

AIDA

ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE DI DIRITTO DELLE ASSICURAZIONI SEZIONE LOMBARDA



NEWSLETTER

N.03

NOVEMBRE 2008

Il decreto Alitalia, la prescrizione e le polizze dormienti

Con una collocazione, come dire, sorprendente, il nostro legislatore ha introdotto due rilevanti modifiche nell'attuale disciplina del diritto delle assicurazioni.

La recentissima legge 166/08 di conversione del c.d. decreto Alitalia pubblicata sulla G.U. n. 252 del 27.10.08 ha infatti modificato:

- 1) il termine di prescrizione in materia di assicurazioni in generale;
- 2) l'attuale disciplina delle polizze vita c.d. dormienti.

Il termine di prescrizione in materia assicurativa passa da 1 a 2 anni. Viene infatti modificato come segue il secondo comma dell'art. 2952 c.c.: *"Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si e' verificato il fatto su cui il diritto si fonda"*. Tra *"gli altri diritti"* in materia assicurativa, evidentemente il principale è il diritto dell'assicurato all'indennizzo. Rimane invece ferma ad 1 anno la prescrizione del diritto dell'assicuratore alla riscossione del premio (primo comma art. 2952 c.c.). Ad una prima lettura, si tratta di una modifica in linea generale favorevole all'assicurato, che avrà più tempo per far valere i propri diritti.

Quanto alle polizze dormienti, l'attuale disciplina è stata introdotta con l'art. 1, comma 345 della Finanziaria 2006 che ha istituito, sull'onda dei noti scandali finanziari Parmalat e Cirio, un fondo a tutela dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie, alimentato con i proventi dei conti correnti e delle polizze c.d. dormienti. Queste ultime sono le polizze del ramo vita in cui *"l'assicuratore si impegna al pagamento di una rendita o di un capitale al beneficiario ad una data prefissata"* per le quali non è stata avanzata nessuna richiesta per 10 anni a partire dalla relativa scadenza. A tutela degli assicurati distratti o smemorati, la norma prescrive che le Compagnie debbano comunque inviare loro, trascorsi i 10 anni di *"sonno"*, una raccomandata con l'invito ad impartire disposizioni nell'ulteriore termine di 6 mesi. Decorso tale termine senza ulteriori notizie, le relative somme vanno a finire nel fondo di tutela per i risparmiatori. Su questa disciplina si innesta ora il decreto Alitalia, il quale dispone innanzitutto (art. 3, comma 2) che i piccoli azionisti e obbligazionisti Alitalia che non esercitino eventuali diritti di opzione dei loro titoli in azioni di nuove società sono ammessi ai benefici del fondo. Se questo equivalga a dire che i piccoli azionisti ed obbligazionisti Alitalia siano stati vittima di una frode finanziaria non è compito di chi scrive. Certo che la previsione nel decreto Alitalia (art. 3 comma 1) dell'esclusione di responsabilità per i comportamenti posti in essere a partire dal 18 luglio 2007 da amministratori, sindaci e dirigenti qualche sospetto lo fa sorgere. Buone (?) notizie, dunque, per i piccoli azionisti ed obbligazionisti Alitalia.

Meno buone, forse, per i titolari o beneficiari delle famose polizze dormienti, perchè il nuovo comma 345-quater introdotto dal decreto Alitalia nel richiamato art. 1 della legge Finanziaria 2006 non menziona affatto i 10 anni di *"sonno"* e gli ulteriori 6 mesi di *"sveglia"* appena descritti, per affermare semplicemente che i relativi importi *"non reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, sono devoluti al fondo di cui al comma 343."* Sembra quindi che l'estensione del termine di prescrizione generale da 1 a 2 anni trovi motivazione nella contemporanea eliminazione dello specifico termine di grazia di 10 anni più 6 mesi originariamente previsto nell'originaria disciplina delle polizze dormienti. Sembra, perché ad una prima lettura non è dato capire se e come le due discipline debbano coordinarsi tra loro. Il che, tra l'altro, fa sorgere una serie di problemi operativi per le Compagnie assicuratrici le quali, va detto, di loro iniziativa e su input informale dell'Isvap hanno in genere assunto un atteggiamento assai disponibile sulle polizze vita dormienti, spesso riconoscendo gli indennizzi dovuti ai beneficiari delle polizze vita anche a termini di prescrizione ampiamente scaduti.

Ma la nuova normativa sembra non dare nessuno spazio di manovra alle Compagnie, le quali trascorso il termine di prescrizione di 2 anni sarebbero tenute (pena sanzioni rilevanti) a versare i relativi importi nel fondo. La prima verifica sull'applicazione della nuova normativa si vedrà comunque molto presto, e precisamente il prossimo 15 novembre, termine entro il quale le Compagnie devono comunicare al Ministero dell'economia e delle finanze gli importi delle polizze dormienti *"per i quali gli eventi che determinano la prescrizione del diritto dei beneficiari si siano verificati dopo il 1° gennaio 2006 e di cui siano venute a conoscenza successivamente alla data di entrata in vigore della presente disposizione"*.

Riccardo Buizza

Avvocato nel Foro di Milano

Le prestazioni per invalidità e premorienza nelle forme pensionistiche complementari *

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Le prestazioni per invalidità e premorienza nei fondi pensione in regime di prestazione definita gestiti da imprese di assicurazione. – 3. Le prestazioni per invalidità e premorienza nel caso di gestore finanziario del patrimonio e nel regime di prestazione definita. – 4. L'assunzione diretta da parte dei fondi pensione degli impegni derivanti dalle prestazioni per invalidità e premorienza.

1. Premessa.

Nella dimensione comunitaria le forme pensionistiche complementari possono coprire rischi particolarmente ampi, i quali spaziano dalle prestazioni liquidate in relazione al raggiungimento dell'età pensionabile all'erogazione sotto forma di sostegni finanziari o servizi in caso di malattia, stato di bisogno o morte, quando quest'ultima erogazione sia complementare rispetto alle prime e fornita su base accessoria (cfr. art. 6, lett. *d*, direttiva n. 2003/41/CE).

Più limitata risulta invece l'attività dei fondi pensione nell'ordinamento interno, finalizzata quasi esclusivamente all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari con i quali assicurare più elevati livelli di copertura previdenziale (cfr. art. 1 d. lgs. 5 dicembre 2005, n. 252). Le uniche prestazioni ulteriori rispetto all'erogazione di trattamenti pensionistici espressamente contemplate dalla disciplina nazionale sono le eventuali prestazioni per invalidità e premorienza (art. 6, comma 5, d. lgs. n. 252/2005), assenti nel testo storico (d. lgs. 21 aprile 1993, n. 124), introdotte nel 1995 (art. 6, comma 3, d. lgs. n. 124/1993, come modificato dalla l. n. 335/1995) e confermate nell'ultima versione del 2005, che peraltro contiene un'importante novità inserita con l'attuazione della direttiva n. 2003/41/CE. Sulla materia è inoltre intervenuto il codice delle assicurazioni che, innovando rispetto al passato, prevede ora la possibilità di garantire in via complementare prestazioni di invalidità e premorienza secondo quanto stabilito nella normativa sulle forme pensionistiche complementari.

L'attenzione dedicata dal legislatore della previdenza complementare alle eventuali prestazioni per invalidità e premorienza è particolarmente scarsa. Nell'eventualità in cui ricorrano tali garanzie, la disciplina delle forme pensionistiche complementari si limita infatti, da una parte, a disporre che i fondi pensione stipulino in ogni caso convenzioni con le imprese assicurative e, dall'altra, ad escludere il deposito delle risorse presso una banca depositaria (art. 6, comma 5, d. lgs. pensioni complementari).

Conviene dunque interrogarsi sui rami assicurativi di allocazione, provando così a dipanare una matassa che la stratificazione normativa sembra aver aggrovigliato nel corso del tempo. A tale fine, è d'uopo distinguere tra fondi pensione in regime di contribuzione definita e fondi pensione in regime di prestazione definita.

2. Le prestazioni per invalidità e premorienza nei fondi pensione in regime di prestazione definita gestiti da imprese di assicurazione.

Nei fondi pensione in regime di contribuzione definita (contributi degli iscritti al fondo predeterminati ed entità della prestazione previdenziale dipendente dal risultato della gestione) devono invero ulteriormente distinguersi due ipotesi: quella del fondo pensione che per la gestione del proprio patrimonio ha stipulato una convenzione con i gestori finanziari (banche, società di intermediazione mobiliare, società di gestione del risparmio) e la diversa ipotesi del fondo pensione che ha stipulato una convenzione con un'impresa di assicurazione di ramo vita VI (art. 6, comma 1, d. lgs. n. 252/2005).

* Il presente contributo è parte di uno studio più ampio, al quale sia consentito il rinvio: G. MARTINA, *Fondi pensione chiusi e gestione dei rischi*, Milano, 2008.

Secondo quanto inequivocabilmente disposto dal tenore letterale della disciplina, nel caso di gestione affidata ad un gestore finanziario, i fondi pensione sono obbligati a stipulare un'ulteriore convenzione con un'impresa di assicurazione che copra il rischio derivante dall'invalidità o dalla premorienza. Nella diversa ipotesi della gestione affidata ad impresa di assicurazione del ramo vita VI, non si può aprioristicamente ammettere o escludere l'ulteriore convenzione, dovendosi dapprima risolvere il problema del ramo in cui allocare le prestazioni eventuali. A tal scopo è necessario seguire le indicazioni che si ricavano dal codice delle assicurazioni.

Intervenendo sulle assicurazioni complementari, l'art. 2, comma 2, cod. ass. aggiunge alla precedente disciplina dettata dall'art. 8 d. lgs. n. 174/1995 la possibilità per l'impresa che ha ottenuto l'autorizzazione all'esercizio delle operazioni di cui al ramo VI (gestione dei fondi pensione) di garantire, in via complementare ai relativi contratti, prestazioni di invalidità e premorienza secondo quanto previsto dalla normativa sulle forme pensionistiche complementari. La previsione appare in realtà un vero e proprio rompicapo, giacché – come anticipato – la normativa sulle forme pensionistiche complementari si limita a prevedere la stipulazione delle convenzioni con imprese assicurative, rinviando pertanto, seppur implicitamente, a sua volta alla disciplina assicurativa. L'effetto di questi rinvii incrociati è una situazione di estrema incertezza che rischia di rendere la disposizione priva di un qualche significato. Tuttavia, dovendo attribuire alle norme il “*senso fatto palese dal significato proprio delle parole secondo la connessione di esse, e dalla intenzione del legislatore*” (art. 12 disp. legge gen.), si deve cercare di ricostruire la disciplina sulla base di una visione sistematica.

È allora necessario considerare tutto quanto previsto dalla disciplina delle forme pensionistiche complementari in relazione a ciascuna tipologia di prestazioni, e conseguentemente intendere la “*normativa sulle forme pensionistiche complementari*” – alla quale fa rinvio la disciplina assicurativa – nella sua globalità e non già nella parzialità delle eventuali prestazioni per invalidità e premorienza.

Così impostato, il problema va risolto ricordando che, nel corso del tempo, nella disciplina interna si è affermato il principio della parità operativa a parità di rischi assunti e dell'esclusiva in favore di determinati soggetti (perlopiù imprese di assicurazione) in ragione delle competenze specifiche. Si possono in tal modo comprendere i motivi alla base, da un lato, dell'esclusivo ruolo degli assicuratori nell'erogazione delle prestazioni sotto forma di rendita e nella gestione dei fondi pensione in regime di prestazione definita – in quanto postulano l'assunzione dei rischi di natura demografica dell'art. 1882 c.c. – dall'altro, del possibile concorso di assicuratori e gestori finanziari nella gestione, anche garantita, dei fondi pensione in regime di contribuzione definita. Segnatamente, in quest'ultimo caso le imprese di assicurazione non assumono i rischi assicurativi contemplati dall'art. 1882 c.c., e dunque operano mediante il ricorso al ramo vita VI che, come ormai pacificamente riconosciuto dalla dottrina, ha tratti tipicamente ed esclusivamente finanziari. Pertanto, il rinvio alla normativa sulle forme pensionistiche complementari contenuto nel codice delle assicurazioni non potrebbe giustificare il tentativo di dare risalto al ramo vita VI anche in presenza di rischi di diversa natura.

È poi opportuno inserire la previsione del codice delle assicurazioni dedicata alle prestazioni per invalidità e premorienza nel contesto normativo in cui essa risulta collocata. Tale contesto (art. 2, comma 2, cod. ass.) enuclea in realtà tre distinte fattispecie. La prima, seppure con qualche lieve modifica che qui sembra insignificante (ma si veda G. VOLPE PUTZOLU, *Commento sub artt. 1-2*, in AA.VV., *Il codice delle assicurazioni private* diretto da F. Capriglione, I, 1, Padova, 2007, p. 19) riproduce previsioni già presenti nell'ordinamento. Ci si riferisce alla garanzia di rischi di danni alla persona in via complementare rispetto ai contratti stipulati nell'esercizio dei rami vita I, II o III.

La seconda fattispecie, anch'essa di nuova introduzione, consiste nella possibilità di garantire i medesimi rischi in via complementare rispetto all'operazione di capitalizzazione (ramo vita V) a condizione che l'impresa sia stata autorizzata ad esercitare anche un altro ramo vita con assunzione di un rischio demografico. La terza fattispecie è appunto l'assicurazione complementare al ramo VI per la copertura dei rischi di invalidità e premorienza.

Ai fini della comprensione del rapporto di complementarietà tra ramo vita VI e prestazioni per invalidità e premorienza, particolarmente interessante appare la seconda fattispecie che si è menzionata, quella relativa alla capitalizzazione. Come appena accennato, un'impresa di assicurazione può garantire i rischi di danni alla persona in via complementare rispetto ai contratti di capitalizzazione soltanto se essa è autorizzata anche all'esercizio di altri rami con assunzione di rischi demografici.

Si può giustificare la condizione posta dal legislatore innanzitutto con la peculiare natura dei rischi di danni alla persona evocati in materia di assicurazioni complementari. Si tratta infatti di rischi accessori a quelli relativi alla durata della vita, e che dunque si basano su una tecnica attuariale analoga a quella delle assicurazioni sulla vita (G. VOLPE PUTZOLU, *Le assicurazioni. Produzione e distribuzione*, Bologna, 1992, p. 51 ss.). Conseguentemente, la gestione dei rischi di danni alla persona presuppone l'idoneità dell'impresa di assicurazione alla gestione dei rischi demografici. A questa gestione non sarebbe idonea un'impresa di assicurazione che sia stata autorizzata soltanto all'esercizio del ramo vita V, mancando in esso la componente demografica, come emerge dalla definizione di capitalizzazione dell'art. 179 cod. ass. (sul contratto di capitalizzazione v. A. ANTONUCCI, voce "Capitalizzazione (contratto di)", in *Enc. giur. Treccani*, V, Roma, 1998; A.D. CANDIAN, *I contratti di capitalizzazione*, in AA.VV., *I contratti del commercio dell'industria e del mercato finanziario* a cura di F. Galgano, III, Torino, 1995, p. 2601 ss.; P.E. CORRIAS, *Commento sub art. 179*, in AA.VV., *Il codice delle assicurazioni private* diretto da F. Capriglione, II, 2, Padova, 2007, p. 145 ss.; C. GANDINI, *Commento sub art. 40*, in AA.VV., *La nuova disciplina dell'impresa di assicurazione in attuazione della terza direttiva*, Padova, 2000, a cura di G. Partesotti e M. Ricolfi, p. 381 ss.).

Intervenendo sulla fattispecie dei rischi di invalidità e premorienza accessori al ramo vita VI, il legislatore ha seguito una tecnica analoga. Dietro il richiamo alla normativa sulle forme pensionistiche complementari è infatti dato cogliere l'inidoneità del ramo VI a coprire *sic et simpliciter* in via complementare rischi di invalidità e premorienza, similmente a quanto visto per la capitalizzazione rispetto ai rischi di danni alla persona. Tuttavia, differentemente dalla capitalizzazione e dai rischi di danni alla persona, che trovano una disciplina compiuta nel codice delle assicurazioni private, sia il ramo vita VI sia le prestazioni per invalidità e premorienza eventualmente accessorie alla gestione di un fondo pensione trovano la loro principale collocazione nel diverso contesto normativo della previdenza complementare.

A tal proposito, una parte della dottrina ha superato la laconicità del legislatore della previdenza complementare in punto di garanzie per invalidità e premorienza proponendo di allineare il loro contenuto in termini coerenti all'obiettivo primario del sistema pensionistico complementare, che è quello di assicurare, come prescrive la legge, più elevati livelli di copertura previdenziale. Discenderebbe da questa riflessione l'esigenza di circoscrivere i rischi coperti mediante tali garanzie alla tipologia di rischi coperti dalla previdenza obbligatoria, anche in termini di modalità di liquidazione. Sotto questo profilo, la forma di copertura più tipica per le finalità dei fondi pensione è apparsa la liquidazione di una prestazione nell'ipotesi di morte del partecipante al fondo prima della maturazione del diritto alla prestazione oppure in ipotesi di sua invalidità, in genere sotto forma di pensione rispettivamente di sopravvivenza o di invalidità (L. IANNIZZOTTO, *Garanzie assicurative: rischi finanziari e demografici*, in *Assicurazioni*, 1997, I, p. 392).

Va precisato che si tratta di prestazioni che si collocano nella fase della gestione, destinate pertanto ad operare quando gli eventi dedotti nella convezione si verificano prima che l'aderente al fondo abbia raggiunto l'età pensionabile. A confermare questo convincimento, in realtà già formatosi in dottrina (L. IANNIZZOTTO, *op. cit.*, p. 391), è ora, almeno rispetto alla premorienza, l'apposita disciplina che governa l'ipotesi di morte dell'aderente che sia già titolare della prestazione pensionistica (cfr. l'art. 11, comma 5, d. lgs. n. 252/2005): in tal modo il legislatore ha disciplinato un evento che si verifica successivamente al raggiungimento dell'età pensionabile.

Quanto all'eventuale prestazione per invalidità, il suo valore potrebbe essere parametrato alla gravità del danno, anche mediante opportune distinzioni tra invalidità, inabilità completa oppure

necessaria assistenza di terzi per il compimento degli atti fondamentali dell'esistenza (in argomento L. IANIZZOTTO, *op. loc. ultt. citt.*). Così come la premorienza, anche l'invalidità è una copertura assicurativa da accendere durante la fase di accumulo del fondo pensione ed è volta alla corresponsione – nel caso in cui il rischio si concretizzi – di rendite aggiuntive. Tuttavia, la dottrina ha pure ammesso la possibilità che al termine della fase di accumulo sia previsto un importo iniziale della pensione complementare più contenuto, ma destinato ad aumentare al sopraggiungere dello stato di non autosufficienza del titolare della prestazione previdenziale (così C. TOMASSINI, *La prestazione di rendita vitalizia nel sistema della previdenza complementare*, in *Assicurazioni*, 2005, I, p. 45).

Si comprende agevolmente che nessuno dei rischi che possono ritenersi implicati dalle eventuali prestazioni per invalidità e premorienza presenta analogie con i rischi coperti mediante il ramo vita VI, neanche quando esso comporti l'assunzione di rischi di investimento. Dunque, è possibile ipotizzare l'idoneità dell'impresa di assicurazione di ramo vita VI a coprire questi diversi rischi soltanto se autorizzata ad esercitare anche altri rami, applicando in via analogica il principio introdotto dal legislatore in materia di rischi di danni alla persona garantiti in via complementare rispetto alle operazioni di capitalizzazione.

L'obiettivo ulteriore che ci si propone di raggiungere è così l'individuazione degli ulteriori rami all'esercizio dei quali l'impresa di assicurazione deve essere autorizzata per coprire i rischi derivanti dalla garanzia per l'invalidità e la premorienza anche in via complementare rispetto al ramo vita VI.

Si è precedentemente riportato l'orientamento di chi ritiene in linea con le finalità più generali perseguite dalla disciplina della previdenza complementare la configurabilità della prestazione per premorienza in termini di liquidazione di una rendita ai beneficiari indicati dall'aderente al fondo che muoia prima di aver maturato il diritto alla prestazione pensionistica. Si potrebbe tuttavia anche ammettere la liquidazione di una somma in conto capitale, argomentando dalla possibilità di liquidare per almeno il cinquanta per cento la prestazione previdenziale in conto capitale (cfr. art. 11, comma 3, d. lgs. n. 252/2005). In ogni caso, il ramo vita di allocazione sembra il ramo vita I: ricorre infatti l'obbligo per l'impresa di assicurazione di pagare una rendita oppure un capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita umana, secondo il paradigma dell'art. 1882 c.c. Si può al più ancorare l'entità della somma o della rendita all'andamento di un indice o al rendimento di un fondo ed in tal modo ammettere il ricorso al ramo vita III. Va invece escluso il ricorso ad ogni altro ramo vita: ai rami II e IV, in ragione dei peculiari eventi rilevanti (nascita e matrimonio per un verso, malattia e non autosufficienza per l'altro); al ramo V, per il difetto di rischi demografici.

Un discorso a sè merita l'eventuale prestazione per invalidità. Anche in questo contesto si rende necessario individuare i rami di allocazione per restituire alla laconicità del legislatore il corretto significato.

Quando si scorra l'elenco dei rami danni dell'art. 2 cod. ass., si deve infatti ammettere soltanto la rilevanza dei rami infortuni e malattia, se l'infortunio e la malattia risultano altrettante cause di invalidità. Tuttavia, se – come pare preferibile – la prestazione si risolve nel pagamento di una pensione di invalidità, vi è anche assunzione di un rischio di longevità. Dunque, sotto questo profilo, sarebbe richiesta alle imprese di assicurazione altresì l'autorizzazione all'assunzione di rischi di natura demografica. Seguendo questa via, si dovrebbe circoscrivere la legittimazione al pagamento di una pensione di invalidità alle imprese di assicurazione che svolgono congiuntamente i rami infortuni e malattia ed i rami vita I o III, secondo quanto consentito dall'art. 11 cod. ass. in forza del principio del "piccolo cumulo". In conclusione, la garanzia dell'invalidità prestata in via complementare al ramo VI presupporrebbe l'avvenuto rilascio all'impresa di assicurazione dell'autorizzazione all'esercizio dei rami vita I o III e congiuntamente all'esercizio dei rami danni infortuni o malattia.

È però forse oggi percorribile un'altra strada, che tenga conto ancora una volta del codice delle assicurazioni, segnatamente nel punto in cui menziona tra i rischi che è possibile coprire in via complementare rispetto ai rami I, II e III "l'invalidità a seguito di infortunio o malattia" (art. 2,

comma 2, cod. ass.). È possibile così ipotizzare che la scelta del legislatore di riconoscere l'idoneità dei rami vita I, II e III alla copertura in via complementare di un rischio di diversa indole, quale l'invalidità a seguito di infortunio o di malattia, legittimi l'assunzione di quello stesso rischio anche in via complementare rispetto al ramo vita VI, sempre che l'impresa di assicurazione sia autorizzata all'esercizio sia di almeno uno dei primi tre rami vita sia del ramo vita VI.

È stata infine prospettata una diversa e condivisibile soluzione, il ricorso al ramo vita IV (E. PIZZILLI, *Assicurazioni e previdenza complementare*, in AA.VV., *Assicurazioni* coordinato da A. Antonucci nella collana *I nuovi contratti nella prassi civile e commerciale*, XXI, 2, Torino, 2004, p. 806. La soluzione sembra essere accolta anche da E. RIGHINI, *La gestione "finanziaria" del patrimonio dei fondi pensione chiusi*, Milano, 2006, p. 40), e cioè all'assicurazione malattia e contro il rischio di non autosufficienza garantita mediante contratti di lunga durata, non rescindibili dall'assicuratore, assicurazione che si discosta dalle assicurazioni infortuni e malattia in particolare per la lunga durata del rapporto. Più precisamente, la dottrina ha riconosciuto la possibilità che la copertura venga prevista anche per l'intera vita dell'assicurato (A. DONATI-G. VOLPE PUTZOLU, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, Milano, 2006, p. 214). Detto in altri termini, il ramo vita IV abilita l'impresa di assicurazione all'assunzione sia di rischi derivanti da infortuni e malattia sia di rischi legati ad eventi attinenti alla durata della vita umana. Si può quindi ammettere la lecita copertura di garanzie per la prestazione di invalidità in via complementare rispetto al ramo vita VI se l'impresa di assicurazione è anche autorizzata all'esercizio del ramo vita IV.

Occorre ora definire l'esatta portata della complementarietà. La dottrina che si è in generale occupata delle garanzie assunte in via complementare alle assicurazioni sulla vita ha escluso che questi rischi possano essere assunti con un contratto autonomo, anche se abbinato al contratto di assicurazione sulla durata della vita umana, e ha inoltre negato la possibilità di soddisfare il requisito della complementarietà ricorrendo soltanto all'unicità del documento negoziale, giacché si tratterebbe pur sempre di un semplice abbinamento contrattuale. Al contrario, sempre a parere di questa dottrina, dovrà "trattarsi di un contratto unico in senso sostanziale, e cioè di un contratto nel quale le prestazioni accessorie siano subordinate al verificarsi dello stesso evento" che è previsto nel contratto in relazione alle prestazioni principali (G. VOLPE PUTZOLU, *op. ult. cit.*, p. 52).

Questi rilievi risultano centrali nell'economia dell'indagine che si sta conducendo quando un'impresa di assicurazione gestisca più di un fondo pensione in regime di contribuzione definita, per ciascuno dei quali sia stata stipulata una distinta convenzione. L'impresa sarà tenuta alle prestazioni accessorie soltanto se l'invalidità o la premorienza riguardino gli aderenti al fondo che ha stipulato la convenzione contenente un'espressa clausola contrattuale in tal senso, e nelle forme fissate contrattualmente. In sostanza, più che operare in relazione al ramo VI in generale, la complementarietà opera all'interno dei singoli contratti pur riconducibili al ramo VI, alla (ovvia) condizione che contemplino le prestazioni accessorie. A maggior ragione, andrebbe dunque negata la complementarietà quando la copertura riguardasse rischi accessori ad altro fondo pensione con il quale l'impresa di assicurazione non ha in precedenza stipulato alcuna convenzione gestoria.

Si avverte inoltre che la riconducibilità delle eventuali prestazioni per invalidità e premorienza ai rami tipicamente assicurativi rende inoperanti le regole di contro dettate dal legislatore della previdenza complementare per la gestione finanziaria dei fondi pensione in regime di contribuzione definita. Si riescono a spiegare così le scarse (*recte*: inesistenti) previsioni presenti nella disciplina delle forme pensionistiche complementari: le regole devono in realtà essere ricavate dalle condizioni di esercizio contenute nella disciplina delle assicurazioni sulla vita o alternativamente nella disciplina delle assicurazioni contro i danni.

3. Le prestazioni per invalidità e premorienza nel caso di gestore finanziario del patrimonio e nel regime di prestazione definita.

Conviene ora ritornare su una questione che è stata volutamente lasciata in sospeso nel precedente paragrafo: l'individuazione delle imprese assicurative con le quali devono stipulare le convenzioni per le eventuali prestazioni per invalidità e premorienza i fondi pensione che abbiano affidato la gestione del proprio patrimonio ai gestori finanziari, non già alle imprese di assicurazione di ramo vita VI.

Occorre in primo luogo chiarire che le prestazioni per invalidità e premorienza appaiono legittime anche in questa ipotesi. La possibilità di coprire simili garanzie in via complementare al ramo vita VI, ora esplicitamente introdotta dalla disciplina assicurativa, non può essere interpretata restrittivamente, e quindi come un divieto implicito di inclusione di quelle garanzie in altre convenzioni. La previsione del codice delle assicurazioni, anziché restringere le possibilità offerte ai fondi pensione, sembra semmai aumentarle, conformemente d'altronde con tutta l'evoluzione normativa.

La risposta alla domanda relativa alla delimitazione delle imprese genericamente indicate come assicurative dal legislatore della previdenza complementare risiede invero nell'esito dell'indagine che è stata prima condotta alla ricerca delle condizioni che devono intendersi poste ai fini dell'assunzione di quelle stesse garanzie in via complementare al ramo vita VI. Decisiva è quindi l'idoneità dell'impresa di assicurazione ad assumere i rischi implicati dalle garanzie stesse. Di conseguenza – a seconda che l'eventuale garanzia accessoria ad un fondo pensione gestito da gestore finanziario sia di premorienza oppure di invalidità – le imprese di assicurazione con cui il fondo medesimo conclude le convenzioni per la copertura delle garanzie eventuali dovranno essere autorizzate all'esercizio dei rami vita rispettivamente I o III (premorienza) e IV (invalidità). Per l'invalidità, è possibile inoltre ammettere la copertura in via complementare da parte delle imprese di assicurazione autorizzate all'esercizio dei rami vita I o III.

Va infine avvertito che la conclusione di due distinte convenzioni, la prima per la gestione del patrimonio, la seconda per le eventuali prestazioni per invalidità e premorienza, potrebbe comportare dei costi per il fondo pensione (e quindi per i suoi aderenti) particolarmente elevati. Il fondo pensione potrebbe così preferire la stipula di un'unica convenzione con un'impresa di assicurazione di ramo VI che sia legittimata ad inserire nel contratto gestorio altresì l'assunzione dei rischi sottesi all'invalidità e alla premorienza. È ben vero che in tal caso il fondo pensione verserebbe all'impresa di assicurazione delle somme (i contributi degli aderenti) senz'altro superiori rispetto a quelle liquidate in assenza delle garanzie accessorie (L. IANIZZOTTO, *op. loc. ultt. citt.*). È però altrettanto vero che, a fronte di un'unica controparte contrattuale, starebbero forse costi comunque inferiori rispetto a quelli derivanti dalla presenza di due distinte controparti contrattuali. È forse questo il risultato al quale tendeva il legislatore assicurativo, consapevole che il "successo" della previdenza complementare passa anche attraverso il contenimento dei costi che i lavoratori sono disposti a sopportare per garantirsi livelli previdenziali più elevati.

Si è fin qui circoscritto l'esame delle eventuali prestazioni per invalidità e premorienza all'ipotesi del fondo pensione in regime di contribuzione definita. Non vi è tuttavia alcuna ragione per escludere l'assunzione di simili rischi in relazione ad un fondo pensione in regime di prestazione definita, in cui il livello del reddito ovvero quello del trattamento pensionistico obbligatorio determinano la prestazione previdenziale spettante agli aderenti che, tenuti al versamento di contributi verosimilmente più elevati, possono essere solo i lavoratori autonomi e i liberi professionisti (cfr. art. 2, comma 2, lett. b, d. lgs. n. 252/2005).

Per una migliore comprensione della materia, occorre rammentare l'obbligo per il fondo pensione in regime di prestazione definita di convenzionarsi con imprese di assicurazione (cfr. art. 6, comma 5, d. lgs. n. 252/2005). Nonostante il riferimento generico alle imprese di assicurazione, deve ritenersi che le compagnie di assicurazione in questione siano quelle autorizzate all'esercizio del ramo vita I, e presumibilmente anche III, cioè i rami che consentono il pagamento di rendite

vitalizie (quali sono le prestazioni previdenziali) al verificarsi di quel particolare evento legato alla vita umana che è il raggiungimento dell'età pensionabile. Si tratta inoltre di rami che ammettono senza dubbio la diretta copertura del rischio di premorienza, ma altresì, in via complementare, la copertura del rischio di invalidità, secondo l'art. 2, comma 2, cod. ass.

Anche se di difficile rilevanza pratica, non è poi possibile in linea di principio escludere un'ulteriore ed autonoma convenzione con imprese di assicurazione "altre" rispetto a quella con la quale il fondo pensione in regime di prestazione definita ha stipulato la convenzione per l'erogazione delle prestazioni previdenziali.

Sulla scorta delle conclusioni già raggiunte nel precedente paragrafo, per l'eventuale prestazione di invalidità, le convenzioni potrebbero essere concluse con imprese di assicurazione autorizzate all'esercizio dei rami vita I o III e congiuntamente dei rami infortuni o malattia, ovvero all'esercizio del ramo vita IV. Nel differente caso della prestazione per premorienza, le compagnie di assicurazione con le quali poter stipulare l'autonoma convenzione risulterebbero le imprese autorizzate all'esercizio dei rami vita I e III. Si può ritenere, tuttavia, che una convenzione autonoma abbia una scarsa rilevanza pratica: infatti, la conclusione di due distinte convenzioni potrebbe comportare costi aggiuntivi destinati a determinare asimmetrie concorrenziali a vantaggio delle imprese di assicurazione disposte a coprire in via complementare le prestazioni per invalidità e premorienza.

In tutti i casi in cui le prestazioni per invalidità e premorienza si affianchino alla gestione di un fondo pensione in regime di prestazione definita, la disciplina applicabile è esclusivamente quella assicurativa. I rischi assunti nel caso specifico fuoriescono in tal modo dal complesso delle regole gestorie contenute nel testo di legge sulla previdenza complementare.

4. L'assunzione diretta da parte dei fondi pensione degli impegni derivanti dalle prestazioni per invalidità e premorienza.

Rimane da interrogarsi sulla liceità dell'assunzione diretta delle garanzie per premorienza ed invalidità da parte dei fondi pensione.

A tal fine, va ricordata la lecita assunzione di "rischi biometrici" da parte dei fondi pensione, introdotta nella disciplina delle forme pensionistiche complementari a seguito dell'attuazione della direttiva n. 2003/41/CE (cfr. art. 7-bis d. lgs. n. 252/2005, inserito dal d. lgs. n. 28/2007). La normativa interna non provvede a definire i "rischi biometrici". Tuttavia, la segnalata derivazione comunitaria consente di ricavarne il significato dalla direttiva n. 2003/41/CE, secondo la quale sono biometrici i "rischi relativi a morte, invalidità e longevità" (art. 6, lett. h). È possibile in tal modo ammettere la legittima assunzione da parte del fondo pensione di impegni di natura demografica nei confronti dei beneficiari dell'aderente al fondo che muoia prima del raggiungimento dell'età pensionabile.

Rimane ora da soffermarsi sul rischio di invalidità. Si è già segnalato che è un rischio menzionato dalla direttiva n. 2003/41/CE tra i rischi biometrici (accanto al rischio di morte e al rischio di longevità) e che, in mancanza di una norma interna dedicata alle definizioni, occorre intendere il significato delle espressioni utilizzate dal legislatore nazionale nell'accezione comunitaria: è possibile dunque ben dire che il rischio di invalidità rientra nel novero dei rischi che i fondi pensione possono coprire direttamente, secondo l'art. 7-bis d. lgs. n. 252/2005.

In entrambe le ipotesi, i fondi pensione devono dotarsi di mezzi patrimoniali adeguati, determinati secondo i principi definiti con regolamento dal Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Covip, la Banca d'Italia e l'Isvap (art. 7-bis, comma 2, d. lgs. n. 252/2005). Ove non costituissero i richiesti mezzi patrimoniali adeguati, i fondi potrebbero vedersi limitata o vietata da parte della Covip la disponibilità dell'attivo (cfr. il menzionato art. 7-bis, comma 3). Si tratta di previsioni da intendersi preordinate a garantire l'osservanza da parte dei fondi pensione degli impegni assunti nei confronti degli aventi diritto alle prestazioni. In tal modo la recente normativa

sembra essersi allineata alle conclusioni cui era pervenuta la dottrina secondo la quale il legislatore ben avrebbe potuto legittimare anche altri soggetti all'assunzione di rischi assicurativi, purché tali soggetti fossero sottoposti al regime speciale delle imprese di assicurazione (G. FANELLI, *Prestazione di rendita ed assicurazione di rendita: note preliminari per la disciplina della previdenza integrativa*, in *Assicurazioni*, 1987, I, p. 199 ss.).

GIULIANA MARTINA
Ricercatore di Diritto commerciale
presso l'Università Ca' Foscari Venezia

Assicurazione sulla vita a favore di terzo: presupposti, limiti e modalità della designazione *mortis causa* del beneficiario. Il conflitto tra nomina dell'erede e designazione contrattuale.

I. Premessa

L'art. 1920 c.c. - rubricato "*Assicurazione a favore di un terzo*" - dopo aver enunciato in via generale il principio di validità del contratto di assicurazione sulla vita "*a favore di un terzo*", individua le modalità mediante le quali può (*rectius*: deve) essere eseguita tale attribuzione patrimoniale, disponendo che "*la designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata all'assicuratore, o per testamento; essa è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente*" nonché che "*equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona*".

Ai sensi dell'art. 1921 c.c. - rubricato "*Revoca del beneficio*" - inoltre "*la designazione del beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente*".

Dal combinato disposto delle norme menzionate si evince che la designazione *ex contractu* del terzo beneficiario di una polizza vita può essere revocata dal contraente mediante una disposizione testamentaria nella quale sia individuato un nuovo beneficiario, che può coincidere, o meno, con l'erede.

Nella pratica, tuttavia, la designazione del terzo per atto *mortis causa* può dar luogo delicati problemi interpretativi, per lo più legati all'individuazione dell'effettivo beneficiario della polizza.

Emblematica è l'ipotesi in cui sussista una linea di discontinuità tra la designazione dell'erede, eseguita successivamente per testamento, e la designazione del beneficiario, eseguita al momento della stipulazione del contratto. In tali casi, in effetti, potrebbe sostenersi che la semplice nomina ad erede equivalga a designazione, sia pure generica, del beneficiario della polizza, con conseguente revoca della designazione già eseguita dal contraente mediante atto *inter vivos*.

Da un lato, infatti, la designazione testamentaria può operare in revoca di quella contrattuale ed "*è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente*" (cfr artt. 1920 e 1921 c.c.); dall'altro lato, la natura testamentaria della nuova designazione rende spesso necessaria una complessa operazione di interpretazione volta ad individuare l'effettiva volontà del *de cuius*.

Ciò premesso, scopo del presente articolo è di verificare - senza alcuna pretesa di completezza o esaustività - se sussistano dei requisiti di validità/efficacia della designazione per testamento del terzo beneficiario di un contratto di assicurazione e di comprendere quali criteri l'interprete debba seguire per distinguere la designazione dell'erede da quella del beneficiario, ponendo particolare

attenzione ai rapporti tra la più ampia vicenda successoria del *de cuius* e la specifica attribuzione del beneficio eseguita mediante la polizza assicurativa.

A tal fine pare opportuno: in primo luogo, ricostruire in breve la struttura giuridica della figura contrattuale *de quo*; in seconda battuta, analizzarne le singole componenti negoziali; infine, evidenziare i profili di autonomia e/o di dipendenza della designazione del terzo, accertando secondo quali modalità (ed entro quali limiti) la nomina di uno o più eredi possa incidere sulla individuazione del beneficiario della polizza.

II. Brevi cenni sulla disciplina del contratto di assicurazione sulla vita a favore di terzi.

Ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 1882 c.c. e 1919, comma 1°, c.c., l'assicurazione vita a favore di terzi è la fattispecie contrattuale in cui una parte (c.d. assicuratore), dietro corrispettivo di un premio unico o periodico, si obbliga nei confronti della controparte (c.d. contraente) a pagare un capitale o a corrispondere una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita di un soggetto (c.d. assicurato), eseguendo tuttavia la prestazione contrattuale a favore di un terzo designato dal contraente (c.d. beneficiario).

In estrema sintesi:

(a) il **contraente** è il soggetto che, concludendo il contratto con l'assicuratore, ne diviene parte, assumendone le obbligazioni principali ed accessorie (in particolare l'obbligazione di pagare il premio) e divenendo al contempo l'esclusivo titolare di determinati diritti che ne derivano. Il contraente, infatti, è l'unico soggetto legittimato a designare il terzo-beneficiario nonché a revocare il beneficio della polizza ovvero ad esercitare, ove consentito (come nelle assicurazioni per il caso di sopravvenienza), il diritto di riscatto.

(b) l'**assicurato** è il soggetto portatore del rischio tipico della assicurazione sulla vita, vale a dire il soggetto alla cui morte (o alla cui presenza in vita, in caso di assicurazioni per sopravvivenza), diviene effettiva ed esigibile l'obbligazione dell'assicuratore di pagare la somma o la rendita indicata nel contratto.

(c) il **beneficiario** è il soggetto, terzo rispetto al contratto di assicurazione, a favore del quale è stipulata la polizza, vale a dire il soggetto cui spetta il diritto alla prestazione economica dell'assicuratore allorché si verifichi l'evento assicurato.

Come noto, tale modello contrattuale trae la sua configurazione giuridica dallo schema generale del contratto a favore di terzi.

A differenza di tale modello generale di cui agli artt. 1411 e ss. c.c., tuttavia, si noti che: (i) la validità della stipulazione a favore di terzo, nel contratto di assicurazione, prescinde dalla sussistenza di un interesse dello stipulante (così, per tutti, VOLPE PUTZOLU, *Assicurazioni sulla vita, disposizioni a causa di morte e atti di liberalità*, in *Studi in memoria di Gorla*, Milano, 1994, II,

2105); (ii) mentre nel contratto a favore di terzo la dichiarazione dello stipulante di volere profittare dell'attribuzione fa venire meno il potere di revoca dello stipulante, nell'assicurazione sulla vita la revoca del beneficio può essere effettuata anche in seguito alla dichiarazione del beneficiario di volerne profittare, ma alle sole condizioni che l'evento dedotto in rischio non si sia già verificato oppure che il contraente non abbia rinunciato per iscritto al potere di revoca (si vedano in tal senso SCALFI, *Manuale, Manuale delle assicurazioni private*, Milano, 1994, 228; MORA, *Il beneficiario dell'assicurazione sulla vita a favore di terzi*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 1998, 343).

III. Il diritto del beneficiario come diritto “proprio” nei confronti dell'assicuratore.

La designazione di uno o più beneficiari è sempre possibile nel contratto di assicurazione sulla vita, sebbene mai necessaria, nel senso che la stessa può mancare senza che il contratto ne soffra (cfr. VOLPE PUTZOLU, *loc.op. ul. cit.*, 2105).

Tuttavia, ogni qualvolta nell'assicurazione sulla vita sia prevista la designazione di un beneficiario, trovano applicazione l'art. 1920 c.c. e le disposizioni ad essa collegate (sostanzialmente, gli artt. 1921, 1922 e 1923 c.c.).

La designazione del terzo beneficiario, dunque, sottopone il contratto di assicurazione ad un regime peculiare, che ruota attorno alla disposizione di cui all'art. 1920, comma 3, in virtù della quale “*per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio a vantaggio dell'assicurazione*”.

La norma costituisce applicazione del carattere autonomo e non derivato della posizione giuridica del beneficiario, i cui diritti discendono “*recta via dal contratto, senza transitare per il patrimonio dell'assicurato, che resta del tutto estraneo alla situazione attributiva del diritto del terzo*” (così BUGIOLACCHI, in *L'assicurazione sulla vita*, in GUIDO ALPA (a cura di), *Le assicurazioni private*, Tomo III, Torino, 2006, 2567. Il principio dell'autonomia e dell'autosufficienza del diritto del beneficiario, chiaro già nel testo della norma in commento, è pacificamente riconosciuto dalla giurisprudenza pratica - si veda Cass. 5 marzo 2001, n. 3160, in *Foro It.* 2001, 2871, con nota di SANTORO, ove è statuito che “*il diritto del beneficiario alla prestazione dell'assicuratore trova fondamento nel contratto ed è autonomo, cioè non derivato da quello del contraente*”; nello stesso senso, *ex multis*, Cass. 23 marzo 2006, n. 6531, Cass. 05 marzo 2001, n. 3160 e Cass. 14 maggio 1996, n. 4484 - e teorica - si vedano, per tutti, DONATI e VOLPE PUTZOLU, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, Milano, 2006, 196).

La natura autonoma della posizione del beneficiario, per consolidata dottrina e giurisprudenza, ha diversi corollari.

In particolare, il diritto del beneficiario:

(a) non transita per il patrimonio dello stipulante e non entra a far parte della massa ereditaria (cfr. PALAZZO, *op. ult. cit.*, 112; DONATI e VOLPE PUTZOLU, *Manuale*, cit., p. 197; LA TORRE, *Assicurazione sulla vita «a favore degli eredi»*, *Assicurazioni*, II, 94; in giurisprudenza, Cass. 14 maggio 1996, 4484, cit.; App. Milano, 3 gennaio 1989; Cass. 3 dicembre 1988, n. 6548, in *Responsabilità civile e previdenza*, 1989, 951).

Il diritto del beneficiario alla somma assicurata rinviene la sua fonte direttamente nel contratto di assicurazione; di conseguenza, gli eredi del contraente non possono esercitare le azioni di riduzione e collazione sulla prestazione dell'assicuratore - prestazione non proveniente dal patrimonio dell'assicurato, ma soltanto sui premi pagati, qualora ovviamente ne ricorrano i presupposti e risultino fondate. Ciò non deve stupire, se solo si considera che l'attribuzione di somme al terzo beneficiario non ha ad oggetto un *quod superest*: il capitale assicurato non appartiene al patrimonio dello stipulante ma bensì a quello del promettente (assicuratore), che lo trasferisce al beneficiario al momento della morte dell'assicurato, in adempimento del debito sorto per effetto della stipulazione (cfr. PALAZZO, *Istituti alternativi al testamento*, in *Tratt. civ. del Cons. naz. notariato*, Napoli, 2003, 104);

(b) esiste sin dal momento della designazione ed a prescindere dal fatto che il terzo abbia dichiarato di voler profittare del beneficio, dato che tale manifestazione di volontà può comportare soltanto la preclusione del potere da parte del designante;

(c) conferisce al beneficiario, e soltanto a lui, il diritto di agire nei confronti dell'assicuratore, per ottenere, verificatosi l'evento in rischio, la prestazione promessa, vale a dire la somma assicurata.

Al contempo, si noti che il carattere autonomo del diritto acquistato dal terzo beneficiario non comporta che la posizione del terzo sia completamente svincolata dalla sua fonte, vale a dire dal contratto rispetto al quale egli non è parte.

Da ciò deriva:

(a) che il diritto del beneficiario è condizionato dall'esistenza e dalla validità della polizza assicurativa;

(b) che l'assicuratore può opporre al beneficiario tutte le eccezioni e le eventuali clausole limitative previste dal contratto (cfr. Cass. 18 giugno 1998, n. 6062, in *Diritto e assicurazioni*, 2000, 281);

(c) che la tutela del beneficiario nei confronti dell'assicuratore è di carattere contrattuale; pertanto, il terzo beneficiario gode di legittimazione attiva ad agire nei confronti dell'assicuratore per l'adempimento dell'obbligazione di pagamento della somma assicurata (cfr. Cass., 14 maggio

1996, n. 4484, in *Assicurazioni*, 1996, II, 94. Sul punto, si vedano altresì le più recenti Cass. 1 aprile 2003, n. 4917; in *Responsabilità civile e previdenza*, 2003, 1082 che ha attribuito tutela contrattuale, anche in ottica risarcitoria, all'assicurato beneficiario di un'assicurazione infortuni stipulata dal proprio datore di lavoro e Cass. 5 novembre 2002, n. 15502, in *Giurisprudenza Italiana*, 2003, 949 ove è riconosciuta, in ipotesi di polizza con appendice di vincolo, la natura contrattuale dell'azione del terzo creditore, beneficiario del vincolo medesimo, nei confronti dell'assicuratore).

IV. Le modalità di designazione del beneficiario. Designazione generica e designazione testamentaria

La designazione del terzo beneficiario costituisce esercizio di un diritto personalissimo del contraente che, nel compimento di tale atto, non può essere sostituito né dai suoi eredi, né dall'eventuale curatore, né dai suoi creditori in via surrogatoria, né da altri suoi sostituti nell'attività giuridica. Tale designazione ha natura di atto unilaterale non recettizio (secondo l'orientamento dominante ma non pacifico. Per una ricostruzione dettagliata della natura recettizia (o meno) della designazione si vedano, in dottrina PALAZZO, *Istituti alternativi al testamento*, cit., 117 e SCALFI, *Manuale delle Assicurazioni private*, cit., 230; in giurisprudenza, Cass., 25 ottobre 1978, n. 4833, in *Giustizia Civile*, 1979, I, 677 con nota di AMATO), subordinata ad un requisito di forma scritta *ad substantiam*, che può essere adempiuto: (i) all'interno del contratto; (ii) con successiva dichiarazione scritta all'assicuratore; ovvero (iii) per testamento.

Come anticipato, l'art. 1920, comma 2, c.c. dispone che la designazione “è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente” (nella prassi, le forme “generiche” più utilizzate per la designazione del beneficiario sono «ai miei figli», «ai miei eredi», «al coniuge» e formule equivalenti) e che “equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona”.

Nei casi di designazione con atto *mortis causa*, il problema dell'individuazione del beneficiario non si pone ove questi sia individuato nominativamente nel testamento ed in espreso riferimento alla somma assicurata.

La designazione testamentari generica può tuttavia dar luogo a rilevanti dubbi di interpretazione qualora si pretenda (ovviamente da parte degli eredi) che la stessa operi in revoca della precedente designazione, *ab origine* contrattuale e nominativa. Si pensi, a titolo esemplificativo, ad una disposizione mediante la quale il *de cuius* abbia conferito all'erede/i tutti i beni mobili ed immobili di sua proprietà, senza tuttavia fare alcun espreso riferimento né alla somma assicurata né tantomeno alla persona designata a beneficiario della polizza assicurativa stipulata in vita.

V. *Il conflitto tra designazione testamentaria e designazione contrattuale del beneficiario. L'esiguità dei precedenti di merito*

Occorre in altri termini domandarsi se ed entro quali limiti espressioni generiche contenute in un atto *mortis causa* siano idonee a designare il nuovo beneficiario di una polizza vita, revocando la precedente designazione contenuta nell'atto *inter vivos*.

Riflettendo sui criteri di valutazione della designazione testamentaria del beneficiario, si è affermato in dottrina che nelle attribuzioni patrimoniali *mortis causa* può accadere che “*l'espressione linguistica designativa utilizzata dal de cuius non sia, per così dire, «diretta ed inequivoca», bensì a tal punto compenetrata nel contenuto testamentario, da rendere difficile, se non addirittura impossibile astrarre da esso, anche da un punto meramente espressivo, il negozio inter vivos di designazione*” (Cfr. BUGIOLACCHI, *Assicurazione sulla vita e nuova designazione del beneficiario per disposizione testamentaria incompatibile: il rapporto tra forma e natura dell'atto di designazione*, cit, 838) In tale ipotesi si pone “*il problema di comprendere se, in presenza di tali difficoltà ermeneutiche, l'operatore possa individuare l'an e il quomodo dell'atto di designazione (o di revoca) testamentaria attraverso un'interpretazione complessiva del testamento volta a ricostruire la volontà (effettiva) del de cuius, attraverso quella penetrante attività di indagine che ormai la giurisprudenza e la dottrina riconoscono in materia di interpretazione testamentaria*” (BUGIOLACCHI, *op. loc. ul. cit.*).

A sciogliere il dubbio, purtroppo, non è dato evocare il sostegno della elaborazione giurisprudenziale, data la data quasi totale la mancanza di precedenti editi sul punto.

Non costa, in effetti, che la giurisprudenza abbia avuto modo di pronunciarsi su fattispecie simili e ciò è quantomeno singolare, essendo in linea teorica molto frequenti le ipotesi di conflitto tra terzi beneficiari ed eredi del contraente.

L'unico arresto di merito che a quanto risulta potrebbe assumere valore (parziale) di precedente, e che pertanto può richiamarsi in questa sede, è la *querelle* sottoposta alla cognizione del Tribunale di Palermo (Trib. Palermo, 22 gennaio 2003, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2004, 823), nella quale l'attrice domandava al giudice adito l'accertamento della sua qualità di terza beneficiaria della polizza stipulata dal defunto marito, sostenendo che il medesimo *de cuius*, mediante la disposizione testamentaria con cui le attribuiva “*la piena proprietà di tutti i beni mobili, compreso denaro e titoli di qualsiasi tipo*”, l'avesse designata come unica beneficiaria, di fatto revocando la precedente designazione contrattuale (la quale faceva riferimento agli “*eredi legittimi*”).

Si noti, tuttavia, che mentre nel caso di nostro interesse si ipotizza un conflitto tra la nomina contrattuale specifica del beneficiario (eseguita con individuazione soggettiva del te4r) e una revoca

testamentaria generica (eseguita mediante la nomina di erede cui sia associato alcun riferimento né oggettivo né soggettivo alla prestazione assicurativa), nel caso sottoposto alla cognizione del Tribunale di Palermo, la polizza individuava come beneficiari gli “*eredi legittimi*” e che, pertanto, la moglie del *de cuis* rivendicava la titolarità del beneficio in quanto il testamento la riconosceva come unica erede del contraente.

Nella specie mancava, dunque, un vero conflitto tra erede e beneficiario, sussistendo al contrario una palese incompatibilità tra la designazione contrattuale e quella testamentaria che ha senz'altro aiutato l'accertamento in diritto: infatti, la Corte palermitana ha puntualmente (e correttamente, ad opinione di chi scrive) accolto la domanda attorea, statuendo che “*ai sensi dell'art. 1921 c.c., la disposizione testamentaria costituisce una delle modalità con cui il contraente di un contratto di assicurazione sulla vita a favore di terzi può revocare, anche tacitamente, la designazione del beneficiario, allorché la disposizione testamentaria risultando incompatibile con la precedente designazione contrattuale, dia luogo a nuova designazione*” (Trib. Palermo, 22 gennaio 2003, *loc. op. ul cit.*).

VI. L'elaborazione dottrinale. Conclusioni

In mancanza di rilevanti precedenti di merito, non rimane che affidarsi al dato normativo e alla relativa elaborazione teorico-dottrinale.

Quanto al dato normativo, può in primo luogo evidenziarsi che l'art. 1921 primo comma c.c., nel prevedere che “*la designazione del beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente*”, rinvia direttamente alle modalità di nomina del beneficiario *ex* articolo 1920 c.c., ove è disposto che la designazione “*è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente*” e che “*equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona*”.

Orbene, dal combinato disposto delle norme richiamate pare doversi desumere che attribuzione e revoca del beneficio possono essere generiche in relazione solo alla designazione soggettiva del beneficiario ma non all'individuazione oggettiva della somma assicurata.

La successione letterale dei due commi sembra in effetti suggerire all'interprete che il legislatore abbia inteso contrapporre la designazione generica del beneficiario alla individuazione specifica del beneficio, nel senso che l'attribuzione patrimoniale debba essere eseguita mediante un espresso riferimento alla somma assicurata.

In altri e più chiari termini, la valorizzazione del dato letterale induce a ritenere che il beneficio oggettivo (vale a dire l'attribuzione patrimoniale oggettiva della somma assicurata) deve essere attribuito espressamente a favore del beneficiario, anche ove questi sia individuato con formula “*generica*”. A tal riguardo, è stato osservato che “*l'indicazione può anche essere generica*

(ad esempio: il coniuge, il fratello, a sorella) purché sia univoca, ovvero, se per testamento, con la semplice attribuzione della somma assicurata (art. 1920, comma 2)” (FARENGA, *Diritto delle assicurazioni private*, Torino, 2006, 144).

Questa impostazione, da un lato, ha il pregio di valorizzare il dato normativo: l’esigenza di un espresso riferimento alla somma assicurata attribuisce un significato proprio ed autonomo al comma secondo, ultimo capoverso, dell’art. 1920 c.c. - nella parte in cui prevede che equivale a designazione la “attribuzione della somma assicurata” fatta per testamento a favore di una determinata persona - il quale finirebbe altrimenti per risultare meramente iterativo della disposizione precedente.

Dall’altro lato, essa pone in risalto la volontà negoziale del contraente, nella misura in cui evita che ogni indistinta attribuzione patrimoniale contenuta nel testamento a favore dell’erede possa automaticamente operare in revoca della precedente designazione contrattuale.

Ma soprattutto l’interpretazione suggerita dal dato letterale trova conferma in una riflessione di ordine sostanziale: il riferimento è al già citato art. 1920 c.c., comma 3, ove è disposto che “*per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio a vantaggio dell’assicurazione*”.

La norma, prevedendo che il diritto del terzo discende *recta via* dal contratto di assicurazione sulla vita senza transitare per l’asse ereditario, implicitamente esclude che tale diritto rimanga coinvolta nella vicenda successoria relativa al patrimonio del contraente/assicurato a seguito del suo decesso.

Dalla natura autonoma della posizione del beneficiario (chiara già nel testo della norma in commento e pacificamente riconosciuta dalla giurisprudenza di legittimità) la pressoché unanime dottrina desume che “*la prestazione dell’assicuratore viene erogata direttamente al beneficiario, se indicato, senza che entri a far parte della massa ereditaria*” (cfr. FARENGA, *Diritto delle assicurazioni private*, Torino, 2006, 144), essendo pacifico che “*il diritto alla somma assicurata [...] non entra a far parte del patrimonio del contraente né della sua eredità e spetta direttamente al beneficiario*” (cfr. SALANDRA, *Dell’assicurazione*, in *Comm. cod. civ.* a cura di Scialoja e Branca, 1966, 396).

A tal riguardo si è altresì sottolineato che “*la stessa formulazione dell’art. 1920 c.c. indichi chiaramente che il diritto del terzo beneficiario è del tutto svincolato dal patrimonio del contraente e che da ciò risulti confermata anche l’assoluta indipendenza di tale diritto dalla vicenda successoria del contraente: il diritto del beneficiario alla somma assicurata rinvia la sua fonte direttamente nel contratto di assicurazione*” (cfr. BUGIOLACCHI, in *L’assicurazione sulla vita*, cit., 2590. Nello stesso senso, si vedano, tra gli altri, PALAZZO, *Istituti alternativi al testamento*, in *Tratt. civ. del Cons. naz. notariato*, Napoli, 2003, 112; DONATI e VOLPE PUTZOLU, *Manuale di diritto*

delle assicurazioni, Milano, 2006, p. 197; LA TORRE, *Assicurazione sulla vita «a favore degli eredi»*, *Assicurazioni*, II, 1996, 94).

Questa impostazione dottrinale ha trovato l'avvallo della giurisprudenza di legittimità, la quale ha statuito che “*il diritto del beneficiario alla prestazione dell'assicuratore trova fondamento nel contratto ed è autonomo, cioè non derivato da quello del contraente*” (cfr. Cass. 5 marzo 2001, n. 3160, in Foro It. 2001, 2871, con nota di SANTORO; nello stesso senso, *ex multis*, Cass. 23 marzo 2006, n. 6531 e Cass. 14 maggio 1996, n. 4484).

Occorre in'ultima analisi tener ben presente che l'attribuzione di somme al terzo beneficiario non ha ad oggetto un *quod superest*, dato che il capitale assicurato non appartiene al patrimonio dello stipulante ma bensì a quello del promittente (assicuratore), che si è obbligato a trasferirlo al beneficiario alla morte dell'assicurato, in adempimento del debito sorto per effetto e al momento della stipulazione della polizza vita (in questo senso, per tutti, v. PALAZZO, *Istituti alternativi al testamento*, in *Tratt. civ. del Cons. naz. notariato*, Napoli, 2003, 104).

Alla luce di tali considerazioni, la designazione ad erede non ha alcuna incidenza *ex se* sul diritto del beneficiario. Affinché operi in revoca della precedente designazione, il testamento deve dunque attribuire espressamente all'erede il capitale assicurato (o la rendita) oggetto della polizza assicurativa; in caso contrario, il diritto del beneficiario rimane estraneo alla vicenda successoria ed in alcun modo coinvolto dagli atti di disposizione della massa ereditaria.

A ciò può aggiungersi che, secondo unanime dottrina e consolidata giurisprudenza, gli atti di designazione e di revoca per testamento del beneficiario hanno natura di atti *inter vivos*, in quanto la morte dell'assicurato non è l'elemento causale del trasferimento, ma la semplice occasione temporale per l'attuazione degli effetti di un'operazione negoziale già perfetta nei suoi elementi costitutivi (cfr. BUGIOLACCHI, *Assicurazione sulla vita e nuova designazione del beneficiario per disposizione testamentaria incompatibile: il rapporto tra forma e natura dell'atto di designazione*, cit., 834; circa la distinzione tra *negozi mortis causa* e *inter vivos*, si veda, anche per ulteriori riferimenti, COSTANZA, *Negozio mortis causa o post mortem*, in *Giust. civ.* 1991, I, 956).

E' questa un'ulteriore ragione per sostenere che l'acquisto del diritto del terzo beneficiario rimane insensibile alla vicenda successoria del contraente: il testamento, in quanto atto *mortis causa*, non può produrre effetti sul contratto di assicurazione a favore di terzi, atto *inter vivos*, a meno che il nuovo beneficiario, sebbene individuato genericamente (*i.e.* l'erede), sia indicato dal *de cuius* come il destinatario della somma assicurata, con formula univoca e di immediata percezione.

Qualora non si aderisse a tale impostazione, infatti, si dovrebbe per assurdo ammettere che qualsiasi testamento, per il semplice fatto che contenga attribuzioni patrimoniali generiche di somme di denaro o beni immobili, revochi il beneficio espressamente attribuito, con autonomo atto

inter vivos, dal contraente al momento della stipulazione del contratto. Si finirebbe, in altri termini, per porre nel nulla la designazione contrattuale, in quanto di fatto tutti i testamenti contengono atti di disposizione generici aventi ad oggetto somme di denaro e/o beni mobili.

Alla luce di tali considerazioni, riteniamo di dover concludere nel senso che la mera designazione di erede in un testamento non costituisce di per sé nomina del beneficiario, in quanto sebbene possa considerarsi sussistente il requisito della generica designazione, verrebbe a mancare la “*diretta e univoca*” attribuzione patrimoniale a cui la presunta designazione del beneficiario deve necessariamente far riferimento.

Marcello Migliaccio
Dottore in giurisprudenza