Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS	Membro scelto dall'IVASS
ERNESTO CAPOBIANCO	Componente designato dagli intermediari assicurativi
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore ERNESTO CAPOBIANCO

Riunione del 01/10/2026

FATTO

La ricorrente, con ricorso del 5 marzo 2026 (e reclamo del 17 febbraio 2026) proposto nella qualità di erede e beneficiaria del proprio fratello deceduto, esponeva che il defunto fosse originariamente assicurato, con polizza avente decorrenza dal 27 dicembre 2014 e scadenza al 27 dicembre 2024, per una diaria giornaliera di euro cinquanta in caso di ricovero conseguente a infortunio o malattia. Riferiva che, in data 8 luglio 2022, tale contratto, unitamente ad altre coperture, veniva sostituito con un nuovo prodotto modulare, nel quale risultava attivata la sola indennità giornaliera per ricovero da infortunio, mentre non risultava prevista quella per ricovero da malattia.

Affermava che la sostituzione sarebbe stata proposta e conclusa senza un'adeguata informazione sulle differenze tra la precedente e la nuova copertura e, in particolare, senza evidenziare la perdita della diaria per ricovero da malattia, nonostante la precedente polizza fosse ancora efficace e destinata a scadere il 27 dicembre 2024. Contestava la ricezione, prima della stipula, della documentazione contrattuale e precontrattuale, sostenendo che la

nuova polizza sarebbe stata trasmessa soltanto dopo una sua specifica richiesta del 18 giugno 2024. Deduceva che l'intermediario avrebbe dovuto sconsigliare l'operazione, anche in considerazione dell'età dell'assicurato.

La ricorrente riferiva che al defunto veniva diagnosticato, nel luglio 2023, un carcinoma del pancreas e che egli subiva un ricovero dal 10 al 15 luglio 2023 e un ulteriore ricovero dal 2 aprile al 20 maggio 2024. Chiedeva, pertanto, il pagamento di euro 300,00 per il primo ricovero e di euro 2.450,00 per il secondo, per complessivi euro 2.750,00, corrispondenti alla diaria che sarebbe stata percepita se la precedente copertura fosse rimasta operativa. Chiedeva inoltre il rimborso dei premi versati per la nuova polizza e il risarcimento del danno morale.

L'impresa resistente, costituitasi, chiedeva il rigetto integrale del ricorso affermando che il nuovo contratto era stato liberamente e consapevolmente sottoscritto dal contraente mediante firma elettronica, in sostituzione delle precedenti polizze, nell'ambito di un'operazione diretta a riunire più coperture in un unico prodotto. Evidenziava che la nuova polizza aveva struttura modulare e che il contraente aveva scelto la garanzia "Infortuni", senza attivare quella relativa alle "Malattie". Deduceva di avere adempiuto agli obblighi informativi mediante la documentazione contrattuale e precontrattuale, nella quale sarebbero state indicate in modo chiaro le garanzie attivate e quelle non attivate. Contestava l'applicabilità dell'art. 19 del Regolamento IVASS n. 41/2018, invocato dalla ricorrente, ritenendo tale disposizione riferibile ai prodotti vita e non alla polizza danni oggetto della controversia. Negava quindi che i ricoveri per la patologia dell'assicurato fossero coperti dalla nuova polizza e contestava sia la restituzione dei premi, corrispettivi di una copertura rimasta efficace per una pluralità di rischi, sia il danno morale, ritenuto generico e non provato.

L'intermediario, costituitosi, chiedeva anch'esso il rigetto del ricorso affermando di avere informato il contraente sulle condizioni del nuovo prodotto e sulle modifiche delle garanzie, di avere acquisito le informazioni sulle sue esigenze assicurative e di avere fornito una raccomandazione personalizzata, oltre agli Allegati 3, 4 e 4-*ter*, al DIP (Documento di Informativa Precontrattuale), al DIP aggiuntivo e alle condizioni di assicurazione. Sosteneva inoltre che il contratto indicasse chiaramente l'attivazione della diaria per ricovero da infortunio e l'assenza di quella per malattia, e che la mancata richiesta di indennizzo per il ricovero del 2023 costituirebbe ulteriore elemento della consapevolezza dell'assicurato. Contestava che il mancato rinvenimento della polizza presso l'abitazione del defunto dimostrasse la mancata consegna della documentazione e negava, al pari dell'impresa, l'applicabilità dell'art. 19 del Regolamento IVASS n. 41/2018. Escludeva infine che la violazione degli obblighi informativi potesse fondare il rimborso dei premi o il risarcimento di un danno morale non allegato e non provato.

Le parti ribadivano le proprie posizioni con repliche e controrepliche.

DIRITTO

È pacifico che nella vicenda in oggetto la nuova polizza, sostitutiva della precedente, non prevedesse la diaria per ricovero da malattia.

La domanda di euro 2.750,00 non può quindi essere qualificata come domanda di pagamento di un indennizzo dovuto in forza del contratto dell'8 luglio 2022. Essa può essere tuttavia esaminata come domanda risarcitoria fondata sull'asserita violazione degli obblighi di correttezza, informazione e consulenza nella sostituzione della precedente copertura, con conseguente perdita della garanzia per malattia.

Va preliminarmente precisato che il richiamo, formulato dalla ricorrente, all'art. 19 del Regolamento IVASS n. 41/2018 non risulta pertinente, poiché la disposizione riguarda la disciplina dei prodotti vita e non introduce, per la sostituzione di una polizza danni, uno specifico obbligo generale di consegna di un documento comparativo sette giorni prima della stipula.

La valutazione della vicenda deve, ad avviso del Collegio, essere compiuta sulla base degli obblighi generali di correttezza e trasparenza e della disciplina della distribuzione assicurativa. L'art. 119-bis CAP impone ai distributori di operare con equità, onestà, professionalità, correttezza e trasparenza nel miglior interesse dei contraenti.

L' Allegato 4 prodotto dall'intermediario indica, inoltre, che con riguardo al contratto proposto era stata fornita consulenza ai sensi dell'art. 119-ter, comma 3, CAP, mediante una raccomandazione personalizzata. L'art. 119-ter CAP impone, prima della conclusione del contratto, di acquisire le informazioni utili a identificare le richieste e le esigenze del contraente, di fornire informazioni oggettive in forma comprensibile e di proporre un contratto coerente con tali esigenze; in caso di consulenza, richiede una raccomandazione personalizzata contenente i motivi per i quali il contratto è ritenuto più indicato.

Gli artt. 58 e 59 del Regolamento IVASS n. 40/2018 precisano tali obblighi, imponendo di considerare, ove pertinenti, l'età, lo stato di salute, la situazione assicurativa, le aspettative in termini di copertura e durata e le coperture già in essere. La documentazione informativa deve inoltre essere chiara e non fuorviante, secondo gli artt. 166, 185 e 185-bis CAP. L'art. 166 CAP stabilisce che il contratto e ogni altro documento consegnato dall'impresa debbano essere redatti in modo chiaro ed esauriente.

La sottoscrizione elettronica dimostra che il nuovo contratto è stato formalmente concluso dal contraente. La dichiarazione contenuta nella polizza circa la ricezione del DIP (Documento Informativo Precontrattuale), del DIP aggiuntivo, delle condizioni di assicurazione e degli altri documenti indica, inoltre, che la documentazione contrattuale e precontrattuale era stata messa a disposizione del contraente.

Tali elementi non sono tuttavia sufficienti, da soli, a dimostrare l'adempimento dell'obbligo di consulenza nel suo contenuto concreto. La questione non consiste soltanto nell'accertare se siano stati consegnati i documenti standardizzati, ma se, in occasione della sostituzione di una polizza ancora efficace, siano state rilevate e valutate le esigenze già soddisfatte dalla copertura precedente e sia stata resa una raccomandazione specificamente motivata rispetto alla perdita della diaria per ricovero da malattia.

Dalla documentazione descritta negli atti risulta che, nella sezione relativa alla coerenza del prodotto e nella raccomandazione personalizzata, per il modulo "*omissis*" era stata selezionata la voce "Infortuni", mentre non era stata selezionata la voce "Malattie". La

polizza evidenziava quindi la garanzia attivata, ma non risulta che la raccomandazione contenesse una motivazione specifica sulla rinuncia alla diaria per malattia prevista dalla precedente polizza, né che segnalasse espressamente che quest'ultima sarebbe cessata oltre due anni prima della sua scadenza naturale.

La dichiarazione standard del contraente di avere ricevuto i documenti prova la ricezione o messa a disposizione della documentazione indicata, ma non dimostra, in assenza di ulteriori elementi, che il distributore abbia effettivamente acquisito e valutato la situazione assicurativa preesistente né che abbia illustrato in modo individualizzato la perdita di una garanzia rilevante. Analogamente, la firma elettronica prova la manifestazione formale del consenso, ma non vale a dimostrare da sola la piena consapevolezza del contraente circa ogni modifica dell'assetto assicurativo.

Va al riguardo rimarcato che l'adempimento degli obblighi distributivi non può essere valutato in termini meramente formali. La raccomandazione è definita "personalizzata" proprio perché deve riflettere la situazione concreta del contraente, le sue richieste ed esigenze e le caratteristiche della copertura proposta, consentendo per tale via di ricostruire il percorso valutativo seguito dall'intermediario e le ragioni per le quali il contratto raccomandato sia stato ritenuto maggiormente idoneo a soddisfare tali esigenze, anche in considerazione delle coperture assicurative preesistenti e di quelle destinate a cessare. Ciò in coerenza con l'obbligo di agire con correttezza, trasparenza e nel miglior interesse del contraente previsto dagli artt. 119-*bis* e 119-*ter* CAP, nonché con le clausole generali di correttezza e buona fede di cui agli artt. 1175 e 1375 cod. civ., la cui rilevanza è ribadita in particolare per tutte le attività in senso lato "commerciali" (per quanto qui rileva, l'art. 2195, n. 4, cod. civ.) nell'art. 39 del Codice del consumo.

Nel caso in esame, la preesistenza della diaria per ricovero da malattia, la residua durata della precedente polizza sino al 27 dicembre 2024 e la sostituzione intervenuta l'8 luglio 2022 rendevano tale circostanza specificamente rilevante ai fini della valutazione delle esigenze del contraente. La documentazione prodotta dimostra che la garanzia non è stata inserita nel nuovo contratto, ma non dimostra adeguatamente che il contraente sia stato posto nella condizione di scegliere consapevolmente se rinunciarvi.

Assume inoltre rilievo il dato economico risultante dal confronto tra le due polizze: la nuova polizza comportava un premio superiore di circa euro 400,00 rispetto a quello della copertura precedente, pur escludendo la diaria per ricovero da malattia. Tale circostanza non dimostra, di per sé, l'illegittimità della sostituzione, ma rende ancor più evidente la necessità che al contraente fosse chiaramente spiegato il contenuto dell'operazione e, in particolare, che a fronte di un esborso maggiore egli avrebbe perso una garanzia già compresa nella precedente copertura. In assenza di una specifica evidenza di tale informazione comparativa, il maggior premio costituisce un elemento che depone contro la consapevole rinuncia alla garanzia e rafforza il giudizio di inadeguatezza dell'attività informativa e consulenziale svolta.

Il rilievo dell'intermediario della mancata richiesta di indennizzo da parte dell'assicurato per il ricovero del luglio 2023, non modifica tale conclusione, poiché trattasi di circostanza

successiva alla stipula e non dimostra quale fosse la consapevolezza del contraente al momento della sostituzione.

L'accertata violazione degli obblighi distributivi non determina automaticamente la nullità o l'inefficacia del nuovo contratto e non comporta la diretta applicazione delle condizioni della polizza precedente. Può tuttavia fondare una responsabilità risarcitoria se è dimostrato che, in assenza della violazione, il contraente avrebbe mantenuto la precedente copertura o avrebbe sottoscritto una nuova polizza equivalente quanto alla diaria per ricovero da malattia.

Il giudizio controfattuale deve, ad avviso del Collegio, essere condotto sulla base delle circostanze concretamente risultanti dagli atti. Nella vicenda in esame la preesistenza della garanzia, la sua efficacia ancora biennale al momento della sostituzione, la mancata indicazione di una ragione specifica per la rinuncia e l'assenza di una chiara evidenza documentale della perdita della copertura consentono di ritenere, con sufficiente probabilità, che un'informazione corretta avrebbe indotto il contraente a conservare la precedente garanzia o a scegliere una soluzione assicurativa equivalente.

Il danno patrimoniale coincide con l'indennità che sarebbe spettata in forza della precedente polizza. Applicando la diaria di euro 50,00, l'importo è pari a euro 300,00 per il ricovero di sei giorni dal 10 al 15 luglio 2023 e a euro 2.450,00 per il ricovero di quarantanove giorni dal 2 aprile al 20 maggio 2024, per complessivi euro 2.750,00.

Quanto all'imputazione soggettiva, l'intermediario resistente riveste la qualità di agente dell'impresa. L'attività di consulenza e distribuzione oggetto di contestazione è stata quindi svolta nell'ambito dell'incarico conferito dall'impresa e nell'esercizio delle funzioni proprie dell'agente.

Quanto alla posizione dell'impresa assicurativa, la responsabilità solidale non deve essere esclusa per il solo fatto che l'intermediario operasse nella qualità di agente e non di produttore diretto. È vero che l'art. 119 CAP disciplina espressamente la responsabilità dell'impresa per l'operato dei produttori diretti e quella dell'intermediario per i soggetti iscritti alla sezione E. Tuttavia, secondo l'interpretazione già accolta in precedenti decisioni di questo Arbitro Assicurativo (Decisione AAS n. 847/2026 e n. 707/2026), la disposizione costituisce parte di una disciplina speciale che integra, senza sostituirla, la regola generale dell'art. 2049 cod. civ.

Nel settore assicurativo, pertanto, l'impresa risponde solidalmente con l'agente quando il danno sia riconducibile all'attività di intermediazione svolta nell'ambito delle incombenze affidategli e sussista il necessario rapporto di occasionalità tra tali incombenze e la condotta dannosa. Tale rapporto ricorre nel caso in esame, poiché la condotta contestata riguarda precisamente la proposta e la conclusione di un nuovo contratto, la sostituzione di precedenti coperture, l'acquisizione delle esigenze del contraente e la formulazione della raccomandazione personalizzata: attività proprie dell'incarico agenziale e funzionalmente inserite nella rete distributiva dell'impresa.

La responsabilità dell'impresa discende quindi dall'art. 2049 cod. civ., sì che l'agente e l'impresa sono tenuti in solido al risarcimento del medesimo danno, ai sensi dell'art. 2055 cod. civ., con riserva dei rapporti interni di rivalsa.

La domanda di rimborso dei premi deve essere respinta.

Il nuovo contratto è stato validamente concluso ed è rimasto efficace, assicurando una pluralità di rischi nel periodo considerato. La violazione degli obblighi informativi e consulenziali, pur potendo fondare il risarcimento del danno specificamente derivato dalla perdita della garanzia per malattia, non comporta automaticamente la restituzione dei premi corrisposti per una copertura che ha prodotto effetti.

La restituzione presupporrebbe uno specifico titolo idoneo a privare il pagamento del premio della sua causa, quale la nullità, l'inefficacia o la risoluzione del contratto. Tale titolo non è stato dedotto né risulta provato. La domanda restitutoria è inoltre incompatibile, se proposta cumulativamente, con la richiesta di conservare gli effetti della precedente copertura limitatamente alla diaria per malattia, poiché il nuovo contratto ha comunque operato per ulteriori garanzie.

La domanda di risarcimento del danno morale deve essere respinta.

La ricorrente non ha specificamente allegato la natura del pregiudizio non patrimoniale subito, le concrete conseguenze personali o relazionali della condotta dei resistenti, né elementi idonei a provarne la sussistenza e l'entità.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie parzialmente il ricorso e dispone che l'impresa e l'intermediario, in solido, corrispondano alla parte ricorrente la somma di euro 2750,00, oltre interessi dal reclamo al soddisfo.

Il Collegio dispone inoltre, ai sensi della vigente normativa, che l'impresa corrisponda la somma di euro 200,00 e l'intermediario la somma di euro 100,00 a IVASS, quale contributo alle spese della procedura, e alla parte ricorrente in solido la somma di euro 20,00, quale rimborso della somma versata alla presentazione del ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA