

adlett mag
15-11-12
m



CONSIGLIO NAZIONALE DEGLI ATTUARI
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

Roma, 9 novembre 2012

Prot. N° 125/2012

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DPO 0011697 A-4.25.8
del 16/11/2012



Presidenza del Consiglio Dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità
Palazzo Chigi
Piazza Colonna 370
00187 Roma
Dott.ssa Rosalba Veltri

p.c. IVASS
Via del Quirinale, 21
00187 Roma

p.c. COVIP
Via in Arcione, 71
00187 ROMA

Oggetto: parità di trattamento fra uomini e donne nell'accesso ai beni e servizi e loro fornitura.

Ringraziamo per la comunicazione inviata relativa alla Direttiva Gender. La professione attuariale ha già esaminato da tempo il problema ed emanato due documenti che contengono anche le linee guida attuariali relativi rispettivamente alle "assicurazioni vita e alla previdenza complementare" e alle "assicurazioni danni" che vi alleghiamo e che sono anche disponibili sul sito dell'Ordine degli Attuari www.ordineattuari.it

In tali documenti peraltro sono stati sollevati diversi problemi interpretativi che hanno un importante risvolto operativo e che sono tuttora irrisolti e, nella parte delle linee guida, sono state invece indicate le soluzioni tecnico-attuariali da adottare sul fronte dei premi/contributi e delle riserve.

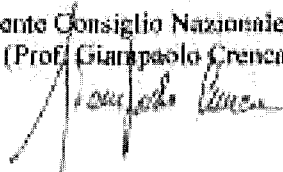
I due documenti sono stati trasmessi al Presidente della Repubblica, al Presidente del Consiglio e ad altre Autorità governative e pubbliche evidenziando la necessità di un intervento chiarificatore sui problemi sollevati al fine di dare certezza operativa ai rispettivi mercati di riferimento, nel caso in specie assicurativo e previdenziale.

CONSIGLIO NAZIONALE DEGLI ATTUARI

La professione attuariale è comunque lieta di collaborare con codesto Dipartimento ed è pronta ad organizzare un incontro per illustrare i contenuti dei documenti allegati che, a suo tempo, sono stati anche già trasmessi all'ISVAP (ora IVASS) e alla Covip cui per conoscenza la presente è anche indirizzata.

Con i più distinti saluti

Presidente Consiglio Nazionale Attuari
(Prof. Giampaolo Cremonesi)



Allegati, n. 2

- Gender Directive: considerazioni e linee guida attuariali sull'assicurazione vita e sulla previdenza complementare.
- Gender Directive: considerazioni e linee guida attuariali sull'assicurazione Danni

ORDINE DEGLI ATTUARI

COMMISSIONE

ASSICURAZIONI DANNI

GENDER DIRECTIVE: CONSIDERAZIONI

E LINEE GUIDA ATTUARIALI

SULL'ASSICURAZIONE DANNI

1. Premessa

Obiettivo del presente documento è individuare gli impatti della direttiva 2004/113/CE ("gender directive") nel settore delle ASSICURAZIONI DANNI, nonché sull'attività degli attuari impegnati in tale contesto.

La prima parte del documento è dedicata alle questioni normative e interpretative, mentre la seconda parte è dedicata alle linee guida che gli attuari danni devono seguire quando operano nei settori interessati.

2. Contesto normativo

La direttiva 2004/113/CE attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura; in particolare, l'art. 5, comma 1, dispone che gli Stati membri "provvedono affinché al più tardi in tutti i nuovi contratti stipulati dopo il 21 dicembre 2007, il fatto di tenere conto del sesso quale fattore di calcolo dei premi e delle prestazioni a fini assicurativi e di altri servizi finanziari non determini differenze nei premi e nelle prestazioni" (nel prosieguo "regola unisex").

Il comma 2 dello stesso art. 5 tuttavia consente "agli Stati membri di decidere anteriormente al 21 dicembre 2007 di consentire differenze proporzionate nei premi e nelle prestazioni individuali ove il fattore sesso sia determinante nella valutazione dei rischi, in base a pertinenti e accurati dati attuariali e statistici."

Il Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 196, che attua la "gender directive", prevede appunto tale possibilità di deroga, che sinora è stata ampiamente utilizzata dalle Compagnie nei

rami danni, previa apposita certificazione, in base a disposizioni dell'ISVAP, dell'Attuario incaricato per il ramo RCA e di un attuario iscritto all'Albo per gli altri rami danni.

La sentenza della Corte di Giustizia Europea del 1° marzo 2011 (meglio nota come sentenza "TEST ACHAT5" dal nome dell'associazione di consumatori belga che ha promosso la causa) ha reso invalido il citato comma 2 dell'art. 5 a far data dal 21 dicembre 2012. La Corte di Giustizia ha infatti ritenuto che mantenere senza limiti di tempo la deroga è contrario alla realizzazione dell'obiettivo della parità di trattamento tra donne e uomini nel calcolo dei premi assicurativi e delle prestazioni ed è pertanto incompatibile con gli articoli 21 e 23 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Infine, la Commissione Europea ha impartito le *LINEE DIRETTRICI PER L'APPLICAZIONE DELLA DIRETTIVA 2004/113/CE SULLA BASE DELLA SENTENZA DELLA CORTE DI GIUSTIZIA DELL'UNIONE EUROPEA NELLA CAUSA C-236/09 (TEST-ACHATS)*.

Tale documento che intende facilitare, a livello nazionale, l'adeguamento alla sentenza Test-Achats non pregiudica in alcun modo l'eventuale interpretazione che la Corte di Giustizia possa dare in futuro (par. 1, comma 4).

Inoltre nel par. 3 (Monitoraggio delle linee direttrici) è precisato che "Al fine di garantire l'applicazione della regola unisex da parte degli assicuratori, come stabilito nella sentenza Test-Achats, gli Stati membri devono trarre le conseguenze di tale giurisprudenza e adattare la loro normativa entro il 21 dicembre 2012. La Commissione monitorerà la situazione, garantendo che, dopo tale data, la legislazione nazionale nel settore delle assicurazioni rispetti pienamente la sentenza sulla base dei criteri definiti nel presente documento".

3. Ambito di applicazione

Con riguardo alle assicurazioni danni, l'ambito di applicazione non dovrebbe presentare all'atto pratico particolari dubbi interpretativi: la regola unisex va applicata in tutti i casi in cui l'accordo tra le parti è concluso dopo il 21 dicembre 2012, e cioè:

- I contratti nuovi stipulati (cioè sottoscritti da ambo le parti) dopo il 21 dicembre 2012, anche se derivanti da offerte e/o preventivi antecedenti tale data;
- le sostituzioni (che in quanto tali necessitano di una nuova sottoscrizione) effettuate in data successiva al 21 dicembre 2012, di contratti stipulati in data antecedente.

Al contrario, l'obbligo non sussiste:

- Per i rinnovi di contratti in cui è prevista la clausola di "tacito rinnovo", anche nel caso in cui il premio del contratto rinnovato dovesse essere diverso da quello del contratto scaduto, o in base alla variazione di parametri tariffari predeterminati (es. età, classe di

- Bonus/Malus ecc.), o per effetto di variazioni tariffarie per le quali non è richiesto il consenso dell'assicurato;
- nel caso di trasferimenti di portafoglio da un assicuratore a un altro che non modifichi le condizioni contrattuali preesistenti.

Un'ulteriore deroga alla nuova disciplina potrebbe essere rappresentata dalle polizze collettive stipulate da un datore di lavoro in adempimento ad una previsione derivante sia un contratto o accordo collettivo di lavoro a prescindere dalla data di stipulazione; nei rami danni, peraltro, si rileva comunque che il premio (*pro-capite* o cumulativo) per queste tipologie di polizze viene già oggi normalmente determinato a partire dai dati sulla sinistrosità effettiva della collettività da assicurare, a prescindere dal sesso dei singoli assicurati.

4. Aspetti tecnici, operativi e applicativi

Anche al fine di inquadrare correttamente le problematiche tecniche che discendono dalla normativa, preliminarmente è il caso di ricordare che il presupposto della sentenza "TEST ACHATS" risiede nell'uguaglianza "biologica" del sesso, e che quindi le differenze di rischio associate al sesso (che pur sono evidenti) non dipendono dal sesso, ma da fattori legati ad aspetti "comportamentali" (tipo di attività, utilizzo del tempo libero, abitudini alimentari ecc.) diversi tra uomini e donne, che sono la vera causa delle differenze statisticamente riscontrate nelle curve di rischio. L'obiettivo del mercato assicurativo, ed in particolare di chi presiede l'attività di tariffazione, deve quindi essere quello di sostituire il sesso con quelli che sono i "veri" fattori di differenziazione del rischio; il compito non si presenta per niente semplice, tenuto conto delle difficoltà derivanti da un lato dall'individuazione di tali fattori di rischio (sicuramente molto numerosi e fra loro non privi di correlazione), dall'altro dai problemi legati all'accertabilità dei fattori stessi (in tal senso l'utilizzo del sesso risultava sicuramente essere più agevole in quanto facilmente verificabile e statisticabile). La previsione è che comunque sarà necessario molto tempo prima che il mercato possa attrezzarsi adeguatamente in tal senso.

L'articolo 5, paragrafo 1, della direttiva vieta qualunque risultato che dia luogo a differenze nei premi e nelle prestazioni individuali in ragione dell'impiego del genere come fattore del loro calcolo, mentre non ne vieta l'uso come fattore di valutazione del rischio in generale, ad esempio:

- per gli accantonamenti o la fissazione interna dei prezzi gli assicuratori potranno continuare a raccogliere e usare informazioni sullo status di genere ai fini della valutazione interna del rischio, specialmente per il calcolo delle riserve tecniche (si pensi per esempio alla riserva per rischi in corso) e per monitorare il loro mix di portafoglio ai fini della determinazione delle tariffe in termini aggregati;

- per la fissazione dei prezzi di assicurazione. I contratti di assicurazione sono stipulati tra una compagnia di assicurazioni e un assicuratore, quindi rimane possibile usare il genere nella determinazione dei prezzi di tali prodotti, purché ciò non comporti differenziazioni basate sul genere a livello individuale degli assicurati.

Per quanto riguarda le problematiche legate alla tariffazione, va premesso che il fattore sesso è attualmente utilizzato in larga misura nel ramo RCA (quasi sempre nel settore autoveicoli, più raramente per i motoveicoli), e per alcune tariffe dei rami Infortuni e Malattia. Non risulta l'esistenza di tariffe differenziate in base al sesso negli altri rami danni, ma potrebbero esserci dei casi. Il primo problema da affrontare è se e in che misura l'applicazione di una tariffa unisex potrà comportare delle variazioni nel grado di sinistrosità del portafoglio (cioè nel valore del "premio puro medio") rispetto a quanto sarebbe accaduto continuando ad applicare una tariffa differenziata.

Nel caso di assicurazione obbligatoria (RCA) ciò non dovrebbe accadere (non appare infatti ragionevole ipotizzare che la propensione ad acquistare un'autovettura possa essere influenzata da una differenza dei costi di gestione della stessa, in più e in meno secondo i casi, di qualche decina di euro all'anno).

Il grado di appetibilità di una copertura facoltativa, e quindi la composizione del portafoglio in base al sesso dell'assicurato, potrebbe invece modificarsi a seguito della proposta di un prezzo unisex che, inevitabilmente, risulterà essere intermedio tra quelli oggi previsti per gli assicurati maschi e femmine, con un vantaggio per il profilo di rischio più elevato ed un maggior costo per quello meno rischioso. Ciò comporterebbe inevitabilmente un aumento del premio puro medio di portafoglio, poiché nel portafoglio stesso i profili di rischio più elevato in base al sesso sarebbero presenti in maggior percentuale rispetto a quanto oggi accade, grazie a condizioni di premio diventate più favorevoli (e il contrario accadrebbe per gli assicurati meno rischiosi).

Per i motivi anzidetti, nel ramo RCA, fermo restando il premio puro medio, per garantire l'equilibrio tecnico preesistente sarà sufficiente mantenere inalterato il premio mediamente corrisposto dal complesso degli assicurati maschi e femmine. Quindi, nel caso in cui il sesso sia stato finora utilizzato come variabile a sé stante (quindi non in abbinamento con altre variabili), occorrerà innanzitutto ricalcolare il coefficiente medio della variabile sesso non più utilizzabile (come media dei coefficienti preesistenti per maschi e femmine, pesata con le rispettive distribuzioni di portafoglio, o con la distribuzione attesa per i contratti di nuova produzione e le sostituzioni, qualora si intenda applicare la tariffa unisex solo a questi ultimi). L'effetto sul premio medio non più riproducibile dalla variabile sesso dovrà quindi essere "trasferito" sul premio di riferimento, moltiplicando quest'ultimo per il coefficiente medio precedentemente calcolato.

Invece, nel caso in cui il sesso sia utilizzato in abbinamento con altre variabili tariffarie (normalmente accade con l'età), va valutata caso per caso l'opportunità di garantire l'equilibrio tecnico a livello complessivo (uomini e donne), oppure con riferimento alle singole determinazioni

delle variabili ancora utilizzabili (p. es. uomini e donne suddivisi per fasce di età); la scelta va fatta coerentemente con la volontà o meno di recuperare (almeno in parte) il livello di personalizzazione tariffaria complessivo "perduto" a causa dell'impossibilità dell'utilizzo del sesso, riducendo il grado di mutualità generato dalle altre variabili abbinata (normalmente, per esempio, i coefficienti della variabile età garantiscono un'ampia mutualità a favore del più giovane).

Nel ramo diversi da RCA, per i quali non sussiste l'obbligatorietà dell'assicurazione, invece, va valutata caso per caso la necessità di introdurre un margine di prudenza aggiuntivo, attraverso adeguate ipotesi sul nuovo mix di portafoglio, che potrebbe risultare diverso da quello preesistente.

Per quanto riguarda la relazione, redatta da un Attuario iscritto all'Albo (dall'Attuario Incaricato RCA nel caso si tratti della tariffa RCA), sulla tariffa richiesta dal Regolamento ISVAP n. 30 del 12 maggio 2009, recante la "DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA DEI DATI IN MATERIA DI PARITÀ DI TRATTAMENTO TRA UOMINI E DONNE NELL'ACCESSO AI SERVIZI ASSICURATIVI", questa continua a dover essere sottoscritta solo nel caso in cui la tariffa in oggetto preveda l'utilizzo del sesso per i contratti per cui ciò è ancora possibile (vedi paragrafo 3.), dandone adeguata evidenza.

Sia per il ramo RCA che per le assicurazioni non obbligatorie, si sottolinea l'importanza di un monitoraggio attento e frequente della composizione del portafoglio, per poterne cogliere tempestivamente un'eventuale variazione del mix; una diversa distribuzione degli assicurati in base al sesso, rispetto a quella inizialmente ipotizzata, a seguito della crescita di fenomeni di antiselezione del rischio, può infatti generare un'insufficienza tariffaria a fronte della quale è necessario intervenire nei tempi più brevi possibili.

Nell'attesa (presumibilmente lunga) della disponibilità di dati che consentano una tariffazione con i "veri" fattori di rischio come precedentemente illustrato, appare chiaro che almeno nel breve periodo la nuova normativa imporrà di fatto una mutualità aggiuntiva per ogni portafoglio per cui il sesso dell'assicurato sia un fattore di differenziazione del rischio.

Si ricorda che la sentenza non esclude che si possa continuare a tener conto del diverso livello di rischio "indirettamente" correlato al sesso (abbiamo visto infatti che il presupposto della sentenza è che non vi siano fattori "diretti"), attraverso l'utilizzo di altre variabili, anche correlate al sesso, sempre che le stesse costituiscano a loro volta un fattore significativo di rischio: per fare un esempio, il sesso del proprietario di un'autovettura è correlato con la cilindrata, che si può continuare a utilizzare come variabile di personalizzazione, ma anche con il suo peso e la sua statura, che invece non potranno essere utilizzate a questo scopo. Analogamente, nel ramo malattia, non potranno essere previsti premi aggiuntivi per la copertura di patologie solo maschili o solo femminili (si ricorda comunque che gravidanza e puerperio sono già oggi esclusi dalla deroga di cui all'art. 5, par. 2 della Direttiva).

Quindi, per recuperare il grado di "personalizzazione" tariffaria "perduto" a causa della nuova normativa, il suggerimento è di ricercare tutti i fattori "diretti" di differenziazione del

rischio, anche in combinazione tra loro. A questo scopo può essere utile la rilevazione, anche unicamente a titolo statistico-sperimentale, di informazioni aggiuntive rispetto a quelle che normalmente oggi si raccolgono a fini di tariffazione, che potrebbero per quanto detto essere sfruttate in un prossimo futuro se venisse ragionevolmente accertata la loro significatività. È chiaro peraltro che, all'atto pratico, non è sufficiente che la tariffa sia determinata in base a corretti principi attuariali e sulla base di variabili effettivamente correlate al rischio, ma occorre anche la garanzia di poter individuare in modo certo, per ciascun rischio assicurato, le determinazioni di tali variabili. Sotto l'aspetto operativo, quindi, difficilmente le sole dichiarazioni dell'assicurato potranno costituire un parametro di tariffazione, se non supportate da adeguati elementi probatori.

Si suggerisce quindi di tener conto di questi aspetti già nella fase di individuazione del panel di informazioni da raccogliere, in modo da poter concretamente utilizzare in futuro le informazioni stesse a fini tariffari.

5. Avvertenza

Il presente documento rappresenta una prima presa di posizione della professione attuariale sulla base della situazione normativa di riferimento riportata nel par. 2. In relazione alle possibili modifiche di "recepimento" degli effetti della sentenza della Corte di Giustizia nella normativa italiana (primaria e/o regolamentare) si provvederà a riesaminare la situazione e a formulare nuovi orientamenti.

Roma, 19 ottobre 2012

ORDINE DEGLI ATTUARI

COMMISSIONI ASSICURAZIONI

VITA E PENSIONI

GENDER DIRECTIVE; CONSIDERAZIONI E LINEE

GUIDA ATTUARIALI SULL'ASSICURAZIONE

VITA E SULLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

1. Premessa

Obiettivo del presente documento è individuare gli impatti della direttiva 2004/113/CE nel settore delle ASSICURAZIONI, con particolare riferimento al Regolamento ISVAP n° 21/2008, nonché gli impatti della stessa direttiva nel settore della PREVIDENZA COMPLEMENTARE, sui contratti/convenzioni e sulle attività dell'attuario in relazione alla vigente normativa.

La prima parte del documento è dedicata alle questioni interpretative e ai dubbi emersi che vengono evidenziati al fine di dare un contributo costruttivo alle autorità competenti per la loro rapida risoluzione; la seconda parte è invece dedicata alle linee guida che gli attuari devono seguire quando operano nei settori interessati.

2. Contesto normativo

Il contesto normativo è il seguente:

➤ Normativa comunitaria

- DIRETTIVA 2004/113/CE NEL SETTORE DELLE ASSICURAZIONI;
- LINEE DIRETTRICI PER L'APPLICAZIONE DELLA DIRETTIVA 2004/113/CE SULLA BASE DELLA SENTENZA DELLA CORTE DI GIUSTIZIA DELL'UNIONE EUROPEA NELLA CAUSA C-236/09 (TEST-ACHATS).

Tale documento che intende facilitare, a livello nazionale, l'adeguamento alla sentenza Test-Achats non pregiudica in alcun modo l'eventuale interpretazione che la Corte di Giustizia possa dare in futuro (par. 1, comma 4).

Inoltre nel par. 3 (Monitoraggio delle linee direttive) è precisato che "Al fine di garantire l'applicazione della regola unisex da parte degli assicuratori, come stabilito nella sentenza Test-Achats, gli Stati membri devono trarre le conseguenze di tale giurisprudenza e adattare la loro normativa entro il 21 dicembre 2012. La Commissione monitorerà la situazione, garantendo che, dopo tale data, la legislazione nazionale nel settore delle assicurazioni rispetti pienamente la sentenza sulla base dei criteri definiti nel presente documento";

- DIRETTIVA 2006/54/CE in tema di pari opportunità in materia di occupazione e impiego, recepita tramite il d.lgs. n.5/2010 che ha introdotto l'art. 30-bis d.lgs. 198/2006 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna).

> Normativa Italiana

- **REGOLAMENTO ISVAP N. 30/2009 IN MATERIA DI PARITÀ DI TRATTAMENTO TRA UOMINI E DONNE NELL'ACCESSO AI SERVIZI ASSICURATIVI;**
- **PROVVEDIMENTO ISVAP N. 2723/2009 CHE MODIFICA IL REGOLAMENTO N. 30/2009;**
- **DELIBERAZIONE COVIP del 21 settembre 2011 emanata anche in attuazione del Decreto Legislativo n. 198 dell'11 aprile 2006 (con particolare riferimento all'articolo 30-bis).**

3. La norma di riferimento

L'articolo 5 della direttiva 2004/113/CE (nel prosieguo «la direttiva») attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne e disciplina l'uso di fattori attuariali diversi a seconda del sesso per la fornitura di servizi assicurativi e di altri servizi finanziari connessi.

L'articolo 5, paragrafo 1, prevede che, per i nuovi contratti stipulati dopo il 21 dicembre 2007, il fatto di tenere conto del sesso quale fattore di calcolo dei premi e delle prestazioni non deve determinare differenze nei premi e nelle prestazioni individuali (nel prosieguo «regola unisex»).

In deroga a tale principio l'articolo 5, paragrafo 2, consente agli Stati membri di mantenere differenze proporzionate nei premi e nelle prestazioni individuali ove il fattore sesso sia determinante nella valutazione del rischio, in base a pertinenti ed accurati dati attuariali e statistici.

L'art. 9 della direttiva 2006/54/CE (nel prosieguo «la direttiva parità di trattamento nell'occupazione e impiego») ha imposto la parità di trattamento tra uomini e donne nei regimi professionali di sicurezza sociale. In particolare tale parità di trattamento riveste tutti i profili dei trattamenti pensionistici: condizioni di accesso, obbligo di versamento del contributo, calcolo del

contributo, accesso e calcolo delle prestazioni, durata del mantenimento del diritto delle stesse. In deroga a tale principio di parità di trattamento, la direttiva in esame ha previsto nelle forme a contribuzione definita la possibilità di fissare livelli di prestazioni differenti laddove sia necessario per tener conto di elementi di calcolo attuariale differenti e nelle forme a prestazione definita, finanziate tramite la capitalizzazione, la possibilità di variare alcuni elementi qualora la differenza sia attribuibile all'utilizzo di fattori attuariali che variano a seconda del sesso al momento dell'attuazione del finanziamento del regime.

4. La sentenza della Corte di Giustizia

Con sentenza del 1° marzo 2011 (in prosieguo «la sentenza Test-Achats») la Corte di Giustizia dell'Unione europea (in prosieguo «la Corte di Giustizia») ha dichiarato invalido, con effetto dal 21 dicembre 2012, l'articolo 5, paragrafo 2, della direttiva.

La Corte di Giustizia ha ritenuto che mantenere senza limiti di tempo la deroga è contrario alla realizzazione dell'obiettivo della parità di trattamento tra donne e uomini nel calcolo dei premi assicurativi e delle prestazioni ed è pertanto incompatibile con gli articoli 21 e 23 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Dal 21 dicembre 2012 la regola *unisex* deve pertanto applicarsi senza alcuna possibile eccezione rispetto al calcolo dei premi e delle prestazioni individuali nei nuovi contratti e cioè quando:

- è concluso un accordo contrattuale che necessita del consenso di tutte le parti, compresa l'eventuale modifica di un contratto esistente;
- l'ultima espressione del consenso di una delle parti, che sia necessaria per la conclusione di tale contratto, intervenga a partire dalla suddetta data.

Pertanto si considerano nuovi, quindi con l'obbligo di conformità alla regola *unisex*, i seguenti accordi contrattuali:

- i contratti conclusi o modificati dal 21 dicembre 2012 e le offerte formulate prima di tale data ma accettate dalla impresa di assicurazioni successivamente;
- gli accordi tra le parti, stipulati dal 21 dicembre 2012, con il fine di differire la scadenza dei contratti conclusi prima di tale data e che sarebbero altrimenti giunti a termine.

4.1. Questioni interpretative

Nel nostro Paese l'applicazione della direttiva parità di trattamento nelle assicurazioni e la successiva sentenza Test-Achats ha determinato una serie di dubbi interpretativi.

Se tali aspetti l'Ordine degli Attuari auspica che le autorità competenti intervengano a dirimerli al più presto in modo da consentire di avere sul tema uno scenario normativo e regolamentare definito e chiaro. In merito si esprimono comunque alcune considerazioni, prima di carattere generale e poi specifiche, che si si augura possano fornire un utile contributo costruttivo alla risoluzione di tali problematiche.

In linea generale si ritiene che, per capire se il generico caso in esame rientra e meno nell'applicazione delle nuove regole, si possa far riferimento alla data di stipulazione del contratto/convenzione o di modifica del contratto/convenzione rispetto alla data del 21 dicembre 2012.

Una possibile deroga alla nuova disciplina potrebbe essere rappresentata dalle polizze collettive stipulate da un datore di lavoro in adempimento ad un previsione derivante da un contratto o accordo collettivo di lavoro a prescindere dalla data di stipulazione. Invece si ritiene che l'applicazione della nuova regola non sia obbligatoria nei casi di contratti che prevedano il tacito rinnovo e di contratti preesistenti, purchè non modificati dopo il 21/12/2012.

Fatta salva la possibile deroga di cui sopra, si ritiene che la classificazione del contratto in individuale o collettivo non rappresenti di per se un fattore determinante nella valutazione del generico caso ai fini dell'applicazione della nuova regola. Tale classificazione infatti non risolve in via definitiva l'interpretazione della norma, in particolare quando il contratto collettivo rappresenti una mera convenzione tra Fondo e Compagnia e il rapporto, all'interno della Convenzione, si instaura tra l'assicurato/iscritto e la Compagnia a livello individuale.

Sempre fatta salva la possibile deroga di cui sopra, per i contratti/convenzioni collettive già in essere alla data del 21 dicembre 2012, si pone il problema di mantenere o meno per i nuovi iscritti le vecchie regole, ovvero applicare il principio generale del vecchio contratto stipulato prima del 21 dicembre 2012, quindi mantenimento della differenziazione per sesso, o applicare le nuove regole quindi passaggio alla tariffa unisex. Se si guarda al profilo gestionale la prima soluzione è preferibile, sotto il profilo formale-giuridico sembrerebbe più allineata la seconda soluzione.

In via specifica, ferme restando le considerazioni espresse in precedenza in via generale, allo stato attuale la normativa unisex non sembrerebbe applicarsi in maniera univoca alle varie forme di previdenza complementare.

Nell'ambito della previdenza complementare rappresentiamo di seguito le differenti casistiche con le relative interpretazioni:

A. Fondi Pensione che erogano direttamente le rendite (preesistenti, interni alle aziende, eventualmente i Fondi Pensione Negoziati che dovessero fare questa scelta)

possibilità di differenziare in virtù della Deliberazione Covip.

B. Rendite erogate da Compagnie per Fondi Pensione Negoziati in virtù di una Convenzione stipulata con il Fondo

Interpretazione non univoca:

- possibilità di differenziare visto che per definizione il Fondo Pensione Negoziato nasce da accordi e/o contratti collettivi di lavoro, in accordo con la linea interpretativa in precedenza indicata;
- impossibilità a differenziare in quanto l'adesione ai Fondi Pensione Negoziati, pur regolata da accordi collettivi di lavoro, si esplica tramite adesione volontaria al Fondo e quindi successivamente tramite un rapporto assicurativo individuale tra l'assicurato e la Compagnia all'interno della convenzione. Ciò annullerebbe peraltro la "forza" del vincolo iniziale, ovvero l'esistenza di un CCNL che "obbligerebbe" all'istituzione del Fondo Pensione.

C. PIE

- impossibilità di differenziare perché prevale comunque la logica assicurativa con obbligo di adeguarsi alla disciplina unisex

D. Fondi Pensione Aperti Istituiti da Compagnie di Assicurazioni

ADESIONE INDIVIDUALE :

- impossibilità di differenziare perché prevale comunque la logica assicurativa con obbligo di adeguarsi alla disciplina unisex

ADESIONE COLLETTIVA in virtù di accordi/contratti di lavoro:

Interpretazione non univoca

- possibilità di differenziare visto che l'adesione nasce da accordi e/o contratti collettivi di lavoro, in accordo con la linea interpretativa in precedenza indicata;

- Impossibilità di differenziare in quanto l'adesione, pur regolata da accordi collettivi di lavoro, è comunque su base volontaria. Ciò annullerebbe peraltro la "forza" del vincolo iniziale, ovvero l'esistenza di un CCNL che "obbligerebbe" all'istituzione del Fondo Pensione.

Per completezza informativa, sia nei FIP che nei Fondi Pensione Aperti, è stato anche sollevato il dubbio, a prescindere da quanto in precedenza riportato, che si possa ammettere la differenziazione per sesso; ciò in quanto, similmente ad esempio ai Fondi Pensione Preesistenti che erogano direttamente le rendite e tenendo conto di quanto in merito indicato dalla Covip, si prefigurerebbe anche in questo caso una "gestione diretta" da parte della Compagnia. Di fatto, infatti, non esiste una convenzione essendo la stessa Compagnia che ha istituito il Fondo aperto ad erogare le rendite.

E. Fondi Pensione Aperti non Istituiti da Compagnie di Assicurazioni

Interpretazione non univoca

- per gli iscritti che aderiscono in forma collettiva in previsione di accordi e/o contratti di lavoro:
 - possibilità di differenziare visto che l'adesione nasce da accordi e/o contratti collettivi di lavoro, in accordo con la linea interpretativa in precedenza indicata;
 - impossibilità di differenziare in quanto l'adesione, pur regolata da accordi collettivi di lavoro, è comunque su base volontaria. Ciò annullerebbe peraltro la "forza" del vincolo iniziale, ovvero l'esistenza di un CCNL che "obbligerebbe" all'istituzione del Fondo Pensione;
- per gli iscritti che aderiscono su base individuale in assenza di accordi e/o contratti di lavoro;
- applicazione della Direttiva UE sulle assicurazioni, quindi obbligo di tariffe unisex.

È importante osservare come la mancanza di una interpretazione univoca potrebbe implicare modalità applicative diverse nell'ambito della previdenza complementare, eventualità che si ritiene necessario evitare essendo preferibile una uniformità di approccio nello stesso settore. La situazione normativa richiede quindi degli approfondimenti anche al fine di evitare conseguenze potenzialmente negative per i beneficiari ultimi delle prestazioni e per il sistema nel suo complesso.

La coesistenza di forme pensionistiche sottostanti a diverse discipline, tra l'altro, potrebbe comportare effetti controversi di "selezione avversa" per le stesse opzioni esercitate dagli iscritti, dettate più dall'appartenenza ad un determinato sesso che da scelte razionali e consapevoli basate sull'affidabilità del soggetto erogatore della rendita o dalle migliori condizioni da questi praticate in termini di costi o di garanzie demografiche e finanziarie.

5. Considerazioni preliminari di carattere tecnico sulla previdenza complementare

Le forme pensionistiche hanno sin qui potuto definire prestazioni pensionistiche complementari diversificate per sesso in funzione dei dati statistici storici che mettono in evidenza una diversa rischiosità per gli uomini e per le donne connessa al verificarsi di determinati eventi e quindi un'incidenza significativa del fattore sesso (senz'altro ad oggi quello, insieme all'età, di cui si dispone di maggiori dati statistici) nella quantificazione del rischio. In funzione di tale diversa valutazione del rischio sono stati quindi cercati gli equilibri finanziari delle gestioni pensionistiche, siano essi di tipo a capitalizzazione individuale o a capitalizzazione collettiva.

Ciò assunto non è da escludere che in un'ottica di perseguimento del principio di parità di trattamento tra uomini e donne non si possa addiventare a prestazioni indistinte (o medie), ridefinendo ovviamente gli equilibri finanziari sottostanti, nella consapevolezza che in tal modo si introduce implicitamente una solidarietà assicurativa di genere.

Ovviamente l'eliminazione del fattore sesso quale fattore discriminante sarebbe più semplice nei fondi pensione gestiti con un sistema a capitalizzazione collettiva, dove è già esistente un sistema di solidarietà; ciò consentirebbe di porre a carico dei diversi partecipanti al Fondo l'eventuale squilibrio derivante dall'utilizzo ad origine di una base tecnica media (maschi-femmine) nella quantificazione del rischio, in presenza poi di una collettività di iscritti non equamente distribuita rispetto al rischio stesso; diversamente, qualora fosse adottata nella valutazione della prestazione una base tecnica più prudentiale rispetto al rischio, si assisterebbe ad una riduzione della prestazione.

Entrambe le situazioni potrebbero avere un effetto sulla "partecipazione" alla forma pensionistica a cui, si ricorda, si aderisce volontariamente.

Nel caso in cui il sistema finanziario di gestione adottato dalla forma pensionistica sia a capitalizzazione individuale, data la non obbligatorietà di adesione e l'assenza di meccanismi di solidarietà:

- l'adozione di una base tecnica media (maschi-femmine) ad origine renderebbe necessaria la costituzione di una camera di compensazione dei rischi tra fondi pensione, del quale andrebbero definite le modalità di finanziamento;
- l'adozione di una base tecnica media, se imposta, renderebbe poco appetibile l'adesione alla previdenza di secondo pilastro, a meno che non vengano introdotti elementi

obblighi di riequilibrio che agiscano sul livello della prestazione (esempio: reversibilità della rendita).

In definitiva si ritiene che, data l'attuale volontarietà di partecipazione alla previdenza complementare, l'eliminazione del fattore sesso come discriminante nella valutazione dei rischi sulla base dei quali sono definite le prestazioni renderebbe necessaria la gestione degli squilibri finanziari che andrebbero a generarsi e presumibilmente determinerebbe una riduzione del livello della prestazione, con ulteriore rallentamento della crescita del settore.

6. Ammissibilità di pratiche legate al genere

L'articolo 5, paragrafo 1, della direttiva vieta qualunque risultato che dia luogo a differenze nei premi e nelle prestazioni individuali in ragione dell'impiego del genere come fattore del loro calcolo, mentre non ne vieta l'uso come fattore di valutazione del rischio in generale, ad esempio:

- per gli accantonamenti e la fissazione interna dei prezzi gli assicuratori potranno continuare a raccogliere e usare informazioni sullo status di genere ai fini della valutazione interna dei rischi, specialmente per il calcolo delle riserve tecniche in conformità alle norme in materia di solvibilità nel settore assicurativo e per monitorare il loro mix di portafoglio dal punto di vista della fissazione dei prezzi (in termini aggregati);
- per la fissazione dei prezzi di riassicurazione, i contratti di riassicurazione sono stipulati tra una compagnia di assicurazioni e un riassicuratore quindi rimane possibile usare il genere nella determinazione dei prezzi di tali prodotti, purché ciò non comporti differenziazioni basate sul genere a livello individuale degli assicurati.

7. Aspetti tecnici, operativi ed applicativi

Si riportano di seguito gli approcci tecnici, operativi ed applicativi cui fare riferimento per l'applicazione delle nuove regole sulla tariffazione per sesso cui gli Attuari che operano nel ramo Vita e nella previdenza complementare devono attenersi nello svolgimento dell'attività.

7.1 Tariffe di premio

I nuovi contratti di assicurazione sulla vita stipulati dal 21 dicembre 2012 dovranno prevedere in via generale un identico livello dei prezzi e delle prestazioni sia per gli assicurati di sesso femminile che maschile.