



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore ENRICO CAMILLERI

Riunione del 16/04/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 15 gennaio 2026 (e reclamo presentato il 22 gennaio 2025), la ricorrente, per il tramite del proprio rappresentante legale e procuratore, esponeva di avere aderito, in data 19 dicembre 2019, a una polizza assicurativa collettiva, collegata a un contratto di mutuo, concluso unitamente al marito, per l'acquisto dell'abitazione principale; precisamente, una polizza stipulata tra l'istituto bancario erogante e l'impresa resistente e ricomprensiva, tra le garanzie sottoscritte, anche quella relativa al caso di invalidità totale e permanente da infortunio o malattia, con soglia non inferiore al 60%.

Successivamente, in data 11 marzo 2020, la ricorrente si sottoponeva a ecografia mammaria dalla quale emergeva una formazione inizialmente ritenuta compatibile con una lesione benigna; solo in dipendenza di successivi accertamenti veniva formulata, nell'aprile 2020, una diagnosi di "carcinoma mammella sinistra". Nel settembre 2023 le veniva poi diagnosticata una neoplasia cerebrale che, all'esito dell'evoluzione clinica, conduceva al riconoscimento di un'invalidità totale e permanente con decorrenza dal 6 settembre 2023, giusta verbale INPS del 9 novembre 2023.

Tanto premesso, la ricorrente deduceva di aver chiesto l'attivazione della sottoscritta copertura assicurativa all'odierna resistente, la quale ha opposto formale diniego, ritenendo



che la neoplasia cerebrale, a base del riconosciuto stato di invalidità totale permanente, fosse evoluzione di pregressa patologia mammaria, quest'ultima insorta nel periodo di carenza contrattuale (19 dicembre 2019 – 18 marzo 2020) siccome diagnosticata già l'11 marzo 2020.

La ricorrente, in data 22 gennaio 2025, presentava reclamo all'impresa, nonché poi all'IVASS (14 febbraio 2025), contestando che il referto datato 11 marzo 2020 integrasse una diagnosi di neoplasia maligna e sostenendo inoltre l'autonoma rilevanza causale - rispetto alla neoplasia mammaria - della patologia cerebrale, insorta nel 2023.

Avendo l'impresa ribadito il proprio diniego all'accoglimento delle richieste dell'assicurata, questa ha infine proposto ricorso all'Arbitro, chiedendo di:

- accertare e dichiarare l'illegittimità del diniego opposto dall'impresa;
- accertare il diritto all'indennizzo previsto dalla polizza per il caso di invalidità totale e permanente, con ogni conseguente effetto economico previsto dal contratto.

Regolarmente costituitasi, l'impresa ha sollevato eccezioni preliminari e altresì controdedotto nel merito.

Con una prima eccezione di inammissibilità ha in particolare fatto valere l'incompetenza dell'Arbitro Assicurativo, per superamento dei limiti di valore fissati dall'art. 3, comma 4, lett. b), n. 2 del Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito "Decreto"), pari ad euro 25.000,00 per le polizze danni. In via subordinata, ha eccepito l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 11, comma 8, del Decreto e, in ulteriore subordine, l'improcedibilità dello stesso per asserita carenza del consenso al trattamento dei dati personali da parte del rappresentante della ricorrente.

Nel merito, invece, ha rilevato che l'indennizzo richiesto dalla ricorrente non sarebbe dovuto, stante la previsione dell'art. 5.1 delle condizioni di assicurazione che prevede che, se il cliente non si è sottoposto a visita medica, le coperture non siano operanti in caso di malattie diagnosticate nei primi 90 giorni dall'inizio della copertura: il referto ecografico dell'11 marzo 2020 costituirebbe la prima diagnosi della neoplasia mammaria – di cui le altre successivamente riscontrate sarebbero una evoluzione – ricadente quindi nel periodo di c.d. carenza contrattuale. Ferme le sollevate eccezioni, dunque, l'impresa ha chiesto il rigetto del ricorso, non essendo l'evento dedotto liquidabile a termini di polizza.

In sede di repliche, la ricorrente ha contestato le eccezioni di controparte. Ha dedotto, in particolare, che il ricorso non conterrebbe domanda di condanna al pagamento di una somma determinata, bensì di accertamento del diritto alla prestazione assicurativa e che la questione oggetto di ricorso sarebbe di natura giuridico-contrattuale, così da non richiedere accertamenti tecnici mediante consulenza tecnica d'ufficio. In ordine alla seconda eccezione sollevata *ex adverso*, ha invece versato in atti una dichiarazione con cui ha autorizzato il rappresentante alla trattazione e comunicazione dei propri dati sanitari nell'ambito del presente procedimento.



Infine, nel merito ha dedotto che l'art. 5.1 delle condizioni di assicurazione richiede una "malattia diagnosticata" e che tale circostanza non sarebbe desumibile dal referto dell'11 marzo 2020.

In sede di contropliche, l'impresa ha dedotto che, in assenza di specifica contestazione, il valore della domanda sarebbe da quantificare in euro 37.511,33, tenendo conto del parametro del debito residuo del mutuo, dal che si desumerebbe la fondatezza della sollevata eccezione di incompetenza per valore sostenendo che la domanda, pur prospettata in termini di accertamento, avrebbe natura patrimoniale in quanto volta al riconoscimento della prestazione assicurativa. Inoltre, ha ribadito l'eccezione di inammissibilità, ai sensi dell'art. 11, comma 8, del Decreto, deducendo come la controversia richieda valutazioni tecnico-mediche, anche in relazione alla distinzione tra sospetto clinico e diagnosi.

Nel merito, contesta le argomentazioni della ricorrente in ordine all'interpretazione del referto dell'11 marzo 2020 e dell'art. 5.1 delle condizioni di assicurazione, richiamando le conclusioni già formulate nelle controdeduzioni.

DIRITTO

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio verte sulla interpretazione di una clausola di carenza contrattuale contenuta in una polizza assicurativa collettiva, dalla quale dipende il sorgere o meno, in capo all'assicurato-ricorrente, del diritto a percepire l'indennizzo pattuito nonché, correlativamente, la legittimità del diniego alla sua liquidazione, opposto dall'impresa.

Rilievo preliminare, ai fini della trattazione del ricorso, presentano tuttavia le eccezioni pregiudiziali di parte convenuta.

Con la prima di esse è stata fatta valere l'incompetenza per valore dell'Arbitro, stante l'asserito superamento dei limiti quantitativi dettati dall'art. 3 comma 4, lett. b), n.2 del Decreto, pari a euro 25.000,00 per le controversie relative a contratti di assicurazione contro i danni, nei casi diversi da quelli di responsabilità civile con azione diretta del terzo danneggiato. Ad avviso dell'impresa, infatti, il calcolo dell'importo eventualmente da corrispondere alla ricorrente, in relazione alla invocata garanzia, andrebbe effettuato sulla base del debito residuo al tempo dell'avvenuto riconoscimento, in suo favore, dell'invalidità totale permanente (settembre 2023); debito che, stando al piano di ammortamento del mutuo, al settembre 2023 sarebbe stato pari a euro 75.022,66, imputabili alla ricorrente (condebitrice) nella misura del solo 50%, per complessivi euro 37.511,33, comunque eccedenti il richiamato limite dell'art. 3 comma 4, lett. b) n. 2, del Decreto.

L'eccezione non merita di essere accolta.

E invero, contrariamente alla qualificazione data dalla ricorrente in sede di ricorso, quella oggetto della controversia non appare integrare "polizza vita" bensì "polizza danni", inerendo la prestazione azionata alla invalidità da malattia, la quale va appunto ricondotta al ramo danni (cfr., per tutte, Cass. civ., 4 maggio 2018, n. 10602).



Ciò, tuttavia, non implica la incondizionata pertinenza della soglia di competenza per valore fissata dall'art. 3 comma 4, lett. b), n.2 del Decreto. Ai sensi del comma 1 della medesima disposizione (art. 3, Decreto), sono infatti rimesse alla cognizione dell'Arbitro le controversie derivanti da un contratto di assicurazione, aventi le caratteristiche di cui al comma 3 e come oggetto l'accertamento di diritti, anche risarcitori, obblighi e facoltà inerenti alle prestazioni e ai servizi assicurativi o l'inosservanza delle regole di comportamento previste dal Titolo IX, Capo II, sezione IV, Capi III, III-bis e III-ter del CAP inerenti all'esercizio dell'attività di distribuzione assicurativa. Nessun limite per valore è dunque associato alle domande di accertamento e come tale va qualificata d'altronde quella proposta dalla ricorrente, articolata nella richiesta di accertare e dichiarare l'illegittimità del diniego opposto dall'impresa, nonché di accertare il diritto all'indennizzo, previsto dalla polizza sottoscritta, per il caso di invalidità totale e permanente.

Dovendosi guardare al *petitum* sostanziale e alla *causa petendi*, secondo le indicazioni della giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass. civ., Sez. Un., 14 ottobre 2022, n. 30346), non appare contestabile che il Collegio sia stato qui investito della cognizione piena sulla intera fattispecie della garanzia contrattualmente assunta dall'impresa, sui suoi effetti, consistenti nel perfezionamento (o meno) in capo alla ricorrente del diritto alla percezione dell'indennizzo pattuito, nonché sull'eventuale ricorrere dei presupposti della clausola di carenza, che scrimina il diniego opposto dall'impresa. Solo un tale ampio perimetro può del resto costituire oggetto di domanda di accertamento giacché esso soltanto consente di apprezzare, come nella specie, l'inerenza della domanda alla vicenda costitutiva di un diritto ed il sussistere di un interesse ad agire dell'attore/ricorrente (cfr. Cass. civ., sez. II, 4 settembre 2017, n. 20713; Cass. civ., Sez. Un., 20 dicembre 2006 n. 27187). Con la seconda eccezione, l'impresa ha dedotto l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 11, comma 8, del Decreto, rilevando come ai fini della decisione sarebbero necessari accertamenti istruttori che il Collegio non può disporre.

L'eccezione non merita accoglimento. Come meglio si chiarirà *infra* esaminando il merito del ricorso, la controversia verte principalmente sul tenore della clausola di cui all'art. 5.1 delle condizioni di polizza, nonché sul tenore del referto medico rilasciato alla ricorrente in data 11 marzo 2020; entrambi i documenti racchiudono in sé - ed esauriscono - gli elementi utili ai fini della decisione da parte di questo Collegio.

In via ulteriormente subordinata, l'impresa ha sollevato infine una terza eccezione, di improcedibilità del ricorso, stante che il rappresentante della ricorrente avrebbe agito in assenza della necessaria autorizzazione al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, con particolare riguardo ai dati relativi alla salute.

Neppure questa eccezione merita accoglimento. Risulta in atti che il ricorso sia stato promosso dal coniuge della ricorrente, nella qualità di suo rappresentante legale e volontario, giusta procura e dichiarazione dei poteri di rappresentanza legale, entrambi debitamente sottoscritti dall'interessata. In ordine alla estensione dei poteri rappresentativi fino ad includere il trattamento di dati personali particolari come quelli relativi alla salute, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679, va detto che tra le ipotesi di liceità del



trattamento medesimo rientra quella in cui esso sia necessario per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o procedimentale.

Di più, però, v'è che la parte ricorrente, in sede di repliche, ha versato in atti espressa autorizzazione al trattamento, utilizzo e comunicazione dei propri dati personali e particolari, anche con riguardo al procedimento dinanzi a questo Arbitro.

Volgendo al merito del ricorso, la controversia verte essenzialmente sul diritto della ricorrente a percepire gli indennizzi contrattualmente dovuti dalla polizza assicurativa, per il verificarsi dell'evento dedotto in garanzia, consistente nella invalidità totale e permanente, da infortunio o malattia, con soglia non inferiore al 60%.

La ricorrente ha versato in atti il verbale di accertamento dell'INPS che, con decorrenza 6 settembre 2023, ha accertato la sua invalidità civile, totale e permanente; la parte ha dunque fornito ai sensi dell'art. 2697 cod. civ. la prova del fatto perfezionativo della fattispecie di garanzia contrattuale, generatrice del diritto a sé spettante.

Nondimeno, alla luce del diniego opposto dall'impresa alla domanda di liquidazione formulata dalla ricorrente, o meglio delle motivazioni che sono state adottate a suo sostegno, il generarsi degli effetti della garanzia è posto in dubbio dall'invocato ricorrere dei presupposti della clausola di carenza, contenuta nell'art. 5.1 delle condizioni di polizza; in base ad essa, laddove, come nel caso di specie, l'assicurato non risulti essersi sottoposto a visita medica, le coperture non sono operanti in caso di malattie diagnosticate nei primi 90 giorni dall'inizio della copertura.

Di qui, la controversia sui termini di tale clausola contrattuale e soprattutto, alla sua stregua, su quelli del referto medico dell'11 marzo 2020, se cioè si possa ritenere che esso contenga già una diagnosi della patologia emersa poi nell'aprile del medesimo anno (neoplasia mammaria) o meno.

Non pare invece possa nutrirsi dubbio sulla esclusione di autonoma rilevanza per le patologie accertate nel 2023 (lesione neoplastica frontale e occipitale dx), di cui pure si ha riscontro nel citato verbale di accertamento dell'invalidità civile ed ancora nella relazione oncologica redatta a seguito della più recente visita del 10 novembre 2025. Da entrambi i documenti è chiaramente desumibile il carattere secondario delle patologie cerebrali, rivelatore di una eziologia riconducibile ad altra neoplasia primaria (qui, quella mammaria).

Orbene, in ossequio ai canoni codicistici sulla interpretazione del contratto, in particolare quello di interpretazione letterale e sistematica di parole e clausole negoziali (artt. 1362 e 1363 cod. civ.), di interpretazione secondo buona fede (art. 1366 cod. civ.) nonché di *interpretatio contra proferentem*, recato dall'art. 1370 cod. civ.; ed ancora, tenuto conto di quel che nel caso di specie prevede il glossario contrattuale, ossia che con malattia vada identificata "ogni alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio e che può essere verificata", il Collegio ritiene che la nozione posta a base dell'art. 5.1 del regolamento negoziale ("malattie diagnosticate") sia da intendere come franco riscontro medico di una patologia in essere, inequivoca attestazione di una alterazione negativa dello stato di salute della persona. Connotati, questi, che non paiono tuttavia riscontrabili in relazione al referto dell'11 marzo 2020.



In esso, infatti, in relazione alla riscontrata tumefazione ovalare, si prospetta in “prima istanza” la sussistenza di fibroadenoma mentre in alcun modo, neppure come mera ipotesi, quella di un tumore maligno; di più, ricorrono insistiti aggettivi (“omogenea” “regolare”, “negativa”) ed evidenze (assenza di vascolarizzazione) che non sono associabili al quadro di netta diagnosi di neoplasia mammaria, deponendo semmai nella direzione di sua esclusione. Infine, non trascurabile è la circostanza che l’ecografia mammaria e la mammografia, vale a dire i due esami cruciali per l’accertamento di neoplasie mammarie, risultino meramente consigliati alla ricorrente e per di più solo al raggiungimento dell’età anagrafica dei quarant’anni, avendone la stessa appena trentatré all’epoca dell’esame.

Tanto premesso, non pare sussistere, in relazione al referto dell’11 marzo 2020, la circostanza dedotta in seno all’art. 5.1 delle condizioni contrattuali, non potendosi ad esso associare l’emergere di una malattia diagnosticata nel periodo di carenza dei 90 giorni dall’inizio delle coperture. A questa stregua, il Collegio rileva che l’impresa non ha assolto l’onere probatorio concernente il fatto impeditivo della pretesa della ricorrente, legato appunto alle circostanze contrattuali di delimitazione del rischio indennizzabile (Cass. civ., sez. III, 9 agosto 2023, n. 24273). Il Collegio afferma, altresì, il pieno dispiegarsi degli effetti attributivi della fattispecie di garanzia contrattuale e dichiara illegittimo il diniego opposto dall’impresa all’attivazione della copertura assicurativa.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie il ricorso e accerta l’illegittimità del diniego opposto dall’impresa all’attivazione della copertura assicurativa, nonché il diritto della ricorrente a ottenere la liquidazione dell’indennizzo contrattualmente dovuto.

Il Collegio dispone, inoltre, ai sensi della vigente normativa, che l’impresa corrisponda a IVASS la somma di euro 200,00, quale contributo alle spese della procedura, e alla parte ricorrente la somma di euro 20,00, quale rimborso della somma versata alla presentazione del ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA