



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

Esame del ricorso n. 0011200/2026 del 20/01/2026

FATTO

Con ricorso del 20 gennaio 2026 (reclamo del 24 novembre 2025) la ricorrente, rappresentata da procuratore, esponeva di avere aderito in data 17 settembre 2018, per il tramite dell'intermediario erogante, ad una polizza collettiva stipulata con l'impresa resistente, a garanzia di un mutuo per l'acquisto di prima casa dell'importo di euro 134.566,87.

Tale copertura assicurativa comprendeva, tra l'altro, il rischio di invalidità totale e permanente derivante da infortunio o malattia.

Con verbale INPS del 24 aprile 2024 la ricorrente veniva dichiarata invalida con riduzione permanente della capacità lavorativa al 50%. A seguito di grave patologia sopravvenuta (come descritta nel dettaglio nel ricorso), accertata giudizialmente con consulenza tecnica d'ufficio del 1° marzo 2025, con Decreto di Omologa del 22 maggio 2025, le veniva



riconosciuta una riduzione permanente della capacità lavorativa pari all'80%, con decorrenza dal 1° novembre 2024.

In data 28 febbraio 2025 l'assicurata denunciava il sinistro all'impresa, chiedendo – sulla base della polizza – di tenerla indenne, nei confronti della Banca, per la somma mutuata.

L'impresa resistente, con comunicazione del 23 settembre 2025, rigettava la richiesta di indennizzo in quanto il grado di invalidità totale permanente – calcolato, ai sensi di polizza, sulla base della tabella INAIL di cui all'All. 1 al D.P.R., 30 giugno 1965, n. 1124 (esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. 23 febbraio 2000, n. 38) – sarebbe risultato inferiore alla percentuale minima contrattualmente prevista pari al 60%.

La ricorrente presentava reclamo all'impresa, a firma di altro e precedente difensore, ribadendo di essere chiaramente affetta da una patologia, così come richiamata nella citata relazione peritale, debitamente omologata, tale da rendere pressoché impossibile qualsivoglia attività lavorativa e contestando l'applicazione dei diversi e meno favorevoli criteri valutativi della tabella INAIL, senza ottenere riscontro esaustivo.

L'impresa resistente respingeva il reclamo, confermando il diniego alla richiesta di indennizzo.

Quanto alle ragioni in diritto del ricorso la ricorrente, richiamando giurisprudenza di legittimità, affermava l'abusività e/o vessatorietà della clausola di cui all'art. 27 delle condizioni generali di polizza dell'impresa resistente, nella parte in cui per la “Copertura per invalidità totale permanente da infortunio o malattia” richiama i criteri valutativi delle tabelle INAIL contenute nell'Allegato 1 del DPR n. 1124/1965. Deduceva l'assenza, in fase precontrattuale, di adeguata informativa al riguardo, rilevando anche un conflitto di interessi, in quanto impresa di assicurazione e intermediario assicurativo erogante il mutuo apparterrebbero al medesimo gruppo bancario.

Con le conclusioni la ricorrente formula le seguenti richieste al Collegio:

“- affermata l'abusività della clausola di cui all'art. 27, là dove nella Sezione B “Copertura per invalidità totale permanente da infortunio o malattia” viene richiamata espressamente la scelta di parametrizzazione dei criteri valutativi della infortunistica medico legale delle Tabelle INAIL contenute nell'Allegato 1 del DPR n°1124/1965, per essere tale clausola vessatoria nei confronti della ricorrente, in quanto non consente all'interessata l'esercizio del diritto di poter scegliere quella parametrizzazione più vantaggiosa a se, per la quale non veniva espressamente informata della inadeguatezza della operazione in presenza di espresso conflitto di interessi della [impresa resistente];

- per l'effetto del comportamento dell'intermediario finanziario in contrasto con i principi di correttezza e di trasparenza nel rapporto contrattuale intercorso con la ricorrente, ovvero inosservanza agli obblighi informativi, riconoscere come dovuta e legittima alla ricorrente la liquidazione della somma di Euro 134.566,87, detratti i ratei scaduti e già regolarmente pagati, quale giusto indennizzo risarcitorio previsto dal contratto assicurativo sottoscritto a copertura del rischio mutuo, stante l'esistenza della accertata, invalidante ed irreversibile grave patologia di cui risulta affetta la ricorrente e meglio richiamata in premessa



comportante la compromissione irreversibile dell'attività lavorativa in misura superiore al 60% della odierna ricorrente".

Con le controdeduzioni l'impresa ha sollevato eccezioni preliminari di inammissibilità del ricorso, deducendo, da un lato, la mancanza di un previo reclamo conforme ai requisiti sostanziali previsti dal Regolamento ISVAP del 19 maggio 2008 n. 24 (di seguito Regolamento ISVAP n. 24/2008) e ai requisiti formali richiesti dalla documentazione contrattuale, da altro lato l'incompetenza per valore dell'Arbitro Assicurativo, in quanto la controversia riguarderebbe una polizza danni e la somma richiesta eccederebbe il relativo limite (euro 25.000,00 a fronte della somma di euro 134.566,87 richiesta dalla ricorrente).

Nel merito l'impresa ha rappresentato che la ricorrente denunciava il sinistro trasmettendo documentazione medica e veniva sottoposta a visita medico-legale; l'evento non era ritenuto indennizzabile in ragione dell'assenza, secondo i criteri contrattuali, di uno stato invalidante rilevante. La polizza prevede infatti l'applicazione delle tabelle INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. n. 1124/1965 e individua una soglia minima di indennizzabilità pari al 60%, soglia che, secondo le valutazioni effettuate, non risulterebbe raggiunta, essendo stato stimato un grado di invalidità intorno al 45%.

L'impresa ha chiesto nelle conclusioni che il ricorso fosse dichiarato inammissibile per assenza di previo reclamo e superamento della soglia di competenza per valore.

Nella memoria di replica, con riferimento alle eccezioni preliminari la ricorrente ha dedotto la sussistenza di un previo reclamo, e ha contestato l'incompetenza per valore, ritenendo che la polizza abbia natura di polizza vita, come emergerebbe dalla documentazione contrattuale.

Nel merito, ha richiamato integralmente quanto già dedotto nel ricorso e ha ribadito le proprie contestazioni in ordine ai criteri valutativi applicati. In particolare, ha dedotto che, in presenza di prestazioni non cumulabili riferibili alla medesima causa, dovrebbe essere consentita l'applicazione del criterio valutativo più favorevole, richiamando giurisprudenza sul punto. Ha rinnovato, pertanto, la contestazione della clausola di cui all'art. 27 delle condizioni generali di polizza, nella parte in cui richiama i criteri delle tabelle INAIL, deducendone la natura vessatoria anche in considerazione del conflitto di interessi tra impresa di assicurazione e intermediario.

Con memoria di controreplica, l'impresa resistente ha insistito nelle eccezioni preliminari di inammissibilità del ricorso, contestando le deduzioni della ricorrente e ribadendo quanto già esposto in sede di repliche. Nel merito, ha contestato le allegazioni dell'assicurata in ordine alla pretesa possibilità di applicare criteri valutativi diversi da quelli contrattualmente previsti, deducendo che la garanzia assicurativa è espressamente definita dalle condizioni di polizza, le quali individuano l'invalidità totale e permanente sulla base dei criteri delle tabelle INAIL, con soglia minima del 60 %. Ha rappresentato che tali previsioni costituiscono l'oggetto del contratto e il parametro di determinazione del premio, non risultando suscettibili di modifica in sede interpretativa.

DIRITTO



Il Collegio deve preliminarmente pronunciarsi sulle questioni preliminari e pregiudiziali sollevate dall'impresa resistente, in quanto idonee a precludere l'esame del merito dell'odierna controversia.

Parte resistente eccepisce in primo luogo l'inammissibilità del ricorso per omessa proposizione del preventivo reclamo ai sensi dall'art. 8 del Decreto delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito "Decreto"), asserendo che la comunicazione del 24 e 26 novembre 2025 prodotta al riguardo dalla ricorrente sarebbe priva dei requisiti sostanziali previsti per il reclamo dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 e dei requisiti formali richiesti dalla documentazione contrattuale (ex art. 1352 cod. civ.). Segnatamente, sotto il profilo sostanziale la comunicazione dell'assicurata non potrebbe essere qualificata come reclamo in quanto difetterebbe dei requisiti di contenuto richiesti dall'art. 2, comma 1, lett. t bis) del citato Regolamento, secondo cui il reclamo deve contenere *"una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto"*.

Questa eccezione dell'impresa resistente non appare fondata.

In base all'art. 1, comma 1, lett. i) del "Decreto", il reclamo è *"una dichiarazione scritta di insoddisfazione della clientela, avente ad oggetto una prestazione o un servizio assicurativo o un comportamento relativi ad un contratto assicurativo, ricevuta da un'impresa o da un intermediario"* (cfr. anche art. 8, comma 1, dello stesso "Decreto").

Nella comunicazione del 24 novembre 2025 (indicata dalla ricorrente come reclamo) l'assicurata contesta espressamente il contenuto di una lettera dell'impresa del 23 settembre 2025 con cui non era stata accolta la sua richiesta di indennizzo a seguito della denuncia di sinistro, confutando le ragioni del diniego e ribadendo la richiesta motivata dell'indennizzo ai sensi della polizza.

Il Collegio ritiene pertanto che la comunicazione della ricorrente possa essere qualificata come reclamo ai sensi della normativa vigente in materia, atteso che la cliente-assicurata ha inviato in forma scritta all'impresa odierna resistente una dichiarazione diretta a contestarne il diniego dell'indennizzo previsto dalla polizza, e tale dichiarazione presenta lo stesso contenuto del presente ricorso, così come prescritto dal comma 3 dell'art. 8 del "Decreto".

Quanto all'aspetto formale, l'impresa resistente eccepisce che la comunicazione della ricorrente indicata come reclamo non sarebbe stata inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata specificamente destinato ai reclami, individuato nell'art. 13 delle condizioni di assicurazione.

Anche tale eccezione appare priva di rilievo in quanto la comunicazione dell'odierna ricorrente del 24 novembre 2025 risulta inviata all'indirizzo PEC dell'ufficio sinistri dell'impresa resistente.

Come detto in precedenza, l'art. 1, comma 1, lett. i) del "Decreto" richiede, quale requisito del reclamo, una dichiarazione scritta ricevuta da un'impresa (o da un intermediario) e non



prescrive che tale dichiarazione sia indirizzata specificamente all'ufficio reclami o ad altro recapito indicato contrattualmente dall'impresa.

Questo Collegio ritiene, quindi, che nella nota di contestazione inviata il 24 novembre 2025 dal legale della ricorrente all'ufficio sinistri dell'impresa resistente, sia ravvisabile una dichiarazione di reclamo "*ricevuta dall'impresa*", senza che possa rilevare la circostanza della mancata spedizione all'"Ufficio Reclami".

A quanto sopra si aggiunga che, come osservato dalla ricorrente, la richiamata comunicazione di reclamo è stata trasmessa all'indirizzo PEC indicato dalla stessa impresa nella precedente comunicazione di diniego dell'indennizzo e, peraltro, è stata espressamente riscontrata dall'odierna resistente.

Si osserva infine sul punto che, secondo l'orientamento costante dei Collegi dell'Arbitro Bancario Finanziario (con riferimento quindi a un procedimento soggetto a un regime normativo analogo a quello applicabile alla presente controversia), deve ritenersi irrilevante, ai fini della procedibilità della domanda, l'ufficio interno dell'intermediario al quale sono state inviate le comunicazioni, in quanto fatto attinente esclusivamente alla sua organizzazione (cfr. Coll. Napoli, Decisione del 23 aprile 2024 n. 4746; Collegio di Bari, Decisione 7 maggio 2021, n. 11904, reperibili nel sito ufficiale ABF).

L'impresa resistente ha eccepito inoltre che, venendo in considerazione nel caso di specie una "Polizza Danni", e non come indicato dalla ricorrente una "Polizza Vita", l'Arbitro assicurativo risulterebbe incompetente per valore: la ricorrente chiede infatti che le sia riconosciuta "*come dovuta e legittima (...) la liquidazione della somma di euro 134.566,87, detratti i ratei scaduti e già regolarmente pagati, quale giusto indennizzo risarcitorio previsto dal contratto assicurativo (...)*". La stessa si rivolge pertanto all'Arbitro Assicurativo per un importo eccedente il limite di euro 25.000,00 stabilito per le controversie in materia di danni ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett. b), n. 2, "Decreto".

La ricorrente contesta tale eccezione, richiamandosi alla documentazione contrattuale in atti, in cui sarebbero menzionate la "copertura vita" e l'impresa che presta tale garanzia, appartenente al medesimo gruppo dell'impresa resistente.

In proposito il Collegio osserva che l'art. 2 della polizza in questione stabilisce che il cliente può acquistare una "Garanzia per Decesso da Infortunio o da malattia" prestata dall'impresa "A" che si obbliga, qualora si verifichi la morte del Cliente, a corrispondere ai beneficiari designati la prestazione descritta nella stessa polizza; oppure una "Garanzia per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o malattia" prestata dall'impresa "B" (ossia l'odierna impresa resistente sia pure individuata con la denominazione sociale precedente) che si obbliga a corrispondere al Cliente l'indennizzo previsto nella detta polizza. La polizza risulta dunque emessa congiuntamente da due imprese del medesimo gruppo per distinte garanzie, tra cui quella per invalidità totale e permanente da infortunio o malattia prestata esclusivamente dall'impresa resistente "B".

Rileva il Collegio che, nel presente procedimento, la ricorrente ha fatto valere proprio la Garanzia per l'Invalidità Totale e Permanente da malattia prevista dalla polizza e la sua domanda di indennizzo è rivolta all'odierna resistente impresa "B" che ha prestato la relativa



garanzia e non alla diversa e autonoma impresa “A” (pur facente parte dello stesso gruppo assicurativo) che ha prestato, invece, esclusivamente la Garanzia per il Decesso.

La qualificazione della domanda, ai fini anche del riscontro del rispetto dei limiti di competenza per valore, deve essere pertanto effettuata con riferimento all’obbligazione indennitaria concretamente dedotta nel presente procedimento. Appare in proposito non rilevante la circostanza indicata dalla ricorrente secondo cui le due imprese appartengono al medesimo Gruppo assicurativo, posto che in caso di gruppo societario ciascuna società conserva la propria soggettività giuridica e risponde distintamente e autonomamente delle obbligazioni assunte (cfr., sia pure su altro tema, Cass. civ., sez. lavoro, 1° ottobre 2012, n. 16636).

Il Collegio rileva inoltre che, secondo quanto si afferma comunemente nella giurisprudenza di legittimità, l’assicurazione contro il rischio di invalidità da malattia o da infortunio deve essere ricondotta nell’ambito dell’assicurazione contro i danni (cfr. già Cass. civ., sez. III, 25 giugno 2003, n. 10133; più di recente v. Cass. civ., sez. III, 4 maggio 2018, n. 10602: “(...) *l’assicurazione contro la malattia (...) rientra nell’ambito dell’assicurazione contro i danni, la quale, come altresì precisato dalle stesse Sezioni Unite [Cass. civ. Sez. Un., 10 aprile 2002, n. 5119] “non è solo assicurazione di cose o patrimoni, ma è suscettiva di ricomprendere anche i danni subiti dalla persona dell’assicurato per effetto di infortunio, così caratterizzandosi (anche) come assicurazione di persone”. L’invalidità da malattia, dunque, in quanto evento dannoso da indennizzare, va ricondotto al ramo ‘danni’ e ricade nell’ambito di applicazione del principio indennitario”).*

Ciò premesso, ai sensi dell’art. 3, comma 4, del “Decreto”, che disciplina le “Controversie rimesse alla cognizione dell’arbitro assicurativo”: *“La domanda può avere ad oggetto anche la corresponsione di una somma di denaro purché essa non superi i seguenti importi: a) per le controversie relative a contratti di assicurazione sulla vita ai sensi dell’articolo 2, comma 1, del codice delle assicurazioni: 1) euro 300.000,00 se la controversia riguarda i contratti del ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) e le prestazioni oggetto del contratto siano dovute soltanto in caso di decesso; 2) euro 150.000,00 se la controversia riguarda i contratti del ramo I, fermo quanto previsto dal numero 1), e i contratti degli altri rami vita”; b) per le controversie relative a contratti di assicurazione contro i danni ai sensi dell’articolo 2, comma 3 del codice delle assicurazioni: 1) euro 2.500,00 se la controversia riguarda il diritto al risarcimento del danno per responsabilità civile ed è promossa dal terzo danneggiato titolare di azione diretta nei confronti dell’impresa di assicurazione del responsabile. (...) 2) euro 25.000,00 in tutti gli altri casi”.*

Ne consegue che, nel caso di specie, la garanzia dedotta in giudizio (per l’invalidità totale e permanente da malattia) deve essere qualificata come contratto di assicurazione contro i danni ai sensi dell’articolo 2, comma 3 del Codice delle Assicurazioni Private, con applicazione del relativo limite di valore – quanto alla competenza di questo Collegio – che è appunto di euro 25.000,00, giusta la norma del “Decreto” sopra menzionata.

La somma richiesta dalla ricorrente è indicata in euro 134.566,87, “detratti i ratei scaduti e già regolarmente pagati”. Dal piano di ammortamento del mutuo n. ***, depositato in atti, risulta che il debito residuo era pari, al 1° marzo 2025 (rata subito successiva alla data di



apertura del sinistro), ad euro 81.342,60 e, al 1° febbraio 2026 (rata subito successiva alla data di presentazione del ricorso) ad euro 73.220,60.

Tanto rilevato, la richiesta risarcitoria della ricorrente è esorbitante rispetto ai limiti di competenza per valore di questo Collegio, ragione per cui il ricorso è inammissibile e non può essere valutato nel merito. In coerenza con questa conclusione, il Collegio non si pronuncia sulla questione sollevata dalla ricorrente della vessatorietà della clausola di cui alle condizioni generali di polizza dell'impresa resistente, da ritenersi assorbita per effetto della pronuncia di inammissibilità del ricorso.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA