

# Guida alla registrazione dei dati nel rapporto annuale

Obbligo di presentare un rapporto per gli intermediari assicurativi registrati

28. aprile 2025

# Indice

<b>1</b>	<b>Informazioni generali e scopo del rilevamento .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Piattaforme o altri mezzi elettronici .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Indicatori e informazioni .....</b>	<b>4</b>
3.1	Numero di collaboratori dipendenti .....	4
3.2	Numero di polizze .....	4
3.3	Numero di clienti gestiti .....	5
3.4	Canali dell'attività di intermediazione .....	5
3.5	Indennizzi .....	5
<b>4</b>	<b>Aggiornamento e correttezza dell'iscrizione nel registro.....</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Conferma .....</b>	<b>6</b>
<b>6</b>	<b>Risposte alle domande frequenti .....</b>	<b>7</b>

## 1 Informazioni generali e scopo del rilevamento

In conformità all'art. 190b OS, ogni anno la FINMA rileva presso gli intermediari assicurativi registrati gli indicatori e le informazioni importanti necessari alla sorveglianza della loro attività. La guida alla registrazione dei dati spiega le posizioni più importanti del rilevamento e intende dare una risposta alle principali domande che riguardano la registrazione degli indicatori e delle informazioni da comunicare in fase di stesura del rapporto.

Per le persone fisiche che esercitano un'attività lucrativa dipendente il rilevamento viene effettuato dall'impresa individuale, dalla società di persone o dalla persona giuridica a nome della quale offrono o stipulano contratti di assicurazione.

Gli indicatori e le informazioni oggetto del rapporto si riferiscono sempre all'esercizio dal 1° gennaio al 31 dicembre e sono rilevati alla data di riferimento del 31 dicembre.

Gli indicatori e le informazioni devono essere trasmessi tramite la Piattaforma di rilevamento e di richiesta (EHP) entro e non oltre il 31 maggio. A tal fine, a partire dalla metà di dicembre dell'anno precedente, la FINMA mette a disposizione degli intermediari assicurativi un modulo di rilevamento dei dati tramite la EHP.

Eventuali domande relative all'obbligo di presentare un rapporto che non possono essere risposte con il supporto della presente guida devono essere inviate al seguente indirizzo e-mail: [vermittler.aufsicht@finma.ch](mailto:vermittler.aufsicht@finma.ch).

## 2 Piattaforme o altri mezzi elettronici

Per integrare e completare i dati nel registro pubblico degli intermediari assicurativi non vincolati è necessario compilare i punti di rilevamento.

## 3 Indicatori e informazioni

### 3.1 Numero di collaboratori dipendenti

Si considerano intermediari assicurativi dipendenti tutte le persone che esercitano un'attività di intermediazione secondo l'art. 40 LSA.

Il numero degli intermediari assicurativi dipendenti nonché il numero delle altre persone dipendenti devono essere indicati in numero di persone e non in numero di posti a tempo pieno.

Il numero effettivo da indicare è quello al giorno di riferimento del 31 dicembre.

### 3.2 Numero di polizze

Ai fini del rilevamento per ciascuna categoria di cliente si applicano le seguenti definizioni.

- **Clienti privati:** sono clienti privati tutte le persone singole che non si qualificano come imprese.
- **Clienti aziendali:** sono clienti aziendali le persone giuridiche, le società di persone e le ditte individuali che non rientrano nella categoria dei clienti professionali.
- **Stipulanti professionisti:** sono considerati stipulanti professionisti i soggetti di cui all'art. 98a cpv. 2 LCA.

**Numero di nuove polizze oggetto di intermediazione:** si considerano nuove polizze oggetto di intermediazione tutte le nuove polizze stipulate e sottoscritte nell'esercizio di riferimento del rapporto. Sono incluse anche le polizze prolungate per le quali è stata svolta un'attività di intermediazione attiva, ad esempio per le operazioni di rinnovo nel settore aziendale di indennità giornaliera di malattia.

**Numero di polizze in essere:** Polizze in essere (esistenti) che vengono prolungate sono considerate polizze in essere. A questo scopo non importa se i contratti vengono prolungati in modo tacito senza intervento attivo del cliente

o se il cliente chiede attivamente il prolungamento. Lo stesso vale per gli adeguamenti di una polizza in essere, ad esempio in caso di estensione della copertura o di modifica della franchigia.

**Rami assicurativi: assicurazione sulla vita, assicurazione contro i danni e riassicurazione:** i rami sono suddivisi secondo l'allegato 1 OS. Si prega di notare i punti informativi in blu (nel formulario EHP) se è richiesta una categorizzazione speciale. Categoria speciale "Assicurazione malattie complementare": assicurazione malattie complementare per i clienti privati e assicurazione d'indennità giornaliera malattia per i clienti commerciali.

### 3.3 Numero di clienti gestiti

Il numero dei clienti gestiti deve essere indicato per ogni categoria di cliente (clienti privati, clienti aziendali e stipulanti professionisti) e per ogni ramo assicurativo. È possibile indicare i clienti più volte.

### 3.4 Canali dell'attività di intermediazione

**Polizze intermedie tramite piattaforme o altri mezzi elettronici:** se si utilizzano piattaforme online, ad esempio siti web o app, per fornire o proporre al potenziale stipulante, sulla base di criteri personalizzati, informazioni in merito a contratti di assicurazione che vengono poi stipulati, direttamente o indirettamente, tramite la piattaforma, tali polizze si considerano polizze oggetto di intermediazione tramite piattaforme o altri mezzi elettronici.

**Polizze intermedie tramite contatto diretto con la clientela:** sono polizze oggetto di intermediazione con contatto diretto con la clientela le polizze stipulate a seguito di una consulenza dell'intermediario assicurativo avvenuta in presenza, mediante conversazione telefonica o videochiamata.

**Polizze intermedie tramite altri canali di collaborazione:** tutte le polizze stipulate da subintermediari sono considerate polizze oggetto di intermediazione tramite altri canali di collaborazione. Il nome del partner di collaborazione deve sempre essere indicato unitamente all'eventuale IDI, se è iscritto nel registro di commercio.

### 3.5 Indennizzi

In linea di principio, devono essere indicati nel rapporto tutti gli indennizzi scaturiti da un'attività di intermediazione assicurativa svolta nell'esercizio di riferimento. La data di pagamento effettiva è irrilevante.

**Importi in valute estere:** tutti gli importi devono essere indicati in franchi svizzeri. Eventuali importi decimali devono essere arrotondati in importi interi in franchi svizzeri. Le posizioni nel rilevamento non vengono suddivise per

valute. Valute diverse dal franco svizzero devono essere convertite applicando il tasso di cambio indicato nel rilevamento.

**Provvigioni per affari conclusi:** sono gli indennizzi corrisposti agli intermediari assicurativi dall'impresa di assicurazione (o nel contesto di subintermediazione da parte di un altro intermediario) per la stipulazione di un contratto di assicurazione. Si tratta di un pagamento una tantum legato alle prestazioni, che può ad esempio basarsi su una quota percentuale del valore contrattuale pattuito. Questo importo deve essere indicato su una base **lorda e netta**, quindi prima e dopo un'eventuale trasmissione al cliente.

**Onorari:** sono gli indennizzi versati direttamente dal cliente agli intermediari assicurativi come compenso per la consulenza. Questo indennizzo è in linea di principio basato sul volume di lavoro, ad esempio su una tariffa oraria dell'intermediario, ma può anche essere una retribuzione fissa.

**Provvigioni per la cura del portafoglio:** sono gli indennizzi versati dall'impresa di assicurazione agli intermediari assicurativi per la gestione continua dei clienti sulla base di un contratto di assicurazione o di un portafoglio. Devono essere indicati per il periodo di riferimento del rapporto.

**Riduzioni o altri vantaggi patrimoniali:** tutti gli indennizzi che non rientrano nelle categorie sopra elencate.

## 4 Aggiornamento e correttezza dell'iscrizione nel registro

La richiesta annuale di conferma dell'aggiornamento e della correttezza dei dati di base serve per migliorare la qualità dei dati e per garantire la comunicazione con gli assoggettati alla vigilanza. A questo proposito si ribadisce l'obbligo di notificare immediatamente tutte le modifiche di cifre e fatti alla base della registrazione. A tal fine sono a disposizione numerosi moduli sull'EHP.

## 5 Conferma

La completezza e la correttezza dei dati del rilevamento devono essere confermati selezionando l'apposita casella.

## 6 Risposte alle domande frequenti

La rendicontazione solleva domande a seconda del tipo di intermediazione assicurativa, delle dimensioni dell'impresa e dell'organizzazione. Con queste FAQ la FINMA risponde alle domande più frequenti.

**Domanda:** il rilevamento riguarda anche le attività LPP, LAMal e LAINF?

**Risposta:** no, questi rami assicurativi non sottostanno alla Legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) pertanto sono esonerati dall'obbligo di rendicontazione.

**Domanda:** non conosciamo il numero delle polizze in essere (punto 3.2.2 del modulo di rilevamento) e le imprese di assicurazione non rilasciano dati. Come possiamo fornire informazioni corrette?

**Risposta:** le informazioni possono essere fornite al meglio delle proprie conoscenze e in buona fede. Si possono anche fare delle ipotesi.

**Domanda:** lavoriamo esclusivamente sulla base di onorari, pertanto non percepiamo indennità dalle imprese di assicurazione. Come possiamo fornire informazioni corrette?

**Risposta:** devono essere indicate per approssimazione le imprese di assicurazione per le quali avete svolto attività di intermediazione e in seguito devono essere riportati gli onorari percepiti in base alle singole imprese di assicurazione. Esempio: avete indirizzato un cliente all'assicurazione XY e ricevuto dal cliente 10 000 franchi come onorario per la consulenza. Nell'elenco delle imprese di assicurazione dovrà essere selezionata l'assicurazione XY e inserito nel campo "Onorario" i 10 000 franchi percepiti.

**Domanda:** i rami assicurativi non corrispondono alle categorie consuete nel settore, per esempio nel caso dell'indennità giornaliera per malattia (KTG). Come dobbiamo classificare i rami assicurativi?

**Risposta:** ai fini del rilevamento Vi preghiamo di attenervi alle categorie indicate. Nel modulo di rilevamento, come spiegato nel punto informativo, l'indennità giornaliera per malattia deve essere indicata nella categoria "Assicurazione malattia complementare" per i clienti commerciali.

**Domanda:** quale differenza c'è tra "polizze in essere" e "nuove polizze intermedie", in particolare nell'ambito dell'attività con la clientela commerciale, per esempio per l'indennità giornaliera per malattia?

**Risposta:** se i contratti sono rinnovati tacitamente, ossia senza un Vostro intervento diretto, rientrano tra le "polizze in essere". La consulenza prestata per il prolungamento di un contratto (p. es. rinnovo o ridefinizione) deve invece essere indicata come "nuova polizza intermediata".

**Domanda:** siamo subintermediari e non riceviamo indennità dirette dalle imprese di assicurazione. Come devono essere indicate le indennità?

**Risposta:** indipendentemente dalla struttura del subintermediario, va indicata l'impresa di assicurazione per la quale sono stati conclusi i contratti. Deve essere indicata soltanto l'indennità percepita (non quella che l'intermediario ha percepito per Vostro tramite).

**Domanda:** nel punto 3.5 "Indennità" del modulo di rilevamento non sono elencate tutte le imprese di assicurazione.

**Risposta:** nell'elenco dovrebbero figurare tutte le imprese di assicurazione autorizzate dalla FINMA. Tuttavia, se non riuscite a trovare quella che Vi interessa, avete la possibilità di inserire l'impresa di assicurazione manualmente alla voce "Altra compagnia di assicurazione".