Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
NICOLA SOLDATI	Membro scelto dall'IVASS
ENRICO CAMILLERI	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 23/09/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 19 febbraio 2026 (e reclamo presentato il 24 novembre 2025), il ricorrente affermava di essere stato coinvolto in un sinistro stradale in data 3 giugno 2023, a seguito del quale aveva riportato un politrauma e fratture multiple. Deduceva che l'accertamento risultante dal verbale definitivo INPS del 24 settembre 2025, versato in atti, aveva riconosciuto un'invalidità civile permanente dell'80% e rappresentava di aver attivato la Convenzione tra il fondo pensione cui aveva aderito e un'impresa di assicurazioni, cui era succeduta l'odierna resistente, la quale avrebbe negato la liquidazione della prestazione per invalidità permanente adducendo la sussistenza di condizioni preesistenti. Il ricorrente contestava che il diniego sarebbe stato opposto senza

fornire documentazione a supporto né idonea motivazione e chiedeva quindi all'Arbitro di accertare la correttezza del comportamento e la legittimità del diniego, e che venisse riconosciuto il diritto alla prestazione assicurativa prevista dalla Convenzione, qualora ne ricorressero i presupposti. Chiedeva, inoltre, che l'impresa fornisse la relazione medico-legale e motivazione a supporto del diniego, e che indicasse la percentuale di invalidità attribuita al sinistro e quella attribuita alle condizioni preesistenti.

Con le controdeduzioni, l'impresa precisava che, con *e-mail* del 16 ottobre 2025, il Fondo aveva chiesto all'impresa se l'aderente avesse diritto al riscatto a titolo di "*invalidità totale o permanente uguale o superiore al 66%*" e di aver comunicato prima al Fondo, e poi direttamente al ricorrente, che il sinistro denunciato non risultava liquidabile, poiché la patologia invalidante sarebbe insorta antecedentemente all'adesione alla Convenzione da parte del ricorrente. In particolare, nella comunicazione del 12 febbraio 2026, l'impresa aveva richiamato il parere del comitato medico interno e aveva evidenziato che già nel 2008 sarebbe stato attestato un disturbo ossessivo compulsivo, e poi nel 2011, 2014 e 2022 sarebbe stata riconosciuta un'invalidità per ulteriori patologie, di volta in volta confermate. Solo nel verbale del 2025 era stata riscontrata "*difficoltà deambulatoria per frattura del femore sinistro e frattura della gamba sinistra, e inoltre frattura del III e del IV dito della mano sinistra; frattura acetabolare anteriore sinistra*". Tanto premesso, l'impresa deduceva l'infondatezza della richiesta di copertura del ricorrente, alla luce dell'art. 4 delle condizioni generali della Convenzione, che escludeva la liquidazione del capitale in caso di invalidità determinatasi a causa di eventi preesistenti all'ingresso, senza determinare una soglia di rilevanza di tale invalidità. La mera preesistenza di una patologia al momento dell'adesione avrebbe escluso la liquidazione del capitale. Con riferimento alla richiesta di indicazione della percentuale di invalidità di attribuita al sinistro, premessa l'irrilevanza della richiesta, ne deduceva l'inammissibilità, in quanto ciò presupponeva un approfondimento istruttorio.

Con le repliche, il ricorrente ribadiva che vi sarebbe stata una distinzione tra la sua situazione clinica anteriore al sinistro del 3 giugno 2023, caratterizzata da condizioni di natura prevalentemente psichiatrica e neurologica che non avevano inficiato la propria capacità lavorativa e deambulatoria, e quella successiva, che avrebbe compromesso invece la deambulazione. Nel verbale del 2025, a differenza che nei precedenti, erano descritte limitazioni motorie asseritamente determinate dal sinistro del 2023 e pertanto chiedeva l'accoglimento del ricorso.

Con le controrepliche, l'impresa, sintetizzate le contestazioni avversarie, richiamava il disposto dell'art. 4 delle condizioni generali della Convenzione, e sottolineava come già dal verbale INPS del 24 febbraio 2014 sarebbe emersa una condizione di invalidità e pertanto chiedeva di rigettare le domande in quanto infondate e inammissibili.

In conclusione, il ricorrente chiede: *"di accertare la correttezza del comportamento di* (omissis) *e la legittimità del diniego della prestazione assicurativa*"; "*che la Compagnia fornisca la relazione medico-legale completa e la motivazione tecnica dettagliata del diniego, con indicazione della percentuale di invalidità attribuita al sinistro e di quella attribuita alle condizioni preesistenti*"; che "*venga riconosciuto il mio diritto alla prestazione assicurativa prevista dalla Convenzione n.* (***)*, qualora ne ricorrano i presupposti*".

L'impresa chiede che la richiesta di indicazione della percentuale di invalidità attribuita al sinistro, e di quella attribuita alle condizioni preesistenti, sia dichiarata inammissibile ai sensi degli art. 3, comma 3, e 11, comma 8, del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito il "*Decreto*"). Chiede, inoltre, che la richiesta di riconoscimento del diritto alla prestazione assicurativa sia dichiarata infondata.

DIRITTO

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio ha ad oggetto la richiesta del ricorrente di vedersi riconosciuto il diritto all'indennità per invalidità permanente previsto dalla Convenzione tra il fondo pensione cui ha aderito e l'impresa convenuta e che è dovuta se detta invalidità totale o permanente è uguale o superiore al 66%. Il ricorrente richiede altresì di accertare la correttezza della condotta dell'impresa e che questa fornisca la relazione medico-legale e la motivazione del diniego di indennizzo.

Osserva innanzi tutto il Collegio che le richieste di accertamento della correttezza della condotta dell'impresa e di fornire la perizia medico-legale, oltre ad una motivazione dettagliata del diniego di indennizzo, non sono ammissibili.

Occorre al riguardo ricordare che l'art. 5, commi 1 e 2, del CAP attribuisce all'IVASS le funzioni di vigilanza mediante poteri di natura autorizzativa, prescrittiva, accertativa, cautelare e repressiva, con il fine istituzionale di garantire la sana e prudente gestione delle imprese e la trasparenza e correttezza dei comportamenti dei soggetti vigilati, mentre l'Arbitro assicurativo risolve controversie individuali tra cliente e impresa/intermediario, accertando diritti e obblighi nascenti dal singolo contratto ed è nell'ottica di tale distinzione di ruoli e funzioni che devono essere esaminate le suddette domande del ricorrente.

Quanto alla richiesta di accertare la correttezza della condotta della resistente, l'art. 3, comma 1, del Decreto, nel definire le controversie la cui risoluzione può essere rimessa all'Arbitro, richiede che essa abbia ad oggetto l'accertamento di specifici diritti, obblighi o facoltà contrattuali oppure l'inosservanza di specifiche regole di comportamento distributivo enumerate nel CAP, mentre un generico accertamento della "*correttezza della condotta*" — senza ancorarlo a una prestazione contrattuale determinata o a una precisa norma comportamentale violata — non soddisfa tale requisito di specificità. La domanda risulta pertanto generica ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h), del Decreto (il ricorso è inammissibile se "*è privo dell'indicazione degli elementi essenziali li quali l'oggetto, il contratto di assicurazione stipulato, la domanda e l'esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda, con le relative richieste*").

Per le medesime ragioni sono inammissibili le richieste nei confronti dell'impresa di fornire la relazione medico-legale e una motivazione dettagliata del diniego di indennizzo, in quanto esula dalla competenza dell'Arbitro emettere ordini di esibizione degli atti istruttori compiuti dalle imprese e di obbligare a fornire una motivazione del diniego dell'indennizzo, risultando in ogni caso anche tali richieste generiche ai sensi del ricordato art. 9, comma 1, lett. h), del Decreto.

Venendo alla domanda di riconoscimento dell'indennizzo per invalidità permanente, il ricorrente sostiene che l'attuale grado di invalidità sarebbe stato accertato con verbale

dell'INPS del 24 settembre 2025 e non sarebbe in continuità con la situazione clinica accertata nei precedenti verbali, e in particolare in quello del 2014, e in tale prospettiva chiede all'impresa di determinare la percentuale di invalidità attribuita al sinistro e quella attribuita alle condizioni preesistenti. L'impresa deduce che già nel 2008 sarebbe stato attestato un disturbo ossessivo compulsivo, e poi nel 2011, 2014 e 2022 sarebbe stata riconosciuta un'invalidità per ulteriori patologie, di volta in volta confermate e che dunque la preesistenza di una patologia al momento dell'adesione alla copertura esclude il diritto all'indennità.

Esaminate la documentazione prodotta dalle parti e le contrapposte deduzioni difensive, il Collegio ritiene che, stante la complessità tecnica della vicenda, al fine di determinare l'indennizzabilità del sinistro, occorrerebbe disporre una consulenza tecnica, volta ad accertare il grado attuale di invalidità del ricorrente, e segnatamente se esso superi la soglia del 66%; e inoltre se la patologia invalidante sia, in tutto o in parte, insorta antecedentemente all'adesione alla Convenzione da parte del ricorrente, in quanto il diritto all'indennizzo spetta solo per le patologie successive o per la parte di patologia insorta successivamente, e sempre che superi la soglia contrattuale. Infatti, è pacifico in giurisprudenza che *"allorquando non abbia le cognizioni tecnico-scientifiche necessarie ed idonee a ricostruire e comprendere la fattispecie concreta in esame nella sua meccanicistica determinazione ed evoluzione, pur essendo peritus peritorum, il giudice deve fare invero ricorso a una consulenza tecnica di tipo percipiente, quale fonte oggettiva di prova (…), sulla base delle cui risultanze è tenuto a dare atto dei risultati conseguiti e di quelli viceversa non conseguiti o non conseguibili, in ogni caso argomentando su basi tecnico-scientifiche e logiche*" (Cass. civ., sez. III, 9 novembre 2023, n. 31251)

Tuttavia, l'incombente istruttorio della consulenza medico-legale è precluso all'Arbitro, in quanto l'art. 3, comma 3, del Decreto stabilisce che "*le controversie sono esclusivamente documentali*" e che l'Arbitro "*non può disporre l'espletamento di perizie tecniche né l'assunzione di testimonianze o dichiarazioni orali*". In tale ottica, l'art. 11 co. 8 del Decreto stabilisce che *"il collegio dichiara l'inammissibilità del ricorso quando, ai fini della decisione, sono necessari gli accertamenti istruttori che ai sensi dell'articolo 3, comma 3, non può disporre*".

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA