Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

GIOVANNI STELLA	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
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 09/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 8 febbraio 2026 (e reclamo presentato in data 22 dicembre 2025), il ricorrente esponeva di essere assicurato con polizza CPI e di aver ottenuto un indennizzo parziale dall'impresa resistente a seguito del sinistro verificatosi in data 30 maggio 2025. In particolare, contestava il riconoscimento di soli 60 giorni, anziché di 6 mesi, di Inabilità Totale Temporanea (di seguito "ITT"), ritenendo in tal modo violata la previsione dell'art. 26 delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito CGA.

Lamentava, inoltre, il ritardo nell'istruttoria del sinistro, le contraddittorie richieste documentali, l'erroneità della valutazione dell'ITT, l'invalidazione arbitraria della documentazione medica prodotta e il mancato riconoscimento dell'effettivo indennizzo dovuto.

Con le controdeduzioni, l'impresa resistente affermava che l'assicurato aveva denunciato un sinistro nell'ambito di una copertura assicurativa stipulata a tutela del capitale residuo in caso di morte e del rimborso delle rate mensili in caso di inabilità temporanea totale. Sosteneva che il contratto consentiva all'assicurato di selezionare le garanzie da attivare e che, nel caso di specie, egli aveva scelto esclusivamente le coperture per Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea conseguenti a infortunio o malattia. L'impresa resistente rappresentava dunque che l'assicurato aveva denunciato la perdita transitoria di coscienza a seguito di un episodio epilettico, nel corso del quale aveva riportato l'infrazione di più vertebre; e che, a seguito della ricezione della denuncia del sinistro, aveva conferito incarico alla Commissione Centrale Medica per lo svolgimento dell'istruttoria, preventivando, all'esito, 40 gg di ITT e riservandosi di rivalutare la posizione dopo i controlli clinici - RX - previsti per la prima decade di luglio 2025.

L'impresa evidenziava altresì di aver richiesto integrazioni documentali al ricorrente e che quest'ultimo si era rifiutato di sottoporsi ai controlli post ricovero previsti, a causa di lungaggini asseritamente imputabili al CUP; e che, ritenendo insufficiente il certificato del 12 giugno 2025 prodotto dal ricorrente, aveva nuovamente interloquito con quest'ultimo, ribadendo la necessità di integrazioni documentali. Pertanto, all'esito degli accertamenti istruttori, in data 11 dicembre 2025, aveva offerto all'assicurato la somma di 1.193,78 euro, pari a 60 gg di Inabilità Temporanea Totale, al netto dei 30 gg di franchigia previsti dalla garanzia di polizza, sulla base della prescrizione di busto ortopedico per 90 gg contenuta nella lettera di dimissioni del 5 giugno 2025.

Con le repliche, il ricorrente lamentava le modalità di gestione del sinistro e l'inerzia dell'impresa nel lasso di tempo intercorso tra la denuncia del sinistro, in data 16 giugno 2025, e il primo riscontro, in data 14 ottobre 2025, ritenendo che tale comportamento integrasse una violazione degli obblighi di correttezza e trasparenza nell'esecuzione del contratto. Contestava la legittimità della rivalutazione del periodo di ITT eseguita dall'impresa e l'inidoneità del criterio di quantificazione adottato, fondato sulla sola indicazione temporale del presidio medico, nonché la contraddittorietà dei rilievi della Commissione Medica Centrale dell'impresa. Infine, sosteneva che la documentazione clinica prodotta sin dalla denuncia del sinistro fosse idonea a comprovare il periodo di ITT certificato dal medico curante e affermava di avere successivamente trasmesso tutta la documentazione integrativa richiesta dall'impresa resistente, inclusi i referti degli esami post-ricovero e la cartella clinica completa. Il ricorrente ribadiva inoltre che le condizioni contrattuali disciplinano in modo tassativo i presupposti di liquidazione dell'ITT (artt. 27 e 40 delle CGA) e sosteneva che le richieste documentali ulteriori, la rivalutazione del periodo di ITT certificato dal medico curante e il diniego parziale dell'indennizzo sarebbero stati privi di base contrattuale e contrari agli obblighi gravanti sull'impresa resistente.

Con le controrepliche, l'impresa contestava la sussistenza di anomalie nella gestione del sinistro, ritenendo che gli asseriti ritardi non fossero imputabili a sua inerzia, ma alla necessità di acquisire elementi tecnici indispensabili alla valutazione dell'indennizzabilità del sinistro. Contestava altresì l'asserita vincolatività della documentazione medica prodotta dall'assicurato e sosteneva la validità della propria valutazione dell'ITT, rappresentando come la prescrizione del presidio ortopedico costituisse l'unico parametro temporalmente certo disponibile, in mancanza di ulteriori elementi utili anche a seguito dell'acquisizione della cartella clinica; infine, contestava che fosse stato assolto l'onere della prova della ITT gravante sul ricorrente.

In conclusione, il ricorrente chiedeva di "*Riconoscere l'integrale indennizzo dovuto pari a € 2.984,45 (5 rate da € 596,89 ciascuna), corrispondente al periodo di Inabilità Totale Temporanea certificato dal medico curante dal 30/07/2025 al 27/11/2025, dedotto l'acconto di € 1.193,78 già percepito. - Confermare la validità del certificato di ITT di 6 mesi rilasciato dal medico curante, basato sulla documentazione clinica del ricovero ospedaliero. - Dichiarare l'illegittimità della valutazione della Commissione Medica Centrale che ha basato il calcolo dell'ITT sulla durata di un presidio medico temporaneo anziché sulla reale durata dell'inabilità lavorativa attestata dal medico curante. - Condannare la compagnia al pagamento degli interessi legali dalla data di scadenza di ciascuna mensilità fino al saldo effettivo*". Nelle repliche, chiedeva altresì che l'impresa "*sia tenuta a indicare la specifica clausola contrattuale delle Condizioni Generali di Assicurazione della polizza […] che prevede e legittima la facoltà per la CMC o per il CLS di rivalutare e rideterminare il periodo di Inabilità Lavorativa Totale Temporanea certificato dal medico curante dell'assicurato"; "produca copia integrale delle Condizioni Generali di Assicurazione applicabili al contratto de quo"; e che "venga accertato se l'intera condotta istruttoria della Compagnia – e in particolare la rivalutazione unilaterale del periodo di ITT certificato dal medico curante, la richiesta reiterata di documentazione già prodotta e il ritardo di oltre quattro mesi nell'avvio dell'istruttoria – configuri una violazione delle obbligazioni contrattuali e regolamentari a carico dell'impresa assicurativa*".

L'impresa ribadiva "*la posizione già assunta e manifestata al ricorrente*" e nelle controrepliche concludeva confermando "*la correttezza dell'istruttoria svolta, la legittimità della liquidazione effettuata e la piena conformità dell'operato della Compagnia alle previsioni contrattuali e ai principi di buona fede e correttezza*".

DIRITTO

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio concerne il riconoscimento di un periodo di inabilità temporanea totale superiore a quello già considerato e indennizzato dall'impresa di assicurazioni, secondo quanto previsto dalla polizza collettiva di assicurazione mista (vita e danni) collegata all'erogazione di un finanziamento ed in cui la garanzia danni copre il rimborso delle rate mensili del debito oggetto del contratto di finanziamento, pari all'importo della rata protetta, per il periodo di tempo in cui l'assicurato, ai sensi dell'art. 27, n. 2 delle CGA, "*sia temporaneamente nella totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa*". Nella specie, è pacifico tra le parti che il sinistro rientri nello spettro di copertura della polizza, secondo le condizioni di assicurazione, mentre

è controversa la determinazione dell'entità della Inabilità Temporanea Totale che ne è conseguita e da cui dipende la misura dell'indennizzo liquidabile.

A sostegno della richiesta di un indennizzo per un periodo di sei mesi di ITT, detratta la franchigia di 30 giorni (la cui esistenza risulta dall'art. 26 co. 2 delle CGA ed è pacifica tra le parti), il ricorrente produce una attestazione del medico di medicina generale del 12 giugno 2025, successivo dunque alla dimissione dall'Ospedale, che certifica che l'assicurato "*per episodio critico e successive plurifratture vertebrali dorsali presenta inabilità totale temporanea per 6 mesi s.c.*".

L'impresa di assicurazioni sostiene invece che occorre fare riferimento innanzi tutto alla lettera di dimissioni del 5 giugno 2025, la quale contiene una "*indicazione a terapia conservativa: utilizzo di busto ortopedico dorsale rigido Spinomed in fase di carico, evitamento di sforzi e carichi esterni, e follow-up radiologico (Rx rachide dorsale) a 30 giorni*". Inoltre, la Commissione Medica Centrale incaricata dall'impresa di effettuare l'accertamento del periodo di ITT, e le cui relazioni medico-legali sono state prodotte con le controdeduzioni, aveva inizialmente accertato una "*ITT, da riferire alle fratture vertebrali, […] allo stato da preventivare 40 gg*". Successivamente, avendo considerato una prescrizione neurologica del 7 luglio 2025 relativa al proseguimento della terapia con busto, la Commissione Medica Centrale aveva rivalutato la ITT "*sino a circa la fine del mese di agosto 2025, non disponendo qui di ulteriori elementi tecnici (visite con allegato esame obiettivo ed indicazioni terapeutiche) che possano giustificare un prolungamento del periodo di inabilità*". Nel considerare come periodo di ITT 90 giorni, l'impresa aveva anche valorizzato la stessa lettera di dimissioni dell'Ospedale del 5 giugno 2025, dove si consigliava comunque di portare il busto dorso lombare per 90 giorni. Pertanto, a fronte di una ITT accertata in 90 giorni, la resistente aveva riconosciuto un indennizzo per un periodo di 60 giorni, al netto della franchigia di 30 giorni.

Così ricostruito l'oggetto del contendere, la prima questione su cui è chiamato a pronunciarsi il Collegio è se le clausole contenute nel contratto di assicurazione che disciplinano il riconoscimento dell'indennità per ITT, attribuiscano al certificato medico prodotto dall'assicurato un valore probatorio decisivo e non contestabile ai fini della determinazione della durata dell'inabilità indennizzabile oppure se tale attestazione debba essere apprezzata unitamente agli ulteriori elementi istruttori acquisiti dall'impresa ed alle valutazioni dalla stessa espresse anche attraverso i propri consulenti.

Infatti, il ricorrente sostiene l'assenza di base contrattuale della rivalutazione del periodo di ITT eseguita dall'impresa, rispetto al periodo risultante dal certificato medico del 12 giugno 2025, evidenziando come tale potere non emergerebbe dal contratto e che le condizioni di liquidazione dell'ITT previste dagli artt. 27 e 40 delle CGA sarebbero tassative e non prevederebbero alcun potere valutativo della Commissione Medica Centrale, a differenza di quanto previsto dall'art. 33 delle CGA, che nel disciplinare le condizioni per la liquidazione della indennità in caso di invalidità totale permanente, stabilisce espressamente che essa viene riconosciuta "*a condizione che: ….] 4. La Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a ricevere l'indennizzo*". In tale prospettiva, il ricorrente sottolinea che l'art. 40 delle CGA

individuerebbe in modo esaustivo la documentazione esigibile dall'assicuratore ai fini della liquidazione dell'indennizzo per ITT e in detta disposizione contrattuale è espressamente menzionato il "*certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale*", con la conseguenza, secondo la sua tesi, che l'impresa non sarebbe contrattualmente legittimata né a richiedere ulteriori accertamenti né a disattendere le risultanze della certificazione medica prodotta.

L'impresa ha contestato la ricostruzione del ricorrente, sottolineando che l'istruttoria effettuata dalla stessa sarebbe legittimamente finalizzata al riscontro della fondatezza delle pretese avanzate dall'istante e alla verifica dell'assenza di cause contrattuali di esclusione dell'indennizzo. Secondo la resistente, la documentazione prodotta dall'assicurato non sarebbe di per sé vincolante e spetterebbe a quest'ultimo fornire la prova dei fatti costitutivi del diritto azionato.

Ritiene il Collegio che la tesi del ricorrente non possa essere condivisa.

La circostanza che solo la clausola del contratto di assicurazione sulla invalidità permanente preveda, nella parte relativa alla liquidazione del danno, che l'impresa di assicurazioni accerti la misura della invalidità permanente ricorrendo "*eventualmente*" a consulenti medici di propria fiducia, non può essere interpretata come una preclusione per l'impresa ad effettuare, rispetto alla diversa indennità per ITT, qualsiasi verifica e valutazione, con conseguente obbligo di recepire la certificazione dell'assicurato. La lettura delle norme contrattuali proposta dal ricorrente non è giustificata dai principi di ermeneutica contrattuale e in particolare non è condivisibile un'interpretazione sistematica della clausola sull'indennità da invalidità permanente, che riconosce all'impresa il potere di effettuare l'accertamento del danno, nel senso di impedire, rispetto ad altra fattispecie contrattuale - l'indennizzo per ITT - di effettuare qualsiasi accertamento dei presupposti dell'indennizzo. La clausola sulla liquidazione della indennità per invalidità permanente ha un contenuto meramente descrittivo della procedura di accertamento e liquidazione di una diversa tipologia di indennizzo, prevedendo un potere di verifica da parte dell'impresa di assicurazione, che peraltro non gli sarebbe impedito in assenza di una siffatta clausola, ed alla quale, dunque, stante anche il suo tenore letterale, non è ragionevole conferire un significato più ampio e preclusivo, rispetto ad altre tipologie di indennizzi, di qualsiasi potere di accertamento della sussistenza dei presupposti per riconoscere l'indennizzo richiesto.

In altri e più chiari termini, una clausola contrattuale che attribuisce all'impresa di effettuare, con medici di propria fiducia, verifiche sulla spettanza dell'indennizzo da invalidità permanente, non può essere interpretata, alla luce di quanto stabilito dagli artt. 1362 e 1363 cod. civ., nel senso di voler escludere, rispetto all'indennità da ITT, qualsiasi facoltà di accertamento della spettanza del diritto. L'espressa previsione per una determinata ipotesi non comporta necessariamente l'esclusione della medesima facoltà in altre ipotesi, salvo che dal contratto emerga chiaramente una volontà in tal senso.

Per altro verso, l'interpretazione del contratto offerta dal ricorrente, per cui verrebbe attribuita alla sola documentazione prodotta dall'assicurato valore probatorio del danno senza alcuna possibilità di verifica, violerebbe il principio indennitario che governa l'assicurazione contro danni, per cui "*il diritto dell'assicurato verso l'assicuratore è, per il*

caso di sinistro, il diritto al risarcimento del danno subito. In via generale, il principio indennitario si articola in tre regole: […] in tema di limite del risarcimento: il pagamento dovuto dall'assicuratore in caso di sinistro non può avere altra natura che di risarcimento del danno e non può, in nessun caso, superare l'entità del danno effettivamente subito dall'assicurato (art. 1905 c.c.); altrimenti, in contrasto con i principi generali, l'assicurato finirebbe con il ricavare un vantaggio dal sinistro e finirebbe con il porsi nella condizione di avere interesse al verificarsi del sinistro)" (Cass. civ, Sez. III, 13 marzo 2024, n. 6716).

Né infine rileva la circostanza, evidenziata dal ricorrente, che l'art. 40 delle CGA, che indica i documenti da inviare nel caso in cui si richieda l'indennità da ITT, menzioni, tra gli altri, "*un certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale*", in quanto la norma contrattuale si colloca all'interno del Capitolo sugli obblighi contrattuali dell'assicurato ai fini del riconoscimento dell'indennizzo e non stabilisce, né altrimenti si ricava dal tenore della clausola, che l'impresa sia vincolata dalle risultanze del certificato trasmesso. Peraltro, lo stesso l'art. 40 delle CGA prevede che l'assicurato invii, oltre al certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea, "*ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta*", così confermando che l'invio del certificato attestante la ITT non costituisce l'unico presupposto per l'ottenimento dell'indennizzo né che il suo contenuto debba essere obbligatoriamente recepito dall'impresa senza possibilità di un suo vaglio tecnico.

In definitiva, le previsioni contrattuali sopra ricordate non autorizzano a ritenere che sia stato derogato il principio secondo cui "*l'onere della prova relativo ai fatti costitutivi del diritto per cui si agisce grava sull'attore, laddove l'onere del convenuto di dimostrare l'inefficacia dei fatti invocati dalla controparte sorge esclusivamente dopo che l'attore ha provato l'esistenza dei fatti costitutivi*" (Cass. civ., sez. III, 8 giugno 2007, n. 13390) e che l'indennizzo debba essere riconosciuto con il semplice invio del certificato attestante la ITT.

Venendo al merito della richiesta avanzata con il ricorso, si osserva che l'assicurato, oltre alla lettera di dimissione dall'Ospedale del 5 giugno 2025, ha prodotto la ricordata attestazione del medico di medicina generale del 12 giugno 2025 che certifica che l'assicurato "*per episodio critico e successive plurifratture vertebrali dorsali presenta inabilità totale temporanea per 6 mesi s.c.*"; mentre l'impresa di assicurazioni ha affidato la valutazione del periodo di ITT ad una commissione medica, che ha dapprima considerato un periodo di 40 giorni e, dopo due ulteriori rivalutazioni della situazione, ha concluso per un periodo 90 giorni, sulla scorta del quale la resistente ha corrisposto l'indennizzo contrattuale, al netto della franchigia. Il ricorrente non ha specificamente contestato le ragioni tecniche esplicitate dalla commissione medica nelle diverse valutazioni offerte, ribadendo che l'impresa avrebbe dovuto limitarsi a liquidare l'indennizzo sulla scorta di quanto certificato dal proprio medico, esclusa ogni valutazione del contenuto di detto documento.

Occorre al riguardo ricordare che, anche se si considerasse il certificato prodotto dal ricorrente come emesso da un pubblico ufficiale, la giurisprudenza di legittimità ha affermato che "*i certificati medici rilasciati da pubblici ufficiali fanno fede, fino a querela di falso, limitatamente ai fatti che il sanitario rogante attesta essere avvenuti alla sua presenza o*

essere stati da lui compiuti, mentre, per quanto riguarda la diagnosi (…), *essi costituiscono elementi di convincimento liberamente valutabili dal giudice del merito, il quale può accogliere o rigettare un'istanza di ammissione di consulenza tecnica d'ufficio sulle circostanze controverse, senza che il relativo provvedimento possa essere censurato in sede di legittimità*" (Cass. civ., sez. III, ord. 24 marzo 2023, n. 8536; Cass. sez. lav., 12 novembre 1984, n. 5707); e che "*Le attestazioni contenute in una cartella clinica, redatta da un'azienda ospedaliera pubblica, o da un ente convenzionato con il servizio sanitario pubblico, hanno natura di certificazione amministrativa, cui è applicabile lo speciale regime di cui agli art. 2699 e segg. c.c., per quanto attiene alle sole trascrizioni delle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, restando, invece, non coperte da fede privilegiata le valutazioni, le diagnosi o, comunque, le manifestazioni di scienza o di opinione in essa*" (Cass. civ. sez. III, 30 novembre 2011, n. 25568).

Con la conseguenza che nella concreta fattispecie la diagnosi dei sei mesi contenuta nel certificato prodotto dal ricorrente non è dotata di fede privilegiata, ma può essere liberamente valutata.

Ciò premesso, osserva il Collegio che detto certificato attesta unicamente che il ricorrente presenta una inabilità temporanea per 6 mesi, senza ulteriori dettagli e soprattutto senza alcun specifico riferimento alla totale incapacità fisica di attendere alla "*Normale Attività Lavorativa*" cui fa riferimento l'art. 27 n. 2 delle CGA quale presupposto per l'ottenimento dell'indennizzo. Infatti, la polizza di assicurazione è collegata all'erogazione di un finanziamento e la garanzia danni copre il rimborso delle rate mensili del debito oggetto del contratto di finanziamento, pari all'importo della rata protetta, per il periodo di tempo in cui l'assicurato, essendo "*temporaneamente nella totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa*", non sia presumibilmente in grado di pagare la rate del finanziamento. Ciò che rileva dunque non è la semplice Inabilità Temporanea Totale, ma la "*totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa*", di cui il certificato prodotto dal ricorrente non fa menzione.

Dal canto suo l'impresa di assicurazione, attraverso le valutazioni della propria commissione medica, ha spiegato le ragioni per cui ha ritenuto che il periodo di ITT lavorativa non potesse superare i 90 giorni, facendo leva, tra gli altri, sulla prescrizione del periodo di utilizzo del busto, sulla mancanza di controlli specialistici successivi alle dimissioni con esami obiettivi e ulteriori prescrizioni terapeutiche e sulla sussistenza di dubbi sulla natura delle lesioni, non chiariti a causa della mancanza degli ulteriori esami e dei controlli clinici cui l'assicurato si sarebbe dovuto sottoporre secondo quanto indicato nella lettera di dimissioni. Tutti aspetti, questi, su cui il ricorrente nulla ha dedotto, insistendo nella tesi secondo cui farebbe fede unicamente la certificazione rilasciata dal proprio medico.

In questa situazione, il Collegio ritiene che il ricorrente non abbia assolto l'onere della prova, che sullo stesso incombeva, di aver sofferto di un periodo di totale incapacità fisica di attendere alla "*Normale Attività Lavorativa*" superiore a quello riconosciuto dall'impresa di assicurazione.

Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

Il Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA