



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO

Riunione del 28/05/2026

FATTO

Con ricorso del 2 febbraio 2026 (preceduto da reclamo del 30 settembre 2025), la ricorrente afferma di aver sottoscritto una polizza vita con l'impresa resistente, di cui, a seguito del mancato pagamento del premio, chiedeva la riattivazione. Deduce che l'impresa resistente, con PEC del 30 ottobre 2025, le comunicava che la polizza non poteva essere riattivata per il mancato rispetto del termine previsto per il pagamento del premio, circostanza che ritiene smentita dalla documentazione prodotta. Espone, inoltre, che, con successiva PEC del 16 dicembre 2025, l'impresa resistente motivava il diniego con il peggioramento delle proprie condizioni di salute, circostanza che assume essere parimenti smentita dal certificato medico prodotto.

Esperita senza esito favorevole la fase del reclamo, la ricorrente chiede la riattivazione della polizza e la rifusione delle spese legali sostenute.

L'impresa resistente, con le proprie controdeduzioni, afferma che la ricorrente sottoscriveva, in data 14 maggio 2014, un contratto di assicurazione sulla vita. A seguito del mancato pagamento del premio con scadenza il 14 maggio 2024, la polizza veniva messa in



riduzione, come comunicato con la rendicontazione annuale del 12 giugno 2025. Deduce che la richiesta di riattivazione veniva presentata soltanto in data 20 marzo 2025, oltre il termine di centottanta giorni previsto dalle condizioni contrattuali. Espone che disponeva nuovi accertamenti sanitari, ai quali la ricorrente si sottoponeva il 24 luglio 2025, e che, all'esito degli stessi, comunicava il diniego della riattivazione della polizza. Chiede, pertanto, il rigetto del ricorso, ritenendo legittimo il diniego opposto.

La ricorrente, con la memoria di replica, afferma che la polizza decorreva dal 14 maggio 2014 e non dal 14 maggio 2024, come erroneamente indicato dall'impresa resistente. Deduce di avere sempre corrisposto regolarmente i premi, ad eccezione di quello con scadenza il 14 maggio 2024, per il quale la richiesta di pagamento, ancorché tardiva, veniva presentata in data 20 marzo 2025, entro il termine di un anno previsto dalle condizioni contrattuali. Sostiene che l'impresa resistente negava la riattivazione della polizza fornendo dapprima una motivazione fondata sul ritardo e, successivamente, una diversa motivazione fondata sul peggioramento delle condizioni di salute, circostanza che avrebbe generato incertezza in ordine alle effettive ragioni del diniego.

L'impresa resistente, con la memoria di controreplica, precisa che la richiesta di riattivazione veniva presentata successivamente al decorso del termine di centottanta giorni dalla riduzione della polizza. Ribadisce che il richiamo sia al superamento di tale termine sia agli esiti degli accertamenti sanitari si collocava nell'ambito della disciplina contrattuale applicabile alla valutazione della richiesta di riattivazione. Evidenzia, infine, che il pagamento del premio oltre il termine di centottanta giorni non determinava automaticamente la riattivazione della polizza, permanendo la necessità di una valutazione da parte dell'impresa resistente.

DIRITTO

Con il presente ricorso, la ricorrente lamenta la mancata riattivazione di una polizza vita; l'impresa resistente, di contro, ritiene legittimo il diniego della richiesta di riattivazione, in quanto presentata successivamente al decorso del termine contrattuale di centottanta giorni dalla riduzione della polizza.

È pacifico tra le parti che la ricorrente, intestataria di una polizza vita sottoscritta in data 14 maggio 2014, non abbia corrisposto il premio con scadenza il 14 maggio 2024, con conseguente riduzione delle garanzie previste dal contratto, e che abbia successivamente presentato richiesta di riattivazione dopo centottanta giorni dalla riduzione della polizza, sebbene entro l'anno.

A seguito di tale richiesta, l'impresa resistente disponeva nuovi accertamenti sanitari e, con comunicazione del 12 settembre 2025, negava la riattivazione della polizza, richiamando il peggioramento delle condizioni di salute della ricorrente risultante dagli accertamenti eseguiti il 24 luglio 2025.

Secondo l'impresa resistente, il diniego trova fondamento negli artt. 8 e 9 delle condizioni di polizza.

Tali disposizioni prevedono che, qualora il contraente abbia corrisposto almeno tre premi annui, le garanzie si riducano automaticamente ove non venga pagata anche una sola rata



di premio decorsi 30 giorni dalla relativa scadenza. È fatta salva la possibilità di chiedere la riattivazione delle garanzie mediante pagamento delle rate arretrate entro centottanta giorni dalla riduzione; decorso tale termine (ed entro un anno dalla riduzione), la riattivazione può essere concessa dall'impresa, la quale, per decidere se accordarla, può richiedere nuovi accertamenti sanitari.

Secondo la resistente, la richiesta di riattivazione, essendo stata presentata oltre il termine di centottanta giorni dalla riduzione della polizza, avrebbe rimesso la decisione sull'eventuale riattivazione alla discrezionalità dell'impresa, la quale ha ritenuto di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, all'esito dei quali ha deciso di non procedere alla riattivazione. Al riguardo, l'impresa resistente precisa, inoltre, che l'esito di tali accertamenti non avrebbe condizionato, né limitato la suddetta discrezionalità, non sussistendo alcun obbligo in capo alla stessa di riattivare il contratto, neppure nell'ipotesi in cui le condizioni di salute della ricorrente non fossero peggiorate. Conseguentemente, il dedotto aggravamento delle condizioni cliniche della ricorrente avrebbe, al più, rafforzato la decisione di negare la riattivazione, senza costituirne il presupposto di legittimità.

Preliminarmente, occorre rilevare che l'art. 1924 cod. civ. è norma derogabile, in quanto non ricompreso tra quelle citate dall'art. 1932 cod. civ. come inderogabili. Essa può, pertanto, essere modificata dalle parti nell'esercizio della loro autonomia negoziale mediante clausole che prevedano la possibilità di riattivazione della polizza entro determinati termini, subordinando, decorso un primo periodo, la riattivazione all'accertamento, da parte dell'assicuratore, del buono stato di salute dell'assicurato (Cass. civ., sez. I, 20 ottobre 1994, n. 8558). Nella medesima pronuncia la Corte ha altresì precisato che, in tali ipotesi, la polizza permane in una situazione di *"quiescenza del rapporto"* e che la riattivazione *"non determina il sorgere di un nuovo contratto, ma rivive lo stesso rapporto già quiescente"*. Resta fermo, in tale contesto, il principio secondo cui la disciplina pattizia derogatoria dell'art. 1924 cod. civ. deve comunque preservare il rapporto di corrispettività tra pagamento del premio e assunzione del rischio da parte dell'assicuratore (Cass. civ., sez. I, 20 gennaio 1988, n. 401).

Nel caso di specie, il Collegio ritiene che il diniego opposto dall'impresa resistente non possa essere condiviso. Gli artt. 8 e 9 delle condizioni di polizza attribuiscono, decorso il termine di centottanta giorni dalla riduzione della polizza, una facoltà valutativa all'impresa, prevedendo al contempo che quest'ultima, *"per decidere se accordar[e]"* la riattivazione, possa richiedere nuovi accertamenti sanitari.

La clausola non chiarisce, tuttavia, quale rapporto intercorra tra tale facoltà valutativa e la scelta di disporre gli accertamenti sanitari, né se questi ultimi costituiscano un mero elemento conoscitivo ovvero il parametro cui ancorare la discrezionalità contrattualmente attribuita all'impresa. Sotto tale profilo, pertanto, la previsione contrattuale presenta un margine di ambiguità.

Proprio in presenza di tale ambiguità, trova applicazione il principio secondo cui le clausole di dubbia interpretazione contenute in un contratto di assicurazione devono essere interpretate, all'esito della valutazione complessiva del regolamento negoziale, a favore dell'assicurato e in senso sfavorevole al predisponente, ai sensi dell'art. 1370 cod. civ..



Analoga tutela è prevista dall'art. 35 cod. cons., che impone la redazione chiara e comprensibile delle clausole contrattuali e stabilisce che, nel dubbio, prevalga l'interpretazione più favorevole al consumatore.

In tal senso si è espressa la giurisprudenza di legittimità, secondo cui il contratto di assicurazione deve essere interpretato facendo applicazione del criterio di cui all'art. 1370 cod. civ. quando, all'esito dell'applicazione degli ordinari criteri ermeneutici, permangano margini di ambiguità (Cass. civ., sez. III, 9 luglio 2019, n. 18324). Nella medesima prospettiva è stato altresì affermato che le clausole di polizza che delimitano il rischio assicurato, ove inserite in condizioni generali predisposte dall'assicuratore, devono essere interpretate, nel dubbio, in senso sfavorevole a quest'ultimo (Cass. civ., sez. III, 17 gennaio 2008, n. 866) e che il giudice non può attribuire a clausole polisensu uno specifico significato senza avere previamente fatto ricorso ai criteri ermeneutici dettati dagli artt. 1362 e ss. cod. civ. e, in particolare, a quello previsto dall'art. 1370 cod. civ. (Cass. civ., sez. III, 18 gennaio 2016, n. 668).

La giurisprudenza di legittimità ha inoltre costantemente affermato che il contratto di assicurazione deve essere redatto in modo chiaro e comprensibile, principio oggi espressamente recepito dall'art. 166 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle Assicurazioni Private), secondo cui il contratto e ogni altro documento consegnato dall'impresa al contraente devono essere redatti in modo chiaro ed esauriente.

Alla luce di tali principi, il Collegio ritiene che, una volta esercitata la facoltà, espressamente prevista dalla clausola, di richiedere nuovi accertamenti sanitari "*per decidere*" sulla riattivazione della polizza, la successiva determinazione dell'impresa non possa prescindere dall'esito di tali accertamenti. Gli stessi, infatti, secondo la formulazione della clausola, sono richiesti proprio per consentire all'impresa di assumere la decisione sulla richiesta di riattivazione e costituiscono, pertanto, il parametro cui deve essere ancorata la relativa valutazione. Diversamente opinando, la previsione contrattuale che attribuisce rilievo agli accertamenti sanitari resterebbe priva di un'autonoma funzione nell'economia della clausola e la scelta dell'impresa si risolverebbe in una valutazione sostanzialmente svincolata dall'*iter* procedimentale dalla stessa previsto.

Ne consegue che, una volta disposto l'accertamento sanitario, la valutazione dell'impresa deve essere coerente con il relativo esito e non può prescindere dagli elementi emersi in tale sede.

Nel caso di specie, gli accertamenti sanitari eseguiti non evidenziano elementi idonei a giustificare il diniego della riattivazione nei termini prospettati dall'impresa resistente. Ne consegue che il diniego opposto non risulta conforme alla disciplina contrattuale come sopra interpretata.

Alla luce di tutto quanto sopra, il Collegio accerta il diritto della ricorrente a ottenere la riattivazione della polizza alle condizioni contrattualmente previste e, per l'effetto, condanna l'impresa a disporla.

Non può, invece, essere accolta la domanda di rifusione delle spese legali con attribuzione al difensore antistatario, in quanto non supportata da idonea documentazione.



Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

Decisione N. 630 del 03 luglio 2026

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie parzialmente il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA