



## 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 21/05/2026

## FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 17 gennaio 2026 (e asserito reclamo inviato all'impresa in data 22 maggio 2025), il ricorrente, tramite procuratore, al fine di descrivere l'oggetto della controversia, rinviava integralmente alla comunicazione inviata all'impresa il 22 maggio 2025, contenente una "*richiesta di indennizzo ed invito alla stipulazione di negoziazione assistita*" e qualificata dal ricorrente medesimo come reclamo.

Da tale comunicazione si desume che la madre del ricorrente, in data 6 settembre 2019, contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento, aderiva ad una polizza stipulata dalla banca erogante con l'impresa resistente (più precisamente, la polizza era offerta da altra impresa, incorporata nel 2022 dall'impresa resistente, la quale nel 2024 ha assunto l'attuale denominazione sociale).



Nel corso del 2022 alla *de cuius* era stato diagnosticato un tumore al fegato, per il quale si sottoponeva a terapia e otteneva un certificato di invalidità totale.

Secondo l'assunto del ricorrente, sebbene l'assicurata avesse denunciato tempestivamente il sinistro in data 2 luglio 2024, "*entro i termini di prescrizione previsti dalle condizioni di polizza*", non le sarebbe stato corrisposto l'indennizzo previsto dall'art. 7, punto B.4) delle Condizioni Generali di Assicurazioni, di seguito CGA, a copertura del debito residuo del mutuo al momento del sinistro. Sempre a dire del ricorrente la clausola richiamata dall'impresa a fondamento del diniego (art. 12 delle CGA che disciplina i termini e le modalità che l'assicurato deve seguire per la denuncia del sinistro) sarebbe vessatoria, atteso il decesso della madre del ricorrente.

Con le conclusioni il ricorrente chiedeva "*la liquidazione [dell'] indennizzo assicurativo*".

Con le controdeduzioni, l'impresa chiedeva, in via preliminare, di dichiarare il ricorso inammissibile ai sensi del Decreto delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito "Decreto") per mancanza di un preventivo reclamo e per superamento dei limiti di competenza per valore dell'Arbitro Assicurativo.

Nel merito l'impresa evidenziava che il decesso della madre del ricorrente si porrebbe fuori dalla copertura assicurativa in quanto dovuto a malattia, laddove la polizza offerta dall'impresa resistente e alla quale la *de cuius* ha aderito in data 7 settembre 2019, coprirebbe unicamente il decesso da infortunio. Sul punto, richiamava il certificato di morte del 17 luglio 2024, emesso dall'Azienda sanitaria provinciale, che indica chiaramente quali cause del decesso le condizioni morbose definite come: "*k colon con metastasi epatiche*" e "*metastasi polmone e femore*".

Con le repliche, il ricorrente contestava le eccezioni di inammissibilità sollevate dall'impresa e, nel merito, rilevava che la resistente avrebbe richiamato una sezione della polizza non pertinente, relativa alla copertura per morte da infortunio; la domanda riguarderebbe invece l'indennizzo per invalidità permanente totale da infortunio o malattia, previsto da una diversa clausola contrattuale applicabile al caso di specie.

Nelle controrepliche l'impresa confermava quanto eccepito in sede di controdeduzioni circa l'inammissibilità del ricorso e, nel merito, ribadiva che il rischio coperto dalla polizza sottoscritta dall'assicurata è "*il caso di Morte dovuta a Infortunio, avvenuta nel periodo di validità della Copertura Assicurativa e non oltre la sua scadenza*", con la conseguenza che il decesso dell'assicurata si porrebbe fuori copertura in quanto dovuto a malattia.

## **DIRITTO**

La questione rimessa alla decisione di questo Collegio concerne una polizza assicurativa stipulata con l'impresa resistente dalla madre deceduta del ricorrente, a copertura di un finanziamento.

Come si desume dalle CGA acquisite agli atti, nel caso di specie la polizza – di natura collettiva – è stata stipulata dalla banca contraente, per conto dell'assicurato ai sensi dell'art. 1891 cod. civ., con un'impresa successivamente incorporata dall'odierna resistente.



Il contratto di adesione individuale alla polizza collettiva risultava abbinabile esclusivamente al contratto di finanziamento stipulato con la banca contraente.

La polizza prevede, a fronte del finanziamento stipulato tra la banca e l'assicurato, due distinte linee di copertura assicurativa, che l'assicurato poteva scegliere se sottoscrivere singolarmente o cumulativamente: "A) *Copertura Assicurativa n. 1 – Linea protezione debito: Copertura Assicurativa per Morte dovuta a Infortunio (...); Copertura Assicurativa per Invalidità Permanente Totale dovuta a Infortunio o Malattia (...); B) Copertura Assicurativa n. 2 – Linea protezione rata: Copertura Assicurativa per Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia (...)*".

Sebbene non risulti agli atti l'atto di adesione individuale alla polizza con cui la *de cuius* avrebbe espresso la propria scelta al riguardo (nell'invito alla negoziazione assistita/reclamo del ricorrente del 22 maggio 2025 si fa riferimento solo alla data di sottoscrizione, 6 settembre 2019, dell'atto di adesione), dalle memorie delle parti si evince come le stesse facciano riferimento alla "*Copertura assicurativa n.1 – Linea protezione debito*", che prevede la copertura assicurativa per morte dovuta a infortunio e per invalidità permanente totale dovuta a infortunio o malattia.

Peraltro, il ricorrente con il ricorso, tramite il rinvio alla menzionata comunicazione del 22 maggio 2025 (qualificata anche come reclamo), e con la memoria di replica chiede il pagamento dell'indennizzo relativo alla garanzia per "*Invalidità Permanente Totale dovuta a Infortunio o Malattia*" (art. 7, punto B.4) delle CGA della polizza collettiva). L'impresa resistente invece, richiamando l'art. 7, punto A.2) delle CGA, assume che l'assicurata aveva stipulato la copertura al caso di "*Morte dovuta a Infortunio*", anch'esso ricompreso dell'ambito della Linea "*Copertura Assicurativa n. 1 – Linea protezione debito*".

Ciò premesso, l'impresa resistente ha formulato due eccezioni preliminari di inammissibilità del ricorso, basate rispettivamente sull'asserita mancanza di un preventivo reclamo e sull'asserito superamento dei limiti di competenza di valore previsti dal Decreto "*in ambito danni*".

Il Collegio, pur in assenza di un'eccezione sul punto da parte della resistente, ritiene che il ricorso debba essere analizzato innanzitutto, ai fini dell'ammissibilità, sotto il profilo della determinatezza del "*petitum*".

Infatti, con le conclusioni il ricorrente ha chiesto a questo Arbitro la "*liquidazione [dell'] indennizzo assicurativo*", senza, tuttavia, indicare o quantificare l'importo richiesto.

Nella menzionata comunicazione del 22 maggio 2025 – cui il ricorrente rinvia integralmente per la descrizione dell'oggetto della controversia – lo stesso fa riferimento all'indennizzo previsto dall'art. 7, punto B.4) delle CGA (indennizzo per invalidità permanente totale da infortunio o malattia), a copertura del debito residuo del mutuo al momento del sinistro del 15 settembre 2023.

Tuttavia, nel caso di specie non solo non vi è evidenza, come si è detto, dell'atto di adesione individuale alla polizza collettiva (di cui è specificata solo la data di sottoscrizione), ma neppure è stato allegato il piano di ammortamento del finanziamento.



Sul punto non soccorrono le indicazioni dell'impresa resistente, la quale afferma nelle controdeduzioni che *“La richiesta di ‘liquidazione dell’indennizzo’, riferita al decesso della signora \*\*\* \*\*\* (assicurata), ove mai dovuta, corrisponderebbe infatti ‘al debito residuo al momento del sinistro’ come previsto dall’art. 7, lettera A3) e dunque ad un importo che, come da piano di ammortamento, alla data del 17.05.2024 (data del decesso dell’assicurata) corrisponderebbe ad Euro 67.590,54”*. Infatti, l'impresa fa riferimento, quale copertura assicurativa applicabile alla fattispecie, alla morte per infortunio e quindi considera come sinistro il decesso alla data del 17 maggio 2024; viceversa il ricorrente con il ricorso (che rinvia alla comunicazione trasmessa all'impresa resistente in data 22 maggio 2025) menziona la copertura da invalidità permanente totale dovuta a malattia e quindi rinvia al sinistro del 15 settembre 2023.

La domanda proposta dal ricorrente risulta pertanto connotata da genericità e indeterminatezza, non essendo indicato l'ammontare del rimborso richiesto né risultando allegata la documentazione essenziale che consenta di individuare quanto meno *per relationem* l'indennizzo asseritamente dovuto.

Al riguardo, il Collegio richiama l'art. 9, comma 1, lett. h), del Decreto, secondo cui il ricorso è inammissibile qualora sia privo dell'indicazione degli elementi essenziali, tra cui l'oggetto e la domanda. Tali elementi essenziali ricomprendono pertanto anche il *petitum*, ossia nel caso di specie la somma asseritamente dovuta a titolo di indennizzo e di cui il ricorrente chiede espressamente il pagamento quale unico ed esclusivo oggetto della domanda.

La mancata indicazione dell'importo richiesto incide, pertanto, nel caso di specie sulla possibilità di individuare adeguatamente il contenuto della pretesa azionata. Sebbene il procedimento dinnanzi all'Arbitro Assicurativo, in ogni sua fase, sia disciplinato dal Decreto con un minore rigore formale e tecnico rispetto ai procedimenti instaurati presso l'autorità giudiziaria ordinaria (si pensi ad esempio alla regola per cui il ricorso può essere proposto dal cliente personalmente senza l'assistenza di un legale), il *petitum* deve comunque essere individuato o individuabile, risultando applicabile anche al procedimento arbitrale l'art. 163, comma terzo, n. 3) cod. proc. civ. (ai sensi del quale l'atto di citazione deve contenere *“la determinazione della cosa oggetto della domanda”*). Questi principi sono affermati anche dai Collegi dell'Arbitro Bancario Finanziario, con riferimento a un procedimento soggetto a un regime normativo analogo a quello applicabile alla presente controversia (cfr., *ex multis*, Coll. Bari, 4 agosto 2023, n. 8384).

Del resto, anche a voler considerare come importo richiesto dal ricorrente quale indennizzo la somma menzionata dall'impresa nelle controdeduzioni, e dal primo non contestata, ossia euro 67.590,54 corrispondenti al debito residuo al momento del sinistro (quest'ultimo, invero, inteso dalla resistente come il decesso dell'assicurata, e non già l'inizio della malattia cui implicitamente fa riferimento il ricorrente), viene in rilievo l'eccezione dell'impresa di inammissibilità del ricorso in quanto eccedente i limiti di competenza per valore *“in ambito danni”* previsti dal Decreto.

Sul punto il Collegio rileva 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, sulle “*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*”.

Nel caso di specie la garanzia dedotta dal ricorrente nel procedimento arbitrale (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.

Anche sotto il profilo della incompetenza per valore di questo Arbitro il ricorso risulta quindi inammissibile e non può essere valutato nel merito.

Resta logicamente assorbita l'ulteriore questione preliminare sollevata dall'impresa resistente e relativa all'asserita mancanza di un preventivo reclamo.

### **PER QUESTI MOTIVI**

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

La Presidente

Firmato digitalmente da  
CONCETTA BRESCIA MORRA