



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS	Membro scelto dall'IVASS
ROSARIA LIMONCIELLO	Componente designata dalle imprese di assicurazione
FRANCESCO ZAMPINO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS

Riunione del 02/07/2026

FATTO

Con ricorso pervenuto in data 15 gennaio 2026 (preceduto da reclamo del 9 giugno 2025) la ricorrente riferisce che, a seguito di accertamenti diagnostici, le veniva prescritto un intervento vertebrale con decompressione ed asportazione del legamento giallo. Si sottoponeva, quindi, al relativo intervento chirurgico chiedendo all'impresa, con la quale aveva stipulato una polizza a copertura di grandi interventi chirurgici e gravi malattie, di essere indennizzata per i costi a tal fine sostenuti. L'impresa, però, negava l'indennizzo sottolineando che l'intervento chirurgico suddetto non poteva essere incluso all'interno dei "Grandi interventi chirurgici" di cui all'art. 138 delle CGA in quanto non rientrante all'interno di quelli indicati all'Allegato B della polizza ove risulterebbero elencati i c.d. "Grandi interventi" coperti dalla polizza. La ricorrente contesta tale posizione affermando che l'intervento al quale si era sottoposta non fosse espressamente escluso dalle coperture assicurative insistendo, quindi, per la richiesta di indennizzo. Sostiene, inoltre, la violazione da parte dell'impresa dei principi generali di correttezza, trasparenza e buona fede. Sulla scorta di ciò chiede, quindi, di accertare l'illegittimità del diniego opposto dall'impresa, di dichiarare che l'intervento chirurgico al quale si era sottoposta debba essere incluso tra i



“Grandi interventi” coperti dalla polizza e, di conseguenza, insiste per il riconoscimento del relativo indennizzo.

L’impresa, in sede di controdeduzioni, precisa che la ricorrente aveva già un primo momento tentato di attivare la polizza in regime di assistenza diretta e, a seguito del diniego dell’impresa, avrebbe effettuato l’intervento chirurgico privatamente. Ribadisce, quindi, che l’operazione alla quale la ricorrente si era sottoposta non rientrasse all’interno dei “Grandi interventi” coperti dalla polizza sottolineando che l’assenza di una espressa esclusione dello stesso non significava, *a contrario*, che lo stesso rientrasse nel perimetro di operatività della polizza. Nega, inoltre qualunque violazione dei principi di buona fede, correttezza e trasparenza alla stessa attribuibili.

Nelle repliche la ricorrente, oltre a ribadire quanto affermato nel ricorso, solleva l’inopponibilità/inefficacia dell’Allegato B della polizza in quanto, essendo collocato all’interno di una sezione meramente procedurale del fascicolo informativo e non essendo richiamato né all’interno del DIP Danni, né all’interno del DIP aggiuntivo e neppure all’interno delle Condizioni generali di assicurazione, la stessa non avrebbe avuto modo di conoscerne il contenuto tempestivamente. Ciò configurerebbe una violazione degli obblighi di buona fede, correttezza e trasparenza previste dalle disposizioni di settore. Richiede, inoltre, la declaratoria di inefficacia dell’Allegato B in quanto carente della doppia sottoscrizione richiamata dall’art. 1341, comma 2, cod. civ. Sulla scorta di tali considerazioni, insiste nel considerare l’intervento dalla stessa subito come rientrante all’interno della categoria dei “Grandi interventi” sottolineando come l’elencazione contenuta all’Allegato B presentasse margini di ambiguità e che l’intervento di decompressione del canale vertebrale dalla stessa subito rientrerebbe, per affinità, a quello di “asportazione di processi espansivi del rachide” che, invece, era espressamente incluso nell’elenco suddetto.

Sulla scorta di tali considerazioni, la ricorrente riarticola quindi le proprie richieste chiedendo, in via principale, l’inefficacia dell’Allegato B nei suoi confronti e, per l’effetto, la liquidazione dell’indennizzo che quantifica in euro 12.788,56, oltre spese accessorie per un importo pari ad euro 182,00 nonché interessi e rivalutazioni dalla data del sinistro al soddisfo. In via subordinata, di accertare in ogni caso la possibilità di includere l’intervento al quale si era sottoposta la ricorrente all’interno dei grandi interventi di cui all’Allegato B e, per l’effetto, riconoscere il diritto dalla liquidazione dell’indennizzo nella misura sopra riportata. In via ulteriormente subordinata, chiede che gli venga comunque riconosciuto il diritto a ricevere il suddetto indennizzo in funzione di una corretta interpretazione del contratto ai sensi dell’art. 1370 cod. civ.

In sede di controrepliche l’impresa sottolinea, in primo luogo, l’ampliamento del perimetro della controversia tramite l’introduzione di nuove domande da parte della ricorrente tramite le repliche. In tale sede, in particolare, la ricorrente formulava la richiesta di accertamento dell’inopponibilità ed inefficacia dell’Allegato B della polizza derivante da violazione degli obblighi di trasparenza, correttezza e buona fede nonché per mancanza della doppia sottoscrizione richiesta dall’art. 1341, comma 2 cod. civ. L’impresa sottolinea, in ogni caso, che la polizza in parola era stata sottoscritta *on line* da parte della ricorrente tramite una procedura che garantisce la messa a disposizione di tutte le informazioni precontrattuali in



favore del potenziale cliente prima della conclusione del contratto. Ribadisce, poi, che l'Allegato B assolveva la funzione di definire in positivo il rischio assicurato procedendo ad una tassativa elencazione dei "Grandi interventi chirurgici" e che lo stesso era richiamato nel Glossario, nelle Condizioni generali di assicurazione nonché nella documentazione informativa. L'impresa ribadiva l'inapplicabilità dell'art. 1341 cod. civ. poiché l'Allegato B non integrerebbe una clausola vessatoria ma, al contrario, una disposizione negoziale delimitativa dell'oggetto della garanzia. L'impresa torna ad insistere, quindi, sulla legittimità del diniego di copertura.

Alla riunione del 28 maggio 2026 il Collegio, riscontrando la possibilità di comporre bonariamente la controversia formulando una proposta conciliativa ai sensi dell'art. 11, comma 5 del Decreto la quale, accettata da parte della ricorrente, è stata però respinta dall'impresa.

DIRITTO

Al fine di definire, in primo luogo, il *thema decidendum* del presente procedimento, appare opportuno soffermarsi sull'eccezione di inammissibilità proposta da parte dell'impresa in relazione alle domande nuove formulate da parte della ricorrente in sede di repliche. Lamenta infatti l'impresa che in violazione dell'art. 10, comma 2 del Decreto, la ricorrente abbia introdotto in sede di replica domande nuove e nuove eccezioni ampliando il *thema decidendum* e ne solleva quindi, l'inammissibilità. Il riferimento è, in particolare, alla richiesta declaratoria inopponibilità alla medesima ricorrente dell'Allegato B alla polizza a causa della violazione degli obblighi di trasparenza e per mancata specifica approvazione ex art. 1341 cod. civ. Va sul punto sottolineato che, con l'atto introduttivo, la ricorrente aveva richiesto di accertare l'illegittimità del diniego opposto da parte dell'impresa all'indennizzo delle spese sostenute a causa dell'intervento chirurgico alla colonna vertebrale al quale si era sottoposta, che tale intervento rientrasse all'interno di quelli coperti dalla polizza e che le venisse, per l'effetto, riconosciuta la prestazione assicurativa. Alla luce di ciò, la diversa formulazione delle domande contenuta nelle repliche della ricorrente è rivolta ad ottenere il medesimo risultato giuridico e, cioè, la possibilità di veder operare la garanzia assicurativa rimanendo, quindi, intimamente legate alle pretese originariamente formulate pur modificando l'interpretazione giuridica della vicenda. Non sembra, sul punto, che ricorrano quindi gli estremi della c.d. *mutatio libelli* non riscontrandosi una modifica sostanziale del *petitum* o della *causa petendi*. Ci troveremmo, invece, di fronte ad una *emendatio libelli* che, secondo la giurisprudenza appare legittima nella misura in cui intervenga sulla domanda "*modificandone soltanto l'interpretazione o qualificazione giuridica del fatto costitutivo del diritto*" (Cass. civ., sez. II, 2 agosto 2019, n. 20870). Una modifica della domanda appare dunque legittima purché resti "*connessa alla vicenda sostanziale dedotta in giudizio e non comprometta le difese della controparte*" (Cass. civ., sez. I, 14 febbraio 2024, n. 4115). Le osservazioni formulate da parte della ricorrente con le repliche appaiono, quindi, il frutto di un fisiologico contraddittorio sviluppatosi all'interno della presente vicenda prospettando, nella ricostruzione della ricorrente, una diversa argomentazione giuridica strumentale, però, a veder accolta la domanda originariamente formulata.



Sotto il medesimo profilo, invece, risulta nuova la domanda di rimborso delle spese preoperatorie le quali sono state formulate solo con in sede di replica. Con il ricorso, infatti, la ricorrente limita le sue pretese al rimborso delle spese sostenute per l'intervento chirurgico allegando le relative fatture. Solo con la memoria di replica amplia illegittimamente le proprie richieste. Sotto il profilo delle spese pre operatorie sostenute per un ammontare di euro 182,00, quindi, la domanda non può essere accolta dovendosi ritenere inammissibile.

Venendo quindi al merito della vicenda nei limiti sopra descritti, appare in primo luogo necessario soffermarsi proprio sulla sollevata inefficacia/inopponibilità dell'Allegato B alla ricorrente a causa di una ritenuta violazione degli obblighi di trasparenza e di informazione precontrattuale che non avrebbe permesso alla stessa di conoscere il contenuto del medesimo Allegato.

Preliminarmente, va sul punto sottolineato che non vi sia alcun dubbio circa il fatto che il contratto in parola sia stato redatto secondo condizioni generali di contratto unilateralmente predisposte da parte dell'impresa per regolare in maniera uniforme una molteplicità indistinta di rapporti negoziali ed alle quali l'attuale ricorrente ha aderito. Le CGA prevedono, come sopra ribadito, la copertura assicurativa dei Grandi interventi chirurgici all'art. 138 rubricato "Oggetto del contratto" e, all'interno di tale enunciato contrattuale, non vi è alcun rinvio al più volte menzionato Allegato B.

Venendo quindi al cuore della vicenda, va evidenziato che l'Allegato B – 'Grandi Interventi Chirurgici' - viene richiamato esclusivamente nella presentazione della polizza, nel "Glossario" e nell'indice del set informativo, non anche nel DIP DANNI, nel DIP AGGIUNTIVO DANNI e negli articoli che disciplinano le garanzie di cui al modulo aggiuntivo "Grandi interventi e gravi malattie".

Dal punto di vista degli obblighi di informazione precontrattuale, quindi, tanto nel DIP danni, quanto nel DIP aggiuntivo danni, figura espressamente la copertura per "Grandi interventi e gravi malattie" mentre, come sopra accennato, negli stessi non figura alcun esplicito riferimento all'Allegato B quale strumento contrattuale per dare consistenza interpretativa alla generale categoria di "Grandi interventi chirurgici". Venendo poi all'analisi delle disposizioni negoziali, va sottolineato che l'art. 138 delle CGA, da un lato, include nell'oggetto dell'assicurazione le prestazioni sanitarie derivanti da "Grandi interventi chirurgici" ma, dall'altro, non contiene nessun rinvio al suddetto Allegato B che, pur presente all'interno della polizza nella sezione relativa agli Allegati, viene invece richiamato solo nel Glossario alla voce "Grandi interventi chirurgici". L'art. 138 delle CGA, poi, non contiene neanche un rinvio alla voce che, nel Glossario, individua – pur se tramite rinvio all'Allegato B – cosa dovrebbe intendersi per "Grandi interventi chirurgici".

Sotto tale profilo, quindi, va in primo luogo sottolineata la carenza di chiarezza e trasparenza all'interno del contratto oggetto della presente controversia poiché lo stesso, letto da parte di un contraente medio, non permette al cliente – o potenziale cliente - di ricostruire agevolmente, in relazione ai "Grandi interventi chirurgici", il perimetro dei rischi che risultano inclusi all'interno delle coperture e di quelli che, invece, ne risultano esclusi. Sul punto giova menzionare quanto dispone l'art. 166 del Codice delle Assicurazioni Private, che richiama



espressamente l'obbligo per le imprese di redigere il contratto e qualunque altro documento che venga dalle stesse consegnato al cliente "in modo chiaro ed esauriente".

Passando quindi ad analizzare come in concreto la fase precontrattuale si sia articolata nel caso di specie, si deve constatare, come sopra accennato, che nelle informazioni precontrattuali viene espressamente menzionata la copertura per i "Grandi interventi chirurgici" ma non si rinvencono specifici e puntuali riferimenti all'Allegato B del contratto, né risultano altrimenti rinvenibili elementi che lascino intendere che oggetto della copertura in parola non siano i "grandi interventi chirurgici" *tout court*, ma solo alcuni specifici interventi chirurgici. Si tratta, quindi, di una carenza nelle modalità con le quali le informazioni precontrattuali sono state date che può risultare fuorviante per il contraente che rischierebbe di giungere alla conclusione del contratto senza aver avuto la possibilità di rendersi concretamente conto della portata degli impegni contrattuali assunti. Va ribadita, sotto tale profilo, la rilevanza che assume la corretta articolazione della fase precontrattuale al fine di permettere al cliente – o potenziale cliente – di assumere scelte informate e consapevoli.

Non sopperisce a tale originaria carenza riscontrabile nella fase precontrattuale neppure la modalità di redazione delle CGA. Come infatti già detto, l'art. 138 delle CGA prevede la copertura assicurativa dei "grandi interventi chirurgici" senza assolutamente effettuare alcun rinvio – né diretto, né indiretto – all'Allegato B del contratto di assicurazione così contribuendo ad alimentare l'ambiguità con la quale il contratto in parola è stato redatto e proposto alla ricorrente.

In una siffatta vicenda negoziale la ricorrente, in maniera controintuitiva rispetto a quanto appare dalle CGA e dalle carenti e poco chiare informazioni precontrattuali ricevute, una volta letto l'art. 138 delle CGA (pag. 58 delle CGA), avrebbe dovuto "incrociare" la lettura di tale articolo con la definizione di "Grandi interventi chirurgici" contenuta nel Glossario (pag. 5 delle CGA) per poi giungere, tramite il rinvio all'Allegato B ivi contenuto, a consultare l'elenco di Grandi interventi chirurgici riportati all'interno dello stesso. Tutto ciò, prima della conclusione del contratto.

Appare allora ragionevole ritenere che la ricorrente, ai sensi dell'art. 1341, comma 1 cod. civ., non abbia avuto la possibilità di conoscere il contenuto dell'Allegato B in parola prima della conclusione del contratto, non avendolo potuto associare utilizzando l'ordinaria diligenza all'art. 138 delle CGA. In applicazione della suddetta disposizione codicistica, quindi, l'Allegato B della polizza dovrebbe essere considerato come inefficace nei confronti della ricorrente con contestuale necessità di interpretare l'art. 138 delle CGA in assenza dello stesso.

Sotto tale profilo, l'intervento alla quale si è sottoposta la ricorrente riguardava la decompressione e rimozione del legamento giallo dovuta a stenosi del canale vertebrale e, dalla documentazione clinica in atti, appare essere un intervento chirurgico importante e necessario, che prevede una permanenza prolungata in sala operatoria con anestesia generale e degenza all'interno della struttura ospedaliera. Ciò permette di inquadrare l'operazione chirurgica subita dalla ricorrente all'interno della categoria dei "Grandi interventi chirurgici" coperti dalla polizza ai sensi degli artt. 138 e 139 delle CGA.



I costi sostenuti dalla ricorrente, per come dalla stessa richiesti e documentati, dovrebbero quindi essere oggetto di indennizzo da parte dell'impresa la quale, peraltro, non ne contesta l'ammontare. La ricorrente produce, a tal proposito, le fatture relative alle prestazioni chirurgiche alle quali si è sottoposta per un importo complessivo di euro 12.788,56 e le relative ricevute bancarie che comprova il pagamento effettuato.

Per le ragioni di cui in motivazione, invece, non può essere accolta l'ulteriore richiesta del rimborso delle spese preoperatorie per un importo pari ad euro 182,00.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie parzialmente il ricorso e dispone che l'impresa corrisponda alla parte ricorrente la somma di € 12.788,56 oltre interessi dal reclamo al soddisfo.

Il Collegio dispone inoltre, ai sensi della vigente normativa, che l'impresa corrisponda a IVASS la somma di € 200,00, quale contributo alle spese della procedura, e alla parte ricorrente la somma di € 20,00, quale rimborso della somma versata alla presentazione del ricorso.

Per la Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA