



## **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 GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS

Riunione del 09/07/2026

## **FATTO**

Con ricorso presentato il 15 marzo 2026 (preceduto da reclamo del 23 febbraio 2026), il ricorrente espone di aver aderito ad una polizza assicurativa collegata ad un piano di accumulo e di aver successivamente richiesto l'attivazione della garanzia per invalidità permanente da malattia ottenendo, però, un diniego da parte dell'impresa fondato sull'asserita preesistenza della patologia rispetto alla decorrenza della copertura.

Il ricorrente contesta tale diniego deducendo, in primo luogo, che l'impresa avrebbe applicato in modo errato l'art. 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione (d'ora in avanti CGA), relativo all'esclusione delle malattie pregresse in quanto la polizza sarebbe stata collocata senza alcuna preventiva acquisizione di informazioni sullo stato di salute dell'assicurato, che non aveva compilato nessun questionario anamnestico.



In secondo luogo, il ricorrente lamenta la violazione dell'art. 14 delle CGA, nella parte in cui prevede la rinuncia dell'impresa alle eccezioni di cui agli artt. 1892 e 1893 cod. civ., sostenendo che tale rinuncia dovrebbe operare anche nei confronti dell'assicurato e non soltanto nei confronti del contraente. L'interpretazione fornita dall'impresa, che circoscriverebbe gli effetti della rinuncia al solo contraente collettivo sarebbe, secondo la sua ricostruzione, idonea a svuotare la funzione economico-sociale del contratto, determinando una copertura meramente apparente e priva di effettiva utilità per l'assicurato. Il ricorrente deduce, altresì, una generale carenza di trasparenza nella fase di collocamento del prodotto, affermando di essere stato indotto a confidare nell'effettività della tutela assicurativa, mentre l'impresa avrebbe consapevolmente previsto condizioni tali da limitarne l'operatività in concreto. Tutto ciò risulterebbe contrario ai principi di buona fede e correttezza contrattuale, nonché ai doveri informativi previsti dalla normativa di settore, con particolare riferimento alla Direttiva (UE) 2016/97 (IDD).

Sulla base di tali premesse, il ricorrente chiede che venga accertato il proprio diritto alla prestazione assicurativa, con conseguente condanna dell'impresa alla liquidazione integrale dell'indennizzo previsto in polizza.

Nelle controdeduzioni l'impresa precisa che il rapporto assicurativo in oggetto risulta disciplinato da una polizza collettiva stipulata tra l'impresa medesima ed una società di gestione del risparmio, alla quale il ricorrente aveva aderito in data 9 aprile 2024 mediante la sottoscrizione di un piano di accumulo. Ai sensi di polizza, dunque, la copertura assicurativa risultava operativa a decorrere dal 10 ottobre 2024, ossia dal 181° giorno successivo al primo versamento. Evidenzia, inoltre, che la garanzia invocata atteneva all'invalidità permanente da malattia e che il capitale assicurato ammonterebbe ad euro 52.500,00, con premio a carico del contraente collettivo e copertura gratuita per l'assicurato. L'impresa rappresenta, quindi, che il ricorrente aveva presentato richiesta di indennizzo in data 18 dicembre 2025 producendo documentazione medica a supporto e che, poi, tale richiesta venne respinta con comunicazione del 2 febbraio 2026 in ragione della preesistenza della patologia rispetto alla decorrenza della copertura.

Sulla scorta di tali circostanze l'impresa eccepisce preliminarmente l'incompetenza per valore dell'Arbitro Assicurativo, osservando che la domanda attorea risulti diretta alla liquidazione dell'intero capitale assicurato, pari ad euro 52.500,00. Tale importo supererebbe il limite di euro 25.000,00 previsto per le controversie relative al ramo danni dal Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (d'ora in avanti "Decreto"). Solleva, inoltre, l'improponibilità della domanda nella parte in cui è formulata come richiesta di condanna, ritenendo che l'Arbitro possa adottare esclusivamente decisioni di accertamento.

Nel merito, l'impresa contesta la fondatezza del ricorso, sostenendo che, al momento della decorrenza della copertura (10 ottobre 2024), il ricorrente risultava già affetto da una condizione invalidante, essendo stato riconosciuto invalido civile nella misura del 75% dall'INPS sin dal 5 maggio 2023, come emergerebbe dalla documentazione prodotta dallo stesso ricorrente e dalle ulteriori certificazioni mediche attestanti la sussistenza di un pregresso quadro patologico plurimo e cronico.



Alla luce di tali elementi l'impresa deduce, in via principale, la nullità del contratto per inesistenza del rischio ai sensi dell'art. 1895 cod. civ., in quanto l'evento assicurato si sarebbe già verificato anteriormente all'adesione del ricorrente alla polizza o, comunque, prima della decorrenza della copertura. In via subordinata, l'impresa afferma che, anche a voler prescindere dalla nullità del contratto, l'indennizzo sarebbe in ogni caso escluso in forza dell'art. 17 delle CGA, che prevede l'inoperatività della garanzia per malattie diagnosticate prima della decorrenza della copertura, nonché per le relative ricadute o recidive.

Con riferimento alle ulteriori doglianze del ricorrente, l'impresa contesta la dedotta illegittimità derivante dall'assenza di questionario anamnestico evidenziando che, trattandosi di una polizza collettiva stipulata ai sensi dell'art. 1891 cod. civ. con modalità assuntive semplificate, l'impresa possa legittimamente rinunciare a determinate informazioni senza pregiudicare la validità delle clausole contrattuali, incluse quelle di esclusione. Nega, altresì, che la rinuncia alle eccezioni ex artt. 1892 e 1893 cod. civ. possa essere interpretata nel senso di estendere la copertura a rischi già verificatisi o comunque esclusi. Infine, l'impresa respinge le contestazioni relative alla presunta natura illusoria della copertura sostenendo, invece, che il diniego di copertura in relazione a rischi già verificatisi sia del tutto in linea con le disposizioni che regolano il rapporto assicurativo. Conclude, pertanto, per la declaratoria di inammissibilità o improcedibilità del ricorso e, in ogni caso, per il rigetto nel merito delle domande formulate.

In sede di repliche, il ricorrente contesta preliminarmente le eccezioni sollevate dalla compagnia in ordine all'incompetenza per valore dell'Arbitro Assicurativo e all'improponibilità della domanda. Deduce, in particolare, che la propria istanza non era volta a ottenere una pronuncia di condanna, bensì l'accertamento dell'illegittimità del diniego di indennizzo e del proprio diritto alla prestazione contrattuale. Nel merito, il ricorrente contesta la ricostruzione dell'impresa in ordine alla dedotta inesistenza del rischio assicurato ai sensi dell'art. 1895 cod. civ., affermando la sussistenza dell'alea contrattuale al momento della stipula. A tal fine rappresenta che, all'epoca dell'adesione alla polizza (aprile 2024), egli svolgeva regolarmente la propria attività lavorativa e che l'INPS, con provvedimento del 16 giugno 2023, aveva rigettato la domanda di assegno ordinario di invalidità, escludendo una riduzione della capacità lavorativa nei limiti richiesti dalla legge. Sostiene, pertanto, che il rischio di una successiva perdita della capacità lavorativa costituisse un evento futuro e incerto, come tale assicurabile, e che l'invalidità rilevante ai fini contrattuali si sarebbe concretizzata soltanto nel dicembre 2025, a seguito di un aggravamento delle condizioni di salute documentato da certificazione medica. Il ricorrente ribadisce, inoltre, l'inefficacia dell'art. 17 delle CGA che esclude dalla copertura assicurativa le malattie pregresse, sostenendo che la mancata somministrazione di un questionario anamnestico in fase assuntiva comporterebbe l'impossibilità per l'impresa di opporre successivamente eccezioni relative allo stato di salute preesistente dell'assicurato. In tale prospettiva, qualifica l'applicazione della clausola come contraria ai principi di correttezza e buona fede, nonché come integrazione di una clausola limitativa della responsabilità non specificamente approvata ai sensi dell'art. 1341 cod. civ. Infine, il ricorrente prospetta nelle repliche che, qualora si aderisse alla tesi dell'impresa circa la nullità del contratto per inesistenza del



rischio, emergerebbe una responsabilità della stessa e dell'intermediario per violazione degli obblighi di comportamento nella fase di distribuzione del prodotto, con particolare riferimento ai doveri di valutazione di adeguatezza previsti dalla direttiva (UE) 2026/97 (Direttiva *IDD*). In tale ipotesi, la commercializzazione di una polizza asseritamente inoperante *ab origine* integrerebbe, secondo il ricorrente, una condotta qualificabile in termini di *misselling*. Sulla base di tali argomentazioni, il ricorrente insiste per l'accoglimento del ricorso e per l'accertamento del proprio diritto all'indennizzo, chiedendo, in ogni caso l'accertamento della responsabilità della compagnia e dell'intermediario per le violazioni dedotte.

In sede di controrepliche, l'impresa ribadisce l'eccezione di incompetenza per valore dell'Arbitro Assicurativo, contestando la tesi del ricorrente secondo cui la domanda avrebbe natura di mero accertamento. Rileva infatti che, indipendentemente dalla qualificazione formale della domanda, la controversia avrebbe comunque ad oggetto un diritto di contenuto economico pari a euro 52.500,00, eccedente il limite di competenza stabilito dal Decreto, con conseguente inammissibilità del ricorso sotto tale profilo. Eccepisce, inoltre, l'inammissibilità delle nuove produzioni e deduzioni del ricorrente in sede di repliche. Nel merito, ribadisce che il ricorrente risultava già invalido al 75% dal 2023 a seguito di propria domanda all'INPS sottolineando come tale circostanza escluderebbe la sussistenza del rischio al momento della stipula del contratto determinando la nullità dello stesso ai sensi dell'art. 1895 cod. civ. Sotto tale profilo nega qualunque rilevanza probatoria tanto al fatto che in passato al ricorrente fosse stato negato l'assegno ordinario di invalidità, quanto al successivo aggravamento delle condizioni di salute del medesimo. Conferma, infine, la validità della clausola di esclusione per malattie pregresse e conclude per il rigetto del ricorso insistendo per l'accoglimento delle conclusioni già formulate.

### **DIRITTO**

La vicenda ha ad oggetto la richiesta formulata dal ricorrente nei confronti dell'impresa con la quale si chiede la condanna di quest'ultima a liquidare l'indennizzo assicurativo asseritamente spettante al ricorrente in funzione della polizza collettiva alla quale lo stesso aveva aderito. Tale contratto prevedeva, infatti, la copertura assicurativa contro il rischio di invalidità permanente da malattia, che il ricorrente invoca con richiesta di indennizzo del 18 dicembre 2025 allegando dei certificati medici che attesterebbero il sopraggiungere di una malattia che avrebbe determinato lo stato di invalidità permanente.

Appare opportuno, al fine di risolvere la controversia, analizzare in via prioritaria le questioni di inammissibilità/improcedibilità sollevate dall'impresa.

Va in primo luogo segnalato che il ricorrente, in sede di ricorso, domanda espressamente la condanna dell'impresa alla liquidazione integrale della prestazione senza però indicare né l'importo né le modalità di calcolo dello stesso. Tale specifica richiesta risulta, quindi, carente di una puntuale indicazione del *petitum* che non può ricavarsi neanche per *relationem* dai documenti allegati al ricorso. Va infatti rilevato che, ai sensi dell'art. 25 delle CGA, l'indennizzo viene determinato sulla base del capitale assicurato al momento del sinistro. Il capitale assicurato, poi, dovrebbe ricavarsi dal numero di rate non ancora versate



dall'assicurato moltiplicate per il relativo importo. Tali dati non sono ricavabili dalla documentazione allegata in atti e, dunque, la domanda risulta sul punto generica.

A tal proposito vale la pena menzionare l'art. 9, comma 1, lett. h), del Decreto, che sancisce l'inammissibilità del ricorso qualora sia privo dell'indicazione degli elementi essenziali. Tali elementi essenziali ricomprendono sicuramente anche il *petitum* che, nel caso di specie, è da individuarsi nella somma asseritamente dovuta a titolo di indennizzo e di cui il ricorrente chiede espressamente il pagamento quale unico ed esclusivo oggetto della domanda formulata nel ricorso. Questo Collegio ha già avuto modo di esprimersi sul punto affermando che *“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 dinanzi 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”)”* (Decisione AAS, 16 giugno 2026, n. 490).

Anche ove si volesse superare tale genericità della domanda formulata da parte del ricorrente facendo ricorso alle osservazioni svolte nelle controdeduzioni dall'impresa, verrebbe comunque in rilievo l'eccezione di inammissibilità per incompetenza per valore sollevata da parte dell'impresa. Va segnalato, infatti, che l'impresa, in sede di controdeduzioni, abbia unilateralmente quantificato l'eventuale indennizzo spettante al ricorrente in funzione dell'apertura de sinistro nella somma di euro 52.500,00. Come noto, l'art. 3, comma 4, del Decreto, prevede che le domande formulate all'Arbitro assicurativo ben possono avere ad oggetto il pagamento di somme di denaro purché, però, le stesse rimangano nei limiti di valore ivi previsti. Per quanto concerne le polizze del ramo danni, il limite risulta fissato dall'art. 3, comma 4, lett. b), n. 2 del Decreto in euro 25.000. Trattandosi in tal caso di una polizza del ramo danni, la richiesta indennitaria formulata da parte del ricorrente risulterebbe comunque inammissibile perché eccedente i limiti di competenza per valore stabiliti dal Decreto.

### **PER QUESTI MOTIVI**

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

Il Presidente

Firmato digitalmente da  
GIOVANNI STELLA