



## 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 MARIA ANNUNZIATA ASTONE

Riunione del 07/05/2026

## FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo, depositato in data 17 gennaio 2026 (a seguito di reclamo presentato il 21 ottobre 2025), il ricorrente, titolare di una polizza assicurativa abbinata a un contratto di mutuo e comprensiva della garanzia per invalidità permanente totale da malattia, esponeva di avere richiesto all'impresa assicuratrice l'indennizzo previsto dalla predetta copertura, parametrato al debito residuo del mutuo, a seguito del riconoscimento di una condizione di invalidità permanente, richiesta successivamente respinta dall'impresa per intervenuta prescrizione.

Il ricorrente lamentava che ai sensi dell'articolo 12 delle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito, "C.G.A."), la denuncia del sinistro presupponeva la produzione di idonea documentazione sanitaria, costituita in particolare da certificazione medica o da verbale sanitario dell'INPS, attestante l'invalidità permanente. Per tale ragione egli provvedeva alla denuncia del sinistro solo all'esito del procedimento amministrativo volto al riconoscimento dell'invalidità, conclusosi con l'emissione del verbale sanitario definitivo dell'INPS in data 21 luglio 2025, sebbene la patologia fosse insorta nel dicembre 2018.



Evidenziava, inoltre, che l'impresa dopo avere inizialmente istruito la pratica di sinistro richiedeva la produzione del precedente verbale INPS emesso nel marzo 2019, qualificato come provvisorio. Il ricorrente sosteneva, quindi, che il termine di prescrizione dovesse decorrere non già dalla data di tale primo verbale bensì da quella del verbale definitivo del 21 luglio 2025 in quanto solo in tale momento la patologia sarebbe divenuta stabilizzata e definitivamente accertata. Costituitasi regolarmente, l'impresa convenuta eccepiva in via preliminare l'inammissibilità del ricorso per incompetenza per valore, deducendo che l'indennizzo richiesto parametrato al debito residuo del mutuo assicurato superasse comunque il limite di euro 25.000,00 stabilito per le controversie in materia di danni ai sensi del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2014 n. 215 (di seguito, il "Decreto"). In particolare, precisa che tale importo è stato quantificato in euro 55.460,77 con riferimento alla data del gennaio 2019, ovvero in euro 40.056,26 ove si considerasse la domanda INPS del maggio 2025.

Nel merito, l'impresa deduceva l'intervenuta prescrizione del diritto richiamando il disposto degli articoli 2935 e 2952 cod. civ., nonché le pertinenti clausole contrattuali. Evidenziava, altresì, che, ai sensi delle C.G.A., l'assicurato era tenuto a denunciare la malattia entro 15 giorni dal momento in cui secondo parere medico essa possa ritenersi idonea ad attivare la garanzia assicurativa, allegando idonea documentazione sanitaria.

Per tale ragione l'impresa osservava che il ricorrente aveva presentato domanda di riconoscimento dell'invalidità dell'INPS già in data 28 gennaio 2019, allegando documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza di una condizione invalidante. Rilevava che l'INPS aveva accertato un'invalidità pari al 67% con decorrenza dalla medesima data con la conseguenza che già in quel momento il diritto all'indennizzo poteva essere fatto valere. Pertanto, secondo la prospettazione della resistente, la mancata denuncia del sinistro nei termini contrattualmente previsti nonché l'inerzia protrattasi per diversi anni aveva determinato l'estinzione del diritto per prescrizione. Con memorie di repliche il ricorrente ha ribadito le proprie difese sostenendo che il verbale INPS del 2019 doveva considerarsi provvisorio in quanto soggetto a revisione e che la malattia non poteva ritenersi stabilizzata in tale momento, essendo ancora in evoluzione. Rappresentava, inoltre, che solo con il verbale INPS del luglio 2025 la malattia si era stabilizzata, rendendo definitivo il giudizio medico, anche alla luce delle modifiche intervenute nel quadro clinico. Rilevava, altresì, richiamando orientamenti giurisprudenziali della Corte di Cassazione, che il *dies a quo* della prescrizione decorreva dalla data di stabilizzazione della malattia. Parte ricorrente evidenziava che il mancato espletamento delle visite di revisione negli anni 2021 e 2023 era imputabile a cause di forza maggiore connesse alla pandemia da COVID-19. Con successive controrepliche l'impresa insisteva nell'eccezione e nelle difese già svolte, chiedendo la declaratoria di inammissibilità del ricorso ovvero nel merito il suo rigetto.

Alla luce di quanto prodotto, il ricorrente domanda, in via principale, la liquidazione del sinistro e la sua quantificazione (che in sede di reclamo è stato quantificato per un importo di circa euro 55.000,00) - deducendo che la prescrizione inizia a decorrere il 21 luglio 2025 (data in cui viene emesso il verbale definitivo dell'INPS) e non dal 2019 come affermato dall'impresa convenuta; in via subordinata, chiede di riconoscere l'aggravamento della malattia e la sua quantificazione. L'impresa, alla luce di quanto eccepito e controdedotto,



chiede in via preliminare di voler dichiarare inammissibile il ricorso; in subordine, il rigetto del ricorso e la dichiarazione di accertamento dell'estinzione di ogni diritto avversario per intervenuta prescrizione.

### **DIRITTO**

La controversia portata all'attenzione del Collegio riguarda la richiesta di pagamento di un indennizzo assicurativo, derivante dalla titolarità di una polizza abbinata a un mutuo, a seguito di una sopravvenuta invalidità permanente da malattia.

L'impresa convenuta, contestando nel merito la sussistenza del diritto all'indennizzo da parte del ricorrente, chiede preliminarmente a questo Collegio di accertare la propria competenza per valore. Infatti, la richiesta del ricorrente emergente dal reclamo è di euro 55.460,77 (metà di euro 110.921,54), pari "al debito residuo del mutuo al momento del sinistro" e dunque ad un importo calcolato, come da piano di ammortamento prodotto dal ricorrente, alla data di gennaio 2019 (data di presentazione della prima domanda di invalidità all'INPS). Rilevava però l'impresa convenuta che ove la decorrenza fosse fissata a far data dal mese di maggio 2025 (data di presentazione della seconda domanda di invalidità) l'importo dovuto ammonterebbe ad euro 40.056,26 (pari alla metà di euro 80.112,53). In entrambe le ipotesi - ad avviso del convenuto - sussisteva incompetenza per valore in quanto il ricorrente nel chiedere "la liquidazione del sinistro da invalidità permanente", agiva per un importo eccedente il limite di euro 25.000,00 stabilito, in via residuale, per le controversie in materia di assicurazione contro i danni, ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett. b), n. 2, del Decreto.

Ciò premesso, il Collegio rileva che la garanzia concretamente azionata dal ricorrente attiene al rischio di invalidità permanente totale da malattia e deve pertanto essere ricondotta ai contratti di assicurazione contro i danni ai sensi dell'art. 2, comma 3, CAP. Invero, nel caso di specie non ricorrono gli elementi che l'art. 2, comma 1, CAP, richiede affinché una copertura malattia o invalidità possa essere attratta nell'ambito del ramo vita, ossia una garanzia di lunga durata, non rescindibile e strutturata secondo una logica previdenziale e biometrica propria delle assicurazioni sulla vita. Considerato, quindi, che la domanda proposta dal ricorrente ha ad oggetto il pagamento di un indennizzo assicurativo superiore al limite di euro 25.000,00 previsto dall'art. 3, comma 4, lett. b), n. 2, del Decreto, la controversia non rientra nella competenza per valore dell'Arbitro Assicurativo.

### **PER QUESTI MOTIVI**

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

La Presidente

Firmato digitalmente da  
CONCETTA BRESCIA MORRA