sostituzione. L’IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve fornire alla BANCA CENTRALE ed al nuovo attuario, nei medesimi termini, una relazione dettagliata che l’attuario uscente ha l’obbligo di predisporre, nella quale siano riassunti i rilievi e le osservazioni formulate negli ultimi ventiquattro mesi. Qualora l’attuario sia nell’impossibilità di redigere la relazione, vi provvede l’IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

**TITOLO IX
VIGILANZA PRUDENZIALE**

Capo I

Principi generali e basi tecniche delle tariffe

Articolo 54 – Principi generali per la determinazione delle tariffe.

1. I premi applicati per le assicurazioni e per le operazioni dei rami vita debbono essere calcolati, per ciascuna nuova tariffa, sulla base di adeguate ipotesi attuariali che consentano all’IMPRESA DI ASSICURAZIONE, mediante ricorso ai premi stessi ed ai relativi proventi, di far fronte ai suoi costi e alle obbligazioni assunte nei confronti degli assicurati e in particolare di costituire per i singoli contratti le riserve tecniche necessarie. A tal fine può essere presa in considerazione la situazione finanziaria dell’IMPRESA DI ASSICURAZIONE, senza però che vengano impiegati in modo sistematico e permanente mezzi che non derivano dal pagamento dei premi.

2. L’IMPRESA DI ASSICURAZIONE valuta e seleziona le BASI TECNICHE per il calcolo dei premi definendo, coerentemente alle prestazioni che intendono assicurare ad alla tipologia contrattuale, il TASSO TECNICO, le eventuali BASI DEMOGRAFICHE nonché ogni altra BASE TECNICA necessaria per il calcolo dei PREMI PURI. L’IMPRESA DI ASSICURAZIONE definisce inoltre la regola di CARICAMENTO applicabile, ai fini della determinazione dei PREMI DI TARIFFA.

3. Nella scelta delle BASI TECNICHE per la determinazione della tariffa, l’IMPRESA DI ASSICURAZIONE tiene conto delle prestazioni garantite contrattualmente, dell’eventuale tasso di interesse garantito, delle modalità di PARTECIPAZIONE AGLI UTILI finanziari e demografici che intendono riconoscere sui contratti e di eventuali oneri trattenuti sui rendimenti realizzati dagli investimenti effettuati.

4. Le BASI TECNICHE sono modificabili nel corso della durata contrattuale, qualora sia espressamente prevista nelle CONDIZIONI DI POLIZZA la possibilità di variarle secondo regole predefinite.

5. Nel caso di ricorso sistematico e permanente a risorse estranee ai PREMI DI TARIFFA ed ai relativi proventi, la BANCA CENTRALE può vietare l'ulteriore sottoscrizione di contratti del medesimo tipo di quelli che hanno provocato tale situazione.

6. Nel primo anno di attività l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE comunica alla BANCA CENTRALE, entro 30 giorni dalla data di inizio della commercializzazione della tariffa, una descrizione degli elementi essenziali delle BASI TECNICHE utilizzate per il calcolo dei premi e delle riserve di ciascuna tariffa secondo lo schema fornito nell'Allegato C.

Articolo 55 – BASI FINANZIARIE per il calcolo delle tariffe.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE individua il TASSO TECNICO per la determinazione di ciascuna tariffa. Per i contratti che prevedono una garanzia finanziaria, il TASSO TECNICO non può essere superiore al corrispondente tasso di interesse garantito dal contratto, fissato entro i limiti indicati ai Capi II e III del presente Titolo.

2. Per i contratti a premi annui e al solo fine di determinare l'ammortamento annuo del CARICAMENTO di acquisizione, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può utilizzare un TASSO TECNICO superiore al tasso di interesse garantito.

Articolo 56 – BASI TECNICHE diverse da quelle finanziarie per il calcolo delle tariffe.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE adotta BASI DEMOGRAFICHE e altre BASI TECNICHE, siano esse desunte da rilevazioni di mercato o dalla propria esperienza, facendo riferimento a criteri prudenziali. Nelle assicurazioni sulla durata della vita umana, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE tiene conto anche dell'andamento tendenziale della mortalità/longevità della popolazione generale nonché dell'effettiva mortalità/longevità registrata sul proprio portafoglio.

2. Per i contratti di rendita e per i contratti di capitale che prevedono opzioni in rendita, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE adotta, ove i dati disponibili lo consentano, una BASE TECNICA DEMOGRAFICA derivata da un'analisi per generazioni e considerano gli effetti dell'antiselezione dei percettori di rendita rispetto alla popolazione generale.

3. Qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE nell'impiego di BASI TECNICHE diverse da quelle finanziarie si avvalga di analisi desunte da esperienze internazionali, verifica la sostenibilità delle stesse rispetto ai rischi

che intendono assumere, apportando eventuali correttivi necessari per adattare la base dati di riferimento alla realtà in cui si collocano i rischi.

4. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE sottopone le BASI DEMOGRAFICHE e le altre BASI TECNICHE utilizzate nella determinazione delle tariffe a periodici monitoraggi volti a verificare la tenuta delle stesse. Qualora dalle risultanze di tali analisi emerga che le BASI TECNICHE in uso non siano più adeguate, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve procedere ad una sollecita revisione del tariffario che comporti l'aggiornamento delle BASI DEMOGRAFICHE e delle altre BASI TECNICHE in modo tale che sia sempre garantito il corretto equilibrio tecnico della tariffa.

5. Le BASI DEMOGRAFICHE e le altre BASI TECNICHE non finanziarie da utilizzare nell'ambito di tariffe collettive sono scelte in modo tale da rispondere a criteri di omogeneità dei rischi all'interno del gruppo assicurato.

Capo II

Tasso annuo massimo di interesse garantibile

Articolo 57 – Tasso annuo massimo di interesse garantibile.

1. Il tasso massimo di interesse garantibile o TMG è definito sulla base delle disposizioni del presente articolo ed è calcolato dalla BANCA CENTRALE, in funzione del tasso euro *swap* a 10 anni, definito sulla base dei criteri indicati ai commi 5 e 6.

2. Le IMPRESE DI ASSICURAZIONE, per tutti i contratti da stipulare, espressi in euro, che prevedano il riconoscimento di un rendimento finanziario minimo, definiscono il tasso di interesse garantito in modo tale che l'equivalente valore annuo posticipato risulti non superiore al TMG vigente. Per tutti i contratti da stipulare, espressi in valute diverse dall'euro, che prevedano il riconoscimento di un rendimento finanziario minimo, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE dovrà preventivamente richiedere alla BANCA CENTRALE il relativo TMG applicabile. Entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta la BANCA CENTRALE, qualora non ritenga di vietare, per ragioni di sana e prudente gestione, la stipula della tipologia di contratti richiesta, comunica il TMG applicabile e le modalità di aggiornamento periodico.

3. Relativamente ai contratti a premi unici ricorrenti, che prevedono tassi di interesse garantiti variabili secondo meccanismi predefiniti nel rispetto dei limiti del TMG, le modifiche sui tassi di interesse si applicano esclusivamente ai premi con scadenza successiva alla data di variazione.

4. Le IMPRESE DI ASSICURAZIONE, nel prestare garanzie finanziarie, si attengono comunque a criteri prudenziali, tenendo in debita considerazione il rendimento effettivo degli attivi posti a copertura degli

impegni assunti, delle condizioni del mercato finanziario, attuali e prospettive, nonché della durata per la quale vengono prestate le garanzie.

5. La BANCA CENTRALE calcola il TMG con cadenza semestrale, di norma entro il giorno 15 del mese di gennaio per il primo semestre ed entro il giorno 15 del mese di luglio per il secondo semestre dell'anno solare, salvo che per condizioni eccezionali di mercato valuti opportuno ricalcolare il TMG in date ulteriori. Ai fini del calcolo del TMG la BANCA CENTRALE assume, come serie storica di riferimento, i dati disponibili presso i principali *provider* di informazioni finanziarie relativi alle rilevazioni giornaliere dei tassi euro *swap*, con scadenza a dieci anni.

6. Per ciascun semestre il TMG è pari al 60 per cento della media semplice dei tassi giornalieri euro *swap* a 10 anni relativa all'ultimo mese di osservazione, rispettivamente dicembre dell'anno precedente per il primo semestre e giugno per il secondo semestre. Tale valore viene approssimato per eccesso al quarto di punto percentuale più vicino. Il limite massimo in ogni caso non può superare il valore del 4 per cento.

7. La BANCA CENTRALE pubblica sul proprio sito internet ad inizio semestre il valore del TMG.

8. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE applica le variazioni del livello di TMG entro un mese dalla fine del mese nel quale viene pubblicato.

9. Il TMG non si applica per i CONTRATTI UNIT LINKED, INDEX LINKED e per i CONTRATTI DEDICATI, per i CONTRATTI DI PURO RISCHIO di cui all'articolo 58 e per i CONTRATTI CON SPECIFICA PROVVISATA DI ATTIVI di cui all'articolo 59 per i quali gli impegni trovano copertura nei corrispondenti cespiti dell'attivo. In nessun caso il tasso di interesse utilizzato può essere più elevato del rendimento degli attivi a copertura calcolato tenendo conto dei principi contabili in vigore, previa opportuna deduzione.

Capo III

Deroghe al tasso annuo massimo di interesse garantibile

Articolo 58 – Assicurazioni di PURO RISCHIO.

1. Il tasso massimo di interesse garantibile dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE sui contratti di assicurazione di PURO RISCHIO senza PARTECIPAZIONE AGLI UTILI non può superare il valore del 4 per cento.

Articolo 59 – CONTRATTI CON SPECIFICA PROVVISATA DI ATTIVI.

1. Nei CONTRATTI CON SPECIFICA PROVVISATA DI ATTIVI, il tasso annuo massimo di interesse garantibile è pari al rendimento atteso degli specifici attivi a copertura di cui ai commi 5 e 6, decurtato della quota che verrà trattenuta dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE su tale rendimento.

2. Il tasso massimo di interesse di cui al comma 1 è garantibile per un periodo che non può eccedere quello di scadenza degli attivi a copertura. Per il periodo successivo il TMG è definito in base alle disposizioni di cui all'articolo 57.
3. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE detiene gli attivi specifici tra le attività di proprietà fino alla loro naturale scadenza in quanto necessari per la copertura degli impegni assunti, salvo la loro sostituzione con altre attività in grado di fornire analoghe garanzie di redditività sull'arco di tempo necessario.
4. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE gestisce il portafoglio degli specifici attivi a copertura degli impegni assunti sui contratti secondo criteri prudenziali, verificando che la composizione degli attivi stessi sia coerente con la natura, la durata media ed il livello degli impegni assunti nei confronti degli assicurati.
5. Ai fini del calcolo di cui al comma 1, per i contratti a premio unico di assicurazione non di PURO RISCHIO e di capitalizzazione, il rendimento atteso degli specifici attivi a copertura deve essere:
 - a) per i titoli di tipo *zero coupon bond*, pari al tasso di rendimento effettivo;
 - b) per i titoli che forniscono un reddito fisso o un reddito minimo garantito, non superiore a quello che si otterrebbe considerando il reinvestimento dei relativi proventi lordi ad un tasso di interesse pari al TMG di cui all'articolo 57, tenendo conto degli effetti derivanti dall'eventuale liquidazione di prestazioni anticipate nel corso della durata contrattuale.
6. Ai fini del calcolo di cui al comma 1, per le assicurazioni di rendita vitalizia immediata senza facoltà di riscatto, il tasso di rendimento atteso degli specifici attivi a copertura tiene conto dell'evoluzione delle riserve matematiche dei contratti e risulta non superiore a quello che si otterrebbe dall'eventuale reinvestimento dei proventi lordi degli attivi, o eventualmente di parte di essi, ad un tasso di interesse pari al TMG di cui all'articolo 57, tenendo conto degli effetti derivanti dall'eventuale sfasamento temporale esistente tra le epoche di maturazione dei proventi stessi e quelle di erogazione agli assicurati delle relative rate di rendita. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE effettua un adeguato scaglionamento della durata degli specifici attivi a copertura per tener conto delle esigenze di liquidità che emergeranno nel periodo di pagamento delle rendite.
7. Per i contratti a premio unico, nella determinazione del valore di riscatto da riconoscere all'assicurato, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE individua meccanismi cautelativi di calcolo che consentono di tener conto prudenzialmente di eventuali minusvalenze che potrebbero emergere, all'epoca del riscatto, dall'alienazione dei corrispondenti attivi a copertura.

Capo IV

Adempimenti dell'attuario incaricato sulle tariffe

Articolo 60 – Valutazione della tariffa.

1. L'attuario incaricato, qualora presente ai sensi dell'articolo 51, accerta che, nella scelta delle BASI TECNICHE utilizzate per il calcolo dei premi di ciascuna tariffa, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE si sia uniformata alle disposizioni del presente Regolamento, verifica le metodologie adottate dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE nel calcolo dei premi e la coerenza degli stessi con le BASI TECNICHE impiegate.
2. L'attuario incaricato, nella valutazione della tariffa, considera la presenza di eventuali garanzie contrattuali, anche con riferimento ai casi di riscatto anticipato, di riduzione e di opzione in prestazioni diverse da quelle principali previste contrattualmente.
3. L'attuario incaricato effettua un'analisi prospettica di redditività della tariffa volta a verificare che le BASI TECNICHE impiegate dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e i relativi premi siano adeguati a far fronte a tutte le prestazioni assicurate e a tutti i costi dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE tenuto conto anche della redditività attesa degli attivi e delle garanzie finanziarie prestate.
4. L'esito delle valutazioni di cui ai commi 1 e 2 forma oggetto della relazione tecnica sulla tariffa redatta dall'attuario incaricato ai sensi dell'articolo 62 il cui schema è riportato nell'Allegato D.

Articolo 61 – Monitoraggio sulle garanzie finanziarie.

1. L'attuario incaricato vigila affinché i tassi di interesse garantiti sui nuovi contratti non risultino superiori ai tassi annui massimi di interesse garantibili di cui ai Capi II e III del presente Titolo. Qualora l'attuario incaricato, nello svolgimento di tale funzione rilevi la violazione delle norme da parte dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, informa tempestivamente la BANCA CENTRALE fornendo una nota dettagliata di quanto rilevato.
2. L'attuario incaricato, tenuto conto delle disposizioni di cui all'articolo 57 comma 4, può raccomandare all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE di adottare tassi di interesse contrattualmente garantiti più bassi rispetto ai tassi annui massimi di interesse garantibili, previsti dal presente Regolamento per le diverse tipologie contrattuali.
3. L'attuario incaricato, quando abbia ragione di ritenere che i tassi annui massimi di interesse garantibili possano subire una riduzione, tale da richiedere la necessità di abbassare i livelli dei tassi garantiti sui nuovi contratti, informa tempestivamente l'organo amministrativo dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

Articolo 62 – Relazione tecnica sulla tariffa.

1. In occasione della determinazione di ogni nuova tariffa l'attuario incaricato redige la relazione tecnica sulla tariffa nella quale riporta:

- a) le BASI TECNICHE e le metodologie utilizzate dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE per la determinazione della tariffa e indica la tipologia dei dati impiegati, siano essi desunti da esperienze aziendali o esogene all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- b) la propria valutazione sulla coerenza dei PREMI DI TARIFFA rispetto agli impegni assunti nei confronti degli assicurati e ai costi che gravano sul contratto;
- c) il proprio giudizio sulla tariffa.

Qualora l'attuario incaricato abbia espresso un giudizio negativo sulle ipotesi adottate dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE per la determinazione di una tariffa, informa tempestivamente la BANCA CENTRALE rimettendo copia della relazione tecnica.

2. La relazione tecnica sulla tariffa è redatta e sottoscritta dall'attuario incaricato, in conformità allo schema di cui all'Allegato D del presente Regolamento e riporta, in allegato, ogni altra informazione di dettaglio necessaria per la determinazione della tariffa.

3. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve conservare le relazioni tecniche delle tariffe.

Capo V
Riserve tecniche

Articolo 63 – Principi generali sulle riserve tecniche rami vita.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve costituire riserve tecniche, ivi comprese le riserve matematiche e le riserve per spese future di cui all'articolo 66, sufficienti a garantire le obbligazioni assunte e le spese future.

2. Per i contratti che implicano una PARTECIPAZIONE AGLI UTILI, diversa da quelle considerate all'articolo 64, comma 1, lettera a), l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE costituisce le riserve tecniche per partecipazioni agli utili tenendo conto, implicitamente o esplicitamente, delle future PARTECIPAZIONI AGLI UTILI in coerenza con le altre ipotesi sui futuri sviluppi e con il criterio di PARTECIPAZIONE AGLI UTILI noto al momento della valutazione.

3. Oltre alle riserve di cui ai commi 1 e 2, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE costituisce una riserva tecnica per somme da pagare pari all'ammontare complessivo delle somme che risultino necessarie per far fronte al pagamento delle rendite e dei capitali maturati e una riserva tecnica per le assicurazioni complementari.

4. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE costituisce le riserve tecniche, al lordo delle cessioni in riassicurazione.

5. La riserva tecnica relativa a ciascun contratto deve essere in ogni momento non inferiore al corrispondente valore di riscatto.

6. Non è consentita all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE la costituzione di riserve tecniche negative per alcuna delle componenti di riserva di cui ai commi 1, 2 e 3.

7. Per le obbligazioni assunte dalle sedi secondarie situate all'estero, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE costituisce le riserve tecniche previste dalle normative di tali Stati. La BANCA CENTRALE verifica che nel bilancio dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE risultino iscritte attività sufficienti alla copertura di tali riserve.

Articolo 64 – Principi di calcolo delle riserve tecniche.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE calcola le riserve tecniche con un metodo attuariale prospettivo sufficientemente prudente che, in conformità alle condizioni stabilite per ciascun contratto in corso, tenga conto di tutti gli obblighi futuri, tra cui:

- a) tutte le prestazioni garantite, ivi compresi i valori di riscatto garantiti e le future PARTECIPAZIONI AGLI UTILI di qualsiasi genere contrattualmente garantiti;
- b) le PARTECIPAZIONI AGLI UTILI cui gli assicurati hanno diritto individualmente o collettivamente;
- c) tutte le opzioni cui ha diritto l'assicurato ai termini del contratto;
- d) le spese future dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, ivi comprese le provvigioni.

Nel caso in cui l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, per contratti pluriennali che prevedono il pagamento di premi periodici, corrispondano in via anticipata provvigioni di acquisizione al momento della sottoscrizione del contratto, è consentito che nella determinazione delle riserve matematiche si tenga conto del costo sopportato per l'acquisizione del contratto incrementando i PREMI PURI futuri da considerare ai fini del calcolo delle riserve matematiche dell'aliquota relativa ai costi di acquisizione (c.d. zillmeraggio). Il valore massimo di detta aliquota è fissato nel 70 per cento del primo PREMIO DI TARIFFA per le durate di pagamento premi pari o superiori ai 10 anni. Per le durate inferiori ai 10 anni detta aliquota si riduce proporzionalmente. Nel caso in cui l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE utilizzi tale metodologia di calcolo delle riserve matematiche, le modalità contrattuali di calcolo del valore di riscatto devono essere coerenti con quanto previsto dall'articolo 63, comma 5.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE calcola le riserve tecniche separatamente per ciascun contratto. È tuttavia consentito far ricorso ad approssimazioni ragionevoli o a generalizzazioni, quando l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE abbia motivo di ritenere che porteranno sostanzialmente ai medesimi risultati del calcolo effettuato per ogni singolo contratto. Il principio del calcolo singolo non costituisce impedimento alla costituzione di riserve supplementari per rischi generali.

3. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può adottare un metodo retrospettivo se tale metodo determina riserve non inferiori a quelle risultanti dall'adozione di un metodo prospettivo sufficientemente prudente secondo quanto previsto al comma 1, ovvero se non è possibile applicare un metodo prospettivo per il tipo di contratto cui la riserva si riferisce.

4. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può adottare, per il calcolo della riserva complessiva del contratto, un metodo che faccia ricorso a valutazioni implicite per una o più componenti, purché il metodo adottato non dia luogo ad una riserva complessiva inferiore a quella che si otterrebbe calcolando separatamente le riserve delle singole componenti.

5. Il metodo adottato dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non deve cambiare nei singoli anni in modo discontinuo o discrezionale, dovendo essere tale da dare luogo alla PARTECIPAZIONE AGLI UTILI in modo adeguato nel corso della durata del contratto.

6. Il metodo di valutazione scelto dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve essere prudente anche in considerazione dei criteri di valutazione delle attività destinate a copertura. Per valutazione prudente non si intende una valutazione compiuta in base ad ipotesi considerate maggiormente probabili, bensì una valutazione che tenga conto anche di un margine ragionevole per variazioni sfavorevoli degli elementi considerati.

Articolo 65 – BASI TECNICHE per il calcolo delle riserve tecniche.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE individua le BASI TECNICHE per una prudente valutazione delle riserve sulla base di ipotesi considerate maggiormente probabili e di un margine ragionevole per variazioni sfavorevoli degli elementi considerati.

2. La BANCA CENTRALE può imporre all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE l'integrazione delle riserve tecniche, anche mediante l'adozione di BASI TECNICHE più prudenti, qualora sussistano ragioni per tale rafforzamento derivanti dal raffronto di cui al comma 6, o da altri elementi di giudizio.

3. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE definisce il tasso di interesse da adoperare nella valutazione delle riserve tecniche dei contratti in vigore in base a criteri prudenziali. Il relativo valore non può comunque superare il valore del corrispondente TMG in vigore stabilito ai sensi delle disposizioni di cui ai Capi II e III del presente Titolo.

4. In deroga al principio indicato al comma 3, fermo restando quanto previsto all'articolo 63, comma 5, la BANCA CENTRALE può consentire all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, in circostanze eccezionali, per un periodo di tempo da essa stabilito, comunque non superiore a ventiquattro mesi, di adottare, nel calcolo

delle riserve tecniche, un tasso di interesse superiore a quello precedentemente applicato, nel caso in cui un innalzamento della curva dei tassi di interesse dia luogo a significative minusvalenze delle attività finanziarie, ed alla condizione che la conseguente diminuzione delle riserve tecniche non superi l'ammontare delle minusvalenze contabilizzate nell'anno per le attività rappresentative delle riserve stesse.

5. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE sceglie gli elementi statistici relativi agli eventi assicurati, ed in particolare le tavole di mortalità, invalidità e morbilità, secondo criteri prudenziali, basandosi su rilevazioni di sufficiente ampiezza riferite sia alla propria esperienza sia a dati esterni.

6. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE effettua periodicamente il confronto tra le BASI TECNICHE, diverse dal tasso di interesse, impiegate nel calcolo delle riserve tecniche ed i risultati dell'esperienza diretta sul proprio portafoglio. I risultati di tale analisi devono essere presentati, su specifica richiesta, alla BANCA CENTRALE.

Articolo 66 – Riserva matematica e riserva per spese future.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE calcola le riserve matematiche tenendo conto delle obbligazioni assunte nei confronti degli assicurati nonché dei PREMI DI TARIFFA al netto dei CARICAMENTI. Tuttavia, qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE tenga conto del costo sopportato per l'acquisizione del contratto è consentito incrementare i PREMI PURI futuri da considerare ai fini del calcolo delle riserve matematiche dell'aliquota relativa ai costi di acquisizione secondo i limiti riportati al comma 1 dell'articolo 64.

2. Tra le riserve matematiche di cui al comma 1 l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE costituisce anche la riserva per sovrappremi sanitari e professionali che non può essere inferiore all'importo dei sovrappremi dell'esercizio.

3. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, sulla base di valutazioni prudenti, calcola la riserva per spese future di cui all'articolo 64, comma 1, lettera d), come valore attuale dei saldi positivi tra le spese amministrative aumentate delle provvigioni che si prevede di dover sostenere e detratti i CARICAMENTI contenuti negli eventuali premi futuri da incassare.

4. Per i contratti a premi periodici, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE nel calcolo delle riserve per spese future di cui al comma 3, tiene conto anche della quota del CARICAMENTO, di competenza dell'esercizio successivo, relativo all'ultimo premio contabilizzato prima della data di valutazione.

5. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può costituire la riserva per spese future implicitamente, calcolando la riserva complessiva come differenza tra il valore attuale delle obbligazioni assunte nei confronti degli assicurati ed il valore attuale dei premi futuri al netto delle prevedibili spese che ritiene di dover sostenere. In ogni caso la riserva complessiva deve rispettare il vincolo di cui all'articolo 63, comma 5.

6. Per la valutazione delle spese future l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE prevede scenari realistici e prudenziali e applicano adeguate metodologie di attribuzione delle spese ai vari contratti.

Capo VI

Disciplina sulle riserve tecniche dei contratti i cui attivi sono valutati al prezzo di acquisizione

Articolo 67 – Principi generali sulle riserve tecniche dei contratti i cui attivi sono valutati al prezzo di acquisizione.

1. Fermi restando i principi attuariali e le regole applicative enunciate nel Capo V, nel caso in cui l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE valuti le attività rappresentative delle riserve con il criterio del prezzo di acquisizione, ai fini delle disposizioni dell'articolo 64, comma 6, è considerata sufficientemente prudente una valutazione delle riserve tecniche con metodo attuariale prospettivo la quale, nel considerare le prestazioni indicate all'articolo 64, comma 1 faccia ricorso alle medesime BASI TECNICHE che sono state adottate, nel rispetto delle disposizioni vigenti, per il calcolo del premio, e di conseguenza non consideri le future PARTECIPAZIONI AGLI UTILI.

2. La metodologia di cui al comma 1 non è applicabile nell'ipotesi in cui nella determinazione dei premi si prenda in considerazione la situazione patrimoniale e finanziaria dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

Articolo 68 – Riserve per spese future dei contratti i cui attivi sono valutati al prezzo di acquisizione.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, che valuta le riserve tecniche secondo le modalità definite all'articolo 67, comma 1, determina la riserva per spese future secondo i criteri di cui all'articolo 66, nell'ipotesi che le spese amministrative e le provvigioni da sostenere coincidano con i CARICAMENTI previsti in tariffa, tenendo altresì conto di quanto disposto all'articolo 70.

Articolo 69 – Riserve aggiuntive per rischio finanziario.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE valuta la necessità di costituire una riserva aggiuntiva per rischio finanziario per i contratti con prestazioni rivalutabili collegati a GESTIONI INTERNE SEPARATE, per i CONTRATTI CON SPECIFICA PROVVISATA DI ATTIVI nonché per i contratti le cui prestazioni, pur non essendo legate ai risultati di una GESTIONE INTERNA SEPARATA, prevedono una garanzia di rendimento a carico dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE stessa.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE è tenuta a valutare la necessità di integrare le riserve tecniche determinate ai sensi dell'articolo 67, comma 1, mediante la costituzione di una riserva aggiuntiva per rischio di tasso di interesse garantito, nel caso in cui il TMG in vigore stabilito ai sensi dell'articolo 57 risulti inferiore all'impegno assunto sui contratti in termini di tasso di interesse ed il rendimento attuale o prevedibile delle attività rappresentative delle relative riserve risulti inferiore al suddetto impegno.

3. La costituzione della riserva aggiuntiva per rischio di tasso di interesse garantito è ugualmente necessaria nel caso in cui il rendimento attuale o prevedibile delle attività rappresentative delle riserve matematiche risulti inferiore all'impegno assunto sui contratti.

4. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, per i CONTRATTI CON SPECIFICA PROVVISATA DI ATTIVI, costituisce la riserva aggiuntiva per rischio di tasso di interesse garantito al verificarsi della condizione di cui al comma 3. Nell'ambito della valutazione l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE verifica che gli attivi originariamente a copertura delle riserve tecniche siano ancora in portafoglio e gli emittenti siano ancora solvibili, che il *rating* assegnato agli attivi non si sia deteriorato e che comunque non sia inferiore ad un livello ritenuto prudente dal mercato finanziario, che le eventuali cedole in scadenza siano reinvestite ad un tasso di interesse non inferiore al TMG di cui all'articolo 57, determinato all'epoca di emissione dei contratti.

5. Ai fini della determinazione della riserva aggiuntiva per rischio di tasso di interesse garantito, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE determina il rendimento attuale e prevedibile in conformità alle disposizioni di cui al Capo I dell'Allegato E e applica i principi ed i metodi di calcolo di cui al Capo II dell'Allegato E.

Articolo 70 – Riserve aggiuntive diverse dalle riserve per rischio finanziario.

1. Al verificarsi di uno sfavorevole scostamento delle BASI TECNICHE in base al raffronto previsto dall'articolo 65, comma 6, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE costituisce una riserva aggiuntiva diversa da quelle per rischio finanziario di cui all'articolo 69 nel caso in cui il livello complessivo della riserva, tenendo altresì conto della BASE FINANZIARIA adottata, non corrisponda più a criteri di prudenza.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, nel caso abbia costituito una riserva aggiuntiva per spese, conserva le risultanze dell'analisi condotta sulle spese amministrative e le provvigioni che ritiene di dover sostenere e che hanno dato luogo alla riserva stessa.

Articolo 71 – Riserva aggiuntiva per rischio demografico.

1. Per i contratti di assicurazione di rendita e per i contratti di capitale con coefficiente di conversione in rendita contrattualmente garantito, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, in ottemperanza alle disposizioni di cui all'articolo 70, integra le riserve matematiche, mediante la costituzione di una riserva aggiuntiva per rischio demografico, qualora si verifichi uno sfavorevole scostamento delle BASI DEMOGRAFICHE utilizzate per il calcolo delle riserve matematiche rispetto ai risultati dell'esperienza diretta sul portafoglio.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE è tenuta a valutare la necessità di costituire una riserva aggiuntiva per rischio demografico anche in relazione alla possibile evoluzione generale delle aspettative di vita tenendo conto di come tale fenomeno si riflette sul proprio portafoglio.

Capo VII

Disciplina particolare sulle riserve tecniche dei contratti unit e index linked, dei contratti dedicati e dei contratti di ramo VI

Articolo 72 – Principi di calcolo delle riserve tecniche dei CONTRATTI UNIT LINKED e dei contratti di ramo VI.

1. Per i CONTRATTI UNIT LINKED e per i contratti di ramo VI di cui all'articolo 5, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE rispetta i principi attuariali e le regole applicative enunciate nel Capo V, fatta eccezione per le disposizioni concernenti i limiti sul tasso di interesse, previsti all'articolo 65, comma 3. Per tali contratti le disposizioni relative alle riserve matematiche contenute nel Capo V, si applicano con riferimento alle riserve tecniche.

2. Le riserve tecniche dei CONTRATTI UNIT LINKED e dei contratti di ramo VI di cui all'articolo 5 sono rappresentate, con la massima approssimazione possibile, dal valore delle quote di OIC o dal valore di attivi contenuti in un FONDO INTERNO.

Articolo 73 – Principi di calcolo delle riserve tecniche dei CONTRATTI INDEX LINKED.

1. Per i CONTRATTI INDEX LINKED l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE rispetta i principi attuariali e le regole applicative enunciate nel Capo V, fatta eccezione per le disposizioni concernenti i limiti sul tasso di interesse, previsti all'articolo 65, comma 3. Per tali contratti le disposizioni relative alle riserve matematiche contenute nel Capo V si applicano con riferimento alle riserve tecniche.

2. Le riserve tecniche dei CONTRATTI INDEX LINKED sono rappresentate, con la massima approssimazione possibile, dal valore di riferimento oppure da attivi di adeguata sicurezza e negoziabilità che corrispondano il più possibile a quelli su cui si basa il valore di riferimento particolare.

Articolo 74 – Principi di calcolo delle riserve tecniche dei CONTRATTI DEDICATI.

1. Per i CONTRATTI DEDICATI l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE rispetta i principi attuariali e le regole applicative enunciate nel Capo V del presente Titolo, fatta eccezione per le disposizioni concernenti i limiti sul tasso di interesse, previsti all'articolo 65, comma 3. Per tali contratti le disposizioni relative alle riserve matematiche contenute nel Capo V del presente Titolo si applicano con riferimento alle riserve tecniche.

2. Le riserve tecniche dei CONTRATTI DEDICATI sono rappresentate, con la massima approssimazione possibile, dal valore di attivi contenuti in un FONDO INTERNO DEDICATO.

Articolo 75 – Riserva aggiuntiva dei CONTRATTI UNIT ed INDEX LINKED, dei CONTRATTI DEDICATI e dei contratti di ramo VI.

1. Per i contratti di cui agli articoli 72 e 73 l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE valuta la necessità di costituire una riserva aggiuntiva nel caso in cui le prestazioni previste contrattualmente comprendano una garanzia di risultato dell'investimento o qualsiasi altra prestazione garantita direttamente dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

2. Per i contratti di cui agli articoli 72, 73 e 74, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE costituisce riserve aggiuntive per coprire rischi di mortalità, spese o altri rischi, quali le prestazioni garantite alla scadenza, i valori di riscatto garantiti e i fattori di rischio connessi alla natura dello strumento finanziario utilizzato.

3. Ai fini delle valutazioni dei rischi di cui ai commi 1 e 2, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE si dota di idonei modelli di stima adeguati alle tipologie di garanzie offerte, tenuto conto anche delle modalità di finanziamento delle stesse previste in fase di tariffazione.

Capo VIII

Adempimenti dell'attuario incaricato sulle riserve tecniche

Articolo 76 – Valutazione delle riserve tecniche.

1. La valutazione sulla sufficienza delle riserve tecniche spetta, qualora presente ai sensi dell'articolo 51, all'attuario, il quale esercita la sua funzione di controllo in via continuativa al fine di consentire con tempestività all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE gli interventi necessari. A tal fine, l'attuario ha l'obbligo di informare con immediatezza gli organi amministrativi dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ogni qualvolta rilevi l'esistenza di possibili condizioni che gli impedirebbero, a quel momento, di formulare un giudizio di piena sufficienza delle riserve tecniche in base ai principi da rispettare per la relazione tecnica di cui al successivo articolo 78. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, se non è in grado di rimuovere le cause del rilievo o se non condivide il rilievo stesso, deve darne comunicazione alla BANCA CENTRALE entro trenta giorni dal ricevimento della segnalazione.

Articolo 77 – Funzioni dell'attuario incaricato sulle riserve tecniche.

1. L'attuario incaricato verifica che le riserve tecniche siano valutate nel rispetto delle disposizioni del presente Regolamento.

2. L'attuario incaricato svolge, in via permanente, le funzioni di controllo sulle riserve tecniche. A tal fine l'attuario incaricato reitera nel corso dell'anno le verifiche sulle riserve tecniche, ricorrendo anche a metodi di valutazione sintetici. Qualora l'attuario incaricato, nello svolgimento delle proprie funzioni di controllo,

rilevi violazioni delle norme da parte dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, informa tempestivamente la BANCA CENTRALE fornendo una nota dettagliata di quanto rilevato.

3. Per i contratti di cui agli articoli 72, 73 e 74 l'attuario incaricato verifica che la tipologia e la composizione degli attivi a copertura delle riserve tecniche siano improntate a criteri di prudenza e risultino coerenti con la natura, la durata media e il livello degli impegni assunti dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

4. L'attuario incaricato verifica periodicamente le risultanze del confronto di cui all'articolo 65 comma 6. La verifica è estesa anche ai CARICAMENTI dei premi e agli importi effettivi delle spese di amministrazione e delle provvigioni a carico dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

Articolo 78 – Relazione tecnica al bilancio.

1. Nella relazione tecnica da allegare al bilancio dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE l'attuario incaricato:

- a) descrive analiticamente i procedimenti seguiti e le valutazioni operate, con riferimento alle BASI TECNICHE adottate, per il calcolo delle riserve tecniche, con specifica evidenza delle eventuali valutazioni implicite e delle relative motivazioni;
- b) attesta la correttezza dei procedimenti seguiti;
- c) riferisce sui controlli operati in ordine alle procedure impiegate per il calcolo delle riserve e per la corretta rilevazione del portafoglio;
- d) esprime un giudizio sulla sufficienza di tutte le riserve tecniche, incluse eventuali riserve aggiuntive, appostate in bilancio.

Qualora l'attuario incaricato non ritenga di dover rilasciare l'attestazione di sufficienza sulle riserve tecniche informa tempestivamente la BANCA CENTRALE rimettendo copia della relazione tecnica, corredata delle specifiche motivazioni.

2. L'attuario incaricato redige la relazione al bilancio di cui al comma 1 con riferimento alle riserve tecniche del portafoglio dei contratti in essere, secondo gli schemi forniti con specifico provvedimento della BANCA CENTRALE.

Articolo 79 – Relazione tecnica sul rendimento attuale e prevedibile.

1. L'attuario incaricato sottoscrive la relazione di cui all'articolo 9 dell'Allegato E, nella quale riporta le proprie eventuali osservazioni, di metodo e di merito, sulla stima dei rendimenti attuali e prevedibili di cui al Capo I dell'Allegato E ed indica eventuali margini di prudenzialità ritenuti necessari, nell'utilizzo di dette stime, ai fini della determinazione della riserva aggiuntiva per rischio di tasso di interesse garantito.

Articolo 80 – Controlli sul rendimento attuale e prevedibile.

1. L'attuario incaricato verifica che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE si sia dotata di adeguate procedure per il calcolo dei tassi di rendimento attuali e prevedibili di cui all'articolo 69, comma 5 e che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE abbia preso in considerazione, correttamente, tutti gli elementi di cui all'articolo 7, comma 2, dell'Allegato E, nonché ogni altro aspetto ritenuto significativo in relazione alle specificità del portafoglio dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, che possono influenzare la determinazione dei flussi del passivo.

2. L'attuario incaricato controlla che le strutture dei tassi di interesse utilizzate nel calcolo dei rendimenti attuali e prevedibili siano coerenti con il portafoglio del passivo.

Articolo 81 – Controlli sul margine di solvibilità.

1. L'attuario incaricato controlla che le poste di natura tecnica necessarie per il calcolo del margine di solvibilità siano determinate secondo le norme contenute nel presente Regolamento e sottoscrive il prospetto dimostrativo della situazione del margine di solvibilità di cui all'articolo 102.

Capo IX

Attività a copertura delle riserve tecniche

Articolo 82 – Copertura delle riserve tecniche.

1. Le riserve tecniche dei rami vita sono coperte con attivi di proprietà dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. Nella scelta degli attivi l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE tiene conto del tipo di rischi e delle obbligazioni assunte e dell'esigenza che sia garantita la sicurezza, la redditività e la liquidità degli investimenti, provvedendo ad un'adeguata diversificazione degli attivi medesimi. Ai predetti fini, laddove a copertura siano posti titoli di debito, il rating da assumere ai fini di cui al presente Regolamento è quello del titolo o, in assenza:

- a) quello dell'emittente;
- b) quello legato al sottostante, nel caso in cui il titolo presenti profili di maggior rischio di credito rispetto a quello dell'emittente.

Nel caso di valutazioni discordanti da parte delle agenzie di rating, si assume quello più basso.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può coprire le riserve tecniche esclusivamente mediante le categorie di attivi individuati negli articoli 84 e 87, nel rispetto dei limiti previsti dalle norme stesse. Fatti salvi i principi di cui al comma 1, in circostanze eccezionali e su motivata richiesta dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, la BANCA CENTRALE può autorizzare, in via temporanea, l'investimento in categorie di attivi a copertura delle riserve tecniche diverse da quelle previste in via generale.

3. La BANCA CENTRALE, nel caso in cui rilevi che per uno o più attivi non sono state osservate le regole di cui al comma 2, comunica all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE l'inaffidabilità ad essere destinati, in tutto o in parte, a copertura delle riserve tecniche.

4. In caso di attivi a copertura che rappresentano un investimento in una società controllata, che per conto dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ne gestisce in tutto o in parte gli investimenti, la BANCA CENTRALE, nel verificare la corretta applicazione delle norme e dei principi di cui al presente articolo, tiene conto degli attivi detenuti dalla società controllata.

5. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve tenere il registro di cui all'articolo 43, comma 1, lettera a) da cui risultano le attività a copertura delle riserve tecniche dei rami vita. In qualsiasi momento l'importo degli attivi iscritti deve essere, tenendo conto delle annotazioni dei movimenti, almeno pari all'ammontare delle riserve tecniche.

6. Le attività poste a copertura delle riserve tecniche ed iscritte nel registro sono riservate in modo esclusivo all'adempimento delle obbligazioni assunte dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE con i contratti ai quali le riserve stesse si riferiscono. Le attività di cui al presente comma costituiscono patrimonio separato rispetto alle altre attività detenute dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e non iscritte nel registro.

7. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE comunica alla BANCA CENTRALE, con le modalità che verranno definite con separato provvedimento, la situazione delle attività risultante dal registro. Le modalità di tenuta ed i contenuti del registro sono riportate nell'Allegato B.

8. Le IMPRESE DI ASSICURAZIONE devono allegare al bilancio di esercizio un apposito prospetto contenente l'indicazione delle attività da esse assegnate alla chiusura dell'esercizio alla copertura delle riserve tecniche.

Articolo 83 – Localizzazione delle attività a copertura delle riserve tecniche.

1. Gli strumenti finanziari e la liquidità inclusi tra le attività a copertura delle riserve tecniche devono essere depositati presso una o più banche autorizzate in base alla LISF e al Regolamento della BANCA CENTRALE n. 2007-07, ovvero, previa autorizzazione rilasciata dalla BANCA CENTRALE, presso banche estere o altri organismi abilitati all'attività di deposito di strumenti finanziari per conto terzi e assoggettati ad adeguate forme di vigilanza prudenziale. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve localizzare gli altri attivi posti a copertura delle riserve tecniche nella Repubblica di San Marino ovvero, previa autorizzazione rilasciata dalla BANCA CENTRALE, in uno o più Stati esteri. Nel rilasciare le autorizzazioni previste dal presente articolo la BANCA CENTRALE valuta che non esistano vincoli o pregiudizi alla pronta disponibilità degli attivi per l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

2. In deroga alle disposizioni del comma 1, la localizzazione dei crediti verso i riassicuratori posti a copertura delle riserve tecniche è libera, salvo quanto disposto dall'articolo 103.

3. Gli strumenti finanziari e la liquidità relativi a ogni FONDO DEDICATO devono essere affidati ad un'unica banca, di cui al comma 1, che deve utilizzare un unico conto intestato all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE con indicazione del CONTRATTO DEDICATO a cui si riferisce.

Articolo 84 – Categoria delle attività ammissibili a copertura delle riserve tecniche.

1. Le IMPRESE DI ASSICURAZIONE possono coprire le riserve tecniche solamente con le seguenti attività:

- a) STRUMENTI FINANZIARI QUOTATI di cui all'Allegato 2, lettere a), b) e d), della LISF;
- b) strumenti finanziari di cui all'Allegato 2, lettere a), b) e d), della LISF non quotati entro il limite complessivo del 10 per cento dell'ammontare lordo totale degli attivi a copertura complessivamente considerati;
- c) parti di OIC UCITS;
- d) depositi bancari presso banche sammarinesi o aventi sede in uno Stato membro dell'Unione europea o appartenente al "Gruppo dei dieci" (G-10), entro il limite del 20 per cento dell'ammontare lordo totale degli attivi a copertura complessivamente considerati, a condizione che:
 - 1) non abbiano una scadenza superiore a dodici mesi;
 - 2) siano rimborsabili a vista o con un preavviso inferiore a quindici giorni.
- e) pronti contro termine, con obbligo di riacquisto e di deposito dei titoli presso una banca, entro il limite complessivo del 20 per cento dell'ammontare lordo totale degli attivi a copertura complessivamente considerati;
- f) terreni e fabbricati, per le quote libere da ipoteche entro il limite complessivo del 30 per cento dell'ammontare lordo totale degli attivi a copertura complessivamente considerati;
- g) crediti, previa deduzione dei debiti nei confronti del debitore:
 - 1) verso riassicuratori, comprese le quote di riserve tecniche a loro carico, debitamente documentati, fino al 90 per cento del loro ammontare;
 - 2) nei confronti di assicurati ed intermediari, nella misura in cui siano effettivamente esigibili da meno di tre mesi;
 - 3) nei confronti degli assicurati derivanti da prestiti su polizza;
 - 4) nei confronti dello Stato (crediti di imposta), qualora definitivamente accertati;
- h) altri attivi:
 - 1) immobilizzazioni materiali, strumentali all'esercizio dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, diverse dai terreni e dai fabbricati, nel limite del 30 per cento del loro valore di bilancio rettificato dal relativo fondo di ammortamento;

- 2) immobilizzazioni materiali non strumentali all'esercizio dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, diverse da terreni e fabbricati, debitamente documentati, nel limite del 10 per cento del loro valore di bilancio;
- 3) provvigioni di acquisizione da ammortizzare, nei limiti del 90 per cento del loro ammontare e qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non abbia fatto ricorso allo zillmeraggio di cui all'articolo 64 comma 1 per la determinazione delle riserve tecniche.
- 4) ratei attivi per interessi su titoli idonei alla copertura delle riserve tecniche; ratei attivi per canoni di locazione nel limite del 30 per cento del loro ammontare.

2. Gli strumenti derivati di cui all'Allegato 2, lettere f), g), h) i) e j) della LISF riferiti ad attivi a copertura delle riserve tecniche possono essere utilizzati nella misura in cui contribuiscono a ridurre il rischio di investimento del portafoglio. L'utilizzo degli strumenti derivati presuppone, quali requisiti essenziali:

- a) la fissazione di una strategia, tramite apposita delibera del consiglio di amministrazione, relativa all'utilizzo di tali strumenti nell'ambito della complessiva gestione del portafoglio di strumenti finanziari. La deliberazione deve in ogni caso indicare: le finalità perseguite con l'utilizzo degli strumenti derivati, le modalità operative e i limiti di utilizzazione. La predetta deliberazione deve altresì individuare il livello di tolleranza relativo ai rischi gravanti sulle posizioni in strumenti derivati e sul complessivo portafoglio, tenendo conto delle correlazioni esistenti tra gli strumenti medesimi e le attività/passività detenute, nonché della complessiva situazione economica, patrimoniale e finanziaria, attuale e prospettica, dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. Le linee di indirizzo fissate nella deliberazione devono essere scritte e rese note a tutti coloro che operano nell'area degli strumenti derivati;
- b) la chiara delimitazione delle competenze e delle responsabilità in ordine alla gestione delle operazioni in strumenti finanziari derivati e dei rischi connessi;
- c) l'esistenza di un adeguato sistema di misurazione e gestione dei rischi gravanti sul portafoglio, tenuto conto delle passività detenute. In particolare, deve essere previsto lo svolgimento di analisi periodiche di sensibilità al fine di verificare la reattività del portafoglio di fronte a modifiche delle variabili fondamentali di mercato nonché l'affidabilità delle tecniche di copertura. È inoltre necessario che l'organo amministrativo competente venga informato, secondo scadenze fissate in base alla complessità della gestione del portafoglio, dell'esposizione complessiva in strumenti derivati nonché delle esposizioni individuali di importo rilevante, tenuto conto delle correlazioni con gli altri strumenti finanziari in portafoglio;
- d) l'adozione di un adeguato sistema di registrazioni giornaliera che consenta la continua misurazione delle posizioni;
- e) l'esistenza di un adeguato sistema di controllo interno atto a permettere la verifica della coerenza fra le operazioni effettuate e la strategia prefissata. A tal fine, è essenziale la presenza di un accurato, esauriente e tempestivo flusso di informazioni al CAPO DELLA STRUTTURA ESECUTIVA;

- f) l'indipendenza degli incaricati del controllo sull'utilizzo degli strumenti derivati rispetto ai soggetti preposti alla funzione finanziaria.

Tali strumenti devono essere valutati in modo prudente e possono essere presi in considerazione nella valutazione degli attivi sottostanti.

3. I titoli di debito di cui al comma 1 e le controparti delle operazioni effettuate in strumenti finanziari derivati devono avere un *rating* almeno pari a "BB" o equivalente, attribuito da almeno una primaria agenzia, a condizione che nessun'altra abbia attribuito una valutazione inferiore. Sono consentiti investimenti in attivi con *rating* inferiore a "BB" ovvero "*not rated*" entro il limite complessivo del 5 per cento dell'ammontare lordo totale degli attivi a copertura complessivamente considerati. Sono esclusi da tale limite i titoli di debito non quotati e "*not rated*" - emessi da soggetti autorizzati nella Repubblica di San Marino all'esercizio dell'attività di cui alla Lettera A dell'Allegato 1 della LISF - ai quali si applica il limite del 20 per cento dell'ammontare lordo totale degli attivi a copertura complessivamente considerati. Restano fermi i limiti previsti dall'art. 87, comma 1, lett. b), e quanto disposto dal successivo 4° comma, lett. a).

4. In ogni caso, per la copertura delle riserve tecniche debbono essere rispettate le seguenti regole:

- a) gli strumenti finanziari di cui al comma 1, lettera b) sono ammessi a copertura delle riserve tecniche solo se sono realizzabili a breve termine o se consistono in partecipazioni in banche, in imprese di assicurazione, SG e in imprese di investimento con sede legale nella Repubblica di San Marino o in uno Stato membro dell'Unione europea;
- b) i crediti di cui al comma 1, lettera g) sono ammessi a copertura delle riserve tecniche per un importo che deve essere calcolato in modo prudente, tenendo conto del rischio di mancato realizzo.

Articolo 85 – Valutazione delle attività patrimoniali.

1. Gli attivi posti a copertura delle riserve tecniche sono valutati al netto dei debiti contratti per la loro acquisizione e delle eventuali poste rettificative.

2. La valutazione degli attivi posti a copertura delle riserve tecniche è effettuata in modo prudente, tenendo conto del rischio di mancato realizzo.

3. La BANCA CENTRALE può determinare, con specifiche istruzioni, le disposizioni relative ai criteri di valutazione delle attività patrimoniali, anche in relazione alle specificità delle singole tipologie contrattuali.

Articolo 86 – Regole sulla congruenza.

1. Quando la garanzia assicurativa è espressa in una determinata valuta, l'obbligazione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE si considera esigibile in tale valuta.

2. Quando la garanzia assicurativa non è espressa in una determinata valuta, l'obbligazione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE si considera esigibile in euro.

3. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE provvede alla copertura delle riserve tecniche nel rispetto del principio della congruenza. È consentito, tuttavia, di derogare a tale principio:

- a) qualora, in applicazione di esso, risulti che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE dovrebbe disporre di attività espresse in una determinata valuta per un importo non eccedente il 7 per cento delle attività espresse in altre valute;
- b) in caso di impiego di strumenti derivati idonei alla copertura del rischio di cambio, nel rispetto dei limiti e delle condizioni fissate al comma 2 dell'articolo 84.

Articolo 87 – Limiti di concentrazione.

1. Ciascuna IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve investire negli attivi ammissibili di cui all'articolo 84 in base ai seguenti limiti di concentrazione determinati rispetto dell'ammontare lordo totale degli attivi a copertura complessivamente considerati:

- a) 10 per cento in un singolo terreno o fabbricato o in più terreni o fabbricati di cui all'articolo 84 comma 1, lettera f), ancorché detenuti tramite società immobiliari, qualora per le caratteristiche di ubicazione siano tali da poter essere considerati come un unico investimento;
- b) 10 per cento negli attivi complessivamente considerati di cui all'articolo 84 comma 1, lettere a), b), c) del medesimo emittente, posto che, nel caso di azioni, il valore nominale dell'investimento non superi il 20 per cento del capitale sociale della società emittente. Tali limiti non si applicano ai titoli di debito emessi o garantiti dalla Repubblica di San Marino o da Stati appartenenti alla zona A, come indicati dalla Direttiva comunitaria 89/647/CEE e successive modificazioni e integrazioni, ovvero emessi da enti locali o enti pubblici di Stati membri dell'Unione europea o da organizzazioni internazionali cui aderiscono uno o più di detti Stati.

2. Ferme le disposizioni di cui al comma 1, la BANCA CENTRALE può stabilire con specifiche istruzioni disposizioni più dettagliate sui limiti massimi di investimento per singole categorie di attivi, nonché sui criteri di investimento negli attivi stessi.

Capo X **(abrogato)**

Articolo 88 – (abrogato).

Articolo 89 – (abrogato).

Capo XI

Disciplina particolare dei contratti unit e index linked, dei contratti dedicati e dei contratti di ramo VI

Articolo 90 – Contratti direttamente collegati ad indici, a quote di OIC o a FONDI DEDICATI.

1. Rientrano esclusivamente nei rami vita III-a), III-b) e V-a) di cui all'articolo 5 i contratti le cui prestazioni siano direttamente collegate:

- a) al valore delle quote di un OIC oppure al valore di attivi contenuti in un FONDO INTERNO detenuto dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE (CONTRATTI UNIT LINKED);
- b) ad un indice o ad un altro valore di riferimento diverso da quelli di cui al comma 1 (CONTRATTI INDEX LINKED);
- c) al valore di attivi contenuti in un FONDO INTERNO DEDICATO (CONTRATTI DEDICATI).

2. Alle riserve tecniche dei contratti di cui al comma 1 si applicano le regole del precedente Capo VII.

3. L'articolo 82, comma 1, secondo periodo, le disposizioni sulle attività ammissibili di cui all'articolo 84 e le disposizioni sui limiti di concentrazione di cui all'articolo 87 non sono applicabili agli attivi detenuti per far fronte ad obbligazioni che sono direttamente collegate alle prestazioni di cui al comma 1. I riferimenti alle riserve tecniche di cui all'articolo 84 riguardano le riserve tecniche ad esclusione di dette obbligazioni. Le disposizioni relative alle regole di congruenza di cui all'articolo 86 non si applicano alle obbligazioni derivanti dai contratti di cui al presente articolo.

4. Qualora le prestazioni previste dai contratti di cui al comma 1 comprendano una garanzia di risultato dell'investimento o qualsiasi altra prestazione garantita, ai corrispondenti attivi a copertura delle riserve tecniche aggiuntive sono applicabili gli articoli 82, 84 e 87.

5. In deroga a quanto previsto al comma 4, su specifica richiesta dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, la BANCA CENTRALE può autorizzare l'utilizzo di strumenti finanziari derivati a copertura delle riserve aggiuntive per specifiche categorie di CONTRATTI UNIT LINKED che prevedono il rilascio di garanzie di risultato dell'investimento o di qualsiasi altra prestazione da parte di soggetti terzi. L'autorizzazione della BANCA CENTRALE è in ogni caso subordinata alla condizione che i derivati siano emessi o garantiti esclusivamente da soggetti, appartenenti a Paesi della zona A come identificati dalla direttiva comunitaria 89/647/CEE o alla Repubblica di San Marino, a cui sia stata attribuita da almeno una primaria agenzia di *rating*, una classe di *rating* almeno pari a quella contrassegnata dal simbolo "A-" o equivalenti, secondo la scala di classificazione relativa ad investimenti a medio-lungo termine.

Articolo 91 – Contratti direttamente collegati ad indici o ad altri valori di riferimento (*index linked*).

1. Appartengono al sottoramo III-a) i contratti in cui le prestazioni assicurative siano direttamente collegate al valore di uno o più specifici attivi detenuti dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e sia presente un rischio d'investimento a carico dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, inteso in via generale come rischio che gli attivi non producano un rendimento sufficiente o non conservino un valore tale da consentire all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE di soddisfare l'impegno contrattuale assunto nei confronti del contraente. Il rischio di investimento può essere articolato, per i contratti direttamente collegati ad indici o ad altri valori di riferimento, in tre profili:

- a) rischio di "*performance*", derivante dal rilascio al contraente di una garanzia minima di conservazione del capitale o di interesse: è il rischio che il valore degli attivi destinati a copertura delle riserve tecniche non sia tale da consentire la conservazione o la rivalutazione del capitale fino all'ammontare minimo garantito;
- b) rischio di "base", derivante dal rilascio al contraente di una garanzia di adeguamento del capitale in funzione dell'andamento di un indice o di un altro valore di riferimento: è il rischio che gli attivi destinati a copertura non consentano di replicare l'andamento dell'indice o del diverso valore di riferimento e quindi di far fronte alle prestazioni assicurate variabili in funzione di tale andamento;
- c) rischio di "controparte", connesso alla qualità dell'ente emittente o della controparte degli strumenti finanziari, inclusi quelli derivati, destinati a copertura delle riserve tecniche dei contratti di cui trattasi: è il rischio che l'ente emittente o la controparte non adempia ai propri obblighi contrattuali.

2. Appartengono al sottoramo III-b) i contratti in cui le prestazioni assicurative siano direttamente collegate al valore di uno o più specifici attivi detenuti dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE (ad esempio un titolo azionario o un titolo obbligazionario o un attivo strutturato che costituisce il "valore di riferimento") e i tre profili di rischio siano totalmente assenti in capo all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. Tale circostanza si verifica se, in base alle CONDIZIONI CONTRATTUALI, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non offre alcuna garanzia minima (assenza del "rischio di *performance*"), ogni deprezzamento del valore dell'attivo di riferimento determina direttamente una corrispondente riduzione delle prestazioni assicurative (assenza del "rischio di base"), la perdita di valore dell'attivo di riferimento derivante dall'insolvenza dell'emittente si ripercuote direttamente sull'assicurato (assenza del "rischio di controparte").

3. Le prestazioni possono essere collegate a indici o altri valori costruiti su STRUMENTI FINANZIARI QUOTATI di cui all'Allegato 2 della LISF. Può anche essere assunto quale "valore di riferimento" a cui sono collegate le prestazioni previste dal contratto direttamente un titolo strutturato, costituito dalla combinazione di un titolo obbligazionario e di un derivato. È possibile assumere come valori di riferimento indici basati sull'andamento di OIC, nonché strumenti finanziari derivati, inclusi o meno in strumenti strutturati, le cui attività sottostanti siano OIC e relativi indici, a condizione che gli OIC di riferimento rispettino la disciplina di cui ai successivi articoli. Non è tuttavia consentito il collegamento delle prestazioni

a indici o altri valori di riferimento che siano costruiti o collegati, in modo diretto o indiretto, a titoli derivanti da operazioni di cartolarizzazione, effettuate anche in maniera sintetica, ovvero a derivati del credito.

4. Gli indici o gli altri valori di riferimento a cui sono collegate le prestazioni devono essere calcolati da soggetti terzi, indipendenti rispetto all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e agli emittenti gli strumenti finanziari su cui sono costruiti e devono essere pubblicati su quotidiani con cadenza coerente con la valorizzazione prevista dalla polizza.

5. Gli attivi strutturati destinati a copertura delle riserve tecniche devono essere emessi o garantiti esclusivamente da soggetti, appartenenti a Paesi della zona A come identificati dalla direttiva comunitaria 89/647/CEE o alla Repubblica di San Marino, a cui sia stata attribuita da almeno una primaria agenzia di *rating*, una classe di *rating* almeno pari a quella contrassegnata dal simbolo "A-" o equivalenti, secondo la scala di classificazione relativa ad investimenti a medio-lungo termine.

6. Qualora il sistema che regola la quotazione dei titoli strutturati non comporti, di fatto, un aggiornamento affidabile dei valori oggetto di quotazione, il regolamento di emissione dell'attivo strutturato o ulteriori accordi con l'ente emittente devono prevedere che l'emittente stesso proceda, secondo scadenze prefissate coerenti con le prestazioni previste nelle relative polizze e, in ogni caso, alla chiusura di ogni esercizio e ad ogni richiesta dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, alla determinazione del valore corrente dell'attivo. La documentazione relativa alle valutazioni deve essere conservata dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE presso la propria sede.

7. Considerato che gli attivi strutturati devono avere scadenze o caratteristiche di liquidabilità che consentano all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE di soddisfare gli impegni assunti nei confronti degli assicurati sia alla scadenza che nel corso della durata contrattuale, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE stessa deve concludere accordi con l'ente emittente, o con altro soggetto in possesso dei medesimi requisiti previsti per quest'ultimo, tali da assicurarle la facoltà di ricorrere alla vendita dell'attivo strutturato secondo modalità che permettano di disporre della liquidità necessaria ad assolvere i predetti impegni, anche in corso di contratto, senza necessità di ricorrere a mezzi propri.

8. Le CONDIZIONI CONTRATTUALI devono regolare l'ipotesi della modifica o del venir meno di uno o più degli indici o dei valori di riferimento. Analogamente, le CONDIZIONI CONTRATTUALI devono disciplinare l'ipotesi di sospensione o di mancata rilevazione della quotazione degli indici o dei valori alle date di riferimento previste in polizza.

Articolo 92 – Contratti direttamente collegati al valore delle quote di un OIC oppure al valore di attivi contenuti in un FONDO INTERNO detenuto dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE (CONTRATTI UNIT LINKED).

1. Appartengono al sottoramo III-a) i contratti per i quali è presente un rischio d'investimento a carico dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE: vi rientrano le polizze collegate a FONDI INTERNI che prevedono una garanzia finanziaria di rendimento o di conservazione del capitale investito.

2. Appartengono al sottoramo III-b) i contratti per i quali non è presente un rischio d'investimento a carico dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE: vi rientrano le polizze collegate agli altri FONDI INTERNI non riconducibili alla tipologia di cui al comma 1, ivi compresi i fondi collegati a contratti che, pur offrendo una garanzia minima in caso di morte, riconoscono all'assicurato a scadenza o per riscatto una prestazione correlata al valore delle quote acquisite.

3. Appartengono al sottoramo III-b) le polizze direttamente collegate a parti di OIC, le cui parti devono essere detenute dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. Tali polizze devono prevedere che gli OIC siano esclusivamente di tipo aperto, come definito nel Regolamento della BANCA CENTRALE n. 2006-03, e che saranno rispettate le seguenti regole di diversificazione del paniere di OIC:

- a) l'investimento in parti di uno stesso OIC di cui all'articolo 94, comma 2, lettera d), non può superare il 30 per cento del valore complessivo del paniere;
- b) l'investimento in parti di uno stesso OIC di cui all'articolo 94, comma 2, lettera g), non può superare il 20 per cento del valore complessivo del paniere.

Inoltre, le CONDIZIONI CONTRATTUALI devono esplicitare:

- a) la composizione del paniere di OIC ed il metodo di determinazione del suo valore, che costituisce il valore di riferimento per la prestazione assicurativa;
- b) il tipo di rischio configurabile con il paniere, l'informativa necessaria per l'individuazione dei valori di riferimento e le modalità di comunicazione periodica del valore raggiunto dal paniere.

4. Per la costituzione di un FONDO INTERNO è obbligatorio redigere un regolamento in base alle disposizioni del successivo articolo 93.

5. Il regolamento costituisce parte integrante delle CONDIZIONI DI POLIZZA; copia dello stesso deve essere consegnato al contraente unitamente all'informativa precontrattuale ed alle CONDIZIONI CONTRATTUALI al momento della sottoscrizione della proposta.

Articolo 93 – Regolamento e documenti obbligatori del FONDO INTERNO assicurativo.

1. I regolamenti dei FONDI INTERNI assicurativi devono essere preventivamente approvati dalla BANCA CENTRALE. Entro 30 giorni dalla data di ricezione della domanda la BANCA CENTRALE, valutata la

rispondenza del testo regolamentare alle disposizioni vigenti, emana un provvedimento di approvazione o di diniego.

2. Il regolamento si compone delle seguenti quattro parti:

- a) Parte A (Aspetti generali);
- b) Parte B (Obiettivi e profilo di rischio);
- c) Parte C (Caratteristiche e politica di investimento);
- d) Parte D (Spese e oneri di gestione).

Ciascuna parte del regolamento è strutturata in articoli, numerati progressivamente, e riporta almeno gli argomenti indicati nei successivi commi.

3. La Parte A del regolamento contiene almeno gli elementi di seguito indicati:

- a) denominazione del FONDO INTERNO;
- b) la possibilità di fusione con altri FONDI INTERNI dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, le cause che possono determinarla, le modalità operative e gli effetti per l'assicurato. La fusione potrà avvenire tra FONDI INTERNI aventi caratteristiche similari.

4. La Parte B del regolamento indica:

- a) gli obiettivi del FONDO INTERNO, specificando con chiarezza i profili di rischio cui è esposto il FONDO INTERNO.
- b) un parametro di riferimento (*benchmark*) che rappresenti sinteticamente e coerentemente il profilo rischio-rendimento del FONDO INTERNO, al quale confrontare il rendimento del fondo stesso. Il *benchmark* deve essere costruito:
 - 1) facendo riferimento a indici di mercato elaborati da soggetti terzi e di comune utilizzo;
 - 2) in maniera coerente con i rischi connessi alla politica di investimento del FONDO INTERNO nonché con le tipologie di attivi ammissibili a copertura delle riserve tecniche;
 - 3) in maniera chiara e trasparente nella formula di calcolo, nella composizione del paniere e nella attribuzione dei pesi.

Tuttavia, qualora tali indici di mercato non siano idonei a rappresentare la politica di investimento o lo stile gestionale del FONDO INTERNO, si potrà fare riferimento ad un obiettivo di rendimento (espresso, ad esempio, come rendimento *risk-free* maggiorato di uno *spread*) congiunto ad un coerente indicatore di rischio (es: *VaR* o volatilità media annua attesa), determinati facendo riferimento al medesimo intervallo temporale. Qualora non sia individuabile un *benchmark* coerentemente rappresentativo del profilo rischio-rendimento del FONDO INTERNO o della sua politica di investimento, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ne esplicita le motivazioni.

5. La Parte C del regolamento indica le tipologie di attività in cui si intendono investire le risorse destinate

al FONDO INTERNO. In particolare, devono essere definiti con chiarezza i criteri di scelta degli investimenti e di ripartizione dei medesimi; tali criteri costituiscono il punto di riferimento per l'individuazione e la selezione delle attività potenzialmente acquisibili dal FONDO INTERNO.

In tale ambito devono essere specificati:

- a) la possibilità di affidare le scelte di investimento a soggetti terzi, purché autorizzati alla prestazione di servizi di gestione collettiva o individuale e sottoposti ad adeguate forme di vigilanza prudenziale, nel quadro dei criteri di allocazione del patrimonio predefiniti dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. In tal caso il regolamento del FONDO INTERNO deve esplicitamente prevedere l'esclusiva responsabilità dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE nei confronti degli assicurati per l'attività di gestione del FONDO INTERNO;
- b) l'intenzione di impiegare strumenti finanziari derivati e le finalità perseguite con l'utilizzo degli stessi;
- c) la valutazione del patrimonio del FONDO INTERNO e il calcolo del valore della quota;
- d) i criteri utilizzati per la valutazione degli attivi inseriti nel FONDO INTERNO; in particolare dovranno essere descritti in modo dettagliato i criteri di valutazione delle attività, quotate o non, per le quali non sia determinabile un prezzo di negoziazione con periodicità in linea con la valorizzazione della quota;
- e) la modalità e la frequenza di calcolo del valore della quota del FONDO INTERNO. La valorizzazione della quota deve avvenire con cadenza almeno mensile. Il valore unitario di ogni singola quota è pari al valore netto complessivo del FONDO INTERNO, diviso per il numero di quote in circolazione, entrambi relativi al giorno di valorizzazione. Per la determinazione del valore complessivo netto del FONDO INTERNO si applicano i criteri stabiliti nell'Allegato H al Regolamento n. 2006-03. Il valore unitario della quota deve essere pubblicato su quotidiani con cadenza coerente con la valorizzazione prevista dalla polizza.

6. La Parte D del regolamento indica le spese, dirette ed indirette, a carico del FONDO INTERNO secondo la tipologia di seguito indicata:

- a) commissioni di gestione applicate dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- b) commissioni di *overperformance* applicate dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- c) oneri inerenti all'acquisizione ed alla dismissione delle attività del FONDO INTERNO ed ulteriori oneri di diretta pertinenza;
- d) spese di amministrazione e custodia delle attività del FONDO INTERNO, di pubblicazione del valore delle quote, nonché quelle sostenute per l'attività svolta dalla società di revisione in relazione al giudizio sul rendiconto del FONDO INTERNO;
- e) commissioni di gestione applicate sugli OIC sottostanti, mediante esplicitazione del costo massimo.

Le modalità di determinazione delle commissioni di gestione devono essere indicate con chiarezza, specificando gli elementi del relativo calcolo. È consentita l'applicazione di commissioni di gestione

differenti all'interno del medesimo FONDO INTERNO, ad esempio in funzione delle categorie di investitori ovvero dei canali di vendita, sulla base di parametri oggettivamente individuati nel regolamento. In questo caso, il regolamento dovrà individuare con chiarezza le classi di quote ed i corrispondenti livelli di commissioni, definire una metodologia di calcolo del valore della quota che garantisca a tutte le classi la medesima performance al lordo delle citate commissioni e prevedere la pubblicazione separata delle varie classi.

Le commissioni di gestione di cui alla voce e) devono essere indicate solo nel caso in cui nel FONDO INTERNO sia previsto l'acquisto esclusivo o prevalente di quote di OIC. Qualora le condizioni economiche di mercato varino sensibilmente, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE potrà rivedere il costo massimo previsto nel regolamento, previa comunicazione all'assicurato e concedendo allo stesso il diritto di recesso senza penalità.

7. Il regolamento deve indicare la possibilità di effettuare modifiche derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali, con esclusione di quelle meno favorevoli per l'assicurato. Tali modifiche devono essere trasmesse con tempestività alla BANCA CENTRALE, con evidenza degli effetti sugli assicurati, e comunicate ai contraenti.

8. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve osservare le seguenti prescrizioni per ciascuno dei FONDI INTERNI assicurativi:

- a) tenuta di un registro del FONDO INTERNO, che può essere formato anche usando supporti informatici; nello stesso devono essere annotate cronologicamente le operazioni relative alla gestione finanziaria ed amministrativa del fondo, con un aggiornamento delle scritture in linea con la periodicità della valorizzazione delle quote;
- b) redazione di un prospetto indicante il valore unitario delle quote in cui è suddiviso il FONDO INTERNO, inteso come risultato del rapporto tra il valore complessivo netto del FONDO INTERNO ed il numero delle quote in essere all'atto della valutazione; tale prospetto dovrà essere compilato con periodicità pari alla valorizzazione delle quote;
- c) redazione del rendiconto annuale della gestione del FONDO INTERNO, comprensivo dei prospetti compilati secondo gli schemi previsti per i fondi comuni di investimento di tipo aperto nel Regolamento della BANCA CENTRALE n. 2007-06. Tale rendiconto dovrà essere redatto, datato e sottoscritto dal rappresentante della società entro sessanta giorni dalla fine dell'esercizio annuale e conservato presso l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE dovrà inoltre redigere il registro di cui al precedente punto a) anche con riferimento ai prodotti con prestazioni collegate al valore delle quote di OIC, registrando le operazioni di movimentazione delle quote nonché il numero delle stesse in essere alla data di valorizzazione.

9. Il rendiconto della gestione del FONDO INTERNO deve essere sottoposto al giudizio di una società di revisione. La società di revisione dovrà esprimere, con un'apposita relazione, un giudizio circa la concordanza della gestione degli attivi con i criteri d'investimento stabiliti dal regolamento, la rispondenza delle informazioni contenute nel rendiconto alle risultanze delle registrazioni contabili, la corretta valutazione delle attività del FONDO INTERNO nonché la corretta determinazione e valorizzazione delle quote del FONDO INTERNO alla fine di ogni esercizio. Il medesimo rendiconto, corredato dal giudizio espresso dalla società di revisione, deve essere inviato alla BANCA CENTRALE.

10. Nel caso in cui la gestione del patrimonio del FONDO INTERNO sia affidata a soggetti terzi, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE dovrà adottare adeguate procedure di controllo interno finalizzate alla verifica del rispetto dei criteri d'investimento e di esposizione al rischio previsti dal regolamento del FONDO INTERNO.

11. Qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE intenda costituire FONDI INTERNI nei quali venga offerta una garanzia di prestazione minima, provvedendo in modo diretto alla sua copertura attraverso una gestione dinamica degli attivi, deve essere trasmessa alla BANCA CENTRALE, unitamente al regolamento del FONDO INTERNO da approvare, una nota che descriva il tipo di modello interno che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE intende adottare, al fine di replicare la garanzia prestata, con l'indicazione delle ipotesi e dei parametri posti a base del modello stesso.

Articolo 94 – Attivi a copertura delle riserve tecniche del FONDO INTERNO.

1. Gli attivi a copertura delle riserve tecniche di ciascun FONDO INTERNO devono essere allocati e gestiti in modo coerente con gli obiettivi di investimento del fondo esplicitati nel regolamento e con un adeguato livello di diversificazione.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può inserire nel FONDO INTERNO le seguenti categorie di attività:

- a) STRUMENTI FINANZIARI QUOTATI di cui all'Allegato 2, lettere a), b), e d), della LISF;
- b) strumenti finanziari di cui all'Allegato 2, lettere a), b), e d), della LISF non quotati entro il limite complessivo del 10 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO;
- c) parti di OIC UCITS;
- d) parti di OIC NON UCITS aperti, diversi da quelli di cui alla successiva lettera g), entro il limite complessivo del 30 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO:
 - 1) il cui patrimonio è investito nelle attività di cui al presente articolo;
 - 2) per i quali è prevista la redazione di un rendiconto annuale e di una relazione semestrale relativi alla situazione patrimoniale e reddituale;
 - 3) i cui regolamenti di gestione non prevedano deroghe al rispetto dei divieti di carattere generale di cui al comma 3;

- e) parti di OIC chiusi quotati, inclusi gli OIC di cui alla successiva lettera g), entro il limite del 20 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO;
- f) parti di OIC chiusi non quotati, inclusi gli OIC di cui alla successiva lettera g), entro il limite del 5 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO;
- g) fondi comuni d'investimento alternativi di diritto sammarinese o parti di OIC esteri aventi caratteristiche equivalenti (quali, a titolo indicativo, fondi speculativi di diritto italiano, *hedge fund*), entro il limite complessivo del 10 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO, fermi restando i limiti di cui alle precedenti lettere e) e f). Devono inoltre essere soddisfatte le seguenti condizioni:
 - 1) il valore delle quote deve essere pubblicato almeno una volta al mese;
 - 2) il regolamento di gestione dell'OIC acquistato deve prevedere limiti agli investimenti che assicurino una sufficiente diversificazione del portafoglio e un profilo di rischio e una politica di investimento compatibili con quelli del FONDO INTERNO;
 - 3) in caso di OIC esteri, il depositario deve essere sottoposto a forme di vigilanza prudenziale da parte di un'autorità pubblica;
- h) depositi bancari presso banche sammarinesi o aventi sede in uno Stato membro dell'Unione europea o appartenente al "Gruppo dei dieci" (G-10), a condizione che:
 - 1) non abbiano una scadenza superiore a dodici mesi;
 - 2) siano rimborsabili a vista o con un preavviso inferiore a quindici giorni;
- i) pronti contro termine, con obbligo di riacquisto e di deposito dei titoli presso una banca, entro il limite complessivo del 20 per cento dell'ammontare lordo totale degli attivi a copertura complessivamente considerati;
- j) liquidità per esigenze di tesoreria;
- k) strumenti finanziari derivati quotati, nel rispetto delle condizioni di cui alle lettere da a) a f) del comma 2 dell'articolo 84, che abbiano ad oggetto attività in cui il FONDO INTERNO può investire, indici finanziari, tassi d'interesse, tassi di cambio o valute;
- l) strumenti finanziari derivati non quotati ("strumenti derivati OTC"), nel rispetto delle condizioni di cui alle lettere da a) a f) del comma 2 dell'articolo 84, e sempre che:
 - 1) abbiano ad oggetto attività in cui il FONDO può investire, indici finanziari, tassi d'interesse, tassi di cambio o valute;
 - 2) le controparti di tali contratti siano intermediari di elevato standing sottoposti a vigilanza prudenziale di uno Stato membro dell'Unione europea o di un paese del "Gruppo dei 10" (G10);
 - 3) siano oggetto quotidianamente di valutazioni affidabili e verificabili;
 - 4) le relative posizioni possano essere chiuse in qualsiasi momento per iniziativa dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

3. Nella gestione del FONDO INTERNO è vietato:

- a) vendere allo scoperto strumenti finanziari;
- b) concedere prestiti;
- c) investire in strumenti finanziari emessi dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- d) acquistare, direttamente o indirettamente, strumenti finanziari non quotati da un socio, amministratore, direttore generale o sindaco dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, o da una società del gruppo cui appartiene;
- e) cedere, direttamente o indirettamente, strumenti finanziari non quotati ai soggetti indicati alla lettera precedente;
- f) investire in strumenti finanziari rappresentativi di operazioni di cartolarizzazione aventi a oggetto crediti ceduti da soci dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, o da soggetti appartenenti al loro gruppo, in misura superiore al 3 per cento del valore complessivo netto del FONDO INTERNO.

4. I titoli di debito di cui al comma 2 e le controparti delle operazioni effettuate in strumenti finanziari derivati devono avere un *rating* almeno pari a "BB" o equivalente, attribuito da almeno una primaria agenzia, a condizione che nessun'altra abbia attribuito una valutazione inferiore. Sono consentiti investimenti in attivi con *rating* inferiore a "BB" ovvero "*not rated*" nei limiti del 5 per cento del totale delle attività del fondo interno. Sono esclusi da tale limite i titoli di debito non quotati e "*not rated*" - emessi da soggetti sottoposti a vigilanza prudenziale ai fini di stabilità su base individuale nella Repubblica di San Marino - ai quali si applica il limite del 20 per cento del totale delle attività del fondo interno, fatto salvo quanto disposto dal successivo art. 95, comma 1.

5. Nella gestione del FONDO INTERNO l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può - entro il limite massimo del 5 per cento del valore complessivo netto del FONDO INTERNO - assumere prestiti finalizzati a fronteggiare, in relazione ad esigenze di investimento o disinvestimento dei beni del FONDO INTERNO, sfasamenti temporanei nella gestione della tesoreria. La durata dei prestiti assunti deve essere correlata alla finalità dell'indebitamento e comunque non può essere superiore a sei mesi.

6. L'esposizione complessiva in strumenti finanziari derivati non può essere superiore al 50 per cento del valore complessivo netto del FONDO INTERNO. L'esposizione complessiva in strumenti finanziari derivati è pari alla somma:

- a) degli impegni assunti dal FONDO INTERNO in relazione a transazioni in strumenti finanziari derivati, determinati secondo quanto indicato nell'Allegato F al Regolamento n. 2006-03;
- b) del rischio di controparte relativo a strumenti finanziari derivati OTC, determinato secondo quanto indicato nell'Allegato F al Regolamento n. 2006-03.

Articolo 95 – Regole di frazionamento degli attivi a copertura delle riserve tecniche del FONDO INTERNO.

1. L'investimento in strumenti finanziari indicati nelle lettere a), b) del comma 2 dell'articolo 94 emessi da uno stesso soggetto è consentito entro il limite del 5 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO.

Tale limite è elevato:

- a) al 10 per cento, a condizione che si tratti di strumenti finanziari indicati nella lettera a) del comma 2 dell'articolo 94 e il totale degli strumenti finanziari degli emittenti in cui il FONDO INTERNO investe più del 5 per cento del totale delle attività non superi il 40 per cento del totale delle attività stesse. Non si tiene conto degli investimenti superiori al 5 per cento di cui alle successive lettere b) e c);
- b) al 35 per cento, quando gli strumenti finanziari sono emessi o garantiti dalla Repubblica di San Marino o da uno Stato dell'Unione europea, da uno Stato aderente all'OCSE o da organismi internazionali di carattere pubblico di cui fanno parte uno o più Stati membri dell'Unione europea;
- c) al 100 per cento, nel caso di strumenti finanziari di cui alla precedente lettera b), a condizione che:
 - 1) il FONDO INTERNO detenga strumenti finanziari di almeno sei emissioni differenti;
 - 2) il valore di ciascuna emissione non superi il 30 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO;
 - 3) tale facoltà di investimento sia prevista nel regolamento.

2. L'investimento in parti di uno stesso OIC UCITS non può essere superiore al 25 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO.

3. L'investimento in parti di uno stesso OIC NON UCITS aperto o chiuso non può essere superiore al 10 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO.

4. In ogni caso, la composizione del portafoglio degli OIC acquisiti definita dai rispettivi regolamenti di gestione deve essere compatibile con la politica di investimento e con il profilo di rischio del FONDO INTERNO.

5. L'investimento in depositi presso un'unica banca, esclusa la liquidità detenuta per esigenze di tesoreria, è consentito entro il limite del 20 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO.

6. L'esposizione determinata da transazioni su strumenti finanziari derivati OTC verso una stessa controparte – calcolata sulla base dei criteri indicati nell'Allegato F al Regolamento n. 2006-03 deve essere inferiore:

- a) al 10 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO, se la controparte è una banca;
- b) al 5 per cento del totale delle attività del FONDO INTERNO, negli altri casi.

7. Qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE presti una garanzia finanziaria i limiti percentuali riportati ai commi precedenti possono essere superati, relativamente all'investimento in uno strumento finanziario idoneo per la replica della garanzia finanziaria, previa specifica comunicazione alla BANCA CENTRALE e per un valore comunque non superiore alla corrispondente riserva matematica per la prestazione minima.

Articolo 96 – Separazione delle attività riferibili ai singoli FONDI INTERNI o a OIC esterni.

1. Nel caso in cui l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE detenga uno o più FONDI INTERNI, o parti di OIC esterni, le attività riferibili ad ognuno di essi costituiscono un patrimonio distinto sia sotto il profilo contabile sia ai fini dell'inserimento degli stessi nel registro degli attivi destinati a copertura delle riserve tecniche. Le prestazioni dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE in relazione ai contratti afferenti al singolo FONDO INTERNO, o OIC, dovranno essere effettuate ricorrendo agli attivi relativi al FONDO INTERNO o agli OIC; altri attivi potranno essere utilizzati solo in casi eccezionali. Al riguardo, rientrano in tale previsione i casi in cui a fronte di maggiorazioni del capitale previste per il caso di morte o per altre garanzie accessorie, ovvero di garanzie di minimo offerte direttamente dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, la società non detenga quote sufficienti per l'erogazione della prestazione complessiva dovuta in base alle CONDIZIONI CONTRATTUALI.

Articolo 97 – Contratti collegati a FONDI DEDICATI.

1. Un FONDO DEDICATO costituisce l'attività a copertura di un unico CONTRATTO DEDICATO e non può essere utilizzato a copertura di altri contratti. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non può rilasciare alcuna garanzia di rendimento minimo o di restituzione del capitale sul FONDO DEDICATO. Le CONDIZIONI CONTRATTUALI devono indicare, in maniera esplicita, la circostanza che il rischio d'investimento è totalmente a carico dell'assicurato.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può inserire nel FONDO DEDICATO le categorie di attività di cui al comma 2 dell'articolo 94, senza tenere conto dei limiti indicati nel comma medesimo, nel comma 4 dell'articolo 94 e nell'articolo 95. Restano ferme le regole di cui all'articolo 94, commi 3, 5 e 6. I divieti di cui al comma 3, lettere d) ed e), del citato articolo 94, non si applicano nel caso in cui gli strumenti finanziari non quotati siano emessi da società del GRUPPO DI APPARTENENZA, a condizione che il cliente professionale abbia sottoscritto preliminarmente un documento contenente la dichiarazione di consapevolezza in merito al conflitto di interesse esistente, nel quale sia altresì esplicitata la relativa regola di pricing. Gli attivi sottostanti devono avere caratteristiche di liquidabilità in linea con la durata del contratto e con le opzioni contrattuali rilasciate al contraente.

3. Le CONDIZIONI CONTRATTUALI devono descrivere:

- a) gli obiettivi del FONDO DEDICATO e la relativa politica di investimento;
- b) i limiti di investimento in ciascuna classe di attività di cui al comma 2 dell'articolo 94;
- c) le modalità di calcolo delle prestazioni assicurate.

Le CONDIZIONI CONTRATTUALI inoltre devono stabilire la periodicità e il contenuto della rendicontazione al contraente sulla composizione e sul controvalore del FONDO DEDICATO.

4. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE gestisce il FONDO DEDICATO a copertura degli impegni assunti sul contratto verificando che la composizione del FONDO DEDICATO sia coerente con la natura, la durata ed il livello degli impegni assunti nei confronti degli assicurati.

5. Le CONDIZIONI CONTRATTUALI possono disciplinare i casi in cui il contraente può modificare la politica d'investimento iniziale o indicare specifici strumenti finanziari da inserire nel FONDO DEDICATO.

6. I CONTRATTI DEDICATI possono prevedere oltre che il pagamento del premio in denaro anche il conferimento da parte del contraente di un portafoglio di attività di cui al comma 2 dell'articolo 94 già esistente. In tal caso le CONDIZIONI DI POLIZZA devono precisare che le attività oggetto di conferimento rimangono di proprietà dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. Le prestazioni di un CONTRATTO DEDICATO sono comunque pagate dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE in denaro.

Capo XII

Requisiti di adeguatezza patrimoniale

Articolo 98 – Margine di solvibilità.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve disporre costantemente di un margine di solvibilità sufficiente per la complessiva attività esercitata nel territorio della Repubblica di San Marino ed all'estero.

2. Il margine di solvibilità disponibile è rappresentato dal patrimonio netto dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE al netto di tutti gli elementi immateriali tranne quanto riportato alle successive lettere e) ed f), libero da qualsiasi impegno prevedibile, e comprende:

- a) il capitale sociale versato;
- b) le riserve legali e le riserve statutarie e facoltative, non destinate a copertura di specifici impegni o a rettifica di voci dell'attivo;
- c) gli utili dell'esercizio e degli esercizi precedenti portati a nuovo, al netto dei dividendi da pagare;
- d) con segno negativo, le perdite dell'esercizio e degli esercizi precedenti portate a nuovo;
- e) il 60% delle provvigioni di acquisizione da ammortizzare qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non abbia fatto ricorso allo zillmeraggio di cui all'articolo 64 comma 1 per la determinazione delle riserve tecniche;
- f) gli investimenti tecnologici strumentali alla continuità delle FUNZIONI OPERATIVE STRATEGICHE che, previa autorizzazione della BANCA CENTRALE, rilasciata su istanza motivata, possono essere

dedotte dal patrimonio di vigilanza nella misura di 1/5 incrementale per ciascun esercizio a decorrere da quello in cui si è ottenuta l'autorizzazione.

3. Previo benessere della BANCA CENTRALE, alle condizioni specificate nell'Allegato F tra le componenti del margine di solvibilità disponibile possono essere ricompresi per l'ammontare massimo delle somme effettivamente ricevute dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE emittente ancora a sua disposizione e sino a concorrenza del cinquanta per cento del margine di solvibilità disponibile determinato in base al precedente comma 2 o, se inferiore, del margine di solvibilità richiesto, i seguenti elementi:

- a) gli strumenti ibridi di patrimonializzazione, quali le passività irredimibili e altri strumenti rimborsabili su richiesta dell'emittente con il preventivo consenso della BANCA CENTRALE;
- b) le passività subordinate.

In entrambi i casi le passività possono essere emesse dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE anche sotto forma di obbligazioni, convertibili e non, e di altri titoli similari.

4. Su motivata richiesta dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, accompagnata da idonea documentazione, la BANCA CENTRALE può autorizzare a comprendere nel margine di solvibilità disponibile, per periodi singolarmente non superiori a dodici mesi, ulteriori elementi patrimoniali.

5. Dal margine disponibile è in ogni caso dedotto il valore delle azioni proprie e di quelle della controllante risultante dall'ultimo bilancio nonché l'importo dell'utile distribuito o da distribuire ai soci.

6. Dall'ammontare complessivo del margine disponibile si deducono le partecipazioni possedute in banche, SG, imprese di investimento, altre società che esercitano attività finanziaria, imprese di assicurazione nonché le attività subordinate e gli strumenti ibridi di patrimonializzazione detenuti verso tali enti.

Articolo 99 – Determinazione e calcolo del margine di solvibilità minimo richiesto.

1. Il margine di solvibilità minimo richiesto si calcola relativamente a ciascun ramo assicurativo esercitato e in base a quanto di seguito specificato.

2. Per i contratti assicurativi di cui ai rami I e II dell'articolo 5, il margine di solvibilità richiesto è pari alla somma delle seguenti due componenti:

- a) il valore corrispondente ad un'aliquota del 4 per cento delle riserve matematiche relative alle operazioni dirette, senza deduzione delle cessioni in riassicurazione, moltiplicato per il rapporto esistente nell'ultimo esercizio tra l'importo delle riserve matematiche, previa detrazione delle cessioni in riassicurazione, e l'importo lordo delle riserve matematiche; tale rapporto non può in nessun caso essere inferiore all'85 per cento;

- b) il valore corrispondente ad un'aliquota dello 0,3 per cento dei CAPITALI SOTTO RISCHIO, qualora non negativi, presi a carico dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, moltiplicato per il rapporto esistente, nell'ultimo esercizio, tra l'importo dei CAPITALI SOTTO RISCHIO che rimangono a carico dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, dopo aver detratto le cessioni e le retrocessioni in riassicurazione e l'importo dei CAPITALI SOTTO RISCHIO, senza detrazione della riassicurazione; tale importo non può in alcun caso essere inferiore al 50 per cento. Per le forme assicurative di tipo temporanee in caso di decesso, aventi una durata massima di tre anni, l'aliquota è pari allo 0,1 per cento; per quelle di durata superiore a tre anni ma inferiore o pari a cinque anni, tale aliquota è pari allo 0,15 per cento.

3. Per i contratti assicurativi di cui al ramo IV, il margine di solvibilità è pari alla somma delle seguenti due componenti:

- a) il valore corrispondente ad un'aliquota del 4 per cento delle riserve matematiche, calcolata a norma del comma 2, lettera a), del presente articolo;
b) il valore determinato a norma dell'articolo 100.

4. Per i contratti assicurativi di cui ai rami V-a) e V-b) dell'articolo 5 il margine di solvibilità richiesto è uguale al valore corrispondente ad un'aliquota del 4 per cento delle riserve matematiche, calcolate a norma del comma 2, lettera a), del presente articolo.

5. Per i contratti assicurativi di cui ai rami III-a) e VI) qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE assuma un rischio di investimento, il margine di solvibilità richiesto è pari alla somma delle voci seguenti:

- a) il valore corrispondente ad un'aliquota del 4 per cento delle riserve tecniche, calcolate secondo le condizioni di cui al comma 2, lettera a), del presente articolo;
b) il valore corrispondente ad un'aliquota dello 0,3 per cento dei CAPITALI SOTTO RISCHIO, calcolati secondo le condizioni di cui al comma 2, lettera b), del presente articolo.

6. Per i contratti assicurativi di cui ai rami III-b) e VI) qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non assuma rischi di investimento, il margine di solvibilità richiesto è pari alla somma delle voci seguenti:

- a) il valore corrispondente ad un'aliquota dell'1 per cento delle riserve tecniche, calcolate secondo le condizioni di cui al comma 2, lettera a), del presente articolo, nella misura in cui l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non assuma rischi d'investimento, ma lo stanziamento destinato a coprire le spese di gestione sia fissato per un periodo superiore a cinque anni;
b) il valore corrispondente al 25 per cento della somma del valore netto delle "altre spese di amministrazione" e delle "provvigioni di incasso" dell'ultimo esercizio qualora il contratto determini l'ammontare delle spese di gestione per un periodo non superiore a cinque anni.

- c) il valore corrispondente ad un'aliquota dello 0,3 per cento dei CAPITALI SOTTO RISCHIO, calcolati secondo le condizioni di cui al comma 2, lettera b), del presente articolo;

7. Per le assicurazioni complementari di cui all'articolo 5, comma 4 il margine di solvibilità è calcolato sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 100.

Articolo 100 – Margine di solvibilità minimo richiesto per i contratti assicurativi di cui al ramo IV e per le assicurazioni complementari di cui all'articolo 5, comma 4.

1. Il margine di solvibilità minimo richiesto si calcola in rapporto all'ammontare annuo dei premi o contributi oppure in rapporto all'onere medio dei sinistri per gli ultimi tre esercizi. Fatto salvo quanto previsto dal successivo comma 4, in materia di assicurazione malattia, l'ammontare del margine è almeno pari al più elevato tra i valori ottenuti secondo i due criteri di determinazione indicati nei successivi commi 2 e 3.

2. Il margine di solvibilità in rapporto all'ammontare annuo dei premi o contributi si calcola come segue:

- a) si cumulano gli importi dei premi lordi contabilizzati nell'ultimo esercizio;
- b) il valore come sopra ottenuto si ripartisce in due quote, la prima fino a cinquantatre milioni e centomila euro e la seconda comprendente l'eccedenza rispetto a detto ammontare;
- c) il margine è calcolato applicando sulla prima quota la percentuale del 18 per cento, sulla seconda quota il 16 per cento e sommando i due importi così ottenuti. L'ammontare che ne risulta è moltiplicato per il rapporto esistente, per la somma degli ultimi tre esercizi, tra l'ammontare dei sinistri pagati ed a riserva che restano a carico dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE dopo aver dedotto le quote di competenza dei riassicuratori e l'ammontare complessivo lordo dei sinistri stessi. Qualora tale rapporto risulti inferiore al cinquanta per cento, esso è preso in considerazione, ai fini del calcolo, nella misura del 50 per cento.

3. Il margine di solvibilità in rapporto all'onere medio dei sinistri si calcola come segue:

- a) si cumulano, al lordo delle quote a carico dei riassicuratori, gli importi dei sinistri pagati per le assicurazioni dirette nel corso degli ultimi tre esercizi, si aggiunge l'importo dei sinistri pagati negli stessi esercizi per rischi accettati in riassicurazione al lordo delle quote a carico dei retrocessionari e si aggiunge l'ammontare delle riserve sinistri lorde costituite alla fine dell'ultimo esercizio, per le assicurazioni dirette e per i rischi accettati in riassicurazione;
- b) dal valore così ottenuto si detrae l'ammontare dei recuperi effettuati durante gli ultimi tre esercizi e l'ammontare delle riserve sinistri lorde costituite all'inizio del secondo esercizio precedente l'ultimo esercizio considerato sia per le assicurazioni dirette che per le accettazioni in riassicurazione;
- c) la terza parte dell'ammontare ottenuto in base alle lettere a) e b) è ripartita in due quote, la prima fino a trentasette milioni e duecentomila euro e la seconda comprendente l'eccedenza rispetto a detto ammontare;

d) il margine di solvibilità è calcolato applicando sulla prima quota la percentuale del 26 per cento e sulla seconda quella del 23 per cento e sommando gli importi così ottenuti. L'ammontare che ne deriva è moltiplicato per il rapporto esistente, per la somma degli ultimi tre esercizi, tra l'importo dei sinistri al netto delle quote a carico dei riassicuratori e l'ammontare complessivo dei sinistri al lordo della riassicurazione. Qualora tale rapporto risulti inferiore al cinquanta per cento, esso è preso in considerazione, ai fini del calcolo, nella misura del 50 per cento.

4. Le percentuali da applicarsi, a norma dei commi 2 e 3, per il calcolo del margine di solvibilità in rapporto all'ammontare annuo dei premi e dell'onere medio dei sinistri, sono ridotte ad un terzo per l'assicurazione malattia gestita con criteri tecnici analoghi a quelli con i quali è gestita l'assicurazione sulla vita, quando:

- a) le tariffe dei premi siano formate sulla base di tavole di morbilità con criteri attuariali;
- b) sia un'assicurazione di gruppo;
- c) sia previsto l'obbligo del pagamento di un supplemento di premio destinato a costituire un adeguato margine di sicurezza;
- d) sia escluso il diritto per l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE di recedere dal contratto dopo il terzo anno di assicurazione;
- e) sia prevista in polizza la possibilità di aumentare il premio o di ridurre le prestazioni, anche in corso di contratto.

Articolo 101 – Quota di garanzia.

1. Un terzo del margine di solvibilità minimo richiesto rappresenta la quota di garanzia.

2. La quota di garanzia dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che esercita i rami vita, fermi restando i limiti minimi stabiliti per la misura del capitale sociale, non può in nessun caso essere inferiore a 1 milione di euro.

3. Qualora l'autorizzazione comprenda più rami di assicurazione si ha riguardo al solo ramo per il cui esercizio è richiesto l'importo più elevato.

4. La quota di garanzia è coperta esclusivamente mediante gli elementi patrimoniali di cui all'articolo 98, comma 2, al netto di tutti gli elementi immateriali compresa la lettera e) dell'articolo menzionato.

Articolo 102 – Prospetto dimostrativo della situazione del margine di solvibilità.

1. Al bilancio di esercizio deve essere allegato un prospetto dimostrativo della situazione del margine di solvibilità alla data di chiusura dell'esercizio al quale il bilancio stesso si riferisce, dal quale risultino le basi di calcolo e gli elementi costitutivi del margine medesimo. Le modalità di redazione del prospetto saranno indicate dalla BANCA CENTRALE nel provvedimento menzionato all'articolo 42. Il prospetto dimostrativo

della situazione del margine di solvibilità deve essere sottoscritto anche dall'attuario incaricato, qualora presente ai sensi dell'articolo 51.

Articolo 103 – Cessione dei rischi in riassicurazione.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può tener conto, ai fini della copertura delle riserve tecniche e del calcolo del margine di solvibilità, della cessione dei rischi in riassicurazione ad imprese di elevato standing sottoposte a forme di vigilanza prudenziale. La BANCA CENTRALE si riserva di richiedere i trattati di riassicurazione sottoscritti e di valutarne l'ammissibilità ai sensi del presente articolo.

Capo XIII

Misure di salvaguardia

Articolo 104 – Violazione delle norme sulle riserve tecniche o sulle attività a copertura.

1. Qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non osservi le disposizioni sulle riserve tecniche e sulle attività a copertura delle medesime, la BANCA CENTRALE ne contesta la violazione e ordina di conformarsi alle norme violate, assegnando un termine congruo per l'attuazione degli adempimenti richiesti, ma non pregiudizievole per la protezione degli interessi degli assicurati e degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative.

2. La BANCA CENTRALE, nei casi di cui al comma 1, può vietare all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE di compiere atti di disposizione sui beni esistenti nel territorio della Repubblica di San Marino e successivamente può consentirne, con specifiche autorizzazioni, una disponibilità limitata.

3. Se l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non ottempera nel termine assegnato all'ordine di cui al comma 1, la BANCA CENTRALE può:

- a) vietare l'assunzione di nuovi affari, per un periodo fino a sei mesi, allo scopo di salvaguardare gli interessi degli assicurati e degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative;
- b) disporre, avuto riguardo alla gravità della violazione, il vincolo sui singoli attivi iscritti nel registro delle attività a copertura delle riserve tecniche con le modalità previste dall'articolo 107.

4. Il provvedimento viene revocato prima del termine, se l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ha eliminato o posto completo rimedio alla violazione contestata.

Articolo 105 – Violazione delle norme sul margine di solvibilità o sulla quota di garanzia.

1. Qualora l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non disponga del margine di solvibilità nella misura necessaria, la BANCA CENTRALE richiede, ai fini della successiva approvazione, la presentazione di un piano di risanamento entro un termine congruo, ma non pregiudizievole per la protezione degli interessi degli assicurati e degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative.

2. Se il margine di solvibilità si riduce al di sotto della quota di garanzia o se la quota non è più costituita in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 101, la BANCA CENTRALE richiede, ai fini della successiva approvazione, la presentazione, entro un termine congruo, di un piano di finanziamento a breve termine, nel quale sono indicate le misure che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE si propone di adottare per ristabilire la propria situazione finanziaria.

3. Nei casi previsti dai commi 1 e 2, la BANCA CENTRALE può, ai sensi dell'articolo 44 della LISF e senza pregiudizio per l'avvio dei procedimenti straordinari previsti dalla medesima LISF, ordinare all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE di non compiere atti di disposizione sui beni esistenti nel territorio della Repubblica di San Marino.

4. Nei casi di cui al comma 2, la BANCA CENTRALE può anche disporre il vincolo sui singoli attivi iscritti nel registro a copertura delle riserve tecniche con le modalità previste dall'articolo 107.

Articolo 106 – Misure di intervento a tutela della solvibilità prospettica dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

1. Al di fuori dei casi di cui all'articolo 104, qualora i diritti degli assicurati e degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative siano a rischio per effetto del deterioramento della posizione finanziaria dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, la BANCA CENTRALE può imporre, al fine di garantire che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE sia in grado di soddisfare i requisiti di solvibilità nel breve periodo, la costituzione di un margine di solvibilità più elevato, rispetto a quello risultante dall'ultimo bilancio approvato, tenuto conto del piano di risanamento finanziario predisposto dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e riferito ai tre esercizi successivi.

2. La BANCA CENTRALE può stabilire specifiche istruzioni che riguardano, in particolare, i dati e le informazioni da indicare nel piano di risanamento finanziario, che deve includere, in ogni caso, uno stato patrimoniale ed un conto economico per ciascuno degli esercizi considerati, le previsioni relative alla raccolta premi, agli oneri per sinistri liquidati e riservati ed alle spese di gestione, la prevedibile situazione di tesoreria, una esposizione relativa ai mezzi finanziari destinati alla copertura del margine di solvibilità e delle riserve tecniche ed una esposizione della politica di riassicurazione nel suo complesso e delle forme di copertura riassicurativa maggiormente significative.

3. La BANCA CENTRALE, valutata la situazione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, può ridurre il valore di tutti gli elementi che rientrano nel margine di solvibilità disponibile e ciò anche nel caso in cui abbiano subito una significativa diminuzione del valore di mercato nel periodo successivo alla fine del precedente esercizio.

4. In caso di rilevanti modifiche al contenuto o alla qualità dei contratti di riassicurazione rispetto all'esercizio precedente ovvero nel caso in cui i contratti di riassicurazione non prevedano alcun trasferimento del rischio o prevedano un trasferimento di modesta entità, la BANCA CENTRALE può diminuire il coefficiente di riduzione stabilito ai fini del calcolo del margine di solvibilità richiesto.

5. La BANCA CENTRALE non rilascia attestazioni di solvibilità dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, alla quale ha richiesto il piano di risanamento finanziario, fino a quando ritenga che i diritti degli assicurati e degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative siano a rischio.

Articolo 107 – Procedura di apposizione del vincolo sulle attività patrimoniali.

1. Quando il vincolo riguardi beni immobili, la BANCA CENTRALE presenta richiesta alle autorità competenti per l'iscrizione di ipoteca, a favore dei crediti di assicurazione, sui beni immobili e sui diritti immobiliari di godimento dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che sono localizzati nel territorio della Repubblica di San Marino.

2. La BANCA CENTRALE può chiedere l'apposizione del vincolo su ogni altro attivo, diverso da quelli di cui al comma 1, nelle forme previste dalla legge per ciascun tipo di beni o di diritti. Le autorità ed i soggetti cui compete l'esecuzione del provvedimento sono tenuti al compimento degli atti e delle operazioni necessarie per rendere effettivo ed opponibile ai terzi il vincolo ordinato dalla BANCA CENTRALE.

TITOLO X

VIGILANZA INFORMATIVA E ISPETTIVA

Capo I

Vigilanza informativa

Articolo 108 – Variazione degli ESPONENTI AZIENDALI.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve comunicare alla BANCA CENTRALE, entro trenta giorni dalla data di accettazione della nomina, le variazioni dei soggetti che svolgono funzioni di amministrazione, direzione o controllo.

Articolo 109 – Relazione sulle verifiche svolte dalla funzione di controllo interno.

1. Entro il 30 aprile di ogni anno l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve inviare alla BANCA CENTRALE la relazione annuale sulle verifiche effettuate e il piano annuale delle verifiche programmate, predisposti dal responsabile della funzione di controllo interno secondo quanto stabilito dall'articolo 48, unitamente al verbale della seduta del consiglio di amministrazione che ha esaminato tali documenti.

Articolo 110 – Comunicazioni del collegio sindacale.

1. Il collegio sindacale deve informare senza indugio la BANCA CENTRALE di tutti gli atti o i fatti di cui venga a conoscenza nell'esercizio dei propri compiti, che possano costituire un'irregolarità nella gestione ovvero una violazione delle norme che disciplinano l'attività delle IMPRESE DI ASSICURAZIONE. La medesima previsione si applica nei confronti dei soggetti che svolgono gli stessi compiti presso le società che controllano IMPRESE DI ASSICURAZIONE o che sono da queste controllate.

2. I verbali delle riunioni e degli accertamenti del collegio sindacale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE dai quali emergano violazioni delle disposizioni vigenti devono essere trasmessi alla BANCA CENTRALE entro dieci giorni dalla data dell'atto. L'invio è curato dal presidente del collegio sindacale o, in caso di impedimento, dal sindaco più anziano nella carica.

Articolo 111 – Adempimenti della società di revisione.

1. Le società incaricate della revisione contabile dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE devono comunicare senza indugio alla BANCA CENTRALE gli atti o i fatti rilevati nello svolgimento dell'incarico che possano costituire una grave violazione delle norme disciplinanti l'attività delle società sottoposte a revisione ovvero che possano pregiudicare la continuità dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE o comportare un giudizio negativo, un giudizio con rilievi o una dichiarazione di impossibilità di esprimere un giudizio sui bilanci o sui prospetti periodici.

Articolo 112 – Bilancio di esercizio.

1. Copia del bilancio di esercizio ufficiale deve essere inviata alla Banca Centrale entro trenta giorni dalla data di approvazione dell'assemblea.

Articolo 113 – Segnalazioni di vigilanza.

1. Le modalità di compilazione e invio delle segnalazioni periodiche di vigilanza verranno rese note con separato provvedimento.

Articolo 114 – Altre comunicazioni.

1. Oltre ai documenti da trasmettersi con cadenza periodica e di quelli da trasmettere all'occorrenza a corredo delle comunicazioni o domande di autorizzazione previste dal presente Regolamento, le IMPRESE DI ASSICURAZIONE devono inviare alla BANCA CENTRALE copia conforme ed integrale di ogni verbale di assemblea degli azionisti, anche quando non contenga delibere soggette ad obblighi di comunicazione o autorizzazione, unitamente al certificato di vigenza aggiornato, quando le deliberazioni assembleari abbiano determinato l'aggiornamento dei dati ivi riportati.

Il termine per tale invio è di dieci giorni dalla data di conclusione dell'iter legale di perfezionamento dell'atto, ossia dall'ultima, in ordine di tempo, tra quelle di celebrazione, registrazione, deposito ed iscrizione nel Registro delle Società.

2. Fermi restando gli specifici obblighi informativi di cui al presente Capo, la BANCA CENTRALE si riserva la facoltà di richiedere, ai sensi dell'articolo 41 della LISF, l'invio di altre comunicazioni o documentazioni ritenute necessarie, con le modalità all'occorrenza individuate.

Capo II

Vigilanza ispettiva

Articolo 115 – Accertamenti ispettivi.

1. La BANCA CENTRALE esercita i poteri di indagine di cui all'articolo 42 della LISF avvalendosi di propri ispettori ovvero di revisori contabili esterni all'uopo incaricati in base all'articolo 42, comma 3 della LISF.

2. Le ispezioni sono volte ad accertare che l'attività dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE risponda a criteri di sana e prudente gestione e sia espletata nell'osservanza delle disposizioni regolanti l'esercizio dell'attività medesima. In tale quadro, l'accertamento ispettivo valuta la situazione tecnica e organizzativa dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e verifica la correttezza delle informazioni fornite alla BANCA CENTRALE.

Gli accertamenti possono riguardare la complessiva situazione aziendale ("a spettro esteso"), specifici comparti operativi e/o il rispetto di normative di settore ("mirati") nonché la rispondenza di eventuali azioni correttive poste in essere dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ("follow up").

3. Coloro che a nome della BANCA CENTRALE si recano presso gli uffici di una IMPRESA DI ASSICURAZIONE, allo scopo di effettuare indagini, devono esibire:

- a) una lettera di incarico indirizzata all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ispezionata, firmata dal Direttore Generale della Banca Centrale della Repubblica di San Marino e contenente le generalità dei soggetti incaricati;
- b) un documento di riconoscimento in corso di validità.

4. Nel corso delle indagini la BANCA CENTRALE, per il tramite della collaborazione dei soggetti di cui comma 6, può accedere all'intero patrimonio informativo dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, senza preclusione alcuna ed in regime di inapplicabilità dell'obbligo del segreto, in conformità con quanto previsto dall'articolo 36, comma 5, lettera b) della LISF.

5. L'esercizio dei poteri di indagine previsto dall'articolo 42, comma 2 della LISF nei confronti di soggetti ai quali l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ha esternalizzato funzioni aziendali presuppone l'avvio degli

accertamenti nei confronti dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ed avviene in forza della medesima lettera di incarico di cui sopra.

6. Gli ESPONENTI AZIENDALI ed il personale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ispezionata sono tenuti a prestare la massima collaborazione all'espletamento degli accertamenti e, in particolare, devono fornire con tempestività e completezza le informazioni e i documenti che gli incaricati ritengano di acquisire. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve anche attivarsi per garantire che le informazioni e i documenti richiesti dagli incaricati degli accertamenti e in possesso di altri soggetti coinvolti siano tempestivamente resi disponibili.

Articolo 116 – Rapporto ispettivo.

1. Il “rapporto ispettivo”, redatto a conclusione degli accertamenti e destinato all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE quale soggetto ispezionato, contiene la descrizione circostanziata dei fatti ed atti aziendali riscontrati che non siano risultati in linea con i criteri di corretta gestione ovvero con la normativa regolante l'esercizio dell'attività.

2. La chiusura degli accertamenti viene comunicata dalla BANCA CENTRALE al soggetto ispezionato con lettera sottoscritta da un componente del Coordinamento della Vigilanza. Il rapporto ispettivo viene notificato entro i sessanta giorni successivi alla data di chiusura degli accertamenti, agli ESPONENTI AZIENDALI del soggetto ispezionato e, per le sole parti di competenza, ai revisori contabili e attuari incaricati del soggetto ispezionato medesimo o al Commissario nominato dalla BANCA CENTRALE e ai membri dei disciolti organi, nei casi in cui dagli accertamenti sia derivata l'adozione di un provvedimento ai sensi della Parte II, Titolo II, Capi I o II della LISF.

3. Nel termine di trenta giorni dalla notifica del rapporto ispettivo il soggetto ispezionato, così come i revisori contabili e gli attuari incaricati, devono far conoscere alla BANCA CENTRALE le proprie considerazioni in ordine a quanto emerso dall'ispezione, nonché gli interventi già attuati e quelli programmati per eliminare le anomalie e le manchevolezze accertate.

4. Resta ferma la disciplina relativa alla distinta procedura di irrogazione di sanzioni amministrative in caso di violazioni sanzionabili riscontrate nel corso dell'accertamento ispettivo.

TITOLO XI
CONTENUTO MINIMO DEI CONTRATTI, TRASPARENZA DELLE
INFORMAZIONI E PROTEZIONE DELL'ASSICURATO

Capo I

Contenuto contrattuale minimo

Articolo 117 – Contenuto minimo dei contratti assicurativi rami vita.

1. Fermo restando quanto previsto dalla LISF e dalle disposizioni attuative contenute nel presente Regolamento, i contratti stipulati da un'IMPRESA DI ASSICURAZIONE autorizzata all'esercizio di uno o più dei rami previsti dall'articolo 5, devono contenere almeno le disposizioni indicate nel presente Capo.

Articolo 118 – Revocabilità della proposta.

1. La proposta relativa ad un contratto di assicurazione sulla vita è revocabile. Le somme eventualmente pagate dal contraente devono essere restituite dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione della revoca.

Articolo 119 – Diritto di recesso.

1. Il contraente può recedere dal contratto di assicurazione sulla vita entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve informare il contraente del diritto di recesso di cui al comma 1. I termini e le modalità per l'esercizio dello stesso devono essere espressamente evidenziati nella proposta e nel contratto di assicurazione.

3. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, entro trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, deve rimborsare al contraente il premio eventualmente corrisposto, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ha diritto al rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto.

Articolo 120 – Diritto di riscatto e di riduzione.

1. I contratti di assicurazione sulla vita devono regolare i diritti di riscatto e di riduzione della somma assicurata, in modo tale che l'assicurato sia in grado, in ogni momento, di conoscere quale sarebbe il valore di riscatto o di riduzione dell'assicurazione.

Articolo 121 – Assicurazione in nome altrui.

1. Se il contraente stipula l'assicurazione in nome altrui senza averne il potere, l'interessato può ratificare il contratto anche dopo la scadenza o il verificarsi del sinistro.
2. Il contraente è tenuto personalmente ad osservare gli obblighi derivanti dal contratto fino al momento in cui l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ha avuto notizia della ratifica o del rifiuto di questa. Egli deve all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE i premi del periodo in corso nel momento in cui l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ha avuto notizia del rifiuto della ratifica.

Articolo 122 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.

1. Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.
2. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.
3. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.
4. Per il rimborso dei premi pagati all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Articolo 123 – Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave.

1. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto, quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave.
2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
3. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, nel caso di contratti che prevedevano il versamento di premi annui, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

4. Se l'assicurazione riguarda più persone, il contratto è valido per quelle persone alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Articolo 124 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.

1. Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte o le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

2. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Articolo 125 – Mancato pagamento dei premi.

1. In caso di contratti che prevedono il versamento di premi annui, se il contraente non paga il premio relativo al primo anno, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto.

2. Se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza il contratto è risolto di diritto e i premi pagati restano acquisiti all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, salvo l'esercizio del diritto di riscatto o riduzione della somma assicurata.

Articolo 126 – Cambiamenti di professione dell'assicurato.

1. I cambiamenti di professione o di attività dell'assicurato non fanno cessare gli effetti dell'assicurazione, qualora non aggravino il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non avrebbe consentito l'assicurazione.

2. Qualora i cambiamenti siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, il pagamento della somma assicurata è ridotto in proporzione del minor premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato stabilito.

3. Se l'assicurato dà notizia dei suddetti cambiamenti all'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, questi, entro quindici giorni, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la somma assicurata o elevare il premio.

4. Se l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE dichiara di voler modificare il contratto in uno dei due sensi sopra indicati, l'assicurato, entro quindici giorni successivi, deve dichiarare se intende accettare la proposta.

5. Se l'assicurato dichiara di non accettare, il contratto è risolto, salvo il diritto dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE al premio relativo al periodo di assicurazione in corso e salvo il diritto dell'assicurato al riscatto. Il silenzio dell'assicurato vale come adesione alla proposta dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.

Articolo 127 – Suicidio dell'assicurato.

1. In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non è tenuta al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario.

2. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE non è nemmeno obbligata se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

Capo II

Pubblicità e trasparenza

Articolo 128 – Pubblicità dei contratti assicurativi.

1. La pubblicità utilizzata per i contratti dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE è effettuata avendo riguardo alla correttezza dell'informazione ed alla conformità rispetto al contenuto della nota informativa di cui al successivo articolo 131 e delle CONDIZIONI CONTRATTUALI cui i prodotti stessi si riferiscono, anche qualora la pubblicità sia autonomamente effettuata dagli intermediari assicurativi.

2. La BANCA CENTRALE sospende in via cautelare, per un periodo non superiore a novanta giorni, la diffusione della pubblicità in caso di fondato sospetto di violazione delle disposizioni in materia di trasparenza e correttezza.

3. La BANCA CENTRALE può vietare la diffusione della pubblicità in caso di accertata violazione delle disposizioni in materia di trasparenza e correttezza.

Articolo 129 – Regole di comportamento.

1. Nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE deve:

- a) comportarsi con diligenza, correttezza e trasparenza nei confronti dei contraenti e degli assicurati;
- b) acquisire dai contraenti le informazioni necessarie a valutare le esigenze assicurative o previdenziali ed operare in modo che siano sempre adeguatamente informati;

- c) organizzarsi in modo tale da identificare ed evitare conflitti di interesse ove ciò sia ragionevolmente possibile e, in situazioni di conflitto, agire in modo da consentire agli assicurati la necessaria trasparenza sui possibili effetti sfavorevoli e comunque gestire i conflitti di interesse in modo da escludere che rechino loro pregiudizio;
- d) realizzare una gestione finanziaria sana e prudente e adottare misure idonee a salvaguardare i diritti dei contraenti e degli assicurati.

Articolo 130 – Misure cautelari ed interdittive.

1. Avuto riguardo all'obiettivo di protezione degli assicurati, la BANCA CENTRALE sospende in via cautelare, per un periodo non superiore a novanta giorni, la commercializzazione del prodotto in caso di fondato sospetto di violazione delle disposizioni del presente Regolamento o delle relative norme di attuazione.

2. La BANCA CENTRALE vieta la commercializzazione in caso di accertata violazione delle disposizioni indicate al comma 1 e dispone, a cura e spese dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE o dell'intermediario assicurativo interessato, la diffusione al pubblico, mediante le forme più utili alla generale conoscibilità dei provvedimenti adottati.

Articolo 131 – Nota informativa.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE consegna al contraente, prima della conclusione del contratto ed unitamente alle CONDIZIONI CONTRATTUALI, una nota informativa predisposta nel rispetto delle disposizioni del presente articolo. Unitamente alla nota informativa dovrà essere consegnato un progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni assicurate e dei premi nel corso della durata contrattuale.

2. La nota informativa contiene le informazioni necessarie, a seconda delle caratteristiche dei prodotti e dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE, affinché il contraente e l'assicurato possano pervenire a un fondato giudizio sui diritti e gli obblighi contrattuali e sulla situazione patrimoniale dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE. Il contenuto minimale della nota informativa è riportato nel punto A) dell'Allegato G.

3. La BANCA CENTRALE può determinare le informazioni supplementari che sono necessarie alla piena comprensione delle caratteristiche essenziali del contratto con particolare riguardo ai costi ed ai rischi del contratto ed alle operazioni in conflitto di interesse. Al contraente di un'assicurazione sulla vita sono altresì comunicate, per tutto il periodo di durata del contratto, le informazioni minimali contenute nel punto B) dell'Allegato G.

4. Le informazioni di cui ai commi 2 e 3, devono essere formulate per iscritto con chiarezza e precisione e devono essere redatte in lingua italiana, salvo che il contraente ne richieda la redazione in un'altra lingua.

Articolo 132 – Invio preventivo della nota informativa.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE invia preventivamente alla BANCA CENTRALE la nota informativa – completa del progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni assicurate e dei premi nel corso della durata contrattuale – e le CONDIZIONI CONTRATTUALI relative ai prodotti che intendono offrire. Decorsi trenta giorni dalla data di ricezione senza che la BANCA CENTRALE abbia chiesto modifiche o integrazioni, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può dare corso all'offerta. L'invio preventivo non è richiesto qualora il contratto stabilisca espressamente che il contraente può essere solo un CLIENTE PROFESSIONALE.

Articolo 132 bis – Informativa precontrattuale e realizzazione dei prodotti assicurativi.

1. Le imprese di assicurazione che commercializzano prodotti assicurativi nel territorio della Repubblica di San Marino, sono altresì tenute ad osservare le disposizioni di cui all'allegato I.

TITOLO XII

ATTIVITÀ TRANSFRONTALIERA

Articolo 133 – Stabilimento di succursali o prestazione di servizi senza stabilimento all'estero.

1. L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE che intende stabilire succursali in paesi esteri o prestare servizi all'estero senza stabilimento, nel rispetto delle disposizioni vigenti nell'ordinamento del paese ospitante, deve presentare alla BANCA CENTRALE una domanda di autorizzazione contenente le seguenti informazioni:

- a) lo Stato estero nel cui territorio l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE intende stabilire una SUCCURSALE o operare in regime di libera prestazione di servizi;
- b) l'inquadramento dell'iniziativa nella complessiva strategia di espansione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE;
- c) l'attività che l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE intende effettuare nello Stato ospitante, con particolare riferimento ai rischi ed alle obbligazioni che essa intenda assumere e alle modalità di commercializzazione degli stessi;
- d) la struttura organizzativa della succursale, l'indirizzo previsto, il nominativo del rappresentante generale che deve essere munito di un mandato comprendente espressamente anche i poteri di rappresentare l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE in giudizio e davanti a tutte le autorità dello Stato estero.

2. Entro novanta giorni dalla ricezione della domanda, la BANCA CENTRALE, valutati gli effetti sulla sana e prudente gestione dell'IMPRESA DI ASSICURAZIONE e la possibilità di svolgere pienamente i propri controlli di vigilanza, emana un provvedimento di autorizzazione o di diniego all'apertura della succursale all'estero o alla prestazione di servizi senza stabilimento.

3. Successivamente all'autorizzazione, l'IMPRESA DI ASSICURAZIONE può inoltrare l'istanza all'Autorità di Vigilanza dello Stato estero e deve informare la BANCA CENTRALE sull'esito della stessa e, in caso di esito positivo, comunicare tempestivamente alla BANCA CENTRALE l'effettivo inizio dell'attività della succursale o della prestazione di servizi senza stabilimento.

TITOLO XIII

DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 134 – Entrata in vigore.

Il presente Regolamento entra in vigore il 5 maggio 2008.

**ALLEGATI AL
REGOLAMENTO IN MATERIA DI
ATTIVITA' ASSICURATIVA RAMI VITA**

anno 2008 / numero 01

ALLEGATO A	Moduli per l'autodichiarazione dei requisiti di onorabilità e di indipendenza
ALLEGATO B	Schema per la redazione e la tenuta dei registri obbligatori
ALLEGATO C	Schema di comunicazione degli elementi essenziali delle basi tecniche utilizzate per il calcolo dei premi e delle riserve di ciascuna tariffa
ALLEGATO D	Schema di relazione tecnica sulla tariffa
ALLEGATO E	Principi e metodi di calcolo delle riserve aggiuntive per rischio di tasso di interesse garantito
ALLEGATO F	Ammissibilità di strumenti ibridi di patrimonializzazione e passività subordinate nel calcolo del margine disponibile
ALLEGATO G	Contenuto minimo delle informazioni alla clientela
ALLEGATO G	Governo e controllo dei prodotti assicurativi
ALLEGATO I	Informativa precontrattuale, pubblicità e realizzazione dei prodotti assicurativi

ALLEGATO

A

Moduli per l'autodichiarazione dei requisiti di onorabilità e di indipendenza

AUTODICHIARAZIONE REQUISITI DI ONORABILITA'

Io sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in _____

codice I.S.S./Fiscale _____, cittadino/a _____, pienamente
consapevole delle responsabilità civili e penali che mi assumo per la veridicità delle dichiarazioni qui sotto
elencate

DICHIARO

ai sensi della Legge 17 novembre 2005 n.165 e del Reg.2008-01 emanato dalla Banca Centrale della
Repubblica di San Marino, quanto segue:

1) nell'ultimo quinquennio ho risieduto anagraficamente per il periodo maggiore al seguente indirizzo:

_____ ¹;

2) dalla certificazione allegata, emessa dalla pubblica autorità competente territorialmente sulla base della
residenza dichiarata al precedente punto 1, non emergono a mio carico elementi pregiudizievoli ai fini del
possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalle vigenti disposizioni di vigilanza;

3) non sono attualmente a conoscenza di procedimenti/procedure/atti pregiudizievoli a mio carico, già
conclusi o tuttora pendenti presso qualsivoglia altra giurisdizione, diversa da quella di cui al precedente
punto 2, tali da compromettere il possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalle vigenti disposizioni di
vigilanza;

4) non ricado in alcune delle situazioni impeditive previste dall'articolo 24, comma1, lettera d) del sopra
citato Regolamento.

AUTORIZZO

infine, la Banca Centrale della Repubblica di San Marino ad eseguire presso gli Uffici competenti le verifiche
che riterrà opportune per accertare la veridicità delle dichiarazioni da me rese nel presente documento.

In Fede.

Repubblica di San Marino, addì _____

¹ Inserire: nome Città (nome del Paese), nome della via/piazza e numero civico.

AUTODICHIARAZIONE DEI REQUISITI DI INDIPENDENZA PER L'ASSUNZIONE
DELL'INCARICO DI AMMINISTRATORE O SINDACO DI UNA IMPRESA DI
ASSICURAZIONE

Io sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente a _____
in _____, cittadino/a _____,
pienamente consapevole delle responsabilità civili e penali che mi assumo per la veridicità delle dichiarazioni
qui sotto elencate, ai fini di assumere l'incarico di _____⁽²⁾ della
società _____
_____ ⁽³⁾

DICHIARO

ai sensi della Legge 17 novembre 2005 n.165 e dei provvedimenti attuativi emanati dalla Banca Centrale
della Repubblica di San Marino, quanto segue:

1) nel corso dell'ultimo anno ho avuto i seguenti rapporti di affari, professionali o di lavoro subordinato con
la società sopra indicata, o con società controllanti la medesima o dalla stessa controllate o alla stessa
collegate o sottoposte a comune controllo o con i suoi amministratori:

_____ ⁽⁴⁾;

2) non sono coniuge, parente o affine entro il quarto grado di alcuno degli amministratori o degli azionisti
di controllo della società per la quale assumerò l'incarico;

3) non sono titolare, direttamente o indirettamente, di partecipazioni superiori al 2 per cento del capitale
con diritto di voto della società per la quale assumerò l'incarico né aderisco a patti parasociali aventi per
oggetto o per effetto l'esercizio del controllo sulla società stessa.

AUTORIZZO

la Banca Centrale della Repubblica di San Marino ad eseguire presso gli Uffici competenti le verifiche che
riterrà opportune per accertare la veridicità delle dichiarazioni da me rese nel presente documento.

In Fede.

Repubblica di San Marino, addì _____

² Indicare se AMMINISTRATORE o SINDACO

³ Indicare la denominazione completa dell'impresa di assicurazione autorizzata dalla Banca Centrale della Repubblica di San Marino

⁴ Specificare la natura dei rapporti avuti e il compenso o retribuzione percepiti. In caso negativo, indicare: NESSUNO.

ALLEGATO

B

Schema per la redazione e la tenuta dei registri obbligatori

CONTENUTO DEI REGISTRI OBBLIGATORI E MODALITA' DI COMPILAZIONE E CONSERVAZIONE

Tutti i registri devono essere tenuti, eventualmente anche in forma elettronica, in modo che sia assicurata la continuità e integrazione delle registrazioni, l'impossibilità di modificare o cancellare registrazioni senza tenere traccia degli interventi effettuati, la ricostruibilità della serie storica e cronologica delle registrazioni.

Articolo 1 - Registro delle attività a copertura delle riserve tecniche vita.

1. Nel registro delle attività a copertura delle riserve tecniche vita l'impresa di assicurazione riporta l'elenco analitico e la situazione riepilogativa delle attività assegnate alla copertura delle riserve tecniche alla fine di ciascun mese.

2. Il registro è suddiviso in due sezioni:

- a) la prima sezione riporta le attività a copertura delle riserve tecniche diverse da quelle relative a contratti direttamente collegati a indici, a quote di OIC, a fondi dedicati o derivanti dalla gestione dei fondi pensione;
- b) la seconda sezione riporta le attività a copertura delle riserve tecniche relative a contratti direttamente collegati a indici, a quote di OIC, a fondi dedicati derivanti dalla gestione di fondi pensione.

3. In ciascuna sezione del registro sono annotati mensilmente i movimenti in entrata o in uscita delle singole attività non oltre la fine del mese successivo a quello in cui sono state effettuate le operazioni.

4. Tra i movimenti sono riportate le variazioni in aumento o in diminuzione degli attivi e l'iscrizione di nuove attività, registrando in uscita l'intero importo precedente ed in entrata l'intero nuovo importo della medesima attività. Per ciascun movimento sono annotati la data di registrazione, la descrizione dell'attività, il relativo codice e l'importo. Per i depositi bancari, i crediti e gli altri attivi si fa riferimento alle variazioni complessive degli stessi risultanti dai saldi mensili.

5. Le attività a copertura delle riserve tecniche di cui alla prima sezione sono iscritte nel registro sulla base dei valori risultanti dall'ultimo bilancio approvato ed al costo per le acquisizioni effettuate nell'esercizio.

6. Entro il mese successivo all'approvazione del bilancio sono riportate nel registro le variazioni di valore delle attività destinate a copertura delle riserve tecniche di cui alla prima sezione.

7. Le attività a copertura delle riserve relative ai contratti collegati a fondi interni, indici, fondi dedicati e derivanti dalla gestione dei fondi pensione sono iscritte nel registro sulla base del valore corrente.

8. Al termine di ciascun mese, l'impresa di assicurazione riporta in ciascuna sezione del registro l'elenco analitico delle attività a copertura delle riserve tecniche. Può essere omesso l'elenco analitico dei crediti e degli altri attivi.

9. Al termine di ciascun mese, l'impresa di assicurazione evidenzia in ciascuna sezione del registro l'importo complessivo delle riserve tecniche da coprire e l'importo totale delle attività a copertura delle riserve tecniche, distinto per codice.

10. Per ciascuna sezione l'impresa di assicurazione determina, alla fine di ciascun trimestre solare, l'importo complessivo delle riserve tecniche relative ai contratti in vigore alla data di riferimento. Entro il mese successivo a quello di riferimento l'impresa di assicurazione riporta nel registro l'importo aggiornato delle riserve tecniche.

Articolo 2 - Registro dei contratti.

1. Il registro dei contratti si suddivide in:

- a) registro dei contratti emessi, disciplinato al successivo articolo 3;
- b) registro dei contratti stornati, disciplinato al successivo articolo 4;
- c) registro dei contratti scaduti, disciplinato al successivo articolo 5;
- d) registro dei contratti riscattati, disciplinato al successivo articolo 6;
- e) registro dei contratti trasformati, disciplinato al successivo articolo 7.

Articolo 3 - Registro dei contratti emessi.

1. Nel registro dei contratti emessi l'impresa di assicurazione riporta analiticamente, in ordine cronologico, i contratti emessi, ivi compresi i contratti acquisiti tramite trasferimenti di portafoglio da altre imprese e i contratti derivanti da trasformazione di precedenti contratti.

2. Il registro è suddiviso in due sezioni:

- a) la prima sezione, contenente i dati relativi ai contratti di nuova emissione;
- b) la seconda sezione contenente i dati relativi ai contratti già emessi.

3. Nella prima sezione del registro dei contratti emessi l'impresa di assicurazione indica:

- a) la data di emissione del contratto;
- b) il numero del contratto;
- c) il codice tariffa assegnato dall'impresa;

- d) la data di ricevimento della proposta;
- e) il numero della proposta;
- f) gli estremi identificativi del contraente;
- g) la periodicità dei pagamenti;
- h) il frazionamento del premio annuo in termini di numero di rate;
- i) la data di decorrenza del contratto;
- j) la data di scadenza del contratto;
- k) la durata del contratto;
- l) il premio unico o di prima annualità, o la prima rata di premio in caso di frazionamento;
- m) il ramo o sottoramo interessato;
- n) i dati identificativi dell'intermediario.

4. Al termine di ciascun esercizio, l'impresa di assicurazione evidenzia nella prima sezione del registro il numero complessivo dei contratti e l'importo totale dei relativi premi, distinti per ramo e sottoramo, separatamente per i contratti di nuova emissione, per quelli acquisiti tramite trasferimenti di portafoglio e per quelli derivanti da trasformazione.

5. Nella seconda sezione del registro l'impresa di assicurazione indica:

- a) la data di emissione della quietanza di premio;
- b) il numero del contratto;
- c) la periodicità del versamento;
- d) il frazionamento del premio annuo in termini di numero di rate;
- e) il numero d'ordine del premio annuo, del premio unico ricorrente, dei versamenti aggiuntivi o della rata in caso di frazionamento;
- f) la data di scadenza nel caso di premi annui o di premi unici ricorrenti o la data di riscossione nel caso di versamenti aggiuntivi;
- g) il premio di annualità successive, il versamento aggiuntivo o la rata di premio successiva alla prima come risultanti dalla quietanza;
- h) il ramo o sottoramo interessato.

6. Nella seconda sezione del registro l'impresa di assicurazione riporta altresì le quietanze di premio stornate e in particolare le quietanze iscritte nella predetta sezione e non pagate o relative a contratti oggetto di trasferimento di portafoglio.

7. Al termine di ciascun esercizio, l'impresa di assicurazione evidenzia nella seconda sezione del registro l'importo totale dei premi, distinti per ramo e sottoramo e per anno di scadenza, e l'importo totale dei premi relativi a quietanze di premio non pagate o trasferite, distinte per ramo e per anno di effetto.

Articolo 4 - Registro dei contratti stornati.

1. Nel registro dei contratti stornati l'impresa di assicurazione riporta analiticamente, in ordine cronologico di storno, i contratti stornati a seguito di risoluzione, di mancato perfezionamento o di esercizio del diritto di recesso e i contratti ceduti tramite trasferimento di portafoglio.

2. Nel registro l'impresa di assicurazione indica:

- a) la data di effetto dello storno;
- b) il numero del contratto;
- c) la data di decorrenza del contratto;
- d) gli estremi identificativi del contraente;
- e) il premio, unico o di prima annualità, o la prima rata di premio in caso di frazionamento relativi a contratti di nuova emissione eventualmente stornati;
- f) il ramo o sottoramo interessato;
- g) un codice identificativo della causale dello storno del contratto.

3. Al termine di ciascun esercizio, l'impresa di assicurazione evidenzia nel registro il numero complessivo dei contratti e l'importo totale dei premi stornati, distinti per ramo e sottoramo.

Articolo 5 - Registro dei contratti scaduti.

1. Nel registro dei contratti scaduti l'impresa di assicurazione riporta analiticamente, in ordine cronologico di scadenza, i contratti giunti a scadenza.

2. Nel registro l'impresa di assicurazione indica:

- a) la data in cui il contratto è scaduto;
- b) il numero del contratto;
- c) la data di decorrenza del contratto;
- d) gli estremi identificativi del contraente;
- e) la somma da pagare o eventualmente pagata;
- f) un codice identificativo della prestazione;
- g) il ramo interessato.

3. Al termine di ciascun esercizio, l'impresa di assicurazione evidenzia nel registro il numero complessivo dei contratti scaduti e l'importo totale delle somme, distinti per ramo e sottoramo.

Articolo 6 - Registro dei contratti riscattati.

1. Nel registro dei contratti riscattati l'impresa di assicurazione riporta analiticamente, in ordine cronologico

di richiesta, i contratti per i quali sia stato esercitato il diritto di riscatto.

2. Nel registro l'impresa di assicurazione indica:

- a) la data di ricevimento della richiesta del riscatto del contratto;
- b) il numero del contratto;
- c) la data di decorrenza del contratto;
- d) gli estremi identificativi del contraente;
- e) la somma da pagare;
- f) il ramo o sottoramo interessato;
- g) un codice che individui le richieste di riscatto del contratto parziale o totale.

3. Al termine di ciascun esercizio, l'impresa di assicurazione evidenzia nel registro, separatamente per i riscatti parziali e per quelli totali, il numero complessivo dei contratti riscattati e l'importo totale delle somme da pagare, distinti per ramo e sottoramo.

Articolo 7 - Registro dei contratti trasformati.

1. Nel registro dei contratti trasformati l'impresa di assicurazione riporta analiticamente, in ordine cronologico di ricevimento dell'atto con il quale il contraente manifesta la propria volontà, i contratti emessi che siano stati trasformati in altre forme contrattuali.

2. Nel registro l'impresa di assicurazione indica:

- a) la data di ricevimento dell'atto con il quale il contraente manifesta la propria volontà di trasformare il contratto;
- b) il numero del contratto trasformato;
- c) la data di decorrenza del contratto trasformato;
- d) gli estremi identificativi del contraente;
- e) un codice che individui le trasformazioni realizzate attraverso il riscatto del precedente contratto;
- f) la riserva matematica maturata o il valore di riscatto del contratto trasformato;
- g) il ramo o sottoramo interessato per il contratto trasformato;
- h) il numero del nuovo contratto;
- i) il ramo interessato per il nuovo contratto.

3. Al termine di ciascun esercizio, l'impresa di assicurazione evidenzia nel registro il numero complessivo dei contratti trasformati, distinti per ramo e sottoramo di provenienza, dando separata evidenza del numero delle trasformazioni realizzate attraverso il riscatto del contratto.

Articolo 8 - Registro dei sinistri.

Il registro dei sinistri si suddivide in:

- a) registro dei sinistri denunciati, come disciplinato all'articolo 9;
- b) registro dei sinistri pagati, come disciplinato all'articolo 10.

Articolo 9 - Registro dei sinistri denunciati.

1. Nel registro dei sinistri denunciati l'impresa di assicurazione riporta analiticamente i sinistri secondo l'ordine cronologico con il quale pervengono le relative denunce.

2. Nel registro l'impresa di assicurazione indica:

- a) la data di ricevimento della denuncia;
- b) il numero del contratto;
- c) la data di decorrenza del contratto;
- d) la data di accadimento del sinistro;
- e) gli estremi identificativi dell'assicurato;
- f) il ramo o sottoramo interessato.

3. Al termine di ciascun esercizio, l'impresa di assicurazione evidenzia nel registro il numero complessivo dei sinistri denunciati, distinti per ramo e sottoramo.

Articolo 10 - Registro dei sinistri pagati.

1. Nel registro dei sinistri pagati l'impresa di assicurazione riporta analiticamente, in ordine cronologico di pagamento, le somme pagate a titolo di capitali e rendite maturati, riscatti e sinistri.

2. Nel registro l'impresa di assicurazione indica:

- a) la data di pagamento delle somme;
- b) il numero del contratto;
- c) la data di decorrenza del contratto;
- d) gli estremi del beneficiario risultanti dal mezzo di pagamento utilizzato;
- e) l'importo pagato;
- f) il ramo o sottoramo interessato;
- g) la causale del pagamento.

3. Al termine di ciascun esercizio, l'impresa di assicurazione evidenzia nel registro il numero complessivo e l'importo totale dei sinistri pagati, distinti per ramo e sottoramo nonché per causale di pagamento.

Articolo 11 - Registro dei reclami e informativa all'Autorità di Vigilanza.

1. L'impresa di assicurazione riporta i reclami ricevuti in un registro nel quale vengono riportati:

- a) le generalità del reclamante;
- b) la data di ricezione del reclamo;
- c) la polizza alla quale si riferisce il reclamo;
- d) una sintetica descrizione del contenuto del reclamo;
- e) una sintetica descrizione dell'esito del reclamo e degli eventuali interventi adottati dall'impresa di assicurazione.

ALLEGATO

C

**Schema di comunicazione degli elementi essenziali
delle basi tecniche utilizzate per il calcolo dei premi e
delle riserve di ciascuna tariffa**

**INFORMAZIONI DESCRITTIVE SUI CONTRATTI ASSICURATIVI E SULLE RELATIVE
TARIFFE**

1. Denominazione dell'impresa di assicurazione e denominazione della tariffa.
2. Descrizione dettagliata delle prestazioni derivanti dai contratti.
3. Descrizione della struttura dei caricamenti gravanti sui premi.
4. Indicazione degli attivi sottostanti.
5. Descrizione della struttura dei costi gravanti sugli attivi.
6. Descrizione della struttura delle garanzie ed indicazione delle modalità con cui operano.
7. Descrizione delle modalità di partecipazione agli utili.
8. Giudizio dell'attuario incaricato sulla tariffa che compongono il contratto come risultano dalla relazione tecnica della tariffa.

ALLEGATO

D

Schema di relazione tecnica sulla tariffa

SCHEMA DI RELAZIONE TECNICA SULLA TARIFFA

La relazione tecnica sulle tariffe dell'impresa di assicurazione che esercita i rami vita, nella quale è riportata la valutazione dell'attuario incaricato in merito alle ipotesi poste alla base del calcolo del premio, è preceduta dalla seguente intestazione:

“RELAZIONE TECNICA DI CUI AL REGOLAMENTO N. 2008-01, ARTICOLO 62, COMMA 1, PER LA TARIFFA (CODICE TARIFFA ASSEGNATO DALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE) DI RAMO (INDICAZIONE DEL RAMO O SOTTORAMO) DELLA SOCIETA' (DENOMINAZIONE IMPRESA)”.

1. INFORMAZIONI GENERALI

L'attuario incaricato indica il periodo di commercializzazione, la denominazione commerciale del prodotto e fornisce evidenza se trattasi di una modifica tariffaria o di una nuova tariffa.

Qualora la tariffa, oggetto della relazione, sia parte di un contratto assicurativo derivante dall'abbinamento di più tariffe, l'attuario incaricato illustra, in sintesi, i principali elementi che caratterizzano il contratto nel suo complesso e che consentano di individuare le tariffe collegate.

2. TIPOLOGIA DELLA TARIFFA

Il paragrafo riporta una descrizione sintetica degli elementi essenziali che caratterizzano la tariffa quali, la forma tariffaria, la categoria assicurativa, la descrizione della prestazione assicurativa con indicazione delle eventuali garanzie complementari, la tipologia del premio. L'attuario incaricato indica altresì il campo di applicazione della tariffa con riferimento ad eventuali limitazioni alla durata della copertura assicurativa, ai livelli di premio, nonché ad ogni elemento in capo al profilo di rischio degli assicurati.

3. DESCRIZIONE DELLE BASI TECNICHE UTILIZZATE

L'attuario incaricato descrive le basi tecniche adottate dall'impresa di assicurazione ai fini della determinazione tariffaria e fornisce indicazioni sulla tipologia e la fonte dei dati utilizzati, specificando se sono desunti da esperienze aziendali od esogene all'impresa di assicurazione (elaborazioni e fonti statistiche di mercato, statistiche di altre imprese, studi internazionali, ecc.).

Le indicazioni sono fornite nei seguenti sottoparagrafi:

3.1 Basi finanziarie;

3.2 Basi demografiche;

3.3 Altre basi tecniche (ivi compresi i caricamenti).

4. VERIFICA SULLE BASI TECNICHE UTILIZZATE

L'attuario incaricato illustra i controlli da lui operati per la verifica dell'adeguatezza delle basi tecniche adottate dall'impresa di assicurazione, anche tenuto conto dei criteri prudenziali stabiliti dal presente Regolamento ai quali la società si attiene ai fini della determinazione tariffaria. Qualora l'impresa di assicurazione si sia avvalsa di basi tecniche, diverse da quelle finanziarie, desunte da esperienze internazionali, l'attuario incaricato riferisce in merito agli esiti delle verifiche operate dalla compagnia concernenti la sostenibilità delle stesse rispetto ai rischi che quest'ultima intende assumere. L'attuario incaricato qualora accerti situazioni di criticità o anomalie, illustra in maniera dettagliata gli elementi riscontrati.

5. METODOLOGIA ADOTTATA PER IL CALCOLO DEL PREMIO

L'attuario incaricato descrive la metodologia adottata dall'impresa di assicurazione ai fini della determinazione tariffaria fornendo le formule di calcolo relative ai singoli elementi che conducono alla determinazione del premio di tariffa. L'attuario incaricato attesta di aver verificato, anche attraverso analisi di tipo campionario, che i premi di tariffa applicati dall'impresa di assicurazione, siano determinati in modo corretto. Qualora l'attuario incaricato accerti la presenza di anomalie o incongruenze nell'applicazione della metodologia adottata dall'impresa di assicurazione ne dà idonea illustrazione all'interno del paragrafo.

5.1 Premio puro

Il paragrafo riporta la formula per il calcolo dei tassi di premio puro.

5.2 Legge di caricamento

Il paragrafo riporta la legge di caricamento, con l'evidenza di tutti gli elementi di costo gravanti sul premio, di natura fissa e/o variabile.

5.3 Premio di tariffa

Il paragrafo riporta la formula per il calcolo dei tassi di premio di tariffa.

6. RISERVE TECNICHE

L'attuario incaricato riporta le formule di calcolo relative alle singole componenti delle riserve tecniche (matematica, spese, ecc..) inizialmente previste.

7. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE AGLI UTILI.

Il paragrafo descrive le garanzie offerte direttamente dall'impresa di assicurazione, le modalità di riconoscimento di utili demografici e finanziari, segnala l'esistenza di minimi trattenuti e riporta le aliquote minime e/o massime di retrocessione dei contratti rivalutabili nonché eventuali commissioni sugli attivi sottostanti.

8. RIDUZIONE E RISCATTO

Nel paragrafo viene riportata la descrizione delle modalità di riduzione e di riscatto e delle relative formule di calcolo nonché le eventuali regole applicative dei costi in caso di *switch* tra fondi interni e/o gestioni separate.

9. OSSERVAZIONI

L'attuario incaricato riporta eventuali osservazioni emerse nell'ambito delle proprie verifiche. Qualora l'impresa di assicurazione abbia previsto di far ricorso a mezzi propri ai sensi dell'articolo 54 del presente Regolamento, l'attuario incaricato illustra gli effetti in termini quantitativi di tale scelta e riporta gli esiti della verifica di sostenibilità della tariffa rispetto alla situazione patrimoniale e finanziaria dell'impresa di assicurazione.

10. GIUDIZIO SULLA TARIFFA

L'attuario incaricato rilascia un'attestazione contenente il proprio giudizio sulla tariffa. Qualora il giudizio risulti negativo l'attuario incaricato riporta dettagliatamente le motivazioni in base alle quali ravvisa la non conformità della tariffa alle norme di legge e regolamentari vigenti.

Riportare data della relazione tecnica e firma dell'attuario incaricato.

ALLEGATO

E

Principi e metodi di calcolo delle riserve aggiuntive per rischio di tasso di interesse garantito

CAPO I

RENDIMENTO ATTUALE E PREVEDIBILE

Articolo 1 - Principi di calcolo del rendimento attuale e prevedibile per i contratti collegati a gestioni interne separate.

1. Per i contratti a prestazioni rivalutabili collegati a gestioni interne separate, l'impresa di assicurazione calcola il rendimento attuale e prevedibile delle attività rappresentative delle riserve matematiche, come rapporto tra i redditi e le giacenze medie attesi del complesso degli attivi. Il rendimento prevedibile è definito per ciascuno degli esercizi contabili della gestione separata che cadono nell'orizzonte temporale, di cui al successivo articolo 4.

2. Il rendimento attuale è rappresentato dal rendimento in corso di maturazione al momento delle valutazioni.

3. L'impresa di assicurazione può limitare le valutazioni di cui ai commi 1 e 2 alle sole gestioni interne separate ritenute significative per livello dimensionale o per livello di rischiosità delle garanzie finanziarie offerte. In ogni caso la valutazione deve essere estesa ad almeno l'ottanta per cento del complesso delle riserve matematiche relative ai contratti collegati a gestioni interne separate e deve riguardare intere gestioni separate.

4. Per i contratti le cui prestazioni sono collegate alle gestioni interne separate non ritenute significative ed escluse dalle valutazioni di cui al comma 3, l'impresa di assicurazione calcola il rendimento attuale e prevedibile come media aritmetica ponderata dei rendimenti di cui ai commi 1 e 2 riferiti alle singole gestioni interne separate, con pesi pari alla relativa giacenza media attesa.

5. L'impresa di assicurazione effettua la valutazione del rendimento attuale e prevedibile con riferimento alla situazione del portafoglio delle attività e delle passività della gestione interna separata riferite ad una medesima data, tenendo conto degli elementi indicati nei successivi articoli 6 e 7.

Articolo 2 - Principi di calcolo del rendimento attuale e prevedibile per i contratti non collegati a gestioni interne separate.

1. Per i contratti le cui prestazioni non sono legate ai risultati derivanti dalle gestioni interne separate ma che prevedono una garanzia di rendimento minimo, ad eccezione dei contratti con specifica provvista di attivi, l'impresa di assicurazione determina, nell'orizzonte temporale di cui all'articolo 4, il rendimento attuale e prevedibile secondo il criterio di cui all'articolo 1, comma 4.

2. Qualora l'impresa di assicurazione non abbia costituito alcuna gestione interna separata, per i contratti che prevedono una garanzia di rendimento minimo, effettua il calcolo del rendimento attuale e prevedibile con una metodologia definita sui medesimi principi di prudenza contenuti nel presente Capo.

Articolo 3 - Principi di calcolo del rendimento attuale e prevedibile per i contratti con specifica provvista di attivi.

1. Per i contratti con specifica provvista di attivi l'impresa di assicurazione determina il rendimento attuale e prevedibile in misura pari al tasso di rendimento atteso lordo degli attivi rappresentativi delle riserve matematiche, rilevato al momento delle valutazioni secondo i criteri stabiliti dall'articolo 59 del presente Regolamento.

Articolo 4 - Orizzonte temporale.

1. L'impresa di assicurazione determina il rendimento prevedibile delle gestioni interne separate su un orizzonte temporale almeno pari a quattro periodi annuali immediatamente successivi alla chiusura dell'esercizio contabile della gestione interna separata, in corso al momento delle valutazioni.

2. L'orizzonte temporale di cui al comma 1 è pari alla durata residua del portafoglio polizze qualora essa risulti inferiore a quattro periodi annuali.

3. In relazione ai possibili scenari economici e finanziari e tenendo conto dell'effettiva durata media residua del portafoglio, l'impresa di assicurazione valuta se sia necessario estendere l'analisi del rendimento prevedibile a un periodo più lungo rispetto all'orizzonte temporale minimo.

Articolo 5 - Criteri di organizzazione e di analisi dei dati.

1. Ai fini della valutazione del rendimento attuale e prevedibile di cui all'articolo 1 l'impresa di assicurazione dispone di procedure che consentono di effettuare un'analisi congiunta del portafoglio delle attività e delle passività per singola gestione interna separata. L'impresa stabilisce i criteri di organizzazione e di analisi dei dati più idonei alla propria struttura aziendale ed alle caratteristiche tecniche e dimensionali dei portafogli, tenuto conto dei livelli minimi di indagine e di informativa richiesti dal presente Regolamento.

2. L'impresa di assicurazione si dota di procedure informative che consentono di rilevare e analizzare gli elementi caratteristici delle attività e delle passività idonei ad identificare i flussi prospettici ed a valutarne la sensibilità al variare del contesto economico e finanziario.

Articolo 6 - Portafoglio delle attività.

1. Ai fini delle valutazioni del rendimento attuale e prevedibile di cui all'articolo 1, per quanto riguarda il portafoglio delle attività, l'impresa di assicurazione, per ciascuna gestione interna separata ritenuta significativa, deve tener conto almeno dei seguenti elementi:

- a) le date di scadenza e gli importi delle cedole, degli incassi periodici, dei rimborsi, dei dividendi e degli altri redditi di ciascuna categoria di attività ivi compresi gli strumenti derivati;
- b) l'ipotesi di uscita dal portafoglio per i titoli senza scadenza definita, per i titoli di capitale, per gli OIC e per gli altri attivi;
- c) gli indicatori relativi al rischio di credito;
- d) gli indicatori di volatilità e correlazione;
- e) le opzionalità presenti nei singoli attivi ed il loro impatto sui flussi di cassa attesi;
- f) le strutture delle curve di rendimento dei tassi di interesse ed i tassi di cambio degli attivi interessati;
- g) il rendimento effettivo dei singoli titoli a reddito fisso in riferimento ai valori di carico nella gestione separata;
- h) i valori di carico nella gestione separata e i valori correnti degli attivi;
- i) gli attivi ad utilizzo durevole e non durevole.

Articolo 7 - Portafoglio delle passività.

1. Ai fini delle valutazioni del rendimento attuale e prevedibile di cui all'articolo 1, per quanto riguarda il portafoglio del passivo, l'impresa di assicurazione effettua l'analisi sui contratti in vigore all'epoca della valutazione, finalizzata al monitoraggio degli impegni assunti.

2. L'impresa di assicurazione tiene conto dei livelli di garanzia finanziaria e delle dinamiche di adeguamento delle prestazioni contrattualmente previste e considera almeno i seguenti elementi:

- a) la struttura dell'impegno finanziario;
- b) la misura della garanzia finanziaria;
- c) la misura del tasso tecnico di tariffa;
- d) la forma contrattuale;
- e) la tipologia tariffaria;
- f) la tipologia del premio;
- g) la periodicità del premio;
- h) l'ammontare del premio e delle somme assicurate;
- i) le basi tecniche, diverse da quelle finanziarie, impiegate in tariffa;
- j) le opzioni contrattuali;
- k) la durata residua degli impegni contrattuali e delle garanzie finanziarie;
- l) il canale di acquisizione;
- m) le frequenze di eliminazione per singola causa;

n) gli effetti dei trattati di riassicurazione passiva sugli impegni contrattuali.

Articolo 8 - Redditi attesi.

1. L'impresa di assicurazione calcola i redditi attesi di cui all'articolo 1, comma 1, al netto delle spese direttamente imputabili alla gestione interna separata.

2. Per gli attivi in portafoglio l'impresa di assicurazione considera i redditi costituiti da:

- a) i redditi di competenza, conosciuti o stimati sulla base della struttura dei tassi *forward* derivata dai tassi *swap*, connessa alla valuta di riferimento dell'attivo considerato, rilevata al momento della valutazione;
- b) i dividendi azionari ed i redditi di competenza degli altri attivi inseriti nelle gestioni. Il livello di redditività deve essere stimato in modo prudente, tenendo conto anche delle aspettative coerenti con la situazione di mercato al momento della valutazione;
- c) le differenze positive o negative dei titoli in scadenza o degli strumenti finanziari che si riterrà opportuno alienare per esigenze di liquidità determinate sulle previsioni dei flussi del passivo o per esigenze di mercato. Tali differenze, rispetto al valore di carico nella gestione separata, sono valutate, per i titoli obbligazionari, sulla base del prezzo *forward* determinato in base alle curve spot di riferimento alla data di valutazione e, per gli altri strumenti finanziari, nel limite complessivo delle plusvalenze implicite nette esistenti al momento della valutazione.

3. Per gli attivi di futura acquisizione l'impresa di assicurazione prende in considerazione i soli redditi ordinari di cui al comma 2, lettere a) e b), stimati secondo le modalità ivi previste. Gli attivi di futura acquisizione dovranno:

- a) derivare dal reinvestimento delle cedole o degli attivi scaduti o venduti e dall'impiego dei premi da incassare sul portafoglio dei contratti in vigore al momento della valutazione;
- b) essere inseriti nel calcolo di cui al comma 1, considerando tipologie di attivo coerenti con la complessiva previsione di flussi dell'attivo e del passivo e comunque scelte in base a criteri di prudenza.

4. Nelle valutazioni dei redditi attesi, al fine di considerare adeguatamente il rischio di credito, l'impresa di assicurazione si dota di idonei modelli di stima.

5. Qualora l'impresa di assicurazione, in coerenza con i principi di cui ai commi precedenti, intenda avvalersi di elementi tali da garantire alla stima una maggiore aderenza alle caratteristiche delle proprie gestioni interne separate, trasmette in via preventiva alla Banca Centrale una nota nella quale siano dettagliatamente illustrate le motivazioni che ne suggeriscono l'utilizzo nonché i criteri adottati per le valutazioni.

Articolo 9 - Relazione sul rendimento attuale e prevedibile.

1. L'impresa di assicurazione predispone, in occasione della redazione del bilancio di esercizio una relazione sul rendimento attuale e prevedibile, sottoscritta da un responsabile per l'impresa e dall'attuario incaricato.
2. Nella relazione di cui al comma 1, l'impresa di assicurazione illustra gli elementi di valutazione e le ipotesi poste alla base della quantificazione del rendimento attuale e prevedibile, con particolare riferimento ai criteri considerati per gli attivi di futura acquisizione e per le vendite degli strumenti finanziari determinate da esigenze di mercato nonché i modelli utilizzati per la stima del rischio di credito di cui all'articolo 8, comma 4.
3. La relazione riporta i vettori dei tassi risultanti dalle stime dei rendimenti attuali e prevedibili relativi alle gestioni interne separate monitorate, nonché la media ponderata degli stessi tassi utilizzata per i contratti collegati a gestioni interne separate non significative o non collegati a gestioni interne separate ed i tassi di rendimento lordi attesi degli attivi specifici.
4. L'impresa di assicurazione conserva per due anni la relazione di cui al comma 1 nonché i flussi analitici, su supporto informatico, necessari per la determinazione dei vettori di cui al comma 2.

CAPO II

PRINCIPI E METODI DI CALCOLO DELLE RISERVE AGGIUNTIVE PER RISCHIO DI TASSO DI INTERESSE GARANTITO

Articolo 10 - Principi generali per la determinazione della riserva aggiuntiva per rischio di tasso.

1. L'impresa di assicurazione, sulla base dei confronti tra i tassi di interesse previsti dall'articolo 69 del presente Regolamento, effettua la valutazione della riserva aggiuntiva per rischio di tasso di interesse garantito per ogni singola gestione interna separata, e, al suo interno, per ogni livello di garanzia finanziaria prestata sui contratti.
2. Lo stesso criterio di cui al comma 1 deve essere applicato ai contratti collegati alle gestioni interne separate non ritenute significative ai sensi dell'articolo 1, comma 4.
3. L'impresa di assicurazione valuta la riserva aggiuntiva per rischio di tasso di interesse garantito per ognuno dei livelli di garanzia prestata anche per i contratti di cui all'articolo 2.
4. L'impresa di assicurazione effettua le valutazioni di riserva aggiuntiva per rischio di tasso di interesse garantito in coerenza con l'orizzonte temporale considerato ai fini del calcolo del vettore dei rendimenti prevedibili e nel rispetto dei limiti periodali minimi previsti all'articolo 4.

Articolo 11 - Metodi di calcolo della riserva aggiuntiva per rischio di tasso.

1. L'impresa di assicurazione determina la riserva aggiuntiva per rischio di tasso di interesse garantito sulla base delle differenze tra la riserva necessaria per far fronte agli impegni assunti nei confronti degli assicurati, ivi comprese tutte le garanzie di rendimento previste contrattualmente, e la riserva disponibile calcolata sulla base dei rendimenti attuali e prevedibili, tenuto conto di eventuali ulteriori margini di prudenzialità ritenuti necessari.

2. Nella scelta del metodo di calcolo delle riserve aggiuntive per rischio di tasso di interesse garantito, l'impresa di assicurazione rispetta i principi di prudenza e tiene conto della propria situazione finanziaria.

ALLEGATO

F

Ammissibilità di strumenti ibridi di patrimonializzazione e passività subordinate nel calcolo del margine disponibile

AMMISSIBILITA' DI STRUMENTI IBRIDI DI PATRIMONIALIZZAZIONE E PASSIVITÀ SUBORDINATE NEL CALCOLO DEL MARGINE DISPONIBILE DI UNA IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Strumenti ibridi di patrimonializzazione.

Gli strumenti ibridi di patrimonializzazione (strumenti che associano caratteristiche tipiche dei fondi propri con altre tipiche dell'indebitamento), rientrano nel calcolo del margine disponibile quando il relativo contratto prevede che:

- a) in caso di perdite di bilancio che determinino una diminuzione del capitale versato e delle riserve al di sotto del livello minimo di capitale previsto per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività, le somme rivenienti dalle suddette passività e dagli interessi maturati possano essere utilizzate per far fronte alle perdite, al fine di consentire all'ente emittente di continuare l'attività;
- b) in caso di andamenti negativi della gestione, possa essere sospeso il diritto alla remunerazione nella misura necessaria a evitare o limitare il più possibile l'insorgere di perdite;
- c) in caso di liquidazione dell'ente emittente, il debito sia rimborsato solo dopo che siano stati soddisfatti tutti gli altri creditori non ugualmente subordinati.

I contratti che a una scadenza originaria particolarmente lunga associano la facoltà, esercitabile dall'emittente, di rinnovare il debito a tempo indefinito sono assimilabili alle passività irredimibili. In questi casi, il contratto prevede espressamente che il rimborso alla scadenza avvenga con il preventivo consenso della Banca Centrale.

Sui titoli rappresentativi degli strumenti ibridi di patrimonializzazione è richiamato il contenuto della clausola indicata al precedente punto a) nonché l'eventuale condizione che il rimborso è subordinato al preventivo consenso della Banca Centrale.

2. Passività subordinate.

Le passività subordinate emesse dall'impresa di assicurazione concorrono alla formazione del margine disponibile a condizione che i contratti che ne regolano l'emissione prevedano espressamente che:

- a) in caso di liquidazione dell'ente emittente il debito sia rimborsato solo dopo che siano stati soddisfatti tutti gli altri creditori non ugualmente subordinati;
- b) la durata del rapporto sia pari o superiore a 5 anni e, qualora la scadenza sia indeterminata, sia previsto per il rimborso un preavviso di almeno 5 anni;
- c) il rimborso anticipato delle passività avvenga solo su iniziativa dell'emittente e preveda il nulla osta della Banca Centrale.

Inoltre, l'ammontare di tali somme ammesso nel calcolo è ridotto di un quinto ogni anno durante i 5 anni precedenti la data di scadenza del rapporto, in mancanza di un piano di ammortamento che produca effetti analoghi.

3. Richiesta di benessere alla Banca Centrale.

La richiesta di benessere per l'inserimento degli strumenti ibridi di patrimonializzazione e delle passività subordinate nel calcolo del margine disponibile deve essere corredata della relativa documentazione contrattuale che disciplina le emissioni e di tutte le informazioni utili a consentire alla Banca Centrale una valutazione dell'effettiva portata degli impegni assunti dall'impresa di assicurazione.

Occorre, inoltre, esibire tutti i contratti e rendere noti gli accordi riguardanti operazioni comunque connesse con quella oggetto di esame.

Al fine di ridurre i tempi necessari per la verifica dei requisiti per l'ammissione dello strumento ibrido di patrimonializzazione o della passività subordinata, l'impresa di assicurazione può sottoporre all'esame della Banca Centrale anche progetti di contratto, ferma restando la necessità di inviare il contratto definitivo una volta che esse abbiano dato corso all'operazione.

La Banca Centrale può escludere o limitare l'ammissibilità nel calcolo del margine disponibile degli strumenti ibridi di patrimonializzazione e delle passività subordinate sulla base di valutazioni, anche caso per caso, fondate sul regolamento contrattuale.

Entro 60 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di benessere la Banca Centrale fa conoscere le proprie determinazioni al riguardo.

4. Riacquisto da parte dell'impresa di assicurazione emittente di quote di strumenti ibridi di patrimonializzazione o di passività subordinate.

Nella ipotesi di riacquisto da parte dell'emittente di quote delle passività subordinate emesse, si distinguono due fattispecie:

- a) il riacquisto è finalizzato all'annullamento dei certificati. Tale caso è da considerarsi alla stregua di un formale rimborso anticipato di una quota del debito e pertanto deve essere soggetto a nulla osta da parte della Banca Centrale;
- b) il riacquisto non è finalizzato all'annullamento dei certificati. In tale ipotesi il riacquisto può essere effettuato liberamente, fermo restando l'obbligo di detrarre le quote, anche momentaneamente presenti nel proprio portafoglio, dal computo delle passività subordinate a disposizione dell'impresa di assicurazione. Tuttavia è fatto divieto agli emittenti di detenere titoli rappresentativi di proprie passività subordinate per un ammontare superiore al 10 per cento di ciascuna emissione.

Si considera ammissibile la presenza di clausole del tipo "*illegality clause*", per effetto delle quali il creditore o l'emittente ha la facoltà di richiedere il rimborso anticipato del credito/debito subordinato qualora una norma di legge o di regolamento vieti di possedere attività o passività in quella forma o, più in generale, impedisca di tenere fede agli obblighi assunti in base al contratto di emissione. Benché a stretto rigore questa clausola rappresenti un'ipotesi di rimborso anticipato che esula dalla volontà dell'emittente, essa è ammissibile ove risulti chiaramente che il rimborso dipende da un "*factum principis*" al quale il debitore (creditore) deve necessariamente uniformarsi. In questo caso non è necessario richiedere il preventivo consenso della Banca Centrale per anticipare il rimborso del contratto.

ALLEGATO

G

Contenuto minimo delle informazioni alla clientela

A. CONTENUTO MINIMO DELLA NOTA INFORMATIVA

A) Informazioni relative all'impresa di assicurazioni.

- A1) Denominazione o ragione sociale, forma giuridica, numero di iscrizione nel registro dei soggetti autorizzati tenuto dalla Banca Centrale della Repubblica di San Marino;
- A2) Elenco degli esponenti aziendali;
- A3) Indirizzo della sede legale e degli eventuali altri uffici dell'impresa.

B) Informazioni relative al contratto.

- B1) Definizione di ciascuna garanzia ed opzione.

Dovrà essere fornita una chiara e sintetica descrizione della prestazione principale e delle eventuali prestazioni accessorie e/o complementari offerte. Più in particolare l'impresa di assicurazione dovrà chiaramente evidenziare le prestazioni relative:

- a) ai rischi attinenti alla vita umana;
- b) ai rischi di natura finanziaria, descrivendo con chiarezza i profili di rischio cui si espone il contraente con la stipulazione della polizza ed indicando l'eventuale assenza di garanzie di rendimento minimo offerte dall'impresa di assicurazione;
- c) ai benefici derivanti dalla partecipazione agli utili, indicando altresì le eventuali garanzie di rendimento minimo offerte dall'impresa di assicurazione. Non possono essere considerate tali le garanzie di rendimento minimo offerte da soggetti terzi all'impresa;
- d) all'esistenza di eventuali periodi di sospensione o limitazione della copertura di rischio (es: carenza);

L'impresa di assicurazione dovrà inoltre illustrare tutte le opzioni esercitabili ai sensi delle condizioni contrattuali.

- B2) Durata del contratto.

Dovranno essere indicati i limiti minimi e massimi di durata entro i quali il contraente può operare la sua scelta oppure la durata fissa eventualmente prevista dal contratto.

- B3) Modalità e durata di versamento dei premi.

Dovranno essere indicate le varie modalità di corresponsione dei premi in relazione ad una stessa forma assicurativa (premi annui, premi con rateazione sub-annuale, premio unico, premi annui corrisposti per un periodo inferiore alla durata contrattuale, ecc.). In caso di rateizzazione del premio annuo sarà necessario evidenziare gli eventuali oneri aggiuntivi a carico dell'assicurato. Dovranno essere specificate le modalità di pagamento dei premi nel rispetto della normativa antiriciclaggio.

- B4) Informazioni sui premi relativi a ciascuna garanzia, principale o complementare, qualora siffatte informazioni risultino appropriate.

L'impresa di assicurazione dovrà specificare che il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'assicurato e, per le coperture di rischio, al suo stato di salute e alle attività professionali svolte. In caso di polizze con premio rivalutabile dovrà essere illustrato il meccanismo di adeguamento ed evidenziata la facoltà per il contraente di limitare o rifiutare l'incremento del premio, nonché le conseguenze economiche derivanti da ciò. Nelle polizze in cui il premio relativo alla garanzia principale, complementare o accessoria non è "garantito" per l'intera durata contrattuale dovranno essere indicate le regole per la determinazione del premio stesso.

B5) Misure e modalità di eventuali sconti.

B6) Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili.

La diversa tipologia di prodotti assicurativi con partecipazione agli utili, che potranno essere diffusi nel mercato rende necessaria una rappresentazione chiara e puntuale del meccanismo di partecipazione agli utili in qualsiasi forma attuato (rivalutazione della prestazione assicurata in funzione del rendimento di una gestione interna separata, valorizzazione, adeguamento, assegnazione di una partecipazione ad un fondo interno, ecc.). L'impresa di assicurazione dovrà pertanto specificare modalità e tempi di assegnazione dei benefici nonché l'applicazione o meno della garanzia di consolidamento delle partecipazioni assegnate.

B7) Modalità di scioglimento del contratto.

B8) Indicazione del valore di riscatto e del valore di riduzione nonché della natura delle relative garanzie.

L'impresa di assicurazione dovrà preliminarmente specificare se il valore di riscatto e di riduzione sono contrattualmente garantiti, ponendo in particolare evidenza l'ipotesi in cui tale garanzia non sussista. Precisare con caratteri grafici di maggiore evidenza se esiste l'eventualità che il valore di riscatto risulti inferiore ai premi versati. Inoltre dovrà essere richiamata l'attenzione del contraente sugli effetti economici negativi del riscatto e della riduzione, ponendo in evidenza che il recupero da parte del contraente dei premi versati avverrà solo dopo la corresponsione di un determinato numero di annualità di premio.

B9) Elenco dei valori di riferimento utilizzati nei contratti a capitale variabile.

Oltre a tutte le altre informazioni, vanno indicate:

- a) la definizione del valore medio netto unitario della quota del fondo interno o degli OIC cui è collegato il contratto;
- b) la modalità di conversione dei premi in parti e delle parti in somme da liquidare al verificarsi degli eventi previsti in polizza, ponendo in risalto l'eventuale presenza di costi a carico dell'assicurato;
- c) l'utilità di un eventuale differimento della liquidazione della prestazione dovuta dall'impresa di assicurazione;
- d) le eventuali condizioni per il passaggio ad altro fondo interno cui collegare il contratto.

B10) Indicazioni sulla natura delle attività a copertura delle obbligazioni nei contratti a capitale variabile.

Occorrerà indicare la denominazione del fondo interno o degli OIC nei quali le attività sono investite specificando, per ognuno, la tipologia di investimenti prevista ed i relativi eventuali limiti minimi e massimi.

B11) Informazioni in ordine ai caricamenti, ai costi ed alle spese del contratto.

Dovranno essere illustrati in forma tabellare tutti i costi applicati ai premi versati, siano essi espressi in valore percentuale e/o in valore assoluto, specificandone la natura ed evidenziando le spese di emissione del contratto. Inoltre dovranno essere illustrate le commissioni di gestione applicate dall'impresa di assicurazione sul fondo interno, la percentuale trattenuta dall'impresa sul rendimento conseguito dalla gestione interna separata, con l'eventuale misura di rendimento minima trattenuta e ogni ulteriore prelievo a qualsiasi titolo effettuato, nonché i costi in caso di riscatto.

B12) Modalità d'esercizio del diritto di recesso e di revoca della proposta.

Dovrà essere indicato, ai sensi dell'articolo 119 del presente Regolamento, che il contraente ha facoltà di recedere entro il termine di 30 giorni dal momento in cui è informato che il contratto è concluso. A tal fine appare necessario che tale momento sia chiaramente individuato dall'impresa di assicurazione in relazione alle proprie modalità assuntive. Parimenti dovrà essere sottolineato che in base all'articolo 118 del presente Regolamento la proposta relativa ad un contratto che prevede il diritto di recesso è immediatamente revocabile. Dovrà altresì essere indicata la modalità con cui il recesso o la revoca della proposta vanno comunicati all'impresa di assicurazione.

B13) Modalità di pagamento delle prestazioni.

Dovranno essere indicate, nel rispetto della normativa antiriciclaggio, le modalità di pagamento delle prestazioni, specificando i documenti necessari e i termini per il pagamento stesso.

B14) Indicazioni relative al regime fiscale applicabile alla polizza.

B15) Regole relative all'esame dei reclami dei contraenti, degli assicurati o dei beneficiari del contratto, in merito al contratto.

Richiamo espresso della possibilità di inviare alla Banca Centrale della Repubblica di San Marino segnalazioni relative alla condotta dell'impresa di assicurazione per evidenziarne presunte inadempienze a leggi o regolamenti (articolo 68 della LISF), fatta salva la possibilità di promuovere un'azione giudiziaria.

B16) L'indicazione del Tribunale Unico della Repubblica di San Marino quale foro applicabile e la legge sammarinese quale diritto applicabile.

B. INFORMAZIONI DA TRASMETTERE DURANTE LA VIGENZA DEL CONTRATTO

Nella nota informativa andrà indicato l'impegno dell'impresa di assicurazione a comunicare per iscritto e tempestivamente al contraente tutte le variazioni delle informazioni rese che interverranno durante la vigenza del contratto. L'impresa di assicurazione dovrà altresì esprimere, nella nota informativa, l'impegno a comunicare al contraente, ogni anno, i valori raggiunti dalle prestazioni assicurate, nel caso di prodotti con partecipazione agli utili in qualsiasi forma attuata. Tale indicazione dovrà essere fornita, in occasione della trasmissione della quietanza di premio relativa alla ricorrenza annuale. Per i contratti a premio unico formerà oggetto di apposita comunicazione annuale.

ALLEGATO

H

Governo e controllo dei prodotti assicurativi

Articolo 1 - Requisiti di governo e controllo dei prodotti assicurativi applicabili ai produttori

1. Le imprese di assicurazione, fatta eccezione per i prodotti assicurativi che consistono nell'assicurazione dei grandi rischi, elaborano e attuano un processo di approvazione per ciascun nuovo prodotto assicurativo e per ogni modifica significativa di un prodotto assicurativo esistente, prima che sia commercializzato o distribuito ai clienti, in conformità all'articolo 47 bis del presente Regolamento e degli articoli da 3 a 9 del Regolamento (UE) 2017/2358.
2. Le imprese di assicurazione rispettano gli obblighi di cui al presente allegato in modo appropriato e proporzionato, tenendo conto del livello di complessità di ogni prodotto assicurativo e del correlato mercato di riferimento.

Articolo 2 - Ruolo dell'organo amministrativo e della funzione compliance

1. L'organo amministrativo delle imprese di assicurazione ha la responsabilità ultima dell'osservanza delle norme sul processo di approvazione dei prodotti assicurativi.
2. Ai fini di cui al comma 1, l'organo amministrativo approva, e rivede almeno una volta l'anno, un documento contenente il processo di approvazione che viene denominato "politica in materia di governo e controllo dei prodotti assicurativi". La politica contiene almeno gli elementi di cui all'articolo 8 del presente allegato.
3. La funzione di compliance delle imprese di assicurazione monitora lo sviluppo e la revisione periodica delle procedure e delle misure di governo dei prodotti assicurativi, al fine di individuare i rischi di mancato adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, anche nel caso in cui il produttore sia l'intermediario assicurativo.
4. La funzione di compliance presenta all'organo amministrativo almeno una volta all'anno una relazione che contiene gli elementi relativi alle verifiche e alle analisi effettuate sulla corretta definizione e sull'efficacia di tutte le fasi della procedura di approvazione e revisione di ciascun prodotto, incluse le informazioni sui prodotti assicurativi realizzati, sulla strategia di distribuzione, nonché sull'attività di distribuzione diretta svolta dall'impresa, evidenziando eventuali criticità.
5. Le imprese di assicurazione mettono a disposizione di Banca Centrale, su richiesta di quest'ultima, la politica di cui al comma 2, la relazione di cui al comma 4, nonché la documentazione relativa al processo di approvazione di ciascun prodotto.

Articolo 3 – Mercato di riferimento

1. Le imprese di assicurazione definiscono il mercato di riferimento con sufficiente grado di dettaglio, considerando, ove appropriati, almeno i seguenti elementi:
 - a) le tipologie di clienti cui è rivolto il prodotto;
 - b) i rischi cui sono esposte le tipologie di clienti cui è rivolto il prodotto;

- c) le esigenze e gli obiettivi dei clienti cui è rivolto il prodotto, compresi gli eventuali obiettivi legati alla sostenibilità;
 - d) le caratteristiche del prodotto, con particolare riferimento alle garanzie e alle esclusioni e limitazioni delle garanzie;
 - e) in relazione alla complessità del prodotto, il livello di conoscenza del cliente;
 - f) l'età del cliente, il profilo occupazionale e la sua situazione familiare;
 - g) la coerenza con i fattori di sostenibilità.
2. Ai fini di cui al comma 1, con riferimento ai prodotti d'investimento assicurativi, le imprese di assicurazione considerano anche la conoscenza teorica e l'esperienza pregressa rispetto a tali prodotti e ai mercati finanziari e assicurativi, nonché alle esigenze, alle caratteristiche e agli obiettivi dei clienti.
3. Con riferimento ai prodotti d'investimento assicurativi, le imprese di assicurazione stabiliscono se un prodotto risponde alle esigenze, alle caratteristiche e agli obiettivi del mercato di riferimento, esaminando, inoltre, i seguenti elementi:
- a) la coerenza del profilo di rischio/rendimento del prodotto con il mercato di riferimento;
 - b) la rispondenza del prodotto all'interesse del cliente, prestando attenzione a eventuali conflitti determinati da un modello di business redditizio per il produttore e svantaggioso per il cliente;
 - c) la situazione finanziaria del cliente, inclusa la capacità di sostenere perdite.
4. Sulla base degli elementi di cui ai commi precedenti, le imprese di assicurazione individuano anche i clienti che rientrano nel mercato di riferimento negativo, considerando, a tal fine, anche le esclusioni e limitazioni delle garanzie del prodotto assicurativo, nonché tenendo conto degli obblighi a contrarre previsti dalla normativa. Con riferimento ai soli fattori di sostenibilità, i produttori non sono tenuti ad effettuare l'individuazione di cui al presente comma per i prodotti che considerano fattori di sostenibilità.
5. Le imprese di assicurazione adottano ogni misura ragionevole e procedure organizzative adeguate per assicurare che:
- a) il prodotto assicurativo sia distribuito ai clienti all'interno del mercato di riferimento individuato e non sia distribuito a clienti che rientrano nel mercato di riferimento negativo;
 - b) fatto salvo quanto previsto dalla successiva lettera c), l'eventuale distribuzione a clienti che non rientrano nel mercato di riferimento individuato sia realizzata a condizione che il cliente non appartenga al mercato di riferimento negativo e il prodotto corrisponda alle richieste e alle esigenze assicurative del cliente e, sulla base della consulenza fornita prima della conclusione del contratto, sia adeguato;
 - c) con riferimento ai prodotti d'investimento assicurativi non complessi, l'eventuale distribuzione a clienti che non rientrano nel mercato di riferimento individuato sia realizzata a condizione che il cliente non appartenga al mercato di riferimento negativo e il prodotto corrisponda alle richieste e alle esigenze assicurative del cliente e sia adeguato o appropriato.
6. Le imprese di assicurazione verificano periodicamente il rispetto da parte dei distributori degli obblighi previsti dal comma 5. Nel caso di collaborazione orizzontale, le verifiche sono svolte nei confronti dell'intermediario emittente e hanno ad oggetto anche il rispetto degli obblighi previsti dal comma 5 da parte

degli intermediari proponenti. Nel caso in cui la verifica abbia dato esito negativo le imprese di assicurazione devono adottare appropriate azioni correttive.

7. Le imprese di assicurazione verificano che il mercato di riferimento effettivo e il mercato di riferimento negativo effettivo individuati dal distributore siano coerenti con il mercato di riferimento e con il mercato di riferimento negativo individuati ai sensi del presente articolo. Nel caso in cui la verifica ha esito negativo, adottano ogni misura necessaria per assicurare tale coerenza.

Articolo 4 – Processo di approvazione del prodotto

1. Le imprese di assicurazione istituiscono, attuano e mantengono procedure e misure idonee a garantire che la realizzazione di prodotti assicurativi rispetti gli obblighi in materia di conflitto di interessi, anche per quanto riguarda i sistemi di remunerazione e incentivazione.

2. Prima di decidere se procedere alla commercializzazione di un prodotto assicurativo, le imprese di assicurazione:

- a) selezionano i canali distributivi, valutando l'adeguatezza dei singoli canali di vendita in relazione al mercato di riferimento e alla complessità del prodotto;
- b) individuano istruzioni relative all'attività di distribuzione assicurativa che forniscono ai distributori insieme alle informazioni sui prodotti assicurativi che devono essere distribuiti, in modo tale da permettere ai distributori di comprendere il prodotto assicurativo, capire il mercato di riferimento e svolgere l'attività distributiva nell'interesse della clientela.

Articolo 5 – Test del prodotto

1. Le imprese di assicurazione, prima di immettere i propri prodotti sul mercato devono testarli in modo appropriato svolgendo se necessario anche analisi di scenario, ed in particolare;

- a) valutare se soddisfano le esigenze, gli obiettivi e le caratteristiche del mercato di riferimento nell'arco di tutta la durata del prodotto;
- b) testare i loro prodotti in termini qualitativi e, a seconda del tipo, della natura del prodotto assicurativo e dei relativi rischi di pregiudizio per i clienti, in termini quantitativi.

Vengono valutati inoltre i costi e gli oneri da applicare al prodotto assicurativo, esaminando tra l'altro i seguenti elementi:

- a) che l'ammontare dei costi e degli oneri sia compatibile con le esigenze, gli obiettivi e le caratteristiche del mercato di riferimento e tale da consentire un adeguato valore per il cliente;
- b) che la struttura dei costi e degli oneri sia adeguatamente trasparente per il mercato di riferimento, non occulti i costi e gli oneri e non risulti troppo complessa da comprendere.

2. Con specifico riferimento ai prodotti di investimento assicurativi le imprese di assicurazione valutano, inoltre:

- a) che i costi e gli oneri non compromettano le aspettative di rendimento del prodotto di investimento assicurativo;

- b) se il prodotto di investimento assicurativo possa rappresentare una minaccia per il buon funzionamento o per la stabilità dei mercati finanziari e del mercato assicurativo o per la tutela degli assicurati o per l'integrità e l'ordinato funzionamento dei mercati.
3. Le imprese di assicurazione svolgono, ove rilevante in base alle caratteristiche del prodotto, un'analisi di scenario per valutare il rischio che il prodotto di investimento assicurativo produca risultati negativi per i clienti finali e in quali circostanze ciò può accadere. A tal fine, il prodotto di investimento assicurativo viene valutato almeno alla luce delle seguenti circostanze negative:
- a) un deterioramento del contesto di mercato;
 - b) le difficoltà finanziarie del produttore o dei soggetti terzi coinvolti nella realizzazione e/o nel funzionamento del prodotto di investimento assicurativo o il verificarsi di un altro rischio di controparte;
 - c) la non sostenibilità del prodotto di investimento assicurativo sul piano commerciale.

Articolo 6 – Monitoraggio e revisione del prodotto assicurativo

1. L'attività di monitoraggio nel continuo e di revisione regolare del prodotto:
- a) include la verifica della correttezza delle valutazioni effettuate prima della commercializzazione del prodotto ai sensi degli articoli 4 e 5;
 - b) include la verifica sui canali di vendita al fine di valutarne la congruità, in particolare con riferimento alla vendita non effettuata in coerenza con quanto previsto ai sensi dall'articolo 3 e agli altri rischi collegati all'attività di distribuzione;
 - c) esamina anche il numero e la tipologia di reclami presentanti.
2. Nel processo di monitoraggio e revisione dei prodotti assicurativi immessi sul mercato le imprese di assicurazione, con specifico riferimento ai prodotti di investimento assicurativi, identificano, altresì, gli eventi cruciali in grado di incidere sul rischio potenziale o sulle aspettative di rendimento del prodotto, in particolare i livelli di rendimento del prodotto assicurativo tali da rendere necessaria una revisione del prodotto, tenuto conto delle aspettative di rendimento dei clienti.
3. In esito all'attività di monitoraggio e revisione del prodotto, le imprese di assicurazione adottano misure appropriate e correttive, consistenti, tra l'altro:
- a) nella fornitura ai clienti e ai distributori di adeguate informazioni sugli eventi cruciali identificati, sui relativi effetti sul prodotto assicurativo e sulle misure correttive adottate;
 - b) nella revisione del processo di approvazione del prodotto assicurativo;
 - c) nella sospensione o interruzione dell'emissione di ulteriori contratti relativi al prodotto assicurativo;
 - d) nella modifica del prodotto assicurativo;
 - e) nel contattare l'intermediario per valutare modifiche riguardanti il processo di distribuzione;
 - f) nei casi di maggiore gravità, nell'interruzione del rapporto di distribuzione con l'intermediario.
4. Le imprese di assicurazione informano prontamente la Banca Centrale nel caso in cui gli esiti del processo di revisione determinino l'adozione delle misure di cui al comma 3.

Articolo 7 – Flussi informativi

1. Ai fini del pieno rispetto degli obblighi di cui al presente allegato, le imprese di assicurazione e i distributori identificano tramite specifico accordo la direzione, il contenuto, la periodicità, le modalità di scambio delle informazioni relative allo svolgimento delle rispettive attività e necessarie per adempiere ai rispettivi obblighi.
2. L'identificazione dei flussi informativi di cui al comma 1:
 - a) è finalizzata a guidare il distributore nella conoscenza del prodotto e ad assicurare che la distribuzione sia rivolta a clienti appartenenti al mercato di riferimento di cui all'articolo 3;
 - b) è finalizzata a favorire l'adempimento da parte del distributore dell'obbligo di informare il produttore che il prodotto non è in linea con gli interessi, gli obiettivi, o le caratteristiche del mercato di riferimento, o di altre circostanze che possano arrecare danno al cliente;
 - c) è soggetta a revisione periodica;
 - d) favorisce l'esercizio dell'azione di vigilanza sul pieno rispetto degli obblighi di cui al presente allegato.

Articolo 8 – Politica in materia di governo e controllo dei prodotti assicurativi

1. La politica in materia di governo e controllo dei prodotti assicurativi illustra con chiarezza almeno:
 - gli obiettivi della politica;
 - i compiti da svolgere e il responsabile di tali compiti;
 - i processi e le procedure di segnalazione da utilizzare, anche con riferimento ai flussi informativi con il distributore;
 - l'obbligo delle unità organizzative interessate di comunicare alle funzioni fondamentali, per gli aspetti di rispettiva competenza, qualsiasi fatto rilevante per l'adempimento dei rispettivi doveri.
2. La politica in materia di governo e controllo dei prodotti assicurativi, da definirsi con un livello di dettaglio adeguato alla natura, alla portata e alla complessità dell'attività aziendale e proporzionato alla complessità dei prodotti realizzati dall'impresa di assicurazione, deve contenere almeno:
 - a) gli obiettivi della politica, con particolare riferimento a:
 - 1) l'individuazione di adeguati presidi nelle fasi di progettazione, controllo, revisione, distribuzione e monitoraggio nel continuo dei prodotti, al fine di tutelare gli interessi dei clienti;
 - 2) l'individuazione delle modalità per gestire correttamente i conflitti di interesse che possono insorgere nella fase di progettazione del prodotto o sopravvenire nel corso dell'intera vita dello stesso, inclusi quelli che si possono generare nella fase di distribuzione del prodotto tra produttore e distributore, anche con riferimento al sistema remunerativo ed incentivante riconosciuto al distributore;
 - 3) la definizione dei presidi di produzione e conservazione della documentazione relativa al processo di approvazione dei prodotti assicurativi;
 - 4) la previsione di adeguate azioni di rimedio nel caso di prodotti suscettibili di arrecare pregiudizio ai clienti.

- b) la definizione di presidi organizzativi interni nonché dei ruoli e delle responsabilità degli organi e delle funzioni aziendali in grado di assicurare la corretta gestione del processo di approvazione dei prodotti assicurativi e l'attività distributiva, anche nel caso di attività affidate in regime di esternalizzazione;
- c) la definizione delle direttive e dei criteri per il presidio delle singole fasi del processo di approvazione dei prodotti assicurativi, in grado di assicurare l'identificazione di un adeguato livello di dettaglio del mercato di riferimento di ciascun prodotto, anche attraverso adeguati test in funzione della tipologia, natura e livello di rischio del prodotto, compresi gli eventuali fattori di sostenibilità;
- d) i requisiti di un corretto governo e controllo dei prodotti, siano essi nuovi ovvero oggetto di revisione. Tali requisiti sono adeguati e proporzionati alle caratteristiche, rischiosità e dimensione del business e ai canali distributivi dell'impresa nonché tesi a perseguire gli interessi della clientela e prevedono:
- 1) l'identificazione e revisione nel continuo del mercato di riferimento e del mercato di riferimento negativo;
 - 2) lo sviluppo e l'offerta di prodotti coerenti con le esigenze dei rispettivi mercati di riferimento;
 - 3) l'attività di monitoraggio finalizzata a comprendere e riesaminare regolarmente i prodotti distribuiti, al fine di valutare se gli stessi siano rimasti coerenti con i bisogni, gli obiettivi, ivi compresi eventualmente quelli legati alla sostenibilità, e le caratteristiche del mercato di riferimento e se la propria strategia distributiva permanga adeguata;
 - 4) la verifica periodica della corretta implementazione, efficacia e adeguatezza dei processi adottati, con l'adozione di strumenti di controllo idonei a consentire l'identificazione delle principali fonti di rischio di condotte non corrette e dei correttivi ritenuti necessari;
 - 5) i criteri per esaminare il numero e la tipologia di reclami presentati.
- e) la descrizione dei criteri e delle analisi in base ai quali l'impresa seleziona i distributori dei propri prodotti, valuta gli assetti organizzativi degli stessi e la loro coerenza con le caratteristiche dei prodotti e dei relativi mercati di riferimento;
- f) l'indicazione delle istruzioni relative all'attività di distribuzione e dei canali di comunicazione per guidare il distributore nella conoscenza del prodotto e per assicurare che:
- 1) la distribuzione sia rivolta al mercato di riferimento individuato dall'impresa e non alle categorie di clienti che rientrano nel mercato di riferimento negativo;
 - 2) l'eventuale distribuzione a clienti che non rientrano nel mercato di riferimento sia realizzata a condizione che il cliente non appartenga al mercato di riferimento negativo e il prodotto corrisponda alle richieste e alle esigenze assicurative del cliente e, sulla base della consulenza fornita prima della conclusione del contratto, sia adeguato.
- g) l'individuazione dei flussi informativi tra strutture e funzioni interne all'impresa nonché tra produttore e distributore;
- h) in coerenza con le politiche di remunerazione adottate dall'impresa, l'indicazione dei criteri e dei principi sulla base dei quali l'impresa:

- 1) remunera ed offre un compenso al distributore in misura e con modalità tali da non pregiudicare l'obbligo dello stesso di agire nel migliore interesse dei clienti;
 - 2) valuta se gli incentivi corrisposti o percepiti dal distributore abbiano ripercussioni negative sulla qualità del servizio offerto ai clienti.
- i) l'indicazione delle misure da adottare nel continuo per:
- 1) assicurare necessaria formazione e sviluppo professionale del personale interno impegnato nella progettazione, nel controllo e nella distribuzione dei prodotti offerti, ivi compresi i prodotti che considerano i fattori di sostenibilità (inclusi i soggetti responsabili dell'attività di distribuzione e ogni altra persona che partecipi direttamente a tale attività);
 - 2) promuovere all'interno dell'impresa la diffusione di una cultura di business orientata alla tutela del consumatore.
- l) l'indicazione dei controlli e delle misure per monitorare che i distributori dei propri prodotti agiscano in conformità agli obiettivi individuati dalla propria politica e che:
- 1) l'attività di distribuzione sia rivolta al mercato di riferimento individuato dall'impresa e non alle categorie di clienti che rientrano nel mercato di riferimento negativo;
 - 2) l'eventuale distribuzione a clienti che non rientrano nel mercato di riferimento sia realizzata a condizione che il cliente non appartenga al mercato di riferimento negativo e il prodotto corrisponda alle richieste e alle esigenze assicurative del cliente e, sulla base della consulenza fornita prima della conclusione del contratto, sia adeguato;
 - 3) l'eventuale distribuzione prodotti d'investimento assicurativi non complessi a clienti che non rientrano nel mercato di riferimento individuato dal produttore, sia realizzata purché i clienti non appartengano al mercato di riferimento negativo e tali prodotti corrispondano alle richieste e alle esigenze assicurative di quei clienti e siano adeguati o appropriati.
- m) l'indicazione delle modalità e dei criteri in base ai quali la politica in materia di governo e controllo dei prodotti è rivista con l'obiettivo di garantire, nel continuo, la sua conformità alla normativa vigente e la sua coerenza con la struttura organizzativa dell'impresa, la strategia commerciale e distributiva, le aree di attività.

ALLEGATO

I

Informativa precontrattuale, pubblicità e realizzazione dei prodotti assicurativi

Art. 1 – Criteri di redazione e comunicazione delle informazioni

1. La documentazione precontrattuale e contrattuale:

- a) è scritta in un linguaggio e uno stile chiaro e sintetico, così da facilitare la comprensione delle informazioni in essa contenute;
- b) è presentata e strutturata in modo tale da essere chiara e di facile lettura ed ha caratteri di dimensione leggibile. Se prodotta a colori, non deve essere meno comprensibile nel caso in cui sia stampata o fotocopiata in bianco e nero;
- c) utilizza termini quali “garanzia”, “garantito” e “garantisce”, o termini ad essi simili, solo con riferimento a contratti per i quali l’impresa presta direttamente la specifica garanzia, evitando l’uso di tali termini nell’ipotesi di impegni assunti da terzi a corrispondere importi;
- d) utilizza il termine “capitale protetto” solo con riferimento a contratti per i quali è prevista l’adozione di particolari tecniche di gestione che mirano a minimizzare la possibilità di perdita del capitale investito; in tali casi va evidenziato che la protezione non costituisce garanzia di assoluta conservazione del capitale o di rendimento minimo;
- e) assicura la coerenza delle informazioni contenute in ogni sua parte;
- f) non utilizza espressioni o formulazioni di natura pubblicitaria o promozionale.

2. I documenti precontrattuali, di cui al regolamento in materia di distribuzione assicurativa e riassicurativa, denominati Dip Vita e Dip Ibip:

- a) limitano i riferimenti normativi ai casi strettamente necessari;
- b) non contengono formulazioni che fanno riferimento, anche indiretto, a una approvazione del loro contenuto da parte della Banca Centrale.

Con riguardo ai rinvii alle condizioni di polizza:

- a) i Dip Vita non ne possono contenere;
- b) i Dip Ibip possono rinviare alle condizioni di polizza purché ricorrano tutte le condizioni di seguito elencate:

- aspetti di dettaglio siano essenziali per la comprensione delle caratteristiche del prodotto;
- venga specificata in maniera puntuale la localizzazione testuale (sezione/pagina/paragrafo) di tali aspetti di dettaglio, senza generici rinvii alle condizioni di polizza;
- il rinvio non abbia comunque ad oggetto limitazioni ed esclusioni relative alle garanzie assicurative e finanziarie, le quali devono pertanto essere riportate nel documento precontrattuale in modo chiaro, esauriente, sintetico e completo rispetto alle informazioni indicate nelle condizioni di polizza.

3. Gli obblighi di comunicazione e di consegna previsti dal presente allegato sono adempiuti con le modalità di cui al Regolamento in materia di distribuzione assicurativa, secondo quanto indicato dal contraente, anche contestualmente, per ciascuna tipologia di comunicazione e di consegna. Il contraente può effettuare la scelta sulle modalità di comunicazione anche con riguardo a tutti gli eventuali successivi contratti stipulati con la medesima impresa.

4. Per i contratti in forma collettiva, l'informativa può essere trasmessa anche attraverso la collaborazione del contraente e fermo il dovere di vigilanza dell'impresa sull'operato di quest'ultimo.
5. L'impresa documenta la scelta di cui al Regolamento in materia di distribuzione assicurativa nonché le eventuali modifiche intervenute in corso di contratto. In particolare, l'impresa documenta l'indicazione dell'indirizzo di posta elettronica fornito dal contraente ed eventuali aggiornamenti.
6. La comunicazione con cui è inviata la documentazione fa riferimento alla scelta del contraente e alla possibilità di modificare in ogni momento la scelta relativa alle modalità dell'informativa, ricevendo la documentazione su altro supporto. La scelta del contraente relativa alla modalità dell'informativa si applica solo alle future comunicazioni per le quali è stata effettuata la scelta.
7. In ogni caso, la scelta di cui al precedente comma 5 non autorizza l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali.

Art. 2 – Riesame e revisione

1. L'impresa riesamina le informazioni contenute nel set informativo ogniqualvolta intervengano cambiamenti che incidono o potrebbero incidere significativamente sulle informazioni che vi figurano e, comunque, con cadenza di almeno dodici mesi dalla data della pubblicazione iniziale dei documenti.
2. Il riesame di cui al comma 1 serve a verificare se le informazioni che figurano nei documenti sono ancora accurate, corrette, chiare, non fuorvianti e conformi ai requisiti previsti dal presente allegato e dalle altre disposizioni applicabili.
3. Se il riesame evidenzia necessità di modifiche, l'impresa rivede il contenuto dei documenti. La versione rivista è resa disponibile nel sito internet dell'impresa indicando la data dell'ultima versione aggiornata. L'impresa assicura l'eliminazione dal sito delle versioni precedenti.
4. L'impresa comunica al contraente e all'aderente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nelle condizioni di assicurazione per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto. L'informativa può essere fornita in occasione della prima comunicazione da trasmettere in adempimento agli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente.

Art. 3 – Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

1. Nei casi di chiusura d'agenzia o assegnazione di portafoglio a un nuovo intermediario, l'impresa fornisce al contraente apposita informativa. La comunicazione, da rendere entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia della chiusura o assegnazione, indica i riferimenti della nuova sede (indirizzo e recapito telefonico), nonché le generalità del nuovo intermediario.
2. Nei casi di modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale, l'impresa, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia della modifica, comunica al contraente e ai beneficiari irrevocabili la variazione intervenuta.
3. Nei casi di trasferimento di portafoglio, di fusione o di scissione, l'impresa che acquisisce il contratto trasmette al contraente e agli aventi diritto specifica informativa. L'informativa, da rendere entro dieci giorni

dalla data di pubblicazione, fornisce notizie in merito alla nuova denominazione sociale e alla sede dell'impresa che acquisisce il contratto, al distributore cui viene assegnato il contratto e, qualora previsto, al diritto di recesso dei contraenti. L'efficacia del recesso è condizionata al perfezionamento dell'operazione societaria straordinaria.

4. Per i contratti in forma collettiva le informazioni di cui ai commi 2 e 3 sono rese dall'impresa al contraente e all'aderente.

5. Le informazioni di cui ai commi 2 e 3 sono, altresì, rese disponibili per un periodo di almeno sei mesi nella home page del sito internet dell'impresa che acquisisce il contratto. Per le operazioni societarie di cui al comma 3, anche l'impresa cedente, incorporata o scissa rende disponibile per almeno sei mesi nella home page del proprio sito internet la notizia dell'operazione con l'inserimento di un link che rimanda alla home page del sito internet dell'impresa che ha acquisito il contratto.

Art. 4 – Riscontro a richieste di informazioni

1. L'impresa fornisce riscontro a ogni richiesta d'informazione presentata dal contraente, dall'aderente o dagli altri aventi diritto, in merito alla richiesta di ricevere le condizioni contrattuali, all'esistenza o all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa entro venti giorni dalla ricezione della richiesta.

2. Il riscontro alle richieste concernenti la verifica degli importi delle prestazioni liquidate contiene le indicazioni necessarie per consentire all'interessato l'accertamento della conformità dei calcoli alle condizioni di assicurazione ed è corredato dai calcoli relativi allo sviluppo delle prestazioni.

Art. 5 - Archiviazione e conservazione dei documenti

1. L'impresa adotta procedure interne di archiviazione e conservazione dei documenti e dell'adempimento degli obblighi di consegna e di informativa di cui al presente allegato idonee a garantirne l'ordinata tenuta e gestione.

2. Le imprese, al fine di ridurre gli oneri a carico dei contraenti, adottano modalità di gestione della documentazione idonee a evitare che venga richiesta, in fase di assunzione di nuovi contratti o gestione dei sinistri, documentazione non necessaria o di cui già dispongano, avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti con il medesimo contraente, e che risulti ancora in corso di validità.

3. La disposizione di cui al comma 2 si applica anche riguardo ai rapporti relativi ai contratti assicurativi collettivi.

Art. 6 - Contratti in forma collettiva

1. L'impresa d'assicurazione che stipula contratti in forma collettiva predispone il set informativo secondo le disposizioni relative a ciascun tipo di prodotto previsto dal presente allegato.

2. Il set informativo è consegnato al contraente e, nei limiti e con le modalità di cui al Regolamento in materia di distribuzione assicurativa, all'aderente.

3. Il modulo di adesione da consegnare all'aderente contiene:
 - a) l'informazione relativa al diritto di ricevere il set informativo, nei limiti e con le modalità di cui al Regolamento in materia di distribuzione assicurativa;
 - b) l'informazione relativa al diritto di richiedere all'impresa le condizioni contrattuali, nel caso in cui la consegna delle stesse non sia prevista dal Regolamento in materia di distribuzione assicurativa;
 - c) l'informazione relativa al diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate di cui al seguente articolo 33, ove istituite.
4. Gli assicurati hanno diritto di richiedere all'impresa le condizioni contrattuali nel caso in cui non sia prevista la relativa consegna ai sensi del Regolamento in materia di distribuzione assicurativa.

Art. 7 Documentazione e pubblicazione nel sito internet per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (IBIP)

- 1 L'impresa di assicurazione redige il documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita).
2. Oltre ai documenti di cui al comma 1, sono altresì predisposti:
 - a) le condizioni di assicurazione, comprensive del glossario;
 - b) un modulo di proposta o, ove non previsto, il modulo di polizza.
3. I documenti di cui ai commi 1 e 2 costituiscono il set informativo e:
 - a) sono individualmente numerati in ogni pagina, con indicazione del numero totale delle pagine di ciascun documento (ad es.: 1 di 6, 2 di 6,...) e, in prima pagina, della data dell'ultimo aggiornamento dei dati in essi contenuti;
 - b) sono contestualmente consegnati al contraente, nell'ultima versione disponibile ai sensi dell'articolo 2.
4. Nel caso di contratti in cui sono abbinate più garanzie relative a prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi, è redatto un unico DIP Vita anche se le garanzie oggetto di abbinamento sono prestate da imprese differenti, oppure se il prodotto è realizzato da più soggetti.
5. Non appena disposta la commercializzazione di un nuovo prodotto, l'impresa pubblica nel proprio sito internet i documenti di cui ai commi 1 e 2 relativi al prodotto. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 3, la pubblicazione è mantenuta per tutta la durata della commercializzazione.

Art. 8 - Proposta di assicurazione e altri documenti relativi all'emissione del contratto

1. In caso di utilizzo del modulo di proposta, il modulo è predisposto in modo che sia garantita l'identità tra la copia compilata e trattenuta dal proponente e quella consegnata al destinatario della proposta.
2. L'impresa richiama nella proposta di assicurazione, con caratteri grafici di particolare evidenza, le seguenti avvertenze:
 - a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) nel caso di prestazioni per il caso di morte o altre coperture che comunque richiedono di acquisire informazioni sullo stato di salute dell'assicurato:

- 1) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- 2) l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

3. La proposta contiene, inoltre:

- a) un'apposita dichiarazione, con caratteri di stampa idonei per dimensione e struttura grafica, da far sottoscrivere al contraente, a conferma del ricevimento del set informativo;
- b) un apposito spazio nel quale sono indicati la periodicità ed i mezzi di pagamento del premio.

4. Il documento di cui al comma 1 è redatto in modo da favorire l'acquisizione in sede di stipula dei nuovi contratti della designazione del beneficiario in forma nominativa, salva espressa diversa volontà del contraente. A tal fine, la proposta:

- a) contiene lo spazio per l'indicazione dei dati anagrafici del beneficiario, incluso il codice ISS, il codice operatore economico o codici esteri equivalenti, e dei relativi recapiti anche di posta elettronica;
- b) contiene le avvertenze, realizzate con caratteristiche grafiche di particolare evidenza, che, in caso di mancata compilazione dello spazio di cui alla lettera a), l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari e che la modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa;
- c) contiene lo spazio per indicare, nel caso in cui il contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, i dati necessari per l'identificazione di un referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui l'impresa potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato;
- d) contiene l'opzione per escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima dell'evento.

5. I commi 2, 3 e 4 si applicano anche alla redazione del modulo di adesione dei contratti in forma collettiva.

6. Le disposizioni di cui ai commi precedenti si applicano anche alle procedure di emissione dei contratti che non prevedono la proposta di assicurazione.

Articolo 9 - Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi – DIP Vita

1. Il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) contiene le principali informazioni per consentire al contraente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri prodotti aventi caratteristiche analoghe. L'impresa predispone il DIP Vita rispondente ai requisiti previsti nel presente articolo e negli articoli 10 e 11 secondo il formato standardizzato pubblicato ai sensi dell'articolo 40 del Regolamento in materia di distribuzione assicurativa.

2. Sulla prima pagina in alto, immediatamente dopo l'intestazione «Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)», sono riportati:
 - a) il nome dell'impresa/impresе e relativa forma societaria;
 - b) il nome commerciale del prodotto;
 - c) la data di realizzazione del documento o, in caso di successiva revisione, la data di aggiornamento indicando che il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.
3. Il logo dell'impresa è inserito a destra del titolo.
4. Immediatamente sotto il nome dell'impresa è inserita la dichiarazione che le informazioni contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.
5. Nella versione stampata, il documento occupa quattro pagine di formato A4. Se occorre più spazio, la versione stampata può, in via eccezionale e per motivate circostanze, occupare un massimo di cinque pagine di formato A4.
6. Le informazioni riportate nel documento sono presentate in sezioni distinte secondo la struttura, la disposizione, la suddivisione in rubriche e la sequenza indicate nel formato standardizzato pubblicato sul sito www.bcsm.sm, in un carattere di stampa con occhio medio almeno pari a 1,2 mm. Le sezioni hanno lunghezza variabile in funzione del numero di informazioni da inserire in ciascuna di esse.
7. Nel documento presentato su supporto durevole non cartaceo è possibile modificare le dimensioni dei diversi elementi presentati, a condizione che siano mantenute la disposizione, la suddivisione in rubriche e la sequenza previste dal formato standardizzato, così come il risalto e la dimensione relativi ai diversi elementi.
8. Se le dimensioni del supporto durevole non cartaceo non permettono la disposizione su due colonne, è ammessa la presentazione su una sola colonna, purché le sezioni siano riportate nella sequenza seguente:
 - a) «Che tipo di assicurazione è?»;
 - b) «Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?»;
 - c) «Che cosa NON è assicurato?»;
 - d) «Ci sono limiti di copertura?»;
 - e) «Dove vale la copertura?»;
 - f) «Che obblighi ho?»;
 - g) «Quando e come devo pagare?»;
 - h) «Quando comincia la copertura e quando finisce?»;
 - i) «Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?»;
 - l) «Sono previsti riscatti o riduzioni?»;
 - m) «A chi è rivolto questo prodotto?»;
 - n) «Quali costi devo sostenere?».

Articolo 10 - Rubriche del DIP Vita e loro contenuto informativo

1. Il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) è suddiviso in sezioni contraddistinte dalle seguenti rubriche e relativo contenuto:

- a) le informazioni sul tipo di assicurazione sono inserite nella rubrica «Che tipo di assicurazione è?» in testa al documento;
- b) le informazioni sui principali rischi assicurati e sulla somma assicurata sono inserite nella rubrica «Che cosa è assicurato?»;
- c) la sintesi delle garanzie escluse sono inserite nella rubrica «Che cosa NON è assicurato?». Ogni voce di questa rubrica è preceduta da una croce di colore rosso;
- d) le informazioni sulle principali limitazioni sono inserite nella rubrica «Ci sono limiti di copertura?». Ogni voce di questa rubrica è preceduta da un punto esclamativo di colore arancione;
- e) le informazioni sull'ambito geografico eventualmente applicabile sono inserite nella rubrica «Dove vale la copertura?»;
- f) le informazioni sugli obblighi all'inizio del contratto, nel corso della durata del contratto e in caso di presentazione di richiesta della liquidazione della prestazione sono inserite nella rubrica «Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?»;
- g) le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi sono inserite nella rubrica «Quando e come devo pagare?»;
- h) le informazioni sulla data di inizio e di fine del periodo di copertura sono inserite nella rubrica «Quando comincia la copertura e quando finisce?»;
- i) le informazioni sulle modalità di revoca della proposta, di recesso o di risoluzione del contratto sono inserite nella rubrica «Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?»;
- l) le informazioni sulla possibilità di riscattare o ridurre il contratto sono inserite nella rubrica «Sono previsti riscatti o riduzioni?»;
- m) le informazioni sulla tipologia di cliente a cui è destinato il prodotto, con specifico riferimento alle caratteristiche biometriche o al rischio demografico sono inserite nella rubrica «A chi è rivolto questo prodotto?»;
- n) le informazioni su tutti i costi a carico del contraente e, ove esistenti, quelli a carico dell'aderente di polizze collettive sono inserite nella rubrica «Quali costi devo sostenere?».

2. È consentito l'uso di sottorubriche, ove necessario.

Articolo 11 - Impiego di icone

1. Ciascuna sezione del Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) è contraddistinta da un'icona, posta al suo inizio, che ne rappresenta visivamente il contenuto secondo le modalità seguenti:

- a) in testa alle informazioni su principali rischi assicurati figura l'icona di un ombrello, di colore bianco su fondo verde o verde su fondo bianco;
 - b) in testa alle informazioni sulle garanzie escluse figura l'icona di una croce racchiusa in un triangolo, di colore bianco su fondo rosso o rosso su fondo bianco;
 - c) in testa alle informazioni sulle principali limitazioni figura l'icona di un punto esclamativo racchiuso in un triangolo, di colore bianco su fondo arancione o arancione su fondo bianco;
 - d) in testa alle informazioni sull'ambito geografico della copertura assicurativa figura l'icona di un mappamondo, di colore bianco su fondo azzurro o azzurro su fondo bianco;
 - e) in testa alle informazioni sugli obblighi all'inizio del contratto, nel corso della durata del contratto e in caso di presentazione di richiesta della liquidazione della prestazione, figura l'icona di una stretta di mano, di colore bianco su fondo verde o verde su fondo bianco;
 - f) in testa alle informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi figura l'icona di monete, di colore bianco su fondo giallo o giallo su fondo bianco;
 - g) in testa alle informazioni sulla data di inizio e fine del contratto figura l'icona di una clessidra, di colore bianco su fondo azzurro o azzurro su fondo bianco;
 - h) in testa alle informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto figura l'icona di un palmo aperto racchiuso in uno scudo, di colore bianco su fondo nero o nero su fondo bianco;
 - i) in testa alle informazioni sulla possibilità di riscattare o ridurre il contratto figura l'icona di una moneta di dollaro con una freccia azzurra in basso rivolta a sinistra;
 - l) in testa alle informazioni sul cliente target figura l'icona di un uomo nero su fondo bianco;
 - m) in testa alle informazioni sui costi figura l'icona di un dollaro su fondo rosso e nero.
2. Tutte le icone sono raffigurate secondo il formato standardizzato di presentazione riportato nel modello pubblicato sul sito www.bcs.sm.

Articolo 12 – Colori di stampa

1. È ammessa la presentazione in bianco e nero delle icone di cui al comma 1 quando il DIP Vita è stampato o fotocopiato in bianco e nero.

Art. 13 - Comunicazioni in caso di esercizio di opzioni contrattuali

1. Se il prodotto assicurativo prevede la possibilità di esercizio di opzioni alla data di scadenza del contratto o ad altra data prevista nel contratto, almeno trenta giorni prima di tale data, l'impresa comunica al contraente le modalità di esercizio dell'opzione, nonché le informazioni relative ai costi effettivi, alle condizioni, alle garanzie e al diverso regime fiscale applicati a seguito dell'esercizio dell'opzione.

Art. 14 - Comunicazioni in corso di contratto

1. L'impresa comunica al contraente, entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il Documento Unico di rendicontazione relativo alla posizione assicurativa.

2. In presenza di contratti che prevedono prestazioni a scadenza, l'impresa comunica al contraente, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto, il termine di scadenza e la documentazione da trasmettere per la liquidazione della prestazione.
3. Nella comunicazione al contraente di cui al comma 2 è inserita un'avvertenza sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta della liquidazione della prestazione entro detti termini. Fatto salvo l'esercizio dell'opzione di cui all'articolo 8, comma 4, lettera d), la comunicazione è inviata anche al beneficiario se indicato in forma nominativa.
4. Le disposizioni di cui ai commi 2 e 3 si applicano anche ai contratti relativi ai prodotti d'investimento assicurativi.
5. Al fine di rendere al contraente una rendicontazione unica e onnicomprensiva di tutti i costi e oneri, le imprese ricevono dai distributori tutte le informazioni necessarie per fornire una rendicontazione completa anche di tutti i costi e oneri connessi all'attività di distribuzione, anche effettuata nell'ambito di una collaborazione orizzontale.

Art. 15 - Trasformazione di contratto

1. In ogni operazione comunque denominata che comporta la sostituzione delle garanzie e delle condizioni di un contratto esistente, attuata anche mediante la predisposizione di appendici contrattuali, ovvero nel caso in cui le circostanze o le modalità dell'operazione inducono a ritenere configurabile l'ipotesi della trasformazione del contratto, l'impresa fornisce al contraente i necessari elementi di valutazione in modo da consentirgli di confrontare le caratteristiche delle garanzie e delle condizioni preesistenti con le nuove garanzie e condizioni, evidenziando, in particolare, le garanzie e gli eventuali benefici, anche fiscali, a cui rinuncia a seguito dell'operazione.
2. Ai fini di quanto previsto dal comma 1, sette giorni prima dell'eventuale trasformazione del contratto, l'impresa consegna al contraente:
 - a) l'informativa standardizzata di cui al seguente comma 3;
 - b) il set informativo riferibile alle nuove garanzie e condizioni.
3. Il documento di informativa standardizzata è redatto in forma tabellare a sezioni contrapposte relative ai contenuti del contratto originario e di quello risultante dalla trasformazione, e deve contenere almeno le seguenti informazioni in questo ordine:
 - a) l'eventuale perdita di garanzia di capitale o di un rendimento minimo finanziario;
 - b) le eventuali differenze in termini di tasso minimo di rendimento garantito, anche con riferimento alle diverse modalità di attribuzione e consolidamento (annuale, solo a scadenza,...);
 - c) gli ulteriori eventuali benefici, anche fiscali, a cui rinuncia a seguito dell'operazione;
 - d) le eventuali modifiche dei termini contrattuali (decorrenza, durata, scadenza);
 - e) gli eventuali effetti negativi sulle prestazioni, anche su quelle derivanti dall'esercizio di opzioni contrattuali, dovuti all'adozione di nuove basi tecniche, diverse da quelle finanziarie;
 - f) il nuovo trattamento fiscale;

- g) le eventuali modifiche del premio dovuto e dei mezzi di pagamento;
- h) le prestazioni assicurate; particolare rilievo deve essere dato ai casi in cui la prestazione del contratto derivante da trasformazione comporti rischi finanziari a carico degli assicurati (contratti unit linked e index linked), sottolineandone le caratteristiche e le specificità rispetto a quelle del contratto originario;
- i) l'eventuale eliminazione o riduzione della copertura per il caso di morte;
- j) l'indicazione di eventuali periodi di carenza della copertura per il caso di morte;
- k) le condizioni regolanti la determinazione del valore di riscatto e gli effetti dell'operazione di trasformazione sull'esercizio del diritto di riscatto.

Le informazioni di cui ai punti a), b), c) e f) sono riportate in grassetto.

Il documento deve inoltre prevedere:

- a) l'indicazione analitica e in forma tabellare di ogni eventuale costo addebitato, sotto qualsiasi forma per oneri amministrativi inerenti all'operazione di trasformazione;
- b) il criterio di impiego e di gestione delle disponibilità maturate sul contratto trasformando;
- c) l'indicazione della facoltà o meno del contraente di avvalersi del diritto di recesso entro trenta giorni dall'operazione di trasformazione e degli effetti conseguenti.

4. La disciplina di cui ai commi 1 e 2 si applica anche nel caso in cui la trasformazione è realizzata previo riscatto del precedente contratto. In tali casi l'informativa di cui al comma 2 è consegnata al contraente almeno sette giorni prima del riscatto o della sottoscrizione del nuovo contratto.

5. La disciplina di cui al presente articolo si applica anche ai contratti relativi ai prodotti d'investimento assicurativi.

Art. 16 - Documentazione e pubblicazione nel sito internet per IBIP

1. L'impresa di assicurazione redige:

- a) il documento informativo per i prodotti di investimento, in conformità a quanto stabilito dal Regolamento (UE) n. 1286/2014 del 26 novembre 2014 e relative norme di attuazione (KID);
- b) il documento informativo precontrattuale relativo ai prodotti d'investimento assicurativi (DIP IBIP).

2. Oltre ai documenti di cui al comma 1, sono altresì predisposti:

- a) le condizioni di assicurazione, comprensive del glossario;
- b) un modulo di proposta o, ove non previsto, il modulo di polizza.

3. I documenti di cui ai commi 1 e 2 costituiscono il set informativo e:

- a) sono individualmente numerati in ogni pagina, con indicazione del numero totale delle pagine di ciascun documento e, in prima pagina, della data dell'ultimo aggiornamento dei dati in essi contenuti;
- b) sono contestualmente consegnati al contraente nell'ultima versione disponibile ai sensi dell'articolo 2.

4. È redatto un unico DIP IBIP per tutte le prestazioni, anche se garantite da imprese differenti ovvero se il prodotto è realizzato da più soggetti.

5. Non appena disposta la commercializzazione di un nuovo prodotto, l'impresa pubblica nel proprio sito internet i documenti di cui ai commi 1 e 2 relativi al prodotto. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 3, la pubblicazione è mantenuta per tutta la durata della commercializzazione.

6. Il modulo di proposta è redatto secondo le disposizioni di cui all'articolo 8.

7. L'informativa precontrattuale è integrata, ove pertinente, con quanto previsto al Regolamento (UE) 2019/2088, dal Regolamento (UE) 2020/852 e dal Regolamento delegato (UE) 2022/1288 e secondo le modalità ivi indicate.

Art. 17 - Documento informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi – DIP IBIP

1. Il Documento informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP IBIP) fornisce esclusivamente le informazioni integrative e complementari, diverse da quelle pubblicitarie, rispetto alle informazioni già contenute nel KID, necessarie affinché il contraente possa pervenire ad una decisione informata sul prodotto. Le informazioni contenute nel DIP IBIP sono coerenti con:

- a) le informazioni riportate nel KID e le integrano senza apportarvi modifiche;
- b) le informazioni riportate nelle condizioni di assicurazione.

2. Il DIP IBIP è redatto secondo il formato standardizzato pubblicato sul sito www.bcsm.sm.

3. Sulla prima pagina in alto, immediatamente dopo l'intestazione «Documento informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP IBIP)», sono riportati:

- a) il nome commerciale del prodotto;
- b) la tipologia di contratto e il relativo ramo assicurativo, in alternativa tra le seguenti formulazioni:
 - 1) contratto con partecipazione agli utili (Ramo I);
 - 2) contratto rivalutabile (Ramo I);
 - 3) contratto Unit linked (Ramo III);
 - 4) contratto Index linked (Ramo III);
 - 5) operazione di capitalizzazione (Ramo V);
 - 6) contratto multiramo (Ramo I e Ramo III);
- c) la data di realizzazione del documento o, in caso di successiva revisione, la data di aggiornamento indicando che il DIP IBIP pubblicato è l'ultimo disponibile.

4. Il logo dell'impresa è inserito a destra del titolo.

5. Immediatamente sotto l'informativa sulla data di realizzazione del documento sono riportate le seguenti informazioni:

- a) il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle garanzie finanziarie, alle coperture assicurative, alle limitazioni e esclusioni, ai costi e alla loro incidenza sulla performance del prodotto, nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa;

- b) le informazioni sull'impresa riportate nel formato standardizzato pubblicato sul sito www.bcsm.sm;
- c) le informazioni relative alla solvibilità e alla situazione patrimoniale dell'impresa, secondo le indicazioni di cui al formato standardizzato pubblicato sul sito www.bcsm.sm;
- d) la legge applicata al contratto.
6. Dopo l'informazione di cui al comma 5, lettera a), è inserita l'avvertenza che il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.
7. Le sezioni del DIP IBIP sono riportate nella sequenza seguente:
- a) «Scopo»;
- b) «Società»;
- c) «Prodotto» contenente una descrizione sintetica delle caratteristiche finanziarie e assicurative del prodotto e l'indicazione distinta delle parti relative a:
1. «Quali sono le prestazioni assicurative e le opzioni non riportate nel KID?»;
 2. «Che cosa NON è assicurato?»;
 3. «Ci sono limiti di copertura?»;
 4. «Quanto e come devo pagare?»;
 5. «A chi è rivolto questo prodotto?»;
 6. «Quali sono i costi?».
8. Il DIP IBIP, dopo le sezioni di cui al comma 7, riporta, ove applicabile, l'avvertenza che l'impresa prevede nel proprio sito internet un'area riservata con la possibilità per il contraente di richiedere le credenziali di accesso.
9. Il DIP IBIP è suddiviso in sezioni contraddistinte dalle rubriche e relativo contenuto:
- a) le informazioni sulle prestazioni assicurative previste dal contratto e le opzioni non riportate nel KID sono inserite nella rubrica «Quali sono le prestazioni assicurative e le opzioni non riportate nel KID?»;
- b) la sintesi delle garanzie escluse sono inserite nella rubrica «Che cosa NON è assicurato?»;
- c) le informazioni sulle limitazioni sono inserite nella rubrica «Ci sono limiti di copertura?»;
- d) le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi sono inserite nella rubrica «Quando e come devo pagare?»;
- e) le informazioni sul cliente target individuato dall'impresa sono inserite nella rubrica «A chi è rivolto questo prodotto?»;
- f) le informazioni relative ai costi a carico del contraente sono inserite nella rubrica «Quali sono i costi?».
10. Ciascuna sezione del DIP IBIP è contraddistinta dalle seguenti icone:
- a) in testa alle informazioni sul cliente target figura l'icona di un uomo nero su fondo bianco;
- b) in testa alle informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle opzioni non riportate nel KID figura l'icona di un ombrello, di colore bianco su fondo verde o verde su fondo bianco;
- c) in testa alle informazioni sui rischi esclusi figura l'icona di una croce racchiusa in un triangolo, di colore bianco su fondo rosso o rosso su fondo bianco;

d) in testa alle informazioni sulle principali esclusioni figura l'icona di un punto esclamativo racchiuso in un triangolo, di colore bianco su fondo arancione o arancione su fondo bianco;

e) in testa alle informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi figura l'icona di due monete di euro di colore giallo;

f) in testa alle informazioni sui costi figura l'icona di un dollaro su fondo rosso e nero.

11. Al DIP IBIP si applicano le disposizioni di cui all'articolo 9, commi 6 e 7, tenuto conto delle informazioni di cui al comma 5 e delle sezioni di cui al comma 7 del presente articolo.

12. Nella versione stampata, il documento occupa al massimo 3 pagine di formato A4. Se occorre più spazio, la versione stampata può, in via eccezionale e per motivate circostanze, occupare un massimo di 4 pagine di formato A4.

Art. 18 - Lettera di conferma d'investimento dei premi per i contratti unit linked

1. L'impresa comunica al contraente, entro dieci giorni lavorativi dalla data di valorizzazione delle quote, l'ammontare del premio di perfezionamento lordo versato e di quello investito, la data di decorrenza del contratto, il numero delle quote attribuite, il loro valore unitario, nonché la data di valorizzazione. Per i contratti che convertono i premi in quote in base alla data di ricevimento della proposta e/o di incasso del premio sono indicate anche le relative date.

2. Relativamente ai premi successivi, l'impresa comunica al contraente, entro dieci giorni lavorativi dalla data di valorizzazione delle quote, l'ammontare del premio lordo versato e di quello investito, il numero delle quote attribuite con il nuovo versamento, il loro valore unitario, nonché la data di valorizzazione. In caso di contratti a premi ricorrenti secondo un piano predefinito di versamenti, l'impresa può trasmettere una lettera di conferma cumulativa per i premi pagati in un semestre.

Art. 19 - Comunicazioni in caso di esercizio di opzioni contrattuali

1. Il DIP IBIP contiene la descrizione delle opzioni contrattuali esercitabili, non riportate nel KID, con evidenza della tempistica, dei costi e delle relative modalità di esercizio.

2. Se il prodotto d'investimento assicurativo prevede la possibilità di esercizio di opzioni alla data di scadenza del contratto o ad altra data prevista nel contratto, almeno trenta giorni prima di tale data, l'impresa comunica al contraente le modalità di esercizio dell'opzione nonché le informazioni relative ai costi effettivi, alle condizioni, alle garanzie e al diverso regime fiscale applicati a seguito dell'esercizio dell'opzione.

3. Per le opzioni che non prevedono una data di scadenza o di esercizio e che determinano una variazione del capitale garantito, almeno tre giorni prima dell'esercizio dell'opzione, l'impresa comunica al contraente le modalità di esercizio dell'opzione, nonché le informazioni relative ai relativi costi effettivi e alle condizioni, alle garanzie e al diverso regime fiscale applicati a seguito dell'esercizio dell'opzione.

4. Per i prodotti d'investimento assicurativi con una o più opzioni di investimento sottostanti che permettono di considerare tali prodotti come rientranti tra quelli che promuovono caratteristiche ambientali o sociali ovvero con opzioni di investimento sottostanti che hanno come obiettivo investimenti sostenibili,

l'informativa precontrattuale è integrata, ove pertinente, con quanto previsto dal Regolamento (UE) 2019/2088, dal Regolamento (UE) 2020/852 e dal Regolamento delegato (UE) 2022/1288 e secondo le modalità ivi indicate.

Art. 20 - Pubblicazione periodica

1. Relativamente ai prodotti d'investimento assicurativi, l'impresa pubblica nel proprio sito internet con link in home page le informazioni relative alle prestazioni assicurative.
2. Per le prestazioni rivalutabili collegate ai risultati di una gestione separata o ad altre modalità e meccanismi di partecipazione agli utili, l'impresa pubblica:
 - a) il rendiconto riepilogativo della gestione separata;
 - b) il prospetto annuale della composizione della gestione separata;
 - c) il prospetto semestrale della composizione della gestione separata.
3. I documenti di cui al comma 2, lettere a) e b), sono pubblicati entro sessanta giorni dalla chiusura del periodo di osservazione. Il documento di cui al comma 2, lettera c), è pubblicato entro trenta giorni dalla chiusura del primo semestre di ogni periodo di osservazione.
4. Il prospetto annuale della composizione della gestione separata e il prospetto semestrale della composizione della gestione separata restano disponibili nel sito internet dell'impresa per almeno sei mesi. Il rendiconto riepilogativo della gestione separata resta disponibile nel sito internet dell'impresa almeno fino alla pubblicazione del rendiconto relativo al successivo periodo di osservazione.
5. Le disposizioni di cui ai commi precedenti si applicano anche ai prodotti d'investimento assicurativi che prevedono prestazioni relative a operazioni di capitalizzazione.
6. Per le prestazioni di contratti unit linked, l'impresa pubblica, o rende disponibile tramite link ad altro sito, il prospetto e il rendiconto periodico del fondo interno o dell'OIC cui sono direttamente collegate le prestazioni principali dei prodotti entro sessanta giorni dalla chiusura del periodo di osservazione.
7. Per le prestazioni di contratti unit linked, l'impresa pubblica giornalmente nel proprio sito internet il valore della quota del fondo interno o della quota o azione dell'OIC, che rappresenta la base per la determinazione delle prestazioni dei contratti unit linked, con la relativa data di valorizzazione. La pubblicazione deve avvenire non oltre il terzo giorno lavorativo successivo alla data di valorizzazione della quota.
8. Per le prestazioni di contratti index linked, l'impresa pubblica giornalmente nel proprio sito internet i valori di riscatto espressi in funzione di un capitale assicurato nozionale di cento euro. I valori sono aggiornati secondo cadenze coerenti con la valorizzazione prevista in contratto e comunque almeno settimanalmente.
9. I valori di cui ai commi 7 e 8 pubblicati nel sito internet rappresentano l'univoca base di riferimento per la quantificazione delle prestazioni e del valore di riscatto, e per l'eventuale riacquisto dello strumento finanziario da parte dell'emittente o di altri soggetti.
10. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 3, il contraente ha diritto di richiedere in ogni momento all'impresa in forma scritta il valore della quota del fondo interno o della quota o azione dell'OIC e i valori

di riscatto espressi in funzione di un capitale assicurato nozionale di euro cento. L'impresa fornisce riscontro al contraente entro venti giorni dalla richiesta.

Art. 21 - Documento unico di rendicontazione

1. Per le prestazioni di contratti a prestazioni rivalutabili o contratti con partecipazioni agli utili, l'impresa trasmette al contraente, entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare ovvero entro sessanta giorni dalla data prevista nelle condizioni di contratto per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, un Documento unico di rendicontazione annuale della posizione assicurativa contenente almeno le seguenti informazioni:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto alla data di riferimento dell'estratto conto precedente e valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
- b) dettaglio dei premi versati nell'anno di riferimento, con evidenza di eventuali premi in arretrato ed un'avvertenza sugli effetti derivanti dal mancato pagamento;
- c) valore dei riscatti parziali rimborsati nell'anno di riferimento;
- d) valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto;
- e) valore di riscatto maturato alla data di riferimento dell'estratto conto.

2. Per i prodotti d'investimento assicurativi che prevedono prestazioni rivalutabili collegate ai risultati di una gestione separata, il Documento unico di rendicontazione di cui al comma 1 riporta il tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione, l'aliquota di retrocessione del rendimento riconosciuta, il tasso annuo di rendimento retrocesso, con evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti dall'impresa, e il tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

3. Per i prodotti d'investimento assicurativi che prevedono forme di partecipazione agli utili diverse da quelle di cui comma 2, il Documento unico di rendicontazione riporta gli utili attribuiti al contratto nell'anno di riferimento.

4. L'impresa consegna l'informativa prevista dai commi 1, 2 e 3, entro i medesimi termini, anche nel caso di prodotti d'investimento assicurativi a premio unico e in riduzione.

5. Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 si applicano anche ai prodotti d'investimento assicurativi che prevedono prestazioni relative a operazioni di capitalizzazione.

6. Per le prestazioni dei contratti unit linked, l'impresa consegna al contraente, entro il 31 maggio di ogni anno, il Documento unico di rendicontazione annuale della posizione assicurativa contenente, almeno, le seguenti informazioni:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto al 31 dicembre dell'anno precedente, numero e controvalore delle quote assegnate al 31 dicembre dell'anno precedente;
- b) dettaglio dei premi versati, di quelli investiti, del numero e del controvalore delle quote assegnate nell'anno di riferimento;
- c) numero e controvalore delle quote trasferite e di quelle assegnate a seguito di operazioni di switch;

- d) numero delle quote eventualmente trattenute nell'anno di riferimento per il premio relativo alle prestazioni legate esclusivamente al verificarsi di eventi quali il decesso, incapacità dovuta a lesione, malattia o infermità, e per la prestazione di una garanzia in termini di capitale o di rendimento;
 - e) numero e controvalore delle quote rimborsate a seguito di riscatto parziale nell'anno di riferimento;
 - f) numero delle quote complessivamente assegnate e del relativo controvalore alla fine dell'anno di riferimento;
 - g) per i contratti con garanzie finanziarie, il valore della prestazione garantita.
7. Per le prestazioni dei contratti index linked, l'impresa consegna al contraente, entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare ovvero entro sessanta giorni dalla data prevista per l'indicizzazione delle prestazioni assicurate, il Documento unico di rendicontazione annuale della posizione assicurativa contenente almeno le seguenti informazioni:
- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
 - b) dettaglio dei premi versati e di quelli investiti nell'anno di riferimento;
 - c) dettaglio degli importi pagati agli aventi diritto nell'anno di riferimento (pagamenti periodici, riscatti parziali);
 - d) per i contratti con garanzie finanziarie, il valore della prestazione garantita.
8. Nel Documento Unico di Rendicontazione l'impresa fornisce al contraente:
- a) importo dei costi e degli oneri, con specifica e separata indicazione del costo della distribuzione, non legati al verificarsi di un rischio di mercato sottostante, a carico dell'assicurato nell'anno di riferimento, oppure per i contratti unit direttamente collegati a OIC, il numero delle quote trattenute per commissioni di gestione nell'anno di riferimento, con indicazione della parte connessa al costo della distribuzione;
 - b) un'illustrazione che mostra l'effetto cumulativo dei costi sulla redditività del prodotto e soddisfa i seguenti requisiti:
 - 1) mostra l'effetto dei costi e degli oneri complessivi sulla redditività del prodotto;
 - 2) mostra eventuali impennate o oscillazioni previste dei costi;
 - 3) è accompagnata da una sua descrizione.
9. Unitamente all'informativa di cui ai commi 6 e 7, l'impresa consegna anche l'aggiornamento dei dati periodici previsti dalla normativa vigente.
10. Al fine di rendere al contraente una rendicontazione unica e onnicomprensiva di tutti i costi e oneri, le imprese ricevono dai distributori tutte le informazioni necessarie per fornire una rendicontazione completa anche di tutti i costi e oneri connessi all'attività di distribuzione, anche effettuata nell'ambito di una collaborazione orizzontale.

Art. 22 - Comunicazione in caso di perdite

1. Qualora in corso di contratto l'impresa accerti, per i contratti unit linked, che il controvalore delle quote complessivamente detenute dal contraente si sia ridotto di oltre il 30% rispetto all'ammontare del premio, o

di una sua parte, che finanzia tale prestazione, tenuto conto di eventuali riscatti, ne dà comunicazione al contraente entro dieci giorni lavorativi dalla data in cui l'evento si è verificato. Analoga informazione con le medesime modalità è fornita in occasione di ogni ulteriore riduzione pari o superiore al 10%.

2. Qualora in corso di contratto l'impresa accerti, per i contratti index linked, una riduzione del valore degli indici o dei valori di riferimento che determini una riduzione del valore di riscatto di oltre il 30% rispetto all'ammontare del premio, o di una sua parte, che finanzia tale prestazione, ne dà comunicazione al contraente entro dieci giorni lavorativi dalla data in cui l'evento si è verificato. Analoga informazione con le medesime modalità è fornita in occasione di ogni ulteriore riduzione pari o superiore al 10%.

3. Le comunicazioni di cui al comma 1 e 2 vengono contestualmente trasmesse alla Banca Centrale.

Art. 23 - Caratteristiche generali della pubblicità dei prodotti assicurativi da parte dell'impresa

1. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 63 della LISF e dell'articolo 128 del presente Regolamento, la pubblicità dei prodotti assicurativi è effettuata:

- a) nel rispetto dei principi di chiarezza e correttezza;
- b) in conformità al contenuto del set informativo cui i prodotti si riferiscono.

2. Il messaggio pubblicitario è strutturato in modo da non indurre in errore circa le caratteristiche, la natura, le garanzie e i rischi del prodotto offerto e utilizza forme espressive e caratteri chiari, ben visibili e leggibili.

3. La pubblicità è immediatamente riconoscibile come tale e ben distinguibile rispetto a ogni altra forma di comunicazione.

Art. 24 - Elementi della pubblicità

1. Il messaggio pubblicitario indica con chiarezza ed evidenza la denominazione dell'impresa di assicurazione e le caratteristiche del relativo prodotto.

2. Il messaggio pubblicitario riporta, con caratteri che consentono un'immediata e agevole lettura, la seguente avvertenza: "Prima della sottoscrizione leggere il set informativo".

3. Il messaggio pubblicitario indica il sito internet dell'impresa nel quale è pubblicato il set informativo.

4. Nella pubblicità effettuata tramite mezzi di comunicazione audiovisivi, le informazioni di cui ai commi 2 e 3 sono riprodotte lentamente, in modo da consentirne un agevole ascolto.

5. Le espressioni "garantisce", "garantito" o termini simili che inducono a ritenere sussistente il diritto a una prestazione certa per l'assicurato o per il portatore di un interesse alla prestazione assicurativa possono essere utilizzate solo se la garanzia è rilasciata dall'impresa di assicurazione.

6. La qualifica di contratto "etico" e "sostenibile" può essere utilizzata solo per i contratti sottoposti alla disciplina di cui all'articolo 29.

Art. 25 - Pubblicità dei rendimenti dei prodotti d'investimento assicurativi

1. Il messaggio pubblicitario non reca informazioni imprecise o tali da indurre in errore circa le caratteristiche, la natura e i rischi dei prodotti finanziari offerti e del relativo investimento.

2. Il messaggio pubblicitario che riporta eventualmente i rendimenti conseguiti dai prodotti d'investimento assicurativi:

- a) specifica il periodo di riferimento utilizzato per il calcolo del rendimento pubblicizzato e il periodo di detenzione del prodotto consigliato;
- b) rappresenta il rendimento al netto degli oneri che gravano a qualsiasi titolo sul meccanismo di partecipazione agli utili, in termini di quote di rendimento non riconosciute sulle posizioni contrattuali o di commissioni o altre spese prelevate, tenuto conto degli eventuali livelli di rendimento minimo trattenuto;
- c) rappresenta in modo chiaro il profilo di rischio connesso al rendimento.

3. Nei casi in cui il rendimento riconosciuto dipenda da specifiche variabili contrattuali, quali, ad esempio, l'importo del premio pagato, il cumulo dei premi versati, le riserve matematiche accantonate sulla polizza, il messaggio pubblicitario è riferito al rendimento medio del portafoglio di contratti cui il prodotto si riferisce, da determinarsi sulla base della legge di capitalizzazione prevista dalla clausola di rivalutazione delle condizioni di assicurazione. Laddove l'impresa intenda pubblicizzare il rendimento massimo riconosciuto, il messaggio è integrato dall'informazione del tasso di rendimento minimo attribuito.

4. Qualora il messaggio pubblicitario sia eventualmente riferito ai rendimenti riconosciuti da una gestione separata, è pubblicizzato il rendimento medio del portafoglio di prodotti cui la gestione separata si riferisce, da determinarsi sulla base della legge di capitalizzazione prevista dalla clausola di rivalutazione delle condizioni di polizza. Laddove l'impresa intenda pubblicizzare il rendimento massimo riconosciuto in passato, il messaggio è integrato dall'informazione del tasso di rendimento minimo attribuito per quella gestione separata.

5. Il rendimento eventualmente indicato per un periodo pluriennale è quello medio annuo del periodo preso a riferimento. L'impresa indica la modalità di calcolo della media. In alternativa, può essere indicato il rendimento riferito a ciascuno degli anni considerati senza annualizzare i rendimenti relativi alle eventuali frazioni di anno.

6. Il messaggio pubblicitario, ove faccia anche riferimento ai rendimenti passati, riporta la seguente avvertenza: "Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri". Se il messaggio pubblicitario è effettuato tramite mezzi di comunicazione audiovisivi, tale avvertenza è riprodotta lentamente, in modo da consentire un agevole ascolto; se il messaggio pubblicitario è effettuato attraverso un documento scritto, l'avvertenza dovrà essere riportata negli stessi termini grafici del messaggio che riporta i rendimenti passati.

7. Il messaggio pubblicitario che riporta i risultati di statistiche, studi o elaborazioni di dati, o che, comunque, vi faccia riferimento, indica le fonti.

Art. 26 - Semplificazione dei contratti

1. L'impresa redige i contratti assicurativi utilizzando un linguaggio semplice e chiaro, in linea con le espressioni usate nei documenti precontrattuali, in modo da consentire all'assicurato un esercizio più agevole dei diritti che derivano dal contratto stesso.
2. La struttura dei contratti rispecchia, in linea generale, la struttura dei documenti informativi precontrattuali.

Art. 27 - Realizzazione di prodotti assicurativi da parte di più soggetti

1. Quando il prodotto assicurativo è realizzato da più imprese, queste ultime:
 - a) predispongono un unico set informativo per ciascuna tipologia di prodotto commercializzato;
 - b) firmano un accordo scritto che specifica la loro collaborazione nel rispettare i requisiti previsti dal presente allegato;
 - c) pubblicano il set informativo di cui alla lettera a) nei siti internet di tutti i soggetti che realizzano il prodotto.

Art. 28 - Conflitti di interesse nella realizzazione ed esecuzione dei contratti di assicurazione

1. L'impresa elabora, attua e mantiene efficaci presidi organizzativi e amministrativi in materia di conflitti di interesse.
2. Nella produzione ed esecuzione dei contratti di assicurazione, l'impresa evita di effettuare operazioni in cui ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo che incidano negativamente sugli interessi dei contraenti.
3. Qualora i presidi adottati ai sensi del comma 1 non siano sufficienti a evitare, con ragionevole certezza, il rischio di nuocere agli interessi del contraente, l'impresa:
 - a) fornisce informazioni sul conflitto di interesse mediante informativa pubblicata nel proprio sito internet tramite link nella home page del sito, sulla natura e le fonti del conflitto, affinché il contraente possa assumere una decisione informata;
 - b) in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del contraente.
4. L'impresa, in ogni caso, in funzione dell'attività svolta e della tipologia dei prodotti:
 - a) disegna prodotti e suggerisce modifiche contrattuali o altre operazioni nell'interesse del contraente alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura dei contratti e delle operazioni stesse;
 - b) opera al fine di contenere i costi a carico del contraente e ottenere il miglior risultato possibile in relazione alle richieste e le esigenze assicurative;
 - c) si astiene dal proporre variazioni contrattuali e dal suggerire operazioni con frequenza non necessaria alla realizzazione delle richieste ed esigenze assicurative;
 - d) si astiene da ogni comportamento che possa avvantaggiare alcuni clienti a danno di altri;

e) non adotta pratiche e disposizioni in materia di compensi alla rete di cui si avvale che sono contrarie al dovere di agire nel miglior interesse del contraente.

5. L'impresa individua i casi in cui le condizioni contrattuali convenute con soggetti terzi confliggono con gli interessi del contraente e assicura che il patrimonio delle gestioni separate, dei fondi interni e gli attivi rappresentativi dei contratti collegati a valori di riferimento ovvero i singoli contratti non siano gravati da oneri altrimenti evitabili o esclusi dalla percezione di utilità a essi spettanti. In particolare, l'impresa assicura che il contraente benefici comunque, direttamente o indirettamente, di eventuali introiti derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'impresa in virtù di accordi con soggetti terzi.

6. L'impresa è responsabile del rispetto delle disposizioni in materia di conflitto di interessi anche quando affida specifiche scelte di investimento ad altri intermediari abilitati a prestare servizi di gestione dei patrimoni.

Art. 29 - Finanza etica e sostenibile

1. L'impresa di assicurazione, relativamente ai prodotti assicurativi qualificati come "etici" o "sostenibili", fornisce mediante link nella home page del proprio sito internet le seguenti informazioni:

- a) gli obiettivi e le caratteristiche in relazione ai quali il prodotto assicurativo è qualificato come "etico" o "sostenibile";
- b) i criteri generali di selezione degli strumenti finanziari in virtù degli obiettivi e delle caratteristiche di cui alla lettera a);
- c) le politiche e gli obiettivi eventualmente perseguiti nell'esercizio dei diritti di voto connessi agli strumenti finanziari detenuti in portafoglio;
- d) l'eventuale destinazione per iniziative di carattere sociale o ambientale di proventi generati dai contratti offerti e la relativa misura;
- e) le eventuali procedure adottate per assicurare il perseguimento degli obiettivi di cui alla lettera a), compresa la presenza di organi specializzati istituiti all'interno dell'impresa e le relative funzioni;
- f) l'adesione a codici di autoregolamentazione, promossi da soggetti specializzati.

2. Con l'invio del documento unico di rendicontazione annuale di cui all'articolo 21, l'impresa che offre prodotti di cui al comma 1, con riferimento ai dodici mesi precedenti, fornisce:

- a) l'illustrazione dell'attività di gestione in relazione ai criteri generali di selezione degli strumenti finanziari individuati ai sensi del comma 1, lettera b);
- b) le informazioni in merito all'eventuale esercizio dei diritti di voto connessi agli strumenti finanziari detenuti in portafoglio;
- c) le informazioni circa l'eventuale destinazione a iniziative di carattere sociale o ambientale di proventi generati dai prodotti offerti e la relativa misura.

3. Le imprese di assicurazione rendono disponibile, ove pertinente, l'informativa periodica di cui all'articolo 11 del Regolamento (UE) 2019/2088, secondo le modalità previste dal medesimo articolo, dal Regolamento (UE) 2020/852 e dal Regolamento delegato (UE) 2022/1288.

Art. 30 - Contratti unit linked

1. L'impresa di assicurazione, qualora per il calcolo del valore rimborsabile in caso di recesso intenda tenere conto dell'andamento del valore delle quote attribuite, rimborsa il controvalore delle quote, sia in caso di incremento che di decremento delle stesse, maggiorato di tutti i costi applicati sul premio e al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto e del premio per il rischio corso.
2. All'impresa di assicurazione non è consentito prelevare costi di qualsiasi tipo mediante riduzione del numero delle quote attribuite al singolo contratto, fatta eccezione per le commissioni di gestione applicate in caso di contratti direttamente collegati a quote di OIC. In tale ultimo caso, dette commissioni possono essere previste solo in presenza di un'attività specifica di gestione predefinita nelle condizioni di assicurazione.

Art. 31 - Variazione del tasso di interesse garantito

1. La modifica del tasso di interesse garantito relativamente ai prodotti di investimento assicurativi è disciplinata sulla base di meccanismi predefiniti nelle condizioni di contratto.
2. L'impresa comunica al contraente, con un preavviso di sessanta giorni, la variazione del tasso, precisando che la variazione si applica esclusivamente ai premi con scadenza successiva alla data di variazione prevista nella comunicazione.

Art. 32 - Sito internet

1. Il sito dell'impresa è redatto almeno in lingua italiana e contiene nella home page, ovvero in un'apposita pagina direttamente accessibile dalla home page, in maniera chiara e visibile, la documentazione prevista dal presente allegato e le seguenti informazioni:
 - a) la denominazione sociale, la sede legale e l'eventuale sede secondaria dell'impresa;
 - b) per le imprese estere che operano in regime di stabilimento, oltre le informazioni di cui alla lettera a), anche l'indicazione della succursale in territorio sammarinese;
 - c) il recapito telefonico o qualsiasi altro strumento idoneo a fornire tempestiva e gratuita assistenza ai contraenti, l'indirizzo di posta elettronica e di T-Notice;
 - d) gli estremi del provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
 - e) il numero di iscrizione nel Registro dei Soggetti Autorizzati di cui all'articolo 11 della LISF;
 - f) la soggezione alla vigilanza della Banca Centrale o dell'Autorità dello Stato di origine, indicando il sito internet dell'Autorità;
 - g) i recapiti per la presentazione di reclami e l'indicazione della facoltà per il contraente di avvalersi di altri eventuali sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie, ove previsti dalla normativa vigente;
 - h) per le imprese operanti in regime di prestazione di servizi senza stabilimento per l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, l'indicazione del rappresentante per la gestione dei sinistri;
 - i) i set informativi relativi ai prodotti commercializzati, secondo quanto previsto dal presente allegato;

- l) l'informativa relativa al conflitto di interessi e alla finanza etica o sostenibile secondo quanto previsto dal presente allegato.
2. L'impresa consente l'acquisizione su supporto durevole delle informazioni pubblicate sul sito ai sensi del presente regolamento.
3. Relativamente ai prodotti di investimento assicurativi, le imprese pubblicano sul proprio sito web, ove pertinente, l'informativa richiesta dal Regolamento (UE) 2019/2088, dal Regolamento (UE) 2020/852 e dal Regolamento delegato (UE) 2022/1288, secondo le modalità ivi previste.

Art. 33 - Aree riservate

1. L'impresa può predisporre sistemi informatici per la gestione telematica dei rapporti assicurativi dei contraenti e degli aderenti mediante accesso ad aree riservate.
2. I sistemi informatici consentono di gestire i rapporti contrattuali, permettendo di effettuare almeno le seguenti operazioni:
 - a) il pagamento del premio assicurativo successivo al primo;
 - b) la richiesta di liquidazione del sinistro;
 - c) la richiesta di modifica dei propri dati personali;
 - d) la richiesta di riscatto;
 - e) la richiesta di sospensione della garanzia, se prevista dal contratto, e la relativa riattivazione.
3. I sistemi informatici consentono di ricevere i dati relativi ai rapporti assicurativi in essere, permettendo di consultare almeno le seguenti informazioni:
 - a) le coperture assicurative in essere;
 - b) le condizioni contrattuali sottoscritte;
 - c) lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze;
 - d) per le polizze vita e per i prodotti d'investimento assicurativi, anche il valore di riscatto della polizza;
 - e) per i contratti unit linked e i contratti index linked, anche il valore della posizione sulla base della valorizzazione corrente delle quote o del valore di riferimento;
 - f) per i contratti di responsabilità civile per la circolazione dei veicoli a motore, anche l'attestazione sullo stato del rischio;
 - g) il/i nominativo/i e i relativi dati anagrafici, il codice ISS, il codice operatore economico o eventuali codici esteri equivalenti, i recapiti, anche di posta elettronica, dei soggetti di cui all'articolo 8, comma 4, lettere a) e c), del presente allegato;
 - h) l'eventuale sospensione della garanzia e relativa riattivazione.
4. Su richiesta del contraente secondo le modalità di cui all'articolo 1, l'impresa può adempiere agli obblighi di informativa in corso di contratto mediante pubblicazione nell'area riservata. Le comunicazioni e i documenti pubblicati nell'area sono acquisibili su supporto durevole.

5. L'informativa di cui al comma 3 comprende l'indicazione dei massimali, del valore del bene oggetto di copertura, la data e l'importo dei premi in scadenza, oltre ad ogni altro elemento utile a fornire al contraente o all'aderente un'informativa completa e personalizzata con riguardo alla sua specifica posizione assicurativa.
6. L'impresa aggiorna le informazioni contenute nelle aree riservate con una tempistica coerente con le caratteristiche della copertura assicurativa a cui si riferiscono e indica chiaramente la data di aggiornamento.
7. L'impresa garantisce la correttezza, la chiarezza e la trasparenza delle informazioni contenute nelle aree riservate mediante l'uso di un linguaggio semplice e facilmente comprensibile.
8. Le imprese di assicurazione estere operanti in regime di stabilimento o di prestazione di servizi senza stabilimento che predispongono sistemi informatici per la consultazione e la gestione telematica dei rapporti assicurativi dei contraenti, si conformano alle disposizioni di cui al presente allegato.
9. Le imprese di assicurazione estere operanti in regime di stabilimento o di prestazione di servizi senza stabilimento inseriscono nei DIP aggiuntivi di cui al presente allegato l'informativa relativa alla predisposizione di sistemi informatici che consentono le attività di cui al presente articolo.

Art. 34 - Accesso alle aree riservate

1. L'impresa consente l'accesso nelle aree riservate mediante link da home page del proprio sito internet.
2. In aggiunta alla modalità di cui il comma 1, l'impresa può consentire l'accesso nelle aree riservate mediante apposita applicazione mobile utilizzabile sui principali sistemi operativi di pc, tablet e smartphone ovvero da altra modalità di accesso da remoto.
3. Nella predisposizione delle modalità di accesso di cui ai commi 1 e 2, l'impresa adotta idonei presidi di sicurezza e garantisce la tutela della riservatezza e la protezione dei dati e delle informazioni nel rispetto della normativa vigente. Il livello di sicurezza è proporzionato alle operazioni e funzioni messe a disposizione del contraente, anche ulteriori rispetto a quelle informative minime di cui all'articolo 33.
4. L'impresa garantisce la gratuità e la natura continuativa del servizio e la fruibilità della connessione da qualsiasi postazione e indica nel sito e nelle applicazioni mobili di cui al comma 2 le modalità di contatto idonee a fornire tempestiva e gratuita assistenza agli utenti nel caso di difficoltà di accesso o consultazione dell'area.
5. L'impresa inserisce nelle aree riservate messaggi pubblicitari o promozionali a condizione che il contraente abbia reso preventivo ed espresso consenso all'inserimento e ne garantisce la riconoscibilità mediante una veste grafica che non interferisca con i contenuti dell'area riservata.

Art. 35 - Attivazione dell'area riservata

1. Il contraente e l'aderente hanno diritto di richiedere in ogni momento all'impresa le credenziali di accesso all'area riservata nei limiti previsti dal presente allegato.
2. L'impresa rende nota la possibilità di richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, specificandone le modalità, mediante la pubblicazione di un'apposita informativa nella home page del proprio sito internet.