



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	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
CLAUDIO COLOMBO	Componente designato dai clienti non consumatori

Relatore CLAUDIO COLOMBO

Riunione del 23/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 23 febbraio 2026 (preceduto da reclamo presentato il 27 gennaio 2026), la società ricorrente esponeva di avere stipulato con l'impresa resistente una polizza infortuni collettiva, a beneficio del proprio personale, tra cui figurava anche il proprio legale rappresentante. Più precisamente, sulla scorta della documentazione in atti risulta che la polizza in questione, di durata annuale salvo proroga a seguito di mancata disdetta, decorreva dalle ore 24:00 del 1° agosto 2023.

La ricorrente lamentava che l'impresa convenuta si sarebbe illegittimamente rifiutata di liquidare un sinistro occorso in data 25 maggio 2025 al proprio legale rappresentante che, come detto, figurava tra i soggetti a favore dei quali era stata stipulata la polizza infortuni collettiva per cui è controversia.

La ricorrente deduceva, inoltre, che la motivazione con la quale l'impresa aveva negato la copertura ("*premio non pagato*") sarebbe incompatibile con un'attestazione dell'impresa stessa, intervenuta a mezzo PEC in data 25 novembre 2024, secondo cui la polizza sarebbe



stata efficace fino alla data del 1° agosto 2025 (dunque, fino ad una data successiva a quella del sinistro denunciato).

In presenza di una siffatta dichiarazione, ed in assenza di prova circa eventuali sospensioni della copertura assicurativa, il diniego risulterebbe – come detto – illegittimo.

La gestione del sinistro sarebbe peraltro stata contraddittoria e non trasparente, posto che, prima di opporre, in data 26 gennaio 2026, il proprio diniego alla liquidazione dell'indennizzo, l'impresa aveva sottoposto la persona infortunata a visita medica, il giorno 18 dicembre 2025.

Concludeva pertanto la ricorrente domandando in via principale: di accertare l'operatività della copertura alla data del sinistro; di dichiarare illegittimo il diniego; di dichiarare l'obbligo della resistente di procedere alla liquidazione dell'indennizzo dovuto in base alle condizioni di polizza, anche sulla base dell'istruttoria già svolta.

In subordine, la ricorrente domandava di *“disporre/sollecitare la produzione della documentazione contrattuale-contabile essenziale (posizione premi e movimenti contabili annualità 01/08/2024-01/08/2025; avvisi di scadenza; solleciti; comunicazione di sospensione con prova di invio; condizioni/appendici applicabili) e, all'esito, dichiarare comunque l'inefficacia del diniego in assenza di prova della sospensione validamente attivata e comunicata”*.

In sede di controdeduzioni, l'impresa ha anzitutto rilevato che nel modulo di ricorso la cliente ha erroneamente indicato, quale materia su cui verte il contenzioso, quella delle polizze vita, in luogo di quella delle polizze danni.

Nel merito, l'impresa ha invocato l'art. 1 del contratto di assicurazione, a mente del quale *“(...) se la contraente non paga il premio o le rate di premio successive, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza e viene riattivata dalle ore 24.00 del giorno del pagamento (...)”*, confermando peraltro l'irregolarità amministrativa della polizza alla data del sinistro, dovuta al mancato pagamento del premio relativo all'annualità 1° agosto 2024 – 1° agosto 2025.

Oltre a non aver pagato il menzionato premio – ha proseguito l'impresa convenuta – la ricorrente non aveva nemmeno ottemperato a quanto disposto contrattualmente, a proposito della regolazione del premio assicurativo, premio la cui entità era contrattualmente commisurata, in sede di quantificazione definitiva, all'ammontare complessivo delle retribuzioni annuali erogate al personale assicurato.

Ha concluso dunque l'impresa resistente per il rigetto del ricorso.

Nelle proprie repliche la ricorrente ha rilevato come, alla luce della dichiarazione del 25 novembre 2024, di conferma dell'efficacia della polizza fino al 1° agosto 2025, l'impresa avrebbe dovuto provare documentalmente la data esatta di scadenza del premio, e la conseguente data esatta di decorrenza della sospensione.

Quanto, poi, alla questione del mancato invio della comunicazione relativa alla regolazione del premio definitivo, la ricorrente ne ha dedotto l'irrelevanza.



In merito, infine, al rilievo circa l'esatto inquadramento della polizza per cui è controversia, la ricorrente ne ha evidenziato la natura di mera imprecisione formale, che non avrebbe inciso sul contraddittorio e sul diritto di difesa dell'impresa nel merito.

In sede di controrepliche l'impresa resistente ha precisato – con riferimento alla propria PEC del 25 novembre 2024 – che la polizza era attiva, in quanto non disdettata, se non per la scadenza del 1° agosto 2025, mentre le coperture non erano attive, in mancanza del pagamento del premio dovuto.

Nella riunione del 4 giugno 2026, il Collegio, con provvedimento comunicato alle parti in data 9 giugno 2026, ha così disposto: *"(...), ritenuto opportuno acquisire elementi utili ai fini della valutazione del ricorso, invita l'impresa, entro cinque giorni a decorrere dalla ricezione della comunicazione, a depositare copia della polizza, comprensiva delle CGA. Il Collegio dispone la proroga dei termini del procedimento di 60 giorni (...)"*.

L'impresa ha ottemperato a quanto disposto dal Collegio, facendo pervenire tempestivamente quanto dallo stesso richiesto.

DIRITTO

La controversia ha ad oggetto una polizza infortuni collettiva aziendale, stipulata dalla società ricorrente. Tra i soggetti beneficiari della copertura vi era il legale rappresentante della cliente, il quale – in data 25 maggio 2025 – era rimasto vittima di un infortunio.

Il Collegio rileva innanzitutto che, in ragione delle domande (di mero accertamento) proposte dalla ricorrente, essa è senz'altro attivamente legittimata in ordine al presente ricorso, quale parte stipulante del contratto di assicurazione.

Sempre in punto di ammissibilità, non ha per contro alcuna rilevanza l'erronea indicazione della materia oggetto del contendere (polizze vita, in luogo di polizze danni) nel modulo di ricorso, trattandosi di mero errore materiale che non ha impedito all'impresa di difendersi adeguatamente nel merito. Né siffatto errore è destinato a ripercuotersi sul versante della competenza per valore, posto che – come detto – la domanda proposta dalla ricorrente non è una domanda di condanna.

Passando dunque al merito, il Collegio ritiene che le richieste della cliente siano infondate. Come anticipato nella parte narrativa, la polizza in questione decorreva dalle ore 24.00 del 1° agosto 2023; essa aveva durata annuale, con clausola di rinnovo salvo disdetta.

Quanto alla rateazione del premio, questa era prevista con cadenza annuale. Risulta agli atti che per l'annualità 1° agosto 2023 – 1° agosto 2024 il premio era stato pagato, con bonifico bancario, in data 26 settembre 2023.

Non risulta, per contro, alcuna evidenza del pagamento del premio per l'annualità successiva, donde l'eccezione sollevata dall'impresa in merito alla sospensione delle coperture, alla data di verifica del sinistro (25 maggio 2025).

Ai sensi dell'art. 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione *"l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, salvo diversi accordi scritti tra le parti, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se la Contraente non paga il premio o le rate di premio successive,*



l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza e viene riattivata dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, mentre rimangono immutati le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile (...).

Ebbene, alla luce di tale previsione contrattuale – peraltro conforme alla disciplina legale di cui all'art. 1901 cod. civ. – risulta confermata la tesi dell'impresa, a mente della quale l'effetto sospensivo è automatico, non necessitando di alcuna comunicazione da parte dell'assicuratore di volersene avvalere. Né risulta peraltro alcun accordo scritto tra le parti, idoneo a derogare alla predetta previsione.

A fronte di un siffatto assetto contrattuale, l'onere di dimostrare l'avvenuto pagamento del premio, relativamente all'annualità 1° agosto 2024 – 1° agosto 2025, incombeva sulla ricorrente, in applicazione dell'ordinaria regola di ripartizione dell'onere probatorio, di cui all'art. 2697 cod. civ.

Detto onere, tuttavia, non è stato assolto, e la lacuna probatoria non può ritenersi in alcun modo superata dalla corrispondenza intercorsa tra le parti nel novembre 2024.

Invero, con la richiamata PEC del 25 novembre 2024, l'impresa riscontrava una precedente missiva della ricorrente datata 14 novembre 2024, la quale chiedeva *“l'annullamento immediato della polizza”*, con conseguente richiesta di non addebito del *“prossimo premio”*. Va da sé che, in ragione dell'epoca di invio della richiesta di *“annullamento”* (da intendersi più propriamente come dichiarazione di disdetta, impeditiva del rinnovo automatico della polizza), gli effetti della stessa non potevano prodursi immediatamente, ma solo a partire dalla prima scadenza successiva all'invio (1° agosto 2025).

Nelle more, come correttamente evidenziato dall'impresa, il contratto di assicurazione restava valido ed efficace, beninteso subordinatamente al pagamento del premio relativo all'annualità 1° agosto 2024 – 1° agosto 2025, per essere poi destinato a cessare definitivamente, per disdetta della contraente, alla data del 1° agosto 2025.

D'altro canto, secondo la giurisprudenza di legittimità (Cass. civ., sez. III, 10 febbraio 2022, n. 4357), *“la volontà di rinunciare all'effetto sospensivo dell'assicurazione per mancato pagamento del premio richiede un comportamento dell'assicuratore che implichi una volontà negoziale, ricognitiva del diritto all'indennizzo e abdicativa del favorevole effetto di legge, e non può essere desunta dalla mera accettazione del tardivo pagamento del premio”*, pagamento del premio che peraltro, nel caso di specie, non è stato dimostrato essere intervenuto. Né analoga volontà di rinuncia può essere ricondotta, ad opinione del Collegio, alla condotta materiale posta in essere dall'impresa, consistente nella sottoposizione a visita medica della persona infortunata.

Le ragioni del rigetto delle domande principali giustificano anche il rigetto di quella subordinata, intesa alla produzione da parte dell'impresa di informazioni e documenti, la cui acquisizione sarebbe di fatto volta a supplire alla carenza probatoria in cui è incorsa la ricorrente.

PER QUESTI MOTIVI



Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

Decisione N. 909 del 20 agosto 2026

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA