



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
MARIA ANNUNZIATA ASTONE	Membro scelta dall'IVASS
ROSARIA LIMONCIELLO	Componente designata dalle imprese di assicurazione
BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO

Riunione del 07/05/2026

FATTO

Con ricorso del 26 gennaio 2026 (e reclamo del 4 luglio 2025) il ricorrente afferma che: stipulava in data 4 settembre 2024 una polizza infortuni con l'impresa convenuta e in data 29 marzo 2025 subiva un sinistro, consistente in una lesione della cuffia dei rotatori; a seguito della denuncia l'impresa opponeva un recesso/annullamento della polizza per presunta reticenza sulle reali condizioni di salute al momento della stipula; tale contestazione è da ritenersi illegittima perché la stessa impresa già in fase precontrattuale era a conoscenza dello stato di invalidità, formalmente comunicato via PEC prima di sottoscrivere la polizza e senza ricevere contestazioni; nella gestione del sinistro l'impresa convenuta teneva un comportamento ostruzionistico, caratterizzato dal mancato riscontro alle plurime richieste inviate e da ultimo offrendo una somma irrisoria (euro 400,00) a definizione del sinistro.

Il ricorrente – esperita senza successo la fase del reclamo – chiede: a) di accertare l'illegittimità del recesso/annullamento della polizza opposto dall'impresa convenuta per



reticenza; b) di accertare la piena operatività della polizza e quindi di condannare l'impresa convenuta al pagamento della somma di euro 25.000,00 a titolo di indennizzo e risarcimento danni.

L'impresa convenuta, con le proprie controdeduzioni, precisa che: la ricostruzione dei fatti dedotta dal ricorrente non è corretta poiché, al momento della stipula del contratto in oggetto, lo stesso dichiarava uno stato di buona salute, nonostante una preesistente invalidità; la comunicazione della reale condizione fisica avveniva solo successivamente alla stipula della polizza; in ogni caso, esaminava il sinistro e formulava e liquidava, mediante invio di assegno circolare, un'indennità di euro 400,00, in conformità alle condizioni di polizza, ritenuta congrua sulla base dei criteri contrattuali (invalidità permanente pari al 5% con applicazione della franchigia); il ricorso è inammissibile per superamento del limite di valore e per necessità di accertamenti medico-legali non esperibili in sede AAS; in ogni caso la domanda del ricorrente nel merito è infondata per mancanza di prova del danno e della relativa documentazione probatoria necessaria.

L'impresa, pertanto, chiede che: a) venga dichiarata l'inammissibilità del ricorso ex art. 3, comma 4, lett. b), n. 2) Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 del (di seguito, il "Decreto") per essere la domanda superiore al valore di euro 25.000,00 in quanto la richiesta entro il valore soglia è fatta *"anche quale acconto, con riserva di agire in altra sede per il maggior importo, oltre interessi e spese"*; b) venga dichiarata l'inammissibilità del ricorso ex art. 11, comma 8, del Decreto in quanto per la decisione del ricorso sono necessari accertamenti tecnici medico – legali; c) venga accertata l'impossibilità di decidere nel merito sull'*an* e sul *quantum* indennizzabile, trattandosi di procedimento documentale in cui mancano le condizioni di polizza, nonostante sia onere dell'assicurato dimostrare che l'evento rientri tra i rischi inclusi nella copertura assicurativa; d) venga accertata nel merito l'infondatezza della domanda stante la congruità dell'offerta formulata e comunque limitare la domanda entro il massimale di garanzia di euro 20.000,00.

Il ricorrente, nelle repliche, ha affermato che: l'impresa ha travisato l'oggetto della controversia riducendola a una mera contestazione del *quantum*, mentre il nucleo centrale riguarda la *mala gestio* della pratica; la contestazione di reticenza è illegittima e comunque tardiva in quanto l'impresa era da tempo a conoscenza delle circostanze rilevanti e ha comunque mantenuto in vita il rapporto assicurativo; la condotta dell'impresa è palesemente contraddittoria in quanto prima ha contestato la copertura assicurativa, poi implicitamente ha riconosciuto l'operatività della polizza e, infine, offerto un importo irrisorio; tale comportamento ha determinato una situazione di incertezza sulla copertura assicurativa, fonte di un danno ulteriore rispetto al mero indennizzo.

L'impresa convenuta, in sede di controdeduzioni, ha precisato che: la ricostruzione del ricorrente omette elementi essenziali, in particolare le dichiarazioni non veritiere sul proprio stato di salute, e l'iniziale diniego è stato determinato proprio da tale condotta e che, successivamente, è stata comunque formulata l'unica proposta indennitaria possibile secondo polizza, oltre ad aver invitato il ricorrente a visita medico-legale per eventuali ulteriori accertamenti; non vi è stata una *mala gestio* del rapporto e comunque la relativa domanda è da ritenersi tardiva e, in ogni caso, infondata per difetto di prova del danno.



DIRITTO

Il Collegio è chiamato, preliminarmente, ad esaminare l'eccezione dell'impresa convenuta relativa all'incompetenza per valore.

L'eccezione non è fondata e quindi non meritevole di accoglimento per i seguenti motivi.

L'impresa chiede di dichiarare l'inammissibilità del ricorso ex art. 3, comma 4, lett. b), n. 2) del Decreto per essere la domanda superiore al valore di euro 25.000,00 in quanto la richiesta del ricorrente entro il valore soglia è integrata con la seguente precisazione: "*anche quale acconto, con riserva di agire in altra sede per il maggior importo, oltre interessi e spese*".

Il Collegio ritiene che la formulazione della domanda avanzata dal ricorrente, con riserva di agire in giudizio, non è idonea ad ampliare surrettiziamente la cognizione dell'AAS e, rientrando nel valore soglia imperativamente stabilito dal Decreto, è da ritenersi ammissibile; in proposito, si ricorda che l'art. 3, comma 4, lett. b), del Decreto, per le controversie relative a contratti di assicurazione contro i danni, come nel caso di specie, consente la proposizione di domande aventi ad oggetto la corresponsione di somme di denaro entro il limite di euro 25.000.

Ulteriore eccezione dell'impresa convenuta riguarda l'inammissibilità della domanda di risarcimento del danno da *mala gestio* avanzata dal ricorrente in quanto non contenuta nel preventivo reclamo.

Il Collegio ritiene infondata anche tale eccezione per i seguenti motivi.

Ai sensi dell'art. 8, comma 3, del Decreto, il ricorso deve avere il medesimo oggetto del reclamo, fatta salva la possibilità di formulare una domanda di risarcimento del danno, purché questo sia rappresentato come conseguenza immediata e diretta del comportamento già evidenziato nel reclamo.

Il Collegio ritiene che la presentazione del reclamo costituisce condizione di procedibilità per il valido esperimento della procedura e a tal riguardo il concetto di "*medesima questione*" va interpretato in termini di "*sostanziale simmetria*" tra ricorso e reclamo, nel senso che il ricorso va ritenuto ammissibile se l'impresa è stata posta preventivamente a conoscenza della lagnanza del cliente e quindi nella possibilità di risolvere bonariamente la questione insorta.

Nel caso di specie, il ricorrente nei vari reclami succedutesi nel tempo ha fin da subito lamentato una non corretta gestione della pratica da parte dell'impresa chiedendo il relativo risarcimento del danno (seppur con quantificazioni diverse di volta in volta): la domanda di risarcimento del danno da *mala gestio*, pertanto, può ritenersi ammissibile in quanto non introduce un autonomo *petitum*.

Nel merito, il Collegio ritiene che sulla domanda di accertamento sulla operatività della polizza sottoscritta e quindi dell'illegittimo recesso/annullamento dell'impresa per reticenza (domanda *sub-a*, che pare comunque fondata, vista la documentazione prodotta in atti che prova che all'impresa era nota la circostanza contestata) vi è una sostanziale cessata materia del contendere in quanto la stessa impresa convenuta ha provveduto a formulare



un'offerta risarcitoria, nonché ha invitato il ricorrente a visita medico-legale per eventuali ulteriori accertamenti: vi è quindi nei fatti un riconoscimento del diritto da parte dell'impresa convenuta ai sensi dell'art. 1444, comma 2, cod. civ., facendo venire meno l'interesse alla pronuncia da parte dell'Arbitro sul punto.

Sulla domanda di indennizzo e di risarcimento del danno (domanda *sub-b*) il Collegio constata che il ricorso appare privo dei necessari elementi probatori a supporto della domanda formulata.

Il ricorrente, infatti, non ha versato in atti alcuna documentazione utile alla quantificazione dell'indennizzo dovuto (per esempio spese e/o relazioni mediche) e neppure ha contestato in modo rigoroso e nel merito l'offerta proposta dall'impresa, ritenendola genericamente irrisoria (l'impresa ha affermato che l'offerta formulata pari ad euro 400,00 è da ritenersi congrua nel rispetto delle condizioni generali di polizza e delle garanzie attivate, ovverosia *"Invalidità permanente da infortunio"* con un massimale di euro 20.000,00 e con una percentuale di IP contrattualmente prevista del 5% - con franchigia del 3% -).

Il Collegio sulla domanda di risarcimento del danno, peraltro, fa proprio l'insegnamento della giurisprudenza di legittimità, secondo la quale *"il diritto al risarcimento del danno conseguente alla lesione di un diritto soggettivo non è riconosciuto con caratteristiche e finalità punitive restando estranea al sistema l'idea della punizione e della sanzione del responsabile civile e indifferente la valutazione a tal fine della sua condotta ma in relazione all'effettivo pregiudizio subito dal titolare del diritto leso"* (cfr. Cass. civ., sez. I, 8 febbraio 2012, n. 1781 e Cass. civ., sez. III, 19 gennaio 2007, n. 1183).

Seconda la regola generale che è dettata dall'art. 2697, comma 1, cod. civ. grava pertanto sul ricorrente l'onere di dare la prova dell'esistenza (*an debeat*) e della consistenza (*quantum debeat*) del danno del quale ha domandato il risarcimento. Resta, peraltro, ovviamente fermo che, laddove sia stata dimostrata dal ricorrente l'esistenza di un danno risarcibile, ma sia impossibile o comunque eccessivamente difficile quantificarlo esattamente, esso potrà essere liquidato in via equitativa, ai sensi dell'art. 1226 cod. civ. (cfr. Cass. civ., sez. I, 25 gennaio 2017, n. 1931).

Il principio in esame si applica anche nell'ambito del presente procedimento, come può desumersi dal sistema dell'Arbitro Bancario Finanziario – la cui disciplina in materia procedurale è analoga a quella dell'AAS – ove è consolidato l'orientamento secondo cui *"in assenza di una specifica e dettagliata disciplina procedimentale, il giudizio avanti alla ABF deve necessariamente rispettare i principi generali del vigente sistema processuale civile. Il principio della domanda e il rispetto del contraddittorio sono cardini di tale sistema, cui il procedimento ABF non può sottrarsi. Ne consegue che il ricorrente è tenuto a formulare una domanda che sia articolata nel petitum (il provvedimento o il bene della vita richiesto) e nella causa petendi (la situazione giuridica giustificatrice della domanda) e a produrre la documentazione dimostrativa. Reciprocamente, il resistente ha l'onere processuale di addurre le argomentazioni (fattuali e giuridiche) idonee a contrastare la domanda e di produrre la documentazione ritenuta idonea allo scopo"* (cfr. Collegio di Coordinamento ABF, decisione n. 10929/16).



Nel caso di specie, il ricorrente non ha provato la consistenza dell'indennizzo dovuto e neppure ha dato prova alcuna che il comportamento dell'impresa resistente gli abbia cagionato un danno, non sussistendo pertanto neppure i presupposti perché esso sia liquidato equitativamente.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA