

## Art. 12.

*Interazione della misura transitoria sulle riserve tecniche con il calcolo del Requisito patrimoniale minimo*

1. Nel calcolo del Requisito patrimoniale minimo lineare di cui all'art. 248 degli atti delegati, l'impresa che applica la misura transitoria sulle riserve tecniche calcola il valore delle misure di volume  $TP(nl.s)$  di cui all'art. 250 paragrafo 1, lettera *b*), degli atti delegati e delle misure di volume  $TP(life,1)$ ,  $TP(life,2)$ ,  $TP(life,3)$  e  $TP(life,4)$  deducendo dalle riserve tecniche, comprensive del margine di rischio, il valore più alto fra il margine di rischio di cui all'art. 36-ter del Codice e la deduzione transitoria di cui all'art. 344-decies, comma 3, del Codice.

2. Fatti salvi i casi di applicazione della misura transitoria sulle riserve tecniche a livello di gruppi di rischi omogenei di cui all'art. 36-novies, comma 1, del Codice, l'impresa attribuisce la deduzione transitoria al netto del margine di rischio di cui al comma 1, lettera *b*), se positiva, alle misure di volume di cui al comma 1, lettera *a*), in maniera proporzionale al contributo fornito da ognuna delle misure di volume al calcolo della deduzione transitoria complessiva di cui all'art. 344-decies del Codice.

## Art. 13.

*Pubblicazione ed entrata in vigore*

1. Il presente regolamento è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e nel Bollettino dell'IVASS. È inoltre disponibile sul sito internet dell'Istituto.

2. Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 26 luglio 2016

p. Il Direttorio integrato  
Il Governatore  
della Banca d'Italia  
Visco

16A05891

## REGOLAMENTO 26 luglio 2016.

**Regolamento concernente l'applicazione del sottomodulo di rischio di catastrofe per l'assicurazione malattia ai fini della determinazione del requisito patrimoniale di solvibilità calcolato con la formula standard di cui al Titolo III (esercizio dell'attività assicurativa), Capo IV-bis (requisiti patrimoniali di solvibilità) Sezione II (formula standard), articolo 45-septies, commi 6 e 7, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle assicurazioni private, conseguente all'implementazione nazionale delle linee guida EIOPA sui requisiti finanziari del regime Solvency II (requisiti di 1° pilastro).** (Regolamento n. 27).

L'ISTITUTO PER LA VIGILANZA  
SULLE ASSICURAZIONI

Vista la legge 12 agosto 1982, n. 576, concernente la riforma della vigilanza sulle assicurazioni e l'istituzione dell'ISVAP;

Visto l'art. 13 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135, concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini e recante l'istituzione dell'IVASS;

Visto il decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, recante il Codice delle assicurazioni private, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 12 maggio 2015, n. 74, attuativo della direttiva n. 2009/138/CE in materia di accesso ed esercizio delle attività di assicurazione e riassicurazione e, in particolare, gli articoli 45-bis, 45-ter, 45-quater, 45-quinquies, 45-sexies e 45-septies, 66-quater, 216-ter, 216-quinquies e 216-sexies;

Visto il regolamento delegato (UE) 2015/35 della Commissione, del 10 ottobre 2014, che integra la direttiva n. 2009/138/CE in materia di accesso ed esercizio delle attività di assicurazione e riassicurazione, ed in particolare gli articoli 160, 161, 162, 163 e l'allegato XVI;

Viste le Linee guida emanate da EIOPA concernenti il sottomodulo del rischio di catastrofe per l'assicurazione malattia;

Visto il regolamento IVASS n. 3 del 5 novembre 2013 sull'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 23 della legge 28 dicembre 2005, n. 262, in materia di procedimenti per l'adozione di atti regolamentari e generali dell'Istituto;

A D O T T A

il seguente regolamento:

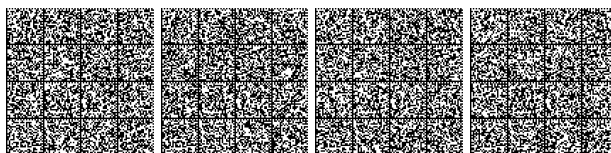
INDICE

TITOLO I - DISPOSIZIONI DI CARATTERE  
GENERALE

Art. 1 (Fonti normative)

Art. 2 (Definizioni)

Art. 3 (Ambito di applicazione)



## TITOLO II - SOTTOMODULO DI RISCHIO DI CATASTROFE PER L'ASSICURAZIONE MALATTIA

Art. 4 (Disposizioni generali di calcolo del SCR<sub>healthCAT</sub>)

### CAPO I - SOTTOMODULI DEL RISCHIO DI INCIDENTE DI MASSA E DEL RISCHIO DI CONCENTRAZIONE DI INCIDENTI

Art. 5 (Calcolo della somma assicurata per le prestazioni in caso di morte da infortunio)

Art. 6 (Calcolo della somma assicurata per le prestazioni in caso di invalidità permanente)

Art. 7 (Calcolo della somma assicurata per le prestazioni di invalidità di dieci anni e di dodici mesi)

Art. 8 (Calcolo della somma assicurata per il trattamento medico per infortunio)

Art. 9 (Calcolo della somma assicurata nel sottomodulo di rischio di concentrazione di incidenti per assicurati con più contratti)

### CAPO II - SOTTOMODULO DEL RISCHIO DI PANDEMIA

Art. 10 (Calcolo dell'esposizione a pandemie dell'assicurazione protezione del reddito)

Art. 11 (Calcolo della migliore stima corrispondente agli importi per spese mediche)

## TITOLO III - DISPOSIZIONI FINALI

Art. 12 (Pubblicazione ed entrata in vigore)

### TITOLO I

#### DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

Art. 1.

##### Fonti normative

1. Il presente regolamento è adottato ai sensi degli articoli 45-*quinquies* comma 2 e 191, comma 1, lettera *b*), numero 2 e lettera *s*), e 216-*ter*, comma 1, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come modificato dal decreto legislativo 12 maggio 2015, n. 74.

Art. 2.

##### Definizioni

1. Ai fini del presente regolamento valgono le definizioni dettate dal decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come modificato dal decreto legislativo 12 maggio 2015, n. 74, e dal regolamento delegato (UE) 2015/35 della Commissione. In aggiunta, si intende per:

*a*) «atti delegati»: il regolamento delegato (UE) 2015/35 della Commissione;

*b*) «Codice»: il decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come modificato dal decreto legislativo 12 maggio 2015, n. 74;

*c*) «giudizio esperto»: il giudizio operato nel rispetto dell'art. 2 degli atti delegati;

*d*) «prestazioni ricorrenti»: prestazioni che prevedono la corresponsione di più pagamenti erogati a cadenze ricorrenti;

*e*) «SCR<sub>healthCAT</sub>»: il requisito patrimoniale del sottomodulo del rischio di catastrofe per l'assicurazione malattia;

*f*) «SCR<sub>life</sub>»: il requisito patrimoniale del modulo del rischio di sottoscrizione per l'assicurazione vita;

*g*) «SCR<sub>p</sub>»: il requisito patrimoniale del sottomodulo del rischio di pandemia;

*h*) «sinistro singolo»: il sinistro occorso ad un assicurato identificato, a causa di un determinato evento;

*i*) «morte da infortunio»: l'evento «decesso causato da un incidente», di cui all'allegato XVI degli atti delegati;

*l*) «invalidità permanente da infortunio»: l'evento «disabilità permanente causata da un incidente» di cui all'allegato XVI degli atti delegati;

*m*) «invalidità di 10 anni da infortunio»: l'evento «disabilità di durata pari a 10 anni causata da un incidente» di cui all'allegato XVI degli atti delegati;

*n*) «invalidità di 12 mesi da infortunio»: l'evento «disabilità di durata pari a 12 mesi causata da un incidente» di cui all'allegato XVI degli atti delegati;

*o*) «trattamento medico per infortunio»: l'evento «trattamento medico causato da un incidente» di cui all'allegato XVI degli atti delegati;

*p*) «ultima società controllante italiana»: l'ultima società controllante italiana di cui all'art. 210, comma 2, del Codice.

Art. 3.

##### Ambito di applicazione

1. Il presente regolamento si applica alle imprese di assicurazione e di riassicurazione con sede legale nel territorio della Repubblica italiana, alle sedi secondarie delle imprese di assicurazione e riassicurazione con sede legale in uno Stato terzo e alle ultime società controllanti italiane.

### TITOLO II

#### SOTTOMODULO DI RISCHIO DI CATASTROFE PER L'ASSICURAZIONE MALATTIA

Art. 4.

##### Disposizioni generali di calcolo del SCR<sub>healthCAT</sub>

1. Nella determinazione del SCR<sub>healthCAT</sub> di cui all'art. 160 degli atti delegati, quando è necessario identificare una causa dello scenario catastrofale e gli effetti descritti negli scenari sono suscettibili di avere cause diverse, l'impresa considera la causa che genera la perdita di fondi propri di base più elevata.

2. Ai fini del comma 1, l'impresa considera anche gli scenari in cui alcune potenziali cause di catastrofe non sono contemplate dalla disciplina contrattuale.



*Capo I*

SOTTOMODULI DEL RISCHIO DI INCIDENTE DI MASSA  
E DEL RISCHIO DI CONCENTRAZIONE DI INCIDENTI

## Art. 5.

*Calcolo della somma assicurata per le prestazioni in caso di morte da infortunio*

1. Per i contratti che prevedono sia prestazioni in caso di morte a prescindere dall'evento che ha causato la morte (cd prestazioni caso morte), sia prestazioni supplementari in caso di morte causata da infortunio, (cd prestazioni caso morte da infortunio) l'impresa, nel calcolo del valore delle prestazioni di cui all'art. 161, paragrafo 3, lettera b), degli atti delegati e nel calcolo del valore delle prestazioni di cui dell'art. 162, paragrafo 4, lettera c), degli atti delegati, tiene conto solo delle prestazioni supplementari, a condizione che:

a) le prestazioni caso morte sono state distinte da quelle caso morte da infortunio;

b) i rischi delle prestazioni caso morte sono stati appropriatamente rilevati nel SCR<sub>life</sub>.

2. Nei casi in cui sono previste prestazioni supplementari caso morte da infortunio erogate mediante pagamenti ricorrenti, l'impresa calcola il valore delle prestazioni erogate di cui al comma 1 sulla base delle ipotesi tecniche utilizzate nel calcolo della migliore stima, tenendo conto delle caratteristiche demografiche pertinenti, e della durata delle prestazioni ricorrenti prevista contrattualmente.

3. Nel caso in cui i dati demografici disponibili sono insufficienti o assenti, l'impresa si avvale di ipotesi realistiche inerenti ai parametri demografici basate su statistiche pubbliche o interne.

4. L'impresa deve essere in grado di giustificare l'adeguatezza delle ipotesi di cui al comma 3.

5. Nel calcolo del valore delle prestazioni di cui al comma 1, l'impresa tiene conto degli aumenti previsti degli importi delle prestazioni ricorrenti e delle spese di gestione dei sinistri.

## Art. 6.

*Calcolo della somma assicurata per le prestazioni in caso di invalidità permanente*

1. Nei casi in cui le prestazioni in caso di invalidità permanente contrattualmente previste possono essere erogate in un'unica soluzione o mediante pagamenti ricorrenti, l'impresa determina il valore delle prestazioni di cui agli articoli 161, paragrafo 3, lettera b) e 162, paragrafo 4, lettera c), degli atti delegati, adottando un approccio in tre fasi:

a) fase 1: determina la proporzione di prestazioni che prevede di pagare in un'unica soluzione;

b) fase 2: per ogni assicurato, determina:

1) l'importo della prestazione in un'unica soluzione;

2) l'importo della migliore stima delle prestazioni ricorrenti;

c) fase 3: calcola la media ponderata degli importi di cui alle lettere b).1) e b).2), ponderati sulla base della proporzione di cui alla lettera a).

2. Nonostante le disposizioni di cui al comma 1, l'impresa pone il valore delle prestazioni di cui al comma 1 pari al maggiore fra i due importi, individuati al comma 1, lettera b).1) e lettera b).2), anziché considerare la loro media ponderata nei casi in cui:

a) la scelta tra pagamento in un'unica soluzione e pagamenti ricorrenti è a discrezione del beneficiario; o

b) l'impresa non è in grado di giustificare le ipotesi sottese al calcolo della proporzione di cui al comma 1.

3. Ai fini del calcolo di cui al comma 1, quando l'importo delle prestazioni per invalidità dipende dal grado di invalidità delle persone infortunate, l'impresa calcola il valore delle prestazioni complessivo per tutti gli infortunati nel modo seguente:

a) determina la distribuzione del grado di invalidità degli infortunati;

b) calcola i costi dei sinistri corrispondenti a ciascun grado di invalidità;

c) applica la distribuzione del grado di invalidità di cui al punto a) ai costi dei sinistri di cui al punto b).

4. L'impresa deve essere in grado di giustificare le ipotesi sottese al calcolo della distribuzione di cui al comma 3.

5. Nei casi in cui non possa operare le giustificazioni di cui al comma 4, l'impresa utilizza per tutti gli infortunati il maggiore fra i costi dei sinistri di cui al comma 3, lettera b).

6. Nel calcolo della migliore stima delle prestazioni ricorrenti di cui agli articoli 161, paragrafo 3, comma 2, e 162, paragrafo 4, comma 2, degli atti delegati, per eventi di «Invalidità permanente da infortunio» l'impresa ipotizza che i pagamenti sono corrisposti nell'intero periodo di pagamento delle prestazioni indicato nella disciplina contrattuale, ma che possono estinguersi in caso di morte dell'assicurato.

7. Ai fini del calcolo di cui al comma 6, l'impresa utilizza tassi di mortalità realistici per le persone affette da invalidità permanente, definiti sulla base di statistiche pubbliche o interne. L'impresa deve essere in grado di giustificare tali ipotesi.

8. Nel calcolo del valore delle prestazioni, di cui al comma 1, l'impresa tiene conto degli aumenti previsti degli importi delle prestazioni ricorrenti e delle spese di gestione dei sinistri.

## Art. 7.

*Calcolo della somma assicurata per le prestazioni di invalidità di dieci anni e di dodici mesi*

1. Nel caso degli eventi di «invalidità di 10 anni da infortunio» o di «invalidità di 12 mesi da infortunio», qualora il beneficiario possa ricevere la prestazione in un'unica soluzione o prestazioni ricorrenti, l'impresa determina il valore delle prestazioni applicando la disciplina di cui all'art. 6.



2. Quando l'importo delle prestazioni in caso di invalidità dipende dal grado di invalidità degli interessati, l'impresa applica il medesimo approccio descritto all'art. 6, commi 3, 4 e 5.

3. Nel calcolare la migliore stima delle prestazioni ricorrenti per gli eventi di «invalidità di 10 anni da infortunio» o di «invalidità di 12 mesi da infortunio», l'impresa esclude qualsiasi causa di uscita e prende in considerazione tutti i futuri pagamenti che intercorrono tra:

a) la fine di ogni periodo di differimento;

b) la fine del periodo dei 10 anni o dei 12 mesi di corresponsione delle prestazioni o, se precedente, il termine della copertura assicurativa.

4. Nel calcolo del valore delle prestazioni di cui al comma 1, l'impresa tiene conto degli aumenti previsti delle prestazioni ricorrenti e delle spese di gestione dei sinistri.

#### Art. 8.

##### *Calcolo della somma assicurata per il trattamento medico per infortunio*

1. L'impresa calcola gli importi medi per gli eventi di «trattamento medico per infortunio» come rapporto fra:

a) le prestazioni per trattamento medico a seguito di infortuni osservate negli anni precedenti, includendo anche gli importi delle spese correlate;

b) il numero dei sinistri singoli corrispondenti alle prestazioni di cui al punto a).

2. L'impresa garantisce che il periodo di osservazione di cui al comma 1 sia sufficientemente lungo da consentire di ridurre al minimo gli errori statistici.

3. Per il calcolo degli importi medi di cui al comma 1, l'impresa aggiusta i dati storici per tenere in considerazione il tasso di inflazione delle prestazioni mediche.

4. Quando è previsto che un trattamento medico duri per più di un anno, l'impresa tiene conto del tasso di inflazione atteso delle prestazioni mediche.

5. Nel valutare i dati storici delle prestazioni l'impresa distingue adeguatamente le prestazioni per trattamento medico per infortunio dalle altre prestazioni erogate. Se necessario, l'impresa integra tale analisi con il giudizio esperto.

6. L'impresa basa tutte le stime su statistiche pubbliche o interne.

7. L'impresa deve essere in grado di giustificare le ipotesi utilizzate.

#### Art. 9.

##### *Calcolo della somma assicurata nel sottomodulo di rischio di concentrazione di incidenti per assicurati con più contratti*

1. Nei casi in cui un assicurato è coperto da due o più contratti, con prestazioni per evento che non si escludono a vicenda, l'impresa nel determinare il valore delle prestazioni «SI<sub>(e,i)</sub>» di cui all'art. 162, paragrafo 4, lettera c), degli atti delegati, considera la somma delle prestazioni dei diversi contratti applicando, per il calcolo del valore delle prestazioni di ciascun contratto, la disciplina di cui agli articoli 5, 6, 7 e 8.

#### Capo II

##### SOTTOMODULO DEL RISCHIO DI PANDEMIA

#### Art. 10.

##### *Calcolo dell'esposizione a pandemie dell'assicurazione protezione del reddito*

1. In applicazione dell'art. 163, paragrafo 2, lettera b), degli atti delegati, nel caso di contratti che prevedono prestazioni ricorrenti, l'impresa calcola la migliore stima delle prestazioni in caso d'invalidità lavorativa permanente dovuta a una malattia infettiva applicando la disciplina di cui all'art. 6.

#### Art. 11.

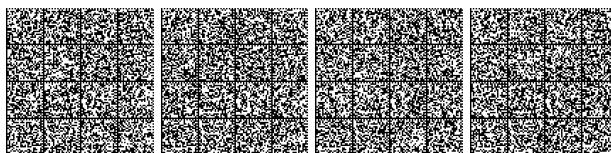
##### *Calcolo della migliore stima corrispondente agli importi per spese mediche*

1. Ai fini del calcolo del SCR<sub>p</sub>, l'art. 163 degli atti delegati, paragrafo 3, individua le modalità di determinazione dell'importo medio delle spese mediche erogato per ciascuna persona in un determinato paese, considerando le tipologie di assistenza sanitaria individuate nell'allegato XVI degli atti delegati.

2. Per calcolare la migliore stima corrispondente agli importi esigibili per il ricorso alle tipologie di assistenza sanitaria per persona di cui all'art. 163, paragrafo 3, lettera c) degli atti delegati, l'impresa, per ciascuna tipologia di assistenza sanitaria di cui all'allegato XVI degli atti delegati in cui il numero atteso delle terapie mediche sia almeno pari a 1, considera il prodotto fra:

a) il numero atteso delle terapie mediche per un assicurato;

b) il costo medio atteso del sinistro riferito ad una singola terapia.



3. L'impresa formula una stima accurata, sulla base delle proprie esperienze, de:

a) il numero atteso delle terapie mediche per ciascuna tipologia di assistenza sanitaria;

b) il costo medio per sinistro di ogni terapia medica.

4. Se è in grado di motivare che l'esperienza passata non consente una stima accurata, l'impresa:

a) pone pari a 1 il numero atteso delle terapie mediche per «Ospedalizzazione» e «Nessun ricorso ad assistenza medica formale»;

b) pone pari a 2 il numero atteso delle terapie mediche per «Consultazione di un medico generico».

5. L'impresa aggiusta la stima del costo medio del sinistro per tenere conto del tasso d'inflazione delle prestazioni mediche e, se necessario, ricorre al giudizio esperto.

6. Il periodo di osservazione, ai fini del calcolo di cui al comma 3, deve essere sufficientemente lungo da consentire di evitare errori statistici.

### TITOLO III

#### DISPOSIZIONI FINALI

#### Art. 12.

##### *Pubblicazione ed entrata in vigore*

1. Il presente regolamento è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana, nel Bollettino dell'IVASS e sul sito istituzionale.

2. Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 26 luglio 2016

p. Il *Direttorio integrato*  
Il *Governatore*  
della *Banca d'Italia*  
VISCO

REGOLAMENTO 26 luglio 2016.

**Regolamento concernente l'applicazione del metodo look-through ai fini della determinazione del requisito patrimoniale di solvibilità calcolato con la formula standard di cui al Titolo III (esercizio dell'attività assicurativa), Capo IV-bis (requisiti patrimoniali di solvibilità) Sezione II (formula standard), articolo 45-quinquies del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle assicurazioni private, conseguente all'implementazione nazionale delle linee guida EIOPA sui requisiti finanziari del regime Solvency II (requisiti di 1° pilastro).** (Regolamento n. 28).

#### L'ISTITUTO PER LA VIGILANZA SULLE ASSICURAZIONI

Vista la legge 12 agosto 1982, n. 576, concernente la riforma della vigilanza sulle assicurazioni e l'istituzione dell'ISVAP;

Visto l'art. 13 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135, concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini e recante l'istituzione dell'IVASS;

Visto il decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, recante il Codice delle assicurazioni private, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 12 maggio 2015, n. 74, attuativo della direttiva n. 2009/138/CE in materia di accesso ed esercizio delle attività di assicurazione e riassicurazione e, in particolare gli articoli 45-quinquies, 45-sexies e 45-septies, 66-quater, 216-ter, 216-quinquies e 216-sexies;

Visto il regolamento delegato (UE) 2015/35 della Commissione, del 10 ottobre 2014, che integra la direttiva n. 2009/138/CE in materia di accesso ed esercizio delle attività di assicurazione e riassicurazione, ed in particolare, l'art. 84;

Viste le Linee guida emanate da EIOPA concernenti il metodo *look-through*;

Visto il regolamento IVASS n. 3 del 5 novembre 2013 sull'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 23 della legge 28 dicembre 2005, n. 262, in materia di procedimenti per l'adozione di atti regolamentari e generali dell'Istituto;

