RASSEGNA GIURISPRUDENZA

Trib. Bergamo 21.11.2019 n. 2426

Svolgimento del processo

Con ricorso ex art. 702-bis c.p.c. depositato in data 18.10.2017, [Omissis] hanno adito il Tribunale di Bergamo al fine di ottenere l'accertamento della nullità della polizza [Omissis] denominata "[Omissis]", sottoscritta in data 17.3.2010, per violazione dell'art. 23 del T.U.F. e la conseguente condanna di [Omissis] e di [Omissis] (di seguito per brevità solo [Omissis]), nella rispettiva qualità di intermediario e di compagnia assicuratrice contraente, alla restituzione della somma di euro [Omissis], corrispondente al premio versato in una unica soluzione al momento della proposta contrattuale.
I convenuti si sono costituiti depositando separate memorie difensive, con le quali hanno contestato le deduzioni avversarie e hanno formulato reciproche domande di manleva, per l'ipotesi di accoglimento della domanda dei ricorrenti.
All'udienza del 10 ottobre 2018, è stato disposto il mutamento del rito da sommario a ordinario.
Senza svolgimento di attività istruttoria, all'udienza del 18 giugno 2019, i procuratori delle parti hanno precisato le conclusioni e la causa, previa concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c., è stata trattenuta in decisione.

Motivi della decisione

[Omissis] hanno sottoscritto per tramite dell'intermediario assicurativo [Omissis] Spa in data 17.3.2019 un modulo di proposta inerente alla "polizza di assicurazione sulla vita [Omissis] collegata a una linea di investimento del Fondo Personale "denominata [Omissis]" ed emessa da [Omissis] (doc. 3 di parte attrice). Contestualmente alla sottoscrizione della proposta, [Omissis] hanno corrisposto in un'unica soluzione il premio assicurativo pattuito di euro [Omissis], mediante consegna di un assegno bancario.
Il contratto si è concluso per effetto della accettazione della compagnia di assicurazioni, comunicata ai proponenti in data 6.7.2010 (doc. 4 di parte attrice).
All'art. 1 delle condizioni generali di contratto depositate da [Omissis] sub doc. 8, [Omissis] è definita come "un prodotto finanziario - assicurativo che prevede la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato, in conformità a quanto disposto nell'art. 7. Il valore della prestazione è collegato e determinato dal valore degli attivi che rappresentano la linea di investimento del Fondo Personale. In ragione di tale collegamento e della natura oscillante del valore degli attivi che rappresentano la linea di investimento del Fondo Personale, la Società non garantisce alcuna restituzione o rimborso dei premi investiti al momento dell'evento assicurato o del riscatto o del recesso ai sensi dell'art. 3".
L'art. 7 delle suddette condizioni generali di contratto' disciplina le prestazioni della compagnia di assicurazioni in caso di decesso dell'assicurato. In particolare, per l'ipotesi in cui, come nella fattispecie di causa (v. la proposta di cui al doc.3 degli attori), il contratto sia stato stipulato sulla vita di due assicurati di età inferiore ai 75 anni con l'opzione del primo decesso, è previsto che [Omissis], al verificarsi dell'evento assicurato, "sarà tenuta a pagare un capitale pari al 101% del valore degli attivi che rappresentano la linea di investimento del Fondo Personale"
Ciò posto, deve essere affrontato il tema della qualificazione della polizza [Omissis]. In particolare, va verificato se la stessa sia un prodotto assicurativo (se pure a componente causale mista, finanziaria ed assicurativa sulla vita) o un prodotto finanziario puro.
Il mercato dei prodotti assicurativi, al pari di quello dei prodotti finanziari, è caratterizzato da un'articolata e puntuale normativa settoriale, di derivazione prevalentemente europea, nonché dalla presenza di specifiche autorità, nazionali (IVASS) e sovranazionali (EIOPA), di regolazione e vigilanza; la riconducibilità di un prodotto all'interno della categoria assicurativa ovvero di quella finanziaria assume rilievo sia ai fini dell'accertamento della validità del contratto sia ai fini della individuazione della disciplina applicabile e della autorità deputata alla vigilanza. Trattandosi di mercati caratterizzati da stringenti riserve di competenze, presidiate anche da norme penali, i relativi operatori sono infatti autorizzati a svolgere soltanto alcune attività tassativamente indicate, non potendo di regola sconfinare nel perimetro di attività riservate a operatori di un mercato diversamente ritagliato (v. Tribunale di Brescia 18.6.2018).
In questa prospettiva, è innanzitutto utile dare conto del quadro normativo di riferimento.
Le polizze assicurative vita c.d. linked sono state introdotte nell'ordinamento giuridico italiano in recepimento

della prima Direttiva comunitaria vita, n. 79/267/CEE, con la legge 22.10.1986 n. 742, che disciplinava le assicurazioni sulla durata della vita umana connesse a fondi di investimento (le polizze [Omissis], inserite nel Ramo III di cui all'Allegato A alla legge), nelle quali il premio corrisposto veniva impiegato per l'acquisto di titoli, al cui rendimento è legata l'entità del capitale dovuto da parte dell'assicuratore al verificarsi dell'evento attinente alla vita umana.
Successivamente, il Decreto Legislativo 17.3.1995, n. 174, con il quale è stata data attuazione alla successiva direttiva n. 92/96/CEE, sempre in materia di assicurazione diretta sulla vita, ha abrogato la L. n. 742/86, mantenendo peraltro la medesima definizione per le assicurazioni inserite nel Ramo III. Infine, il Decreto Legislativo n. 209/2005 (Codice della Assicurazioni Private), tuttora vigente, ha abrogato il Decreto Legislativo n. 174/95 e, all'art. 2, ha definito le assicurazioni rientranti nel ramo vita III come "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 del risparmio o di fondi interni ovvero a indici o ad altri valori di riferimento".
Le definizioni di assicurazione rientrante nel Ramo Vita III contenute nei provvedimenti legislativi di diritto interno succedutisi nel tempo sono del tutto coincidenti con la definizione contenuta nella prima direttiva vita n. 79/267/CEE e riprodotta in termini identici nelle direttive successive in materia di assicurazione sulla vita.
In merito alla nozione di contratto di assicurazione, si è pronunciata la Corte di Giustizia Europea in data 31 maggio 2018, nella causa C-542/16.
Nella motivazione della sentenza, la Corte di Giustizia, dopo avere chiarito che "la portata dei termini "contratto di assicurazione" deve trovare un'interpretazione autonoma e uniforme in tutta l'Unione Europea', ha precisato che "un'operazione di assicurazione è caratterizzata, come generalmente ammesso, dal fatto che l'assicuratore s'impegna, dietro previo versamento di un premio, a procurare all'assicurato, in caso di realizzazione del rischio assicurato, la prestazione convenuta all'atto della stipula del contratto. Per loro natura tali operazioni implicano che esista un rapporto contrattuale tra il prestatore del servizio di assicurazione e il soggetto i cui rischi sono coperti dall'assicurazione, ossia l'assicurato".
Per ricondurre un determinato contratto alla nozione di contratto di assicurazione, è sufficiente che sia previsto "il pagamento di un premio da parte dell'assicurato e, in cambio di tale pagamento, la fornitura di una prestazione da parte dell'assicuratore in caso di decesso dell'assicurato o del verificarsi di un altro evento di cui al contratto in discorso".
Inoltre, specificamente in tema di qualificazione delle polizze [Omissis], già in una precedente sentenza (pronunciata nella causa C-166/11), la Corte di Giustizia aveva evidenziato che "i contratti detti "unit linked", oppure "collegati a fondi d'investimento" sono normali in diritto delle assicurazioni".
Alla luce dei principi sopra richiamati, perché un contratto possa essere qualificato quale assicurazione sulla vita non è necessario che sia garantita (neppure parzialmente) la restituzione del capitale investito né è imprescindibile il trasferimento del rischio dall'assicurato all'assicuratore.
Nondimeno, la Corte di Cassazione ha recentemente statuito che " la previsione generale contenuta nell'art. 2 DLgs. 209/2005 in ordine alle polizze denominate "linked", e cioè quelle nelle quali l'obbligazione principale dell'assicuratore è collegata al valore di organismi di investimento del risparmio o ai fondi interni o comunque ad indici predeterminati di riferimento, non vale a far concludere apoditticamente per l'inclusione automatica di tali polizze nello schema legale (artt. 1882 -1895 c.c.) del contratto di assicurazione, la cui causa deve essere rinvenuta nel trasferimento del rischio dall'assicurato all'assicuratore, rischio che, a pena di nullità, deve esistere alla stipula del contratto. Rientrano senz'altro nella fattispecie tipica di cui all'articolo 1882 c.c. le polizze che operano la sostituzione della prestazione fissa dell'assicuratore con una variabile, agganciata a parametri di mercato, ma che mantengono comunque il rischio demografico; in tal caso, pur attuandosi un parziale trasferimento del rischio dall'assicuratore sull'assicurato in ordine al valore finale della prestazione, il contratto mantiene comunque una funzione assicurativa, individuabile quale causa concreta del contratto, secondo gli ordinari criteri ermeneutici" (Cass. n. 6319/2019).
A sostegno dell'orientamento espresso nella sentenza in commento, la Corte di Cassazione ha richiamato il testo dell'art. 9 del Regolamento Isvap n. 32/2009 e il testo dell'art. 6 del Regolamento Isvap n. 29 del 2009; entrambe le disposizioni regolamentari stabiliscono che i contratti classificati nel ramo III di cui all'articolo 2, comma 1, del Codice delle Assicurazioni Private devono essere caratterizzati dalla presenza di un effettivo impegno da parte dell'impresa a liquidare prestazioni il cui valore sia dipendente dalla valutazione del rischio demografico.
La sentenza n. 6319/2019 e i due regolamenti ivi richiamati, nel prevedere l'assunzione del rischio demografico da parte dell'assicuratore quale requisito indefettibile del contratto di assicurazione (in mancanza del quale verrebbe meno la causa propria del contratto stesso), si pongono in contrasto con la normativa e con la giurisprudenza comunitaria della quale si è dato conto.
Pertanto, considerato che le statuizioni della Corte di Giustizia Europea hanno, al pari delle norme comunitarie direttamente applicabili cui ineriscono, operatività immediata negli ordinamenti interni, l'interpretazione proposta dalla Corte di Cassazione è da disattendere e le previsioni regolamentari ivi menzionate devono essere disapplicate.

Il contratto di cui è giudizio, pur se connotato dall'assunzione di un rischio demografico molto limitato e pur se non garantisce nemmeno parzialmente la restituzione del capitale investito dai due contraenti assicurati, non è qualificabile quale prodotto finanziario tout court, ma resta un prodotto assicurativo ed è classificabile quale Polizza di Ramo Vita III ai sensi dell'art. 2 comma 1 lett. a) del codice delle assicurazioni private.
Le considerazioni che precedono consentono di escludere che la polizza stipulata da [Omissis] e [Omissis] sia nulla per mancanza di causa.
Resta invece da verificare se ricorrano, nel contratto dedotto in giudizio, vizi di forma idonei a comprometterne la validità.
La accertata natura assicurativa (rectius assicurativa/finanziaria) e non puramente finanziaria della polizza [Omissis] incide, nei termini di seguito precisati, sulla disciplina applicabile nella fase della sua collocazione.
Con la legge 28.12.2005, n. 262, per la tutela del risparmio e la disciplina dei mercati finanziari (c.d. Legge Risparmio), è stato introdotto nel Testo Unico Finanziario (DLgs. n. 58/98) l'art. 25-bis tale norma ha esteso (nel testo rimasto in vigore sino al 3.1.2018) l'applicazione degli artt. 21 e 23 del Testo Unico stesso alla sottoscrizione e al collocamento di prodotti finanziari emessi da banche e da imprese di assicurazione.
La successiva legge n. 303/2006 ha aggiunto, nel Testo Unico Finanziario, alla lett. w bis dell'art. 1 comma 1, la definizione di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, identificando gli stessi con le "polizze e le operazioni di cui ai rami vita III e V di cui all'articolo 2, comma I, del decreto legislativo 7.9.2005, n. 209, con esclusione delle forme pensionistiche individuali di cui all'articolo 13, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 5.12.2005, n. 252".
L'inserimento nel T.U.F. dell'art. 25-bis e dell'art. 1 comma 1, lett. w bis, ha determinato l'applicazione all'attività ai collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese assicurative della disciplina legislativa e regolamentare dettata per i prodotti finanziari, l'equiparazione - quanto alle regole da rispettare nella fase di commercializzazione - dei prodotti finanziari/assicurativa ai prodotti finanziari puri è peraltro limitata all'ipotesi in cui il collocamento sia effettuato o direttamente dalla impresa di assicurazione emittente o dai soggetti abilitati di cui all'art. 1 co. 1, lett. r, del T.U.F. stesso. In proposito, assume rilievo dirimente la previsione di cui al secondo comma dell'art. 25 bis (nella formulazione originaria), in forza della quale "la Consob esercita sui soggetti abilitati e sulle imprese di assicurazione i poteri di vigilanza regolamentare, informativa e ispettiva" previsti dalle norme del Testo Unico.
Il tenore letterale della norma sopra trascritta impone di ritenere esclusi dall'ambito di applicazione del T.U.F. i broker e gli agenti assicurativi, in quanto non assoggettati al potere di vigilanza della Consob e comunque non contemplati da tale normativa.
In altri termini, il tema dell'applicazione degli artt. 21 e 23 del T.U.F. e dei Regolamenti Consob ai prodotti finanziari assicurativi di cui alla lettera w bis dell'art. 1 comma 1 del T.U.F. (che, quanto ai profili inerenti alla validità del contratto, ha ad oggetto sostanzialmente la questione della imprescindibilità del contratto quadro e la individuazione delle conseguenze della sua mancanza) non riguarda le polizze unit linked collocate da agenti 0 broker assicurativi.
In senso contrario, non è pertinente il richiamo, effettuato da una parte della giurisprudenza di mento, alle disposizioni del Regolamento Consob n. 16190 del 2007 (introdotto dopo l'inserimento dell'art. 25-bis nel T.U.F. e in esecuzione di esso) dedicate alla "Distribuzione di prodotti finanziari emessi da banche e da imprese di assicurazione" (artt. 83 e ss.).
La definizione di soggetti abilitati all'intermediazione assicurativa di cui all'art. 85 del suddetto Regolamento rimanda infatti ancora una volta alle SIM e agli intermediari bancari e non agli agenti e ai broker assicurativi.
Nel caso concreto, la polizza [Omissis] emessa da [Omissis] è stata collocata per tramite della società [Omissis] s.r.l., la quale è un intermediario iscritto nel Registro Isvap nella sezione B. riservata ai broker.
Conseguentemente, la validità, sotto il profilo dei requisiti di forma, del contratto dedotto in causa deve essere vagliata alla luce delle norme in materia di contratto di assicurazione (art. 1888 c.c., artt. 166 e 185 del Codice delle Assicurazioni Private) e. non della disciplina contenuta nel T.U.F. e nel regolamento Consob n. 16190/2007, vigente all'epoca della sottoscrizione della polizza.
Gli attori hanno fondato la propria eccezione di nullità per vizio di forma sulla mancanza del contratto quadro di cui all'art. 37 del suddetto regolamento Consob (omologo all'art. 28 del precedente Regolamento Consob n. 11522/1998, abrogato con decorrenza dall'1.11.2007).
La inapplicabilità del T.U.F. alla fattispecie di causa, per le ragioni sopra argomentate, determina il rigetto anche dell'eccezione di nullità per vizio di forma proposta da [Omissis].
La polizza di cui è causa è stata infatti stipulata per iscritto e non sono state sollevate eccezioni inerenti ai criteri di redazione del contratto (art. 166 c.a.p.) né in ordine al documento informativo precontrattuale (art. 185 c.a.p.).
La statuizione che precede assorbe ogni ulteriore domanda proposta nel presente giudizio.
La presenza di orientamenti giurisprudenziali contrastanti e la obiettiva complessità delle questioni trattate costituiscono grava ed eccezionali ragioni che, alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 77/2018,

consentono la compensazione delle spese processuali tra tutte le parti in causa.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza disattesa o assorbita,
1) Rigetta le domande proposte da [Omissis]
2) Compensa le spese di lite fra tutte le parti.