



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 GIOVANNI STELLA

Riunione del 21/04/2026

FATTO

Con ricorso proposto tramite procuratore in data 19 gennaio 2026 (reclamo in data 15 settembre 2025) il ricorrente formulava una richiesta di rimborso spese mediche da infortunio, sulla base di una polizza sottoscritta con l'impresa resistente.

A seguito della denuncia di sinistro, l'impresa inizialmente considerava l'infortunio non indennizzabile. Dopo uno scambio di varie comunicazioni tramite mail, l'impresa riconosceva l'indennizzo per l'infortunio in questione, ma esclusivamente per il giorno di ricovero, escludendo le spese mediche che pure sono previste nella polizza, adducendo una clausola delle condizioni di assicurazione che ritiene indennizzabile per l'infortunio in questione solo i casi di morte, invalidità permanente e indennità per ricovero.

Ad avviso del ricorrente, tuttavia, se non espressamente indicato il contrario, le spese mediche (quando inserite in polizza) devono essere risarcite per ogni infortunio considerato indennizzabile.



Nelle conclusioni il ricorrente chiedeva che venisse ordinato all'impresa di pagare le spese mediche documentate nella misura di euro 1.531,80 (già considerato il 10% di scoperto come da polizza).

Con le controdeduzioni l'impresa resistente ha fatto preliminarmente presente che la materia del contendere riguardava il riconoscimento del rimborso delle spese mediche sostenute dal ricorrente in seguito alla rottura dei legamenti della cuffia dei rotatori.

In particolare, ha riferito che il sinistro oggetto del contendere sarebbe avvenuto il 21 settembre 2024, è stato denunciato ad una propria agenzia il 2 ottobre 2024 e la relativa pratica è stata aperta in data 11 marzo 2025. In un primo momento, con nota del 7 luglio 2025, ha contestato al cliente l'inoperatività della garanzia per difetto di sussistenza di un evento infortunistico, salvo poi, a seguito di reclamo, rivedere la propria posizione dopo il riesame della risonanza magnetica prodotta da parte di un proprio specialista radiologo, che ha confermato l'esistenza dell'evento lesivo. Alla luce di tale riesame, ha formulato al cliente una proposta di indennizzo in conformità alle condizioni di polizza applicabili all'evento di lesioni della cuffia dei rotatori occorso, pari ad euro 75,00 per un giorno di ricovero.

Per il resto ha ribadito il diniego del rimborso delle spese mediche sostenute dal ricorrente, con la motivazione che le condizioni di polizza prevedono esplicitamente all'art. 2, lett. g), sotto l'indicazione "*Eventi garantiti*" e con caratteri di particolare evidenza grafica, come richiesto dall'art. 166 Codice delle Assicurazioni Private (di seguito "CAP") e dall'art. 4 del regolamento IVASS 2 agosto 2018, n. 41, che "*per le lesioni della cuffia dei rotatori operano solo (se pagato il relativo premio) le garanzie Morte, Invalidità Permanente, Indennità da Ricovero e Convalescenza*".

In sede di repliche il ricorrente ha svolto articolate difese osservando, fra l'altro, quanto segue:

- la clausola invocata dall'impresa è collocata nella sezione dedicata alla definizione degli eventi assicurati e non è richiamata nel capitolo specifico relativo alla garanzia "*Rimborso spese mediche da Infortunio*", non risultando qualificata come esclusione o limitazione autonoma della garanzia spese mediche. La limitazione, non operando in modo diretto sulla garanzia in esame, avrebbe richiesto un espresso coordinamento testuale, che nel contratto manca;
- una volta qualificato l'evento come infortunio (circostanza non contestata), la garanzia "*Rimborso spese mediche da Infortunio*" risulta attiva, a pagamento e con massimale autonomo indicato nel frontespizio;
- il frontespizio costituisce il punto di sintesi dell'assetto contrattuale e l'assenza, in tale sede, di qualunque richiamo alla limitazione per la cuffia dei rotatori rafforza l'affidamento dell'assicurato circa l'operatività della garanzia acquistata, tanto più che non è presente una chiara ed espressa esclusione della garanzia spese mediche per l'evento in questione;
- un'interpretazione estensiva della clausola limitativa, secondo cui l'elenco delle garanzie applicabili per la cuffia dei rotatori escluderebbe automaticamente tutte le altre, contrasterebbe con il principio secondo cui le limitazioni di garanzia sono di stretta interpretazione, e introdurrebbe un effetto preclusivo non esplicitato nel testo contrattuale,



incidendo così su una garanzia acquistata separatamente e disciplinata da una clausola autonoma;

- l'eventuale dubbio interpretativo derivante dal coordinamento delle clausole deve essere risolto, ai sensi dell'art. 1370 c.c., in senso favorevole all'assicurato, trattandosi di condizioni predisposte unilateralmente dall'impresa.

Il ricorrente ha concluso quindi richiedendo l'operatività della garanzia "*Rimborso spese mediche da Infortunio*" in relazione al sinistro occorso.

Con memoria di controreplica l'impresa resistente ha contestato le repliche dell'assicurato, osservando che:

- l'art. 2.1. delle Condizioni di assicurazioni ("*Garanzie base*"), individua in generale l'oggetto della copertura in relazione alle diverse garanzie di cui è composta la Sezione Infortuni, prevedendo l'indennizzo delle conseguenze dirette ed esclusive degli infortuni subiti durante l'operatività del contratto nello svolgimento delle attività descritte nella forma di copertura prescelta dal Contraente ("*tempo libero e lavoro*", "*tempo libero*" o "*lavoro*"). Per maggiore chiarezza l'articolo in esame comprende espressamente nell'ambito di operatività delle garanzie, riconducendoli alla nozione di infortuni, una serie di eventi (tra cui le rotture sottocutanee dei tendini) specificando che in relazione alla cuffia dei rotatori la copertura è limitata alle sole garanzie Morte, Invalidità permanente e Indennità per ricovero, Indennità per ricovero e convalescenza (art. 2.1, lett. g);

- la ricomprensione di tali eventi nella nozione di infortuni viene fatta – in senso favorevole all'Assicurato – per evitare fraintendimenti interpretativi in sede liquidativa in relazione a talune fattispecie, per le quali potrebbero sorgere dubbi in ordine alla possibilità di ravvisare l'elemento della "*causa fortuita, violenta ed esterna*" che tradizionalmente caratterizza la nozione di infortunio (cfr. Glossario all'inizio delle C.G.A.);

- la previsione dell'art. 2.1. è volutamente inserita all'inizio della Sezione Infortuni in quanto contribuisce ad individuare l'oggetto del rischio garantito in relazione a tutte le garanzie di cui è compresa la Sezione in questione, incluse le varie garanzie Supplementari opzionabili dal Contraente;

- il richiamo, per ogni singola garanzia, delle delimitazioni già indicate all'inizio della Sezione Infortuni rappresenterebbe un appesantimento delle Condizioni di assicurazione, in contrasto con le "*Linee guida del Tavolo tecnico ANIA-Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari*" allegate alla Lettera al mercato di IVASS del 14 marzo 2018 sulla semplificazione dei contratti assicurativi;

- in conformità allo schema suggerito dalle Linee Guida, nell'ambito della "*Sezione Infortuni*" della Polizza in questione la garanzia base e le varie garanzie opzionali sono riportate in capitoli distinti. È previsto un unico capitolo per tutti i temi rilevanti (identificati con titoli in grassetto e sottolineati) relativi all'interesse assicurato e alla delimitazione del rischio ("*Forma di copertura*", "*Eventi garantiti*" ed "*Estensioni di garanzia*"), mentre tutte le esclusioni, relative tanto alla alle coperture base quanto a quelle opzionali sono riportate in un ulteriore capitolo/sotto-sezione;



- anche il frontespizio di polizza è stato redatto in conformità alle richiamate Linee Guida, riportando gli elementi identificativi del contratto senza indicare invece le delimitazioni dell'oggetto e le esclusioni di copertura, al fine di evitare ridondanze e ripetizioni nella scheda di polizza, la quale deve rappresentare una mera sintesi del contratto e delle informazioni già riportate nell'informativa precontrattuale;

- è infondato l'assunto del ricorrente, quanto alla clausola controversa, sulla necessità di un'interpretazione restrittiva delle limitazioni di garanzia, trattandosi della definizione di Infortunio e della conseguente individuazione dell'oggetto del rischio in generale per tutte le garanzie previste nella Sezione. Non c'era quindi alcuna esigenza di un coordinamento tra le diverse Sezioni di garanzia, perché l'art. 2.1. – la cui lettera g) è oggetto del ricorso – è da riferire a tutti gli articoli della medesima Sezione, rubricata “*Infortuni*”.

L'impresa resistente ha ribadito quindi l'infondatezza della domanda del ricorrente, insistendo per il rigetto del ricorso.

DIRITTO

La controversia oggetto della presente decisione concerne la questione se il rimborso delle spese mediche sostenute dal ricorrente a seguito di un infortunio subito possa ricomprendersi nella copertura assicurativa fornita dalla polizza sottoscritta dal medesimo ricorrente.

Si premette che non è in discussione fra le parti né la sussistenza del fatto storico dell'infortunio denunciato dall'assicurato né la tipologia di infortunio occorso, qualificato come lesione della cuffia dei rotatori. Si pone esclusivamente la questione interpretativa, sul piano contrattuale, se per questo specifico tipo di infortunio sia operativa la garanzia rimborso spese mediche sulla base della polizza stipulata dal ricorrente.

Risulta altresì incontestato che il ricorrente, in relazione a tale infortunio, abbia richiesto il rimborso di spese mediche documentate per un importo totale di euro 1.531,80, a fronte di pagamenti effettuati per euro 1.702,00 e dello scoperto del 10% contrattualmente previsto, poi negato dall'impresa resistente.

È stata depositata in atti copia della documentazione contrattuale afferente alla polizza oggetto della controversia, emessa il 18 novembre 2021, con scadenza il 18 novembre 2026.

La scheda di Polizza (altrimenti nota nella prassi assicurativa anche come frontespizio) stipulata dal ricorrente riporta l'intestazione “*Infortuni*”.

Nella parte inferiore della scheda, sotto la voce “Garanzie”, è indicata la “*Sezione Infortuni*” e la forma di copertura prescelta: “*Tempo libero e Lavoro*”. Sono poi descritte le garanzie concretamente acquistate dall'assicurato con i relativi massimali e il premio netto annuo:

- “*Garanzia base: Morte e Invalidità permanente*” (con indicazione della franchigia del 3%);
- “*Garanzie supplementari a pagamento: Rimborso spese mediche; Indennità da ricovero da infortunio-Forma di garanzia: Ricovero e convalescenza; Indennità per immobilizzazione (...); Inabilità temporanea-Forma di garanzia: integrale*”.



Per quanto concerne le Condizioni di assicurazione deve essere presa principalmente in considerazione, ai fini della decisione, la “Sezione Infortuni”, la cui prima disposizione è l’art. 2.1 “- *Garanzie Base*” che alla voce “*Eventi garantiti*” prevede testualmente: “*Nell’ambito di operatività delle garanzie previste dalla Forma di copertura prescelta sono considerati Infortunio anche i seguenti eventi: (...)*”

g) le rotture sottocutanee dei tendini. L’Invalidità Permanente sarà liquidata secondo i criteri di Indennizzo previsti dall’Art. 6.5 Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini. Esclusivamente per la cuffia dei rotatori, la copertura è limitata alle sole garanzie Morte, Invalidità Permanente e Indennità per Ricovero, Indennità per Ricovero e Convalescenza, se richiamate [tale evidenziazione è inserita nella polizza-n.d.r.] (...)”.

Il Collegio osserva che l’art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione, benché rubricato “*Garanzie Base*”, costituisce disposizione introduttiva della Sezione Infortuni che si sviluppa in vari capitoli o voci (v. pagg. da 13 a 15 della polizza), fra cui la voce “*Eventi garantiti*” nella quale è elencata una serie di eventi che devono considerarsi Infortunio ad integrazione della nozione di Infortunio riportata nel Glossario (pagg. 1 e ss. della polizza).

La voce “*Eventi garantiti*” riguarda, in astratto, tutte le garanzie previste dal contratto (sia quelle base sia quelle opzionali), come si desume, tra l’altro, dal seguente inciso: “*Nell’ambito di operatività delle garanzie previste dalla Forma di copertura prescelta sono considerati Infortunio anche i seguenti eventi: (...)*”.

Ciò premesso, l’art. 2.1 lettera g) ricomprende espressamente fra gli Infortuni, nell’ambito di operatività delle garanzie previste dal contratto, le rotture sottocutanee dei tendini.

Nella stessa lettera g) viene però specificato che esclusivamente per la cuffia dei rotatori, la copertura è limitata alle sole garanzie Morte, Invalidità Permanente e Indennità per Ricovero, Indennità per Ricovero e Convalescenza (se richiamate, ossia ove acquistate).

Per effetto di tale previsione, la copertura assicurativa per lo specifico infortunio consistente nella lesione della cuffia dei rotatori risulta delimitata contrattualmente, nel senso che – nell’ambito delle garanzie acquistate – la copertura opera esclusivamente per le garanzie di Morte, Invalidità Permanente, Indennità per Ricovero e Convalescenza, e non per la garanzia di rimborso delle spese mediche. Si tratta, in altri termini, di clausola che legittimamente riguarda il contenuto e i limiti della garanzia assicurativa e che dunque ha la funzione di individuare l’oggetto del contratto e specificare il rischio garantito (cfr. *ex multis* Cass. civ., Sez. III, 4 febbraio 2002 n. 1430; Cass. civ., Sez. III, 9 marzo 2005 n. 5158; Cass. civ., Sez. III, 10 novembre 2009, n. 23741).

La limitazione della copertura per questo specifico tipo di infortunio (lesione cuffia rotatori) è marcata con caratteri di particolare evidenza grafica, come richiesto dall’art. 166, comma 2, CAP (“*Le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente o dell’assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza*”). L’assicuratore-predisponente, il quale in questa sede ha fatto valere la clausola limitativa della garanzia per il caso della lesione della cuffia dei rotatori, ha così fornito la dimostrazione, non soltanto dell’esistenza della clausola nel testo contrattuale, ma anche della sua effettiva conoscenza o conoscibilità da parte dell’aderente (sulla *ratio* della



"*marcatatura in evidenza*" del testo delle clausole ex art. 166, comma 2, CAP, cfr. Cass. civ., sez. III, 11 giugno 2019, n. 15598).

Inoltre, per il caso di infortunio alla cuffia dei rotatori, la clausola controversa prevede la copertura non soltanto per le garanzie Morte e Invalidità Permanente, che fanno parte della garanzia base secondo il frontespizio della polizza, ma anche per le garanzie Indennità per Ricovero e Convalescenza che invece fanno parte delle garanzie supplementari, sempre secondo il frontespizio della polizza (tanto è vero che l'impresa resistente ha indennizzato il ricovero ospedaliero). Ciò, ad avviso del Collegio, rafforza l'interpretazione della volontà dei contraenti come diretta a circoscrivere la copertura per la lesione della cuffia dei rotatori soltanto ad alcune fra le garanzie previste in generale nel frontespizio della polizza (appunto Morte, Invalidità Permanente e Indennità per Ricovero, Indennità per Ricovero e Convalescenza), e ad escluderla specificamente per altre fra cui il "*Rimborso spese mediche da infortunio*".

Il ricorrente lamenta che la clausola limitativa invocata dall'impresa sia collocata nella sezione dedicata alla definizione degli eventi assicurati, ma non richiamata nel capitolo specifico relativo alla garanzia "*Rimborso spese mediche da Infortunio*", non potendo quindi operare per la garanzia in esame.

L'assunto non pare convincente. Come si è detto, la prima clausola della Sezione Infortuni (art. 2.1) indica gli eventi astrattamente coperti – cfr. gli eventi elencati dalla lett. a) a m) – precisando le garanzie operanti se acquistate (per quanto interessa in questa sede, tutte le garanzie per le lesioni sottocutanee dei tendini, solo determinate garanzie per la lesione della cuffia dei rotatori). Non risultava quindi necessario ribadire nel capitolo specifico del rimborso delle spese mediche (cfr. art. 2.4.2 condizioni di assicurazione) un'esclusione già dichiarata ad inizio Sezione, tanto più con i caratteri di particolare evidenza grafica che si sono illustrati.

Inoltre, come osserva in modo condivisibile l'impresa resistente, il richiamo per ogni singola garanzia delle delimitazioni già indicate all'inizio della Sezione Infortuni sembra porsi in contrasto con le "*Linee guida del Tavolo tecnico ANIA-Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari*" allegate alla Lettera al mercato di IVASS del 14 marzo 2018 sulla semplificazione dei contratti assicurativi. In questi documenti si raccomanda di evitare "*sovrapposizioni e ridondanze*" proprio nell'indicazione di ciò che è coperto dall'assicurazione e ciò che è escluso dalla copertura (cfr. lettera IVASS); si invitano inoltre le imprese a riportare tutte le garanzie base in un capitolo, tutte le garanzie opzionali in altro capitolo, tutte le esclusioni, relative tanto alle coperture base quanto a quelle opzionali, ove operanti, in un ulteriore capitolo (cfr. Linee Guida § 3.9).

La lettura interpretativa del ricorrente per cui la limitazione in questione, per la sua rilevanza, avrebbe dovuto essere richiamata espressamente nel frontespizio di Polizza non può essere accolta.

In conformità con quanto indicato nelle menzionate Linee Guida (§ 3.6), nel frontespizio di Polizza devono essere riportati gli elementi essenziali identificativi nel contratto - come ad esempio i dati del contraente, dell'assicurato e del beneficiario, le garanzie base e le



garanzie opzionali (operanti o meno), il premio dovuto, i limiti del massimale, le franchigie e gli scoperti - non anche in modo analitico le delimitazioni del rischio e le esclusioni di copertura.

Appare infondata anche la tesi del ricorrente secondo cui, di fronte al testo oscuro della clausola, dovrebbe accogliersi ex art. 1370 cod. civ. un'interpretazione favorevole all'aderente, posto che, nel caso di specie, si ritiene chiaro il contenuto testuale della clausola che evidenzia una limitazione della copertura assicurativa relativa al caso di infortunio per lesione della cuffia dei rotatori.

Alla stregua di quanto sopra esposto, l'interpretazione del ricorrente secondo cui il rimborso delle spese mediche, per lo specifico infortunio occorso, risulterebbe ricompreso nella copertura assicurativa di cui alla polizza in questione non appare condivisibile e il Collegio ritiene quindi che il ricorso non possa essere accolto.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA