

Gennaio 2016

Polizze vita e clausole vessatorie: linee di orientamento dalla Corte di Cassazione e dall'IVASS

Avv. Cristina Pagni e Avv. Gabriele Bonivento

1. Alcuni cenni di riferimento

La Lettera al mercato pubblicata dall'IVASS il 17 novembre 2015 in materia di clausole vessatorie ha fatto seguito alla Sentenza della Corte di Cassazione del 20 agosto 2015 (n. 17024) e ha richiamato l'attenzione delle imprese di assicurazione *“sull'importanza di adottare le idonee iniziative volte a recepire le indicazioni della Corte nella redazione delle clausole dei nuovi contratti di assicurazione sulla vita e nella gestione delle richieste di indennizzo relative ai contratti già stipulati che dovessero contenere clausole analoghe a quelle oggetto di censura”*.

Il quadro normativo di riferimento della sentenza e della Lettera è quello del Codice del Consumo (D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206). Nel caso specifico sottoposto al sindacato di legittimità della Suprema Corte, la clausola oggetto del *decisum* è stata ritenuta vessatoria ai sensi dell'art. 33, lettera (q) del Codice del Consumo, sotto diversi e concomitanti profili (vedi commento pubblicato in questa rivista il 26/8/2015).

La disposizione presa a riferimento dalla Suprema Corte prevede un parametro generale per il giudizio di vessatorietà (riferibile all'oggetto o all'effetto della clausola) consistente testualmente nel *“limitare la responsabilità del professionista rispetto alle obbligazioni derivanti dai contratti stipulati in suo nome dai mandatari o subordinare l'adempimento delle suddette obbligazioni al rispetto di particolari formalità”*.

Ne discende quindi che il principio stabilito dalla Suprema Corte non comporta alcuna tassatività o automatismo o regola generale o campionario paradigmatico di clausole vessatorie. Anche perché la presunzione di vessatorietà prevista nella stessa disposizione è *iuris tantum* e cioè suscettibile di prova contraria a carico dell'impresa assicuratrice, e perché lo stesso art. 34 I comma del Codice del Consumo prevede che la vessatorietà delle clausole sia valutata anche alla stregua *“delle altre clausole del contratto medesimo...”* (l'importanza di tale principio ermeneutico viene sottolineata anche in questa recente sentenza, laddove la Suprema Corte lega il giudizio di vessatorietà all'ormai noto *“cocktail giugulatorio”* di disposizioni contrattuali, v. infra).

Ciò sia detto al fine di precisare l'efficacia delle disposizioni impartite dall'IVASS con la Lettera.

Così, contro ogni diversa apparenza, le clausole di cui alla polizza giudicata dalla Suprema Corte non hanno necessariamente e generalmente natura vessatoria. Invero la sentenza sulla scia della quale IVASS ha emanato la Lettera ha efficacia vincolante solo per le parti di quel giudizio costituendo un riferimento non vincolante e obbligatoriamente da calarsi e verificarsi in ciascun caso concreto che è sottoposto all'esame del giudice.

Di conseguenza e allo stesso modo la Lettera al mercato sembra potersi inquadrare nella categoria degli atti di cd "soft regulation", senza efficacia vincolante¹ e tuttavia con rilevanza maieutica e di stimolo alle imprese a individuare le aree suscettibili di miglioramento e ad adottare o incrementare i presidi nei processi di valutazione e liquidazione dei sinistri.

Le considerazioni che seguono sono pertanto svolte nella prospettiva di un "circolo virtuoso" - che già in altri settori economici e in particolare in quello assicurativo tende a prendere piede - dove autonomia privata, interventi legislativi, giurisprudenziali e regolamentari, nonché l'autoregolamentazione (talvolta spontaneamente adottata dagli operatori e a sua volta stimolata dalla regolamentazione e/o recepita a livello normativo) si incrociano ciascuno con le proprie esigenze ma con la possibilità di sviluppi evolutivi interessanti e positivi per il mercato e i consumatori. E dove le Autorità e l'ANIA possono giocare un ruolo propulsivo e di conformazione dell'autonomia privata in quella che sembra essere l'ultima frontiera della regolazione.

2. Il giudizio di vessatorietà: Sentenza e Lettera a confronto

Una prima riflessione riguarda le differenze contenutistiche tra la sentenza e il riassunto che di essa fa l'Istituto nella sua Lettera al Mercato.

IVASS infatti, nell'intento – probabilmente – di semplificare il contenuto della Sentenza, e di estrarne precetti generali e immediatamente applicabili, nonché di accentuarne la portata di difesa dei diritti del consumatore, sembra indicare come vessatorie non le sole clausole di polizza che prevedano eccessivi oneri documentali in capo ai beneficiari, ma tutte quelle clausole che richiedano ai beneficiari/consumatori la produzione di qualsivoglia documento che non sia la mera richiesta di liquidazione.

Scrivendo infatti IVASS che la Suprema Corte avrebbe dichiarato il "*carattere vessatorio di una serie di previsioni contrattuali presenti in una polizza di assicurazione sulla vita, aventi ad oggetto gli oneri posti in capo al beneficiario per ottenere la liquidazione del capitale in caso di morte dell'assicurato*", e "*considerato vessatorie tipiche, e quindi*

¹ Tanto più che la vigilanza sulla vessatorietà delle clausole nei contratti con i consumatori è sottoposta alla vigilanza di altra autorità amministrativa indipendente, l'AGCM (art. 37 bis Codice del Consumo).

nulle, ai sensi dell'art. 33, comma 2, lettera q, del d.lgs. 6 settembre 2005, n. 206, le seguenti clausole [...]:

a) sottoscrivere una domanda su apposito modulo predisposto dall'assicuratore, e per di più farlo presso l'agenzia di competenza;

b) produrre una relazione medica sulle cause della morte, scritta da un medico su un modulo predisposto dall'assicuratore;

c) produrre una dichiarazione del medico autore della relazione di cui sopra, nella quale questi attesti di avere "personalmente curato le risposte";

d) produrre, a semplice richiesta dell'assicuratore, le cartelle cliniche relative ai ricoveri subiti dall'assicurato;

e) produrre un atto notorio "riguardante lo stato successorio" dell'assicurato deceduto;

f) produrre l'originale della polizza".

Da una prima lettura della Lettera al Mercato sembrerebbe dunque che le imprese non debbano più richiedere ai beneficiari delle polizze da esse emesse alcuno dei suddetti documenti. A ben vedere, però, la sentenza potrebbe avere una portata diversa; nell'esaminare la clausola sottoposta al suo giudizio, infatti, la Cassazione ha ritenuto che fosse l'insieme delle suddette previsioni, "ciascuna delle quali già di per sé gravosa", a formare l'ormai celebre "cocktail giugulatorio ed opprimente per il beneficiario" tale da giustificare la qualificazione della clausola come vessatoria ai sensi dell'art. 33, comma 2, lett. (q) del Codice del Consumo.

Non solo; la Cassazione sembra giustificare tale qualifica di vessatorietà con il fatto che dall'adempimento dei gravosi oneri imposti al beneficiario l'impresa non trarrebbe alcun "reale vantaggio per l'assicuratore, che non sia quello di frapporre formalistici ostacoli al pagamento dell'indennizzo".

Dalla lettura della sentenza – alla luce della quale deve essere interpretata evidentemente la Lettera al Mercato – sembra dunque potersi concludere, anzitutto, che non tutte le clausole che disciplinano le formalità necessarie per la liquidazione di una polizza vita sono nulle ai sensi del Codice del Consumo, ma solo quelle che (i) impongono oneri eccessivi e (ii) sproporzionati rispetto all'utilità che ne trae la controparte contrattuale (l'impresa); una lettura, questa, che sarebbe decisamente più equilibrata e confacente alle esigenze del mercato che non quella rigida e formalistica che si potrebbe fare del mero testo della Lettera al Mercato.

Ciò premesso, si procederà a esaminare le previsioni contenute nella clausola sottoposta al giudizio della Corte, al fine di meglio comprendere l'effettiva portata della sentenza e

fornire maggiori criteri per discernere le clausole di contenuto vessatorio da quelle legittime.

Le previsioni della clausola presa in considerazione nella sentenza richiedono al beneficiario la produzione di documenti aventi finalità diverse:

(i) documenti (cfr. lettere (a) ed (f) nell'elencazione di IVASS sopra riportata) volti a fornire all'impresa gli elementi necessari per impostare correttamente la pratica liquidativa;

(ii) documenti necessari per la corretta identificazione del beneficiario avente diritto alla prestazione (cfr. lettera (e));

(iii) documentazione di verifica della sussistenza dell'obbligazione dell'impresa (cfr. lettere (b)-(d) sopra).

3. La richiesta di liquidazione: forma libera o convenzionale?

Si consideri la prima categoria, in particolare la richiesta al beneficiario di compilare un modulo di liquidazione presso la propria agenzia di riferimento; la Cassazione al proposito rileva come ciò si ponga *“in contrasto col principio di libertà delle forme, che permea di sé l'intera materia delle obbligazioni”*, e come la richiesta di sottoscrizione *“presso l'Agenzia [...] di competenza' violi addirittura la libertà personale e di movimento del beneficiario, imponendogli di fatto una servitù personale senza nessun beneficio o vantaggio per l'assicuratore”*.

Tale previsione tuttavia, se formulata in maniera ragionevole, e applicata dall'impresa secondo buona fede nella fase liquidativa, non è priva di *ratio*; come per molti servizi offerti ai consumatori, l'impresa predispone un modulo per assicurarsi che il richiedente la prestazione indichi nella sua richiesta tutti gli elementi necessari affinché essa sia correttamente processata, eventualmente con l'ausilio dell'agenzia di riferimento.

Tale assunto era stato del resto condiviso dallo stesso IVASS (allora ISVAP), il quale, con circolare 403D/2000 (punto 2, tuttora in vigore), disponeva che (a) potesse *“essere inserito, tra la documentazione precontrattuale e contrattuale, un modulo di richiesta di liquidazione prestampato con l'indicazione dei documenti da consegnare per le varie ipotesi”*, proprio allo scopo di agevolare il consumatore, e che (b) le imprese dovessero istruire le *“reti commerciali”*, invitandole a *“comunicare al contraente o al beneficiario, all'atto della richiesta di pagamento, la documentazione da consegnare a corredo”*.

Non è del resto estranea al nostro ordinamento civile la possibilità che le parti convengano l'utilizzo di forme convenzionali affinché determinati atti giuridici abbiano effetto tra le stesse, a condizione che tali forme non impediscano l'esercizio dei diritti e non risultino fini a se stesse (le *“formalità”* vietate dall'art. 33, lettera q del Codice del Consumo) – ciò che, come si è visto, è difficilmente configurabile per i moduli di richiesta di liquidazione.

E comunque nella prospettiva del “circolo virtuoso” di cui si diceva, sarà possibile e auspicabile introdurre strumenti di maggiore flessibilità da parte dell’impresa nel processo di liquidazione, prevedendo ad esempio la possibilità per il consumatore - e non l’obbligo - di ricorrere all’assistenza dell’agenzia per la compilazione della richiesta.

4. L’identificazione del beneficiario: tra interesse del contraente assicurato e interesse della compagnia

Consideriamo ora la seconda categoria di documenti, che le imprese richiedono ai beneficiari allo scopo di accertare l’effettiva qualifica; si tratta, nella maggior parte dei casi, di atti di notorietà circa le modalità di successione dell’assicurato, ovvero di atti sostitutivi (per tali intendendosi le dichiarazioni dell’interessato rese, anziché di fronte a notaio, a titolo di mero esempio, avanti a un messo comunale), dichiarazioni che sono utilizzabili anche nei rapporti di carattere privatistico con i privati, nei limiti e con le forme previsti dal D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

Lo scopo dell’acquisizione di tale documento può essere duplice: (1) l’identificazione dei beneficiari, quando questi non sono identificati in polizza se non in relazione alla vicenda successoria (tipica la formulazione “beneficiari gli eredi, legittimi o testamentari”), e (2) la verifica del fatto che il contraente / assicurato non si sia avvalso della facoltà, di cui agli artt. 1920/1921 cod. civ., di variazione del beneficiario con testamento.

In entrambi i casi la documentazione viene richiesta dall’impresa allo scopo di accertare l’effettiva titolarità del diritto da parte del richiedente la prestazione che si asserisce beneficiario. Ora, tale richiesta non sembra in realtà in contrasto con i principi generali in materia di onere della prova, secondo i quali chi si asserisce titolare di un diritto deve fornire prova dei fatti costitutivi dello stesso.

Non lo è sicuramente nel caso in cui la richiesta sia volta a soddisfare l’esigenza di cui al punto (1) che precede, nel quale evidentemente l’impresa non può fare a meno di indagare sulla vicenda successoria². A ben vedere la Cassazione ha ben chiaro tale concetto (che invece non traspare nella Lettera al Mercato), laddove, con riferimento alle concrete modalità di svolgimento del giudizio, osserva che l’impresa convenuta non aveva “*mai allegato che, essendo la polizza beneficiata a vantaggio genericamente “degli eredi”, come pure talora accade, fosse per essa necessario sapere chi fossero questi ultimi*”.

Resta quindi da capire se sia lecito o meno (ovvero se abbia una propria *ratio* la relativa previsione contrattuale e se il relativo onere non sia eccessivo per il beneficiario) che l’impresa richieda la documentazione successoria anche nel caso in cui i beneficiari

² Tale indagine è anzi espressamente richiesta da altra sentenza della Suprema Corte, quasi contemporanea a quella in esame e resa dalla stessa terza sezione – cfr. Cass. 19210/2015.

siano individuati in polizza. In quest'ultimo caso, come detto, il motivo della richiesta è escludere successivi ripensamenti del contraente assicurato, espressi in testamento e non resi noti all'impresa.

A chi scrive pare che tale interesse – che è duplice: del contraente assicurato, a che sia garantita l'effettività del diritto di variazione riconosciutogli dagli artt. 1920 e 21 del cod. civ. e dell'impresa, a che possa verificare la qualifica di creditore del richiedente la prestazione, al fine di evitare di dover liquidare quest'ultima anche in favore di chi successivamente si scoprisse essere l'effettivo creditore – sia senz'altro meritevole di tutela, e che il relativo onere imposto al beneficiario non sia eccessivo; in fin dei conti a quest'ultimo è richiesto soltanto di rendere dichiarazione qualificata, assumendosene ogni responsabilità (nonché i relativi costi, giustificati in un'ottica di cooperazione alla prestazione dell'assicuratore).

L'alternativa è che l'impresa (i) effettui da sola le proprie indagini presso la cancelleria del Tribunale nella cui giurisdizione si è aperta la successione (v. art. 622 cod. civ. e art. 55 disp. attuaz. e trans. al cod. civ.), con il rischio che tale indagine non produca risultati o non li produca nei tempi richiesti per la liquidazione del sinistro (normalmente 30 giorni), ovvero (ii) che liquidi sulla base delle sole risultanze di polizza al presunto creditore (con l'implicita conseguenza che in tal caso essa dovrà considerarsi liberata anche qualora emerga una successiva variazione di beneficiario, avendo essa pagato al creditore apparente). Alternativa che non pare da preferire; si tratterà piuttosto di trovare un equilibrio nella formulazione della clausola di liquidazione, per cui al beneficiario non venga imposta la produzione di documenti ridondanti (ad esempio si potrà preferire la produzione di dichiarazioni sostitutive a quelle di notorietà).

5. Le verifiche sulle circostanze del sinistro: quale cooperazione si può richiedere al beneficiario?

Infine, la questione più complessa: la produzione della documentazione medica (e non) attestante le cause del decesso dell'assicurato ed eventualmente lo stato di salute del contraente assicurato all'atto della stipula della polizza.

Tale documentazione è funzionale a due tipi di verifica, di operatività della copertura e di regolarità dell'assunzione del rischio. L'indagine circa le cause del decesso è infatti svolta *in primis* per verificare che l'evento non si sia verificato per cause non coperte dalla polizza stipulata (ciò che escluderebbe *in radice* l'obbligazione dell'assicuratore, per essere l'evento estraneo a quelli oggetto del contratto); da tale esame inoltre possono emergere circostanze attinenti lo stato di salute dell'assicurato al momento della stipula della polizza e dell'assunzione del relativo rischio, che potrebbero rilevare ai fini dell'annullamento della polizza ex art. 1892 cod. civ. per dichiarazioni inesatte o reticenze dell'assicurato.

Sul punto la Suprema Corte osserva come ogni previsione contrattuale, che ponga sul beneficiario l'onere di produrre “*relazione medica sulla morte del portatore di rischio*” e le cartelle cliniche di quest'ultimo per “*documentare le cause del sinistro*”, costituirebbe un illegittimo spostamento dell'onere della prova, dal momento che “*nell'assicurazione sulla vita [...] il beneficiario ha il solo onere di provare l'avverarsi del rischio e quindi la morte della persona sulla cui vita è stata stipulata l'assicurazione (cd. portatore di rischio)*”; ogni altra circostanza, quale il fatto che “*la morte possa essere avvenuta per cause che escludano l'indennizzabilità secondo le previsioni contrattuali*”, nonché - si ritiene (anche se sul punto la Corte nulla dice) - l'eventuale dichiarazione inesatta o la reticenza dell'assicurato al momento dell'assunzione del rischio, “*in quanto fatto estintivo della pretesa attorea, va provato dall'assicuratore, non dal beneficiario*”³.

La posizione della Suprema Corte deriva da una rigorosa applicazione dei principi generali in tema di onere della prova; a ben vedere, tuttavia, si possono fare alcune considerazioni aggiuntive, che in parte potrebbero “temperare” quelle conclusioni.

Si consideri, in primo luogo, la verifica di operatività della copertura. Le clausole che delimitano gli eventi indennizzabili possono rivestire, a seconda della loro formulazione, la valenza di vere e proprie limitazioni della responsabilità del professionista, ovvero di semplici indicazioni circa la delimitazione dell'oggetto del contratto assicurativo e della obbligazione assunta dall'assicuratore⁴; ora, se nel primo caso l'onere di provarne l'operatività (al di là da ogni considerazione circa la vessatorietà *per se* della clausola) spetta senz'altro al professionista (che formula una vera e propria eccezione), nel secondo caso deve riconoscersi che la distribuzione dell'onere probatorio è più incerta.

In tale situazione di incertezza dovrà anche tenersi conto del principio di prossimità della prova, per cui la distribuzione del relativo onere deve tenere conto, oltre che della partizione della fattispecie sostanziale tra fatti costitutivi e fatti estintivi o impeditivi del diritto, anche della riferibilità o vicinanza o disponibilità dei mezzi di prova⁵. E in un caso come quello in esame la parte più prossima alla prova è di solito il beneficiario, mentre l'asimmetria informativa gioca a sfavore dell'assicuratore (cfr. *ex multis* Cass. 11 maggio 2009, n. 10744; Cass. civ. 25 luglio 2008, n. 20484; Cass. Civ. 11/1/2008 nn. 577 e 582; Cass. sez. un. 30 ottobre 2001, n. 13533).

³ Con ciò la Suprema Corte sembra prendere in considerazione anche il motivo di vessatorietà di cui all'art. 33 lettera (t) del Codice del Consumo (il “*sancire a carico del consumatore [...] inversioni o modificazioni dell'inere della prova*”), il cui esame dichiara tuttavia assorbito dalla decisione assunta in base alla lettera (q) del medesimo articolo.

⁴ Come riconosciuto da copiosa giurisprudenza (V. Cass. 16/6/1997, n. 5390, in Giust. Civ. Mass., 1997, 995; Cass. 12/12/2008, n. 29198, in Guida Dir., 2009, 72; v. anche supra sub 1).

⁵ La copertura costituzionale di cui gode il diritto di agire in giudizio a tutela delle proprie posizioni soggettive impone infatti di non interpretare la legge in modo da renderne impossibile o troppo difficile l'esercizio.

Devono tuttavia operarsi ancora delle distinzioni. Se può certo affermarsi una maggiore prossimità alla prova per quei beneficiari che sono anche familiari ed eredi del soggetto assicurato (delle cui vicende personali e sanitarie sono spesso al corrente), non altrettanto può dirsi per quei beneficiari che con l'assicurato hanno una relazione più lasca e non qualificata. Questi ultimi sono spesso in condizioni non migliori dell'assicuratore, quanto a possibilità di accesso a informazioni sulle circostanze del sinistro, e in particolare ad informazioni sanitarie di dettaglio.

A quest'ultima situazione in particolare si ataglia la considerazione della Corte per cui, nel valutare la legittimità o meno dello spostamento dell'onere probatorio, occorre fare riferimento alle concrete possibilità che il beneficiario ha di *“contrastare eventuali eccezioni di insostenibilità che la struttura sanitaria potrebbe opporgli, invocando le norme a tutela della riservatezza”*.

Per evitare giudizi di vessatorietà delle clausole contrattuali (e adeguarsi alle indicazioni di cui alla Lettera al Mercato di IVASS), le imprese dovranno quindi necessariamente poter dimostrare di tener conto, nei loro processi liquidativi, della suddetta differenza di situazioni, limitando quanto più possibile le loro richieste istruttorie a beneficiari non eredi⁶.

Considerazioni diverse valgono per la verifica di regolarità dell'assunzione del rischio, ovvero la verifica (postuma) della veridicità delle dichiarazioni rese dal contraente al momento dell'assunzione. In questo caso la relativa eccezione (di annullabilità del contratto ex art. 1892 cod. civ.) è certo onere dell'assicuratore, che dovrà fornire anche la prova dei fatti a fondamento della medesima – almeno secondo i principi generali, salvo i possibili, suddetti temperamenti derivanti da una ragionevole considerazione della prossimità di ciascuna parte alle fonti di prova.

Posto che la semplice omissione da parte dell'assicuratore di ogni controllo sulle dichiarazioni assuntive rese dell'assicurato⁷ non è pensabile, in quanto foriera di frodi, la *compliance* rispetto alle indicazioni di IVASS e della Suprema Corte non può che passare per un'ulteriore modifica (la prima è stata richiesta da IVASS e dalla Banca d'Italia con la lettera congiunta al mercato del 26 agosto 2015, con la quale si chiedeva alle imprese, per la cd. Payment Protection Insurance, *“la sostituzione della dichiarazione di buono stato di salute prestampata con un questionario sanitario”*) delle politiche assuntive delle imprese.

⁶ Ciò detto resta da capire come possa l'impresa acquisire da terzi documentazione sanitaria (quindi, da un punto di vista di tutela della privacy, dati sensibili) sul soggetto assicurato successivamente al suo decesso, tenuto conto dei vincoli derivanti dalla tutela dei dati personali, da approfondirsi in altra sede. In una prospettiva *de iure condendo* si potrà forse considerare anche la possibilità di ampliamento dei casi di accesso – con il previo consenso dell'interessato – al Fascicolo Sanitario Elettronico (recentemente normato con il DPCM n. 179 del 29 settembre 2015).

⁷ Ferme le sopra richiamate difficoltà dell'impresa a reperire documentazione sanitaria sull'assicurato successivamente al sinistro.

Queste ultime dovrebbero d'ora in poi procedere ad una rigorosa verifica delle condizioni di salute di ciascun assicurato prima dell'assunzione del relativo rischio; ciò in netta controtendenza con le attuali dinamiche del mercato, tese a semplificare le formalità assuntive per favorire la diffusione della protezione assicurativa vita. Per contemperare le diverse esigenze si immagina che il mercato ricorrerà ad un questionario sanitario (essendo impensabile, per via dei costi, un utilizzo diffuso della visita sanitaria assuntiva) da compilarsi a cura di un soggetto terzo qualificato (ad es. il medico curante).

6. Conclusioni e auspici

La sentenza e la Lettera formano un'accoppiata che solo in apparenza sembra presentare una radicalizzazione dei principi in materia di clausole vessatorie nonché degli opposti fronti, quello delle imprese di assicurazioni e quello dei consumatori.

La sentenza in realtà non ha una portata generale e paradigmatica delle clausole vessatorie in materia di contratti di assicurazione sulla vita, oltre il caso specifico deciso dalla Suprema Corte. Tuttavia costituisce un precedente autorevole nella misura in cui indica l'eccessività dell'onere e la sproporzione rispetto all'utilità delle imprese quali limiti all'autonomia privata con le sanzioni previste dalla legge in materia di clausole vessatorie in caso di mancato rispetto.

Specularmente la Lettera non ha efficacia vincolante e cogente per le imprese e, tuttavia, costituisce un autorevole richiamo per le stesse e per l'Ania, fornendo gli spunti affinché siano adottate adeguate azioni e linee guida nell'attività di valutazione e liquidazione dei sinistri a scampo di illegittime limitazioni di responsabilità da parte dell'impresa e di adozione di clausole vessatorie.

In tale prospettiva l'auspicio è che sia la sentenza che la Lettera siano interpretate in modo equilibrato e non fazioso e possano costituire uno stimolo nella direzione di un'efficace tutela e delle imprese e degli assicurati consumatori nel rispetto del principio di una sana e prudente gestione dell'impresa e di contrasto alle frodi assicurative, che è anche garanzia per la massa degli assicurati e in definitiva per il sistema.

Di tal ché anche la modifica legislativa introdotta a metà del 2015 all'art. 3 del Codice delle Assicurazioni Private è solo in apparenza una "rivoluzione copernicana". In realtà il vecchio e il nuovo testo della norma costituiscono le due facce di un'unica medaglia che ontologicamente devono coesistere, se ben si consideri la *ratio* e la finalità della stessa. La "*stabilità del sistema*" e la "*tutela degli assicurati e degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative*" non possono prescindere infatti l'una dall'altra.