Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
EMILIO BARUCCI	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI SCHIAVONE	Componente designato dalle imprese di assicurazione
FRANCESCO ZAMPINO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore GIOVANNI SCHIAVONE

Riunione del 25/06/2026

FATTO

Con ricorso del 12 marzo 2026 (reclamo del 9 ottobre 2025) il ricorrente, rappresentato da procuratore, espone di aver aderito nel 2011 ad una polizza collettiva stipulata a garanzia di un finanziamento dell'importo di euro 100.000,00, nella quale è inclusa la Garanzia *Credit Protection Insurance*, a protezione del rimborso del finanziamento collegato, nel cui oggetto era compreso il rischio di invalidità permanente derivante da infortunio o malattia pari o superiore al 60%.

A seguito di un intervento chirurgico (rimozione nevo cutaneo) cui il ricorrente si sottoponeva nel 2018, il successivo *follow-up* evidenziava, dopo 3 anni (nel 2021), l'insorgenza di una patologia oncologica (in particolare la presenza di metastasi linfonodale massiva di melanoma), la quale si manifestava nuovamente nel 2023 a livello polmonare. Dopo quest'ultima diagnosi, il ricorrente denunciava il sinistro alla compagnia resistente (in data 6 marzo 2024) e, con verbale INPS del 9 marzo 2024, veniva dichiarato invalido con totale e permanente riduzione della capacità lavorativa al 100%.

A seguito di visita medico legale, l'impresa resistente negava l'operatività della garanzia assicurativa con comunicazione del 15 ottobre 2025, fondando il diniego sulla mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio da parte dell'assicurato.

Con il presente ricorso, chiede quindi che l'Arbitro accerti il diritto – e il corrispondente obbligo dell'impresa – a indennizzarlo secondo le condizioni della garanzia CPI per invalidità permanente totale da malattia. Deduce che l'insorgenza della malattia costituisce proprio l'evento assicurato e non può essere qualificata quale aggravamento del rischio ai sensi dell'art. 1898 cod. civ.

Nelle proprie controdeduzioni, l'impresa si limita a dedurre che il documento allegato dal ricorrente come reclamo, datato 9 ottobre 2025, era in realtà una diffida ad adempiere, inidonea come tale a integrare il "preventivo reclamo" richiesto dalla legge quale presupposto per l'ammissibilità del ricorso.

Nelle repliche il ricorrente insiste nel qualificare come reclamo la comunicazione inviata all'impresa in data 9 ottobre 2025, in quanto, a prescindere dal *nomen iuris*, essa conteneva una chiara contestazione dell'operato della compagnia e una richiesta di attivazione delle garanzie contrattuali. Fa presente, inoltre, come anche dopo il riscontro dell'impresa del 15 ottobre 2025, erano state formulate ulteriori richieste indirizzate all'impresa, da valutarsi anch'esse quali reclami.

Nelle controrepliche, l'impresa contesta quanto rilevato dal ricorrente e ribadisce che la comunicazione del 9 ottobre 2025 era da intendersi quale semplice richiesta di esecuzione del contratto e messa in mora, ma non era qualificabile come reclamo. L'impresa chiede, pertanto, che il ricorso venga dichiarato inammissibile per mancanza di preventivo reclamo.

DIRITTO

Il Collegio deve preliminarmente pronunciarsi sulla questione pregiudiziale sollevata dall'impresa resistente, la quale eccepisce l'inammissibilità del ricorso per omessa proposizione del preventivo reclamo ai sensi dell'art. 8 del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, il "Decreto").

In particolare, la resistente asserisce che la comunicazione del 9 ottobre 2025 inviata dal ricorrente non potrebbe qualificarsi come "reclamo" ai sensi della citata disposizione, in quanto priva dei requisiti di forma e di sostanza. Il ricorrente evidenzia come l'impresa abbia dato riscontro alla propria comunicazione in data 15 ottobre 2025 e che in seguito vi sono state ulteriori manifestazioni di insoddisfazione dell'operato della compagnia, qualificabili come reclami: in particolare, la replica del 16 ottobre 2025 alla comunicazione dell'impresa inviata nella giornata precedente e il sollecito di riscontro inoltrato in data 25 novembre 2025 dal procuratore del ricorrente.

Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. i), del Decreto, il "reclamo" è "*una dichiarazione scritta di insoddisfazione della clientela, avente ad oggetto una prestazione o un servizio assicurativo*

o un comportamento relativi ad un contratto assicurativo, ricevuta da un'impresa o da un intermediario". È orientamento di questo Collegio che la disposizione non debba essere interpretata in senso eccessivamente formalistico.

Invero, ai fini della condizione di procedibilità, non assume rilievo la qualificazione formale dell'atto come "diffida", "sollecito di pagamento" o "reclamo", essendo sufficiente che, suo tramite, il cliente abbia portato a conoscenza dell'impresa le proprie doglianze, ponendola in condizione di esaminarle e di fornire il relativo riscontro (Decisione AAS n. 383 del 20 maggio 2026). In questa prospettiva, è parimenti irrilevante che la comunicazione non sia stata indirizzata allo specifico ufficio reclami dell'impresa, ove risulti comunque pervenuta all'impresa medesima e le abbia consentito di conoscere le contestazioni formulate e di assumere le conseguenti determinazioni (Decisione AAS n. 382 del 20 maggio 2026).

Nel caso *de quo*, la comunicazione del 9 ottobre 2025, pur formulata nelle forme di una diffida ad adempiere, non si limita a sollecitare l'esecuzione della prestazione contrattuale. Essa dà espressamente atto che le precedenti richieste formulate dal ricorrente sono rimaste prive di esito, manifesta l'insoddisfazione per il mancato riconoscimento della garanzia assicurativa e preannuncia, in difetto di riscontro, il ricorso all'autorità giudiziaria nonché la segnalazione dell'inadempimento all'IVASS.

La comunicazione contiene, pertanto, tutti gli elementi che caratterizzano il reclamo ai sensi del Decreto, poiché esprime chiaramente il dissenso del cliente rispetto all'operato dell'impresa e la volontà di ottenere un riesame della posizione prima dell'instaurazione del procedimento arbitrale. La circostanza che essa contenga anche una diffida ad adempiere non ne esclude la qualificazione come reclamo, trattandosi di profili tra loro pienamente compatibili.

Per le ragioni ora esposte l'istanza di inammissibilità proposta dall'impresa resistente non può essere accolta.

Venendo alla domanda, il ricorrente chiede che l'Arbitro accerti il proprio diritto, e il corrispondente obbligo dell'impresa, all'indennizzo previsto dalla polizza assicurativa a copertura del credito (*Credit Protection Insurance* – CPI) per il caso di invalidità permanente totale da malattia. Sebbene non sia indicata una somma determinata, il contenuto della pretesa è ricavabile dal ricorso e dalla documentazione contrattuale prodotta.

Questo Collegio ha già affermato che il ricorso non può essere dichiarato inammissibile quando il *petitum* e la *causa petendi* siano individuabili attraverso un esame complessivo degli atti e della documentazione allegata, anche se non risultino compiutamente esposti nel solo modulo introduttivo (Decisione AAS n. 336 del 13 maggio 2026).

Nel caso di specie, il ricorrente invoca la garanzia per invalidità permanente totale da malattia, operante quando la perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo sia pari o superiore al 60%. Il contratto prevede,

inoltre, un capitale assicurato decrescente, individuabile sulla base dell'annualità nella quale si verifica il sinistro. La domanda deve, pertanto, ritenersi sufficientemente determinata.

Dalla documentazione contrattuale emerge che, con riferimento al dodicesimo anno del piano assicurativo, il capitale assicurato astrattamente spettante ammonta a euro 67.645,28, importo superiore al limite di euro 25.000,00 previsto dall'art. 3, comma 4, lett. b), del Decreto per le controversie aventi ad oggetto il pagamento di somme derivanti da contratti di assicurazione contro i danni. Nel caso in esame, tuttavia, il ricorrente ha proposto una domanda di accertamento del diritto all'indennizzo previsto dalla polizza. La controversia rientra, pertanto, nella competenza di questo Arbitro, ai sensi dell'art. 3, comma 1 del Decreto ("*Sono rimesse alla cognizione dell'arbitro assicurativo le controversie derivanti da un contratto di assicurazione, aventi le caratteristiche di cui al comma 3 e, come oggetto, l'accertamento di diritti, anche risarcitori…"*).

Nel merito, come anticipato, il diniego opposto dall'impresa – non riproposto nell'ambito del presente procedimento – si è basato sull'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio.

L'art. 1898 cod. civ. impone al contraente di comunicare immediatamente all'assicuratore i mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione oppure l'avrebbe consentita per un premio più elevato. La disposizione è richiamata dall'art. 10 delle condizioni generali di polizza, che pone a carico dell'assicurato il medesimo obbligo.

Ai fini dell'applicazione della norma, non ogni modificazione delle condizioni personali dell'assicurato assume rilievo. L'aggravamento del rischio deve consistere in un mutamento sopravvenuto, stabile e non meramente episodico, idoneo ad aumentare in misura apprezzabile la probabilità di verificazione dell'evento assicurato (Cass. civ., sez. III, 18 gennaio 2000, n. 500).

Ebbene, nel caso in esame, l'evento garantito non coincide con la mera insorgenza di una malattia, bensì con il raggiungimento di un'invalidità permanente, derivante da infortunio o malattia, di grado pari o superiore al 60%. La sopravvenienza della patologia non può, dunque, essere automaticamente identificata con il sinistro; può invece integrare un aggravamento del rischio quando, per natura, gravità ed evoluzione, determini un apprezzabile e non meramente transitorio incremento della probabilità che si produca l'invalidità contemplata dal contratto.

Come detto, dagli atti emerge che il ricorrente si sottoponeva, nel 2018, a un intervento di rimozione di un neo, seguito da controlli periodici; nel 2021 veniva accertata una metastasi linfonodale da melanoma e avviata una terapia adiuvante; nel 2023 si verificava un'ulteriore progressione della patologia, con interessamento polmonare e conseguente trattamento farmacologico.

A ben vedere, l'accertamento della metastasi nel 2021 e la successiva evoluzione della patologia nel 2023 costituiscono circostanze sopravvenute che hanno determinato un apprezzabile e stabile incremento della probabilità del verificarsi dell'evento assicurato, rappresentato dall'invalidità permanente totale. Tali circostanze integrano, pertanto, un aggravamento del rischio rilevante ai sensi dell'art. 1898 cod. civ., distinto dal successivo verificarsi del sinistro, realizzatosi soltanto con il raggiungimento del grado di invalidità previsto dalla garanzia.

Tuttavia, non risulta che tale aggravamento sia stato comunicato all'impresa prima della denuncia del sinistro del 6 marzo 2024. Ne consegue che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, non erano ancora decorsi né il termine per la comunicazione dell'aggravamento né quello per l'eventuale esercizio del diritto di recesso dell'assicuratore. La fattispecie ricade, pertanto, nell'ambito applicativo dell'ultimo comma dell'art. 1898 cod. civ.

Tale disposizione contempla due differenti conseguenze. Qualora l'aggravamento sia tale che, ove fosse esistito al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe prestato la copertura, questi non è tenuto a corrispondere l'indennizzo. Diversamente, quando il maggior rischio avrebbe inciso esclusivamente sulla misura del premio, l'indennizzo deve essere ridotto in proporzione al rapporto tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se il rischio aggravato fosse esistito sin dall'origine.

L'applicazione della prima ipotesi presuppone che l'assicuratore dimostri che, ove avesse conosciuto il mutamento sopravvenuto, non avrebbe assunto il rischio. Nel caso di specie tale prova non è stata fornita. L'impresa ha richiamato l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio quale causa del diniego della prestazione, ma non ha allegato né dimostrato, mediante criteri assuntivi, regole tecniche, condizioni tariffarie o altri elementi oggettivi, che l'evoluzione della patologia avrebbe comportato il rifiuto della copertura assicurativa.

Non ricorrono, pertanto, i presupposti per l'applicazione della disciplina che comporta la perdita integrale del diritto all'indennizzo.

La fattispecie deve invece essere ricondotta alla seconda ipotesi prevista dall'ultimo comma dell'art. 1898 cod. civ., secondo cui l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio determina una riduzione dell'indennizzo in proporzione al rapporto tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato richiesto in presenza del maggior rischio.

Ne consegue che il diniego integrale opposto dall'impresa non è conforme alla disciplina dettata dall'art. 1898 cod. civ. Il ricorrente conserva il diritto all'indennizzo previsto dalla garanzia assicurativa, ancorché nella misura risultante dall'applicazione del criterio proporzionale stabilito dalla citata disposizione.

La documentazione acquisita non consente, tuttavia, di individuare il premio che l'impresa

avrebbe richiesto in presenza del maggior rischio e, conseguentemente, di determinare il rapporto proporzionale previsto dall'ultimo comma dell'art. 1898 cod. civ. La riduzione dell'indennizzo non può essere determinata in via equitativa o discrezionale, ma richiede l'accertamento del rapporto tra il premio effettivamente convenuto e quello che sarebbe stato applicato ove il rischio aggravato fosse esistito al momento della conclusione del contratto.

Il ricorso deve, pertanto, essere accolto nei limiti dell'accertamento del diritto del ricorrente all'indennizzo previsto dalla garanzia CPI, che l'impresa dovrà determinare secondo il criterio di riduzione stabilito dall'art. 1898, ultimo comma, cod. civ.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie parzialmente il ricorso.

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