



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
EMILIO BARUCCI	Membro scelto dall'IVASS
ILARIA RIVA	Componente designata dagli intermediari assicurativi
FRANCESCO ZAMPINO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore FRANCESCO ZAMPINO

Riunione del 25/06/2026

FATTO

Con ricorso del 19 gennaio 2026, preceduto da reclamo del 2 dicembre 2025, il ricorrente espone di avere riportato, in data 14 aprile 2025, un infortunio mentre si recava alle prove del coro di appartenenza, facente parte di un'associazione iscritta alla federazione nazionale, contraente di polizza cumulativa stipulata per il tramite dell'intermediario convenuto, nell'ambito della quale risultano assicurati le associazioni corali e i relativi coristi.

Riferisce di essere stato trasportato presso il pronto soccorso, ove veniva sottoposto ad intervento chirurgico per la rottura del tendine rotuleo destro, cui seguiva il prescritto percorso riabilitativo. Successivamente denunciava il sinistro, trasmettendo la documentazione sanitaria e fiscale richiesta. A conclusione dell'iter riabilitativo riceveva, tuttavia, comunicazione di diniego dell'indennizzo.

Deduce che, nonostante i successivi scambi di corrispondenza intercorsi con l'intermediario, non avrebbe ricevuto chiarimenti sulle ragioni del diniego né la documentazione necessaria a valutarne la fondatezza, assumendo tale omissione a fondamento del presente ricorso.



L'intermediario, nelle controdeduzioni, ricostruisce le attività svolte nella gestione del sinistro, evidenziando di avere tempestivamente acquisito la denuncia, trasmesso la relativa documentazione all'agenzia incaricata, richiesto il certificato di compiuta guarigione ai fini della definizione della pratica, comunicato al ricorrente il diniego opposto dall'impresa e, con comunicazione del 2 dicembre 2025, trasmesso il fascicolo informativo della polizza unitamente alle motivazioni ricevute dalla compagnia. Aggiunge di avere successivamente fornito anche i riferimenti del liquidatore, al fine di consentire un contatto diretto, e conclude di avere puntualmente adempiuto agli obblighi di assistenza gravanti sull'intermediario.

Nelle repliche il ricorrente, pur confermando la ricostruzione cronologica dei fatti operata dall'intermediario, precisa che la controversia concerne essenzialmente la correttezza del diniego opposto dall'impresa assicuratrice. Deduce, in particolare, che la lesione denunciata era nota sin dalla denuncia del sinistro e che non risulterebbe comprensibile il successivo diniego fondato sulla natura della lesione. Lamenta, inoltre, di avere sostenuto inutilmente le spese per il certificato di compiuta guarigione richiesto dall'intermediario, di non avere potuto attivare altra copertura assicurativa per decorso dei termini e di non avere avuto disponibilità della documentazione contrattuale, esprimendo dubbi sull'effettiva estensione della copertura assicurativa.

Nelle controrepliche l'intermediario eccepisce l'inammissibilità delle questioni formulate per la prima volta con la memoria di replica, in quanto estranee alla domanda proposta con il ricorso, ribadendo che ogni valutazione in ordine all'indennizzabilità del sinistro compete esclusivamente all'impresa assicuratrice. Precisa, inoltre, che la polizza è intestata all'associazione nazionale, mentre alle associazioni aderenti viene rilasciato il certificato di adesione recante i riferimenti contrattuali e le principali garanzie offerte. Riferisce, infine, di avere sollecitato un riesame della pratica da parte dell'impresa, la quale ha confermato il diniego, dando altresì atto che la lettura delle condizioni contrattuali non sembrerebbe, di per sé, precludere la possibilità di risarcimento della tipologia di lesione subita dal ricorrente.

DIRITTO

La controversia ha ad oggetto l'asserita omissione, da parte dell'intermediario, di chiarimenti sulle ragioni del diniego dell'indennizzo e della documentazione ritenuta necessaria dal ricorrente per valutarne la fondatezza.

In via preliminare, deve essere esaminata l'eccezione di inammissibilità formulata dall'intermediario con riferimento alle questioni prospettate dal ricorrente nella memoria di replica.

Dall'esame degli atti emerge che il ricorso è circoscritto alla lamentata carenza di chiarimenti e documentazione in ordine al diniego opposto dall'impresa assicuratrice. Solo con la memoria di replica - come testé evidenziato - il ricorrente ha, invece, dedotto ulteriori profili concernenti la correttezza della valutazione compiuta dall'impresa assicuratrice, la richiesta del certificato di compiuta guarigione, l'impossibilità di attivare altra copertura assicurativa e l'effettiva estensione delle garanzie previste dalla polizza.



Tali questioni, introducendo profili ulteriori rispetto all'originario oggetto della controversia, costituiscono domande nuove e, pertanto, sono inammissibili ai sensi dell'art. 10, comma 2, del Decreto.

Delimitato nei predetti termini il *thema decidendum*, il ricorso non merita accoglimento.

Dalla documentazione acquisita agli atti risulta, infatti, che l'intermediario ha dato riscontro alle richieste del ricorrente, trasmettendo, con comunicazione del 2 dicembre 2025, il fascicolo informativo della polizza e le motivazioni del diniego comunicate dall'impresa assicuratrice. Con successiva comunicazione del 5 gennaio 2026 ha inoltre fornito i riferimenti del liquidatore incaricato della gestione del sinistro e, in data 12 febbraio 2026, ha inoltrato al ricorrente la comunicazione con cui l'impresa assicuratrice ha confermato il diniego dell'indennizzo.

Alla luce di tali risultanze, non è ravvisabile l'inadempimento dedotto con il ricorso, avendo l'intermediario fornito al ricorrente i chiarimenti e la documentazione nella propria disponibilità in relazione alla gestione del sinistro.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA