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
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 01/10/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 2 marzo 2026 (e reclamo presentato l'11 novembre 2025), il ricorrente rappresentava di aver aderito, in data 7 giugno 2011, insieme a sua moglie e contestualmente alla sottoscrizione di un contratto di mutuo stipulato con l'intermediario resistente, a due polizze collettive proposte da quest'ultimo ed emesse dall'impresa resistente a copertura, tra l'altro, dei rischi di perdita d'impiego e malattia grave. Quindi, sosteneva di aver perso il lavoro a seguito di una grave patologia sopravvenuta, diagnosticata nel 2024, e di aver denunciato il sinistro e chiesto l'attivazione della copertura all'impresa in data 1° settembre 2024, non riuscendo più a far fronte al regolare pagamento delle rate di mutuo. La denuncia non riceveva riscontro, neanche dopo la sua reiterazione in data 15 gennaio 2025, per cui aveva presentato una ulteriore istanza in data 10 settembre 2025, tramite il proprio legale, chiedendo la liquidazione del sinistro, nonché il rimborso delle rate di mutuo a far data dall'insorgenza della malattia e, in data 3 ottobre 2025, riceveva la reiezione di quanto richiesto. In particolare, l'impresa respingeva la richiesta rilevando che la durata delle garanzie "*perdita d'impiego*" e "*malattie gravi*" era limitata - ai sensi dell'art. 3.2 delle condizioni generali di assicurazione (di seguito "CGA") - ai primi 10 anni a partire dalla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione, ossia dal 7 giugno 2011; inoltre,

precisava che il sinistro era stato respinto già in data 8 maggio 2025, in quanto, all'epoca in cui si era verificato, il ricorrente era dipendente privato e la garanzia "*inabilità temporanea totale*" operava solo nel caso in cui l'assicurato fosse un lavoratore autonomo o dipendente pubblico. Evidenziava che, dopo aver inviato all'impresa un reclamo, l'intermediario aveva confermato la correttezza del suo operato e l'impresa aveva ribadito di aver offerto il prodotto assicurativo nel rispetto della normativa vigente in fase di stipula, nonché la non vessatorietà delle clausole contestate, e l'insussistenza dei presupposti per l'indennizzo. Ciò premesso, il ricorrente contestava, in primo luogo, la vessatorietà della clausola di cui all'art.3.2 delle CGA, non essendo la durata della copertura assicurativa allineata alla durata del mutuo ed eccepiva, inoltre, l'inadeguatezza della polizza rispetto al profilo dell'assicurato. Infine, deduceva la mancata chiara indicazione, in sede di stipula, della facoltatività della copertura assicurativa, che aveva inciso sulla libertà di autodeterminazione degli assicurati, nonché il conflitto di interessi per il legame societario e commerciale tra la banca intermediaria e l'impresa assicurativa.

Con le controdeduzioni, l'impresa rappresentava che il ricorrente, ricevuta tutta la documentazione informativa e contrattuale e sottoscritta la domanda di copertura assicurativa in data 6 giugno 2011, aveva aderito il giorno seguente ad una polizza collettiva facoltativa con la quale - in concomitanza della stipula di un mutuo trentennale con l'intermediario - aveva assicurato i seguenti rischi: inabilità totale e temporanea, malattia grave e perdita d'impiego, indicando quale somma assicurata quella di euro 65.057,82; e che, a seguito di una denuncia di sinistro del ricorrente e della sua richiesta di indennizzo per una patologia sopravvenuta, aveva respinto l'istanza in data 3 maggio 2025, per le seguenti motivazioni, distinte sulla base del rischio coperto:

- inabilità temporanea: per mancanza del requisito soggettivo, considerato che sono coperti gli assicurati che al momento del sinistro sono lavoratori autonomi o lavoratori dipendenti;
- perdita d'impiego: per mancanza del requisito oggettivo, in quanto non ricorre la fattispecie di licenziamento per giustificato motivo, avendo lo stesso ricorrente dato le dimissioni in data 31 marzo 2025;
- malattia grave: la malattia denunciata è stata diagnosticata nel mese di settembre 2024, come emerge dal verbale di accertamento INAIL del 4 febbraio 2025, e quindi oltre il termine dei primi dieci anni dalla data di decorrenza della polizza (7 giugno 2011 – 6 giugno 2021) previsto dall'art. 3.2.1 delle CGA.

La resistente respingeva l'eccezione di vessatorietà della suddetta clausola, rilevando che essa non escludeva né limitava la responsabilità o l'ambito di copertura del rischio garantito, bensì ne individuava l'oggetto e ne determina la portata temporale, senza peraltro comportare pregiudizi alla posizione contrattuale dell'assicurato. Affermava l'adeguatezza della polizza rispetto al profilo dell'assicurato e negava sia di aver imposto all'assicurato la stipula del contratto, sia la configurabilità di un conflitto di interessi per la sola appartenenza dell'impresa e della banca allo stesso gruppo, trattandosi di informazione peraltro presente nella nota informativa, facente parte del set che il ricorrente aveva dichiarato di aver ricevuto dall'intermediario. Infine, eccepiva l'intervenuta prescrizione di ogni ipotetico diritto

risarcitorio e contestava la nullità per indeterminatezza e assenza di oggetto della relativa domanda, rilevandone in ogni caso l'infondatezza nel merito.

Con le controdeduzioni, l'intermediario eccepiva, preliminarmente, l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. c) del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, Decreto), in quanto ha ad oggetto fatti che risalgono a più di tre anni prima dalla data di presentazione del reclamo, rappresentando che, in data 6 giugno 2011, il ricorrente aveva sottoscritto con l'impresa convenuta una polizza abbinata ad un contratto di mutuo stipulato il 7 giugno 2011 per un importo di euro 130.000,00 e con durata di 360 mesi. Tale polizza, riconducibile a due polizze collettive, prevedeva il pagamento in un'unica soluzione del premio unico di euro 6.557,82, determinato sulla base della somma assicurata (euro 65.057,82) e della durata della copertura assicurativa (360 mesi), posta a garanzia di determinati eventi negativi (quali il decesso, l'invalidità permanente da infortunio, l'inabilità temporanea totale, la perdita d'impiego e la malattia grave) potenzialmente idonei a determinare ricadute sulla capacità reddituali degli assicurati e che, a seguito della richiesta di liquidazione della citata polizza, l'impresa aveva comunicato il diniego di indennizzo per assenza, al momento del sinistro, dei presupposti previsti dalle CGA, rendendosi comunque disponibile ad accogliere un'eventuale richiesta di chiusura anticipata della polizza dalla data di presentazione del reclamo e a rimborsare i premi non goduti alla predetta data. Nel merito, evidenziava che, sia nel modulo di adesione che nella domanda di copertura assicurativa, il ricorrente aveva dichiarato "*di essere interessato all'adesione*" alle suddette polizze collettive. Rilevava peraltro che il carattere facoltativo dei contratti si evinceva dalle condizioni contrattuali che il ricorrente, nel modulo di adesione, aveva dichiarato "*di aver ricevuto in forma cartacea, letto, ben compreso ed accettato*" e che prevedevano il diritto di recesso entro 30 giorni. Precisava, infine, di aver fornito, al momento della stipula del mutuo, tutte le informazioni richieste sulle polizze e in conclusione respingeva la richiesta risarcitoria del ricorrente, ritenendola infondata e non supportata da idonea documentazione probatoria attestante il nesso di causalità tra il fatto contestato e gli asseriti pregiudizi subiti.

Con le repliche, il ricorrente, in via preliminare, contestava l'eccezione di presunta incompetenza temporale dell'Arbitro Assicurativo sollevata dall'intermediario, rilevando che la controversia non riguardava la fase genetica del contratto, ma il diniego di liquidazione opposto dall'impresa nel 2025, a seguito della denuncia di sinistro; ribadiva la vessatorietà dell'art. 3.2 delle CGA, evidenziando che la clausola non si limitava a descrivere o specificare il rischio assicurato, ma incideva in modo radicale sull'operatività della copertura, escludendola per la parte largamente prevalente della durata del finanziamento; confermava di ritenere che la polizza fosse inadeguata al profilo dell'assicurato, che l'adesione alla copertura assicurativa non fosse avvenuta in modo libero e consapevole e che il conflitto di interessi avesse inciso sulle modalità di collocamento del prodotto. Deduceva poi l'infondatezza dell'eccezione di prescrizione del suo diritto risarcitorio opposta dall'impresa, evidenziando che il termine di prescrizione non poteva farsi decorrere dalla data di stipula della polizza, ma doveva essere correlato all'evento assicurato ed alla successiva mancata liquidazione dello stesso. Infine, sosteneva che l'assetto contrattuale delle polizze assicurative abbinate a mutui di lunga durata avrebbe determinato uno

squilibrio tra le prestazioni delle parti e sarebbe stato in contrasto con i principi di correttezza, trasparenza e adeguatezza a presidio della distribuzione dei prodotti assicurativi.

Con le controrepliche, l'impresa eccepiva in via preliminare la tardività delle repliche e quindi l'inammissibilità delle stesse. Nel merito, ribadiva che la clausola di cui all'art. 3.2.1 delle CGA, nella parte in cui determinava a 10 anni la durata di alcune coperture, definiva la struttura e la durata delle singole garanzie, delimitando l'oggetto del contratto, ma non la responsabilità dell'impresa. Confermava l'adeguatezza del prodotto assicurativo al profilo di rischio dell'assicurato e che la sua adesione alla copertura assicurativa era avvenuta in modo libero e consapevole e respingeva l'eccezione sulla gestione asseritamente scorretta del rapporto di gruppo tra impresa e banca, ribadendo l'avvenuta prescrizione di ogni diritto risarcitorio del ricorrente e l'insussistenza dei presupposti per l'indennizzo richiesto. In conclusione, insisteva per il rigetto di tutte le domande, ritenendole peraltro tese ad ottenere pronunce di condanna che l'Arbitro Assicurativo non poteva emettere.

In conclusione, il ricorrente ha formulato le seguenti domande: "*in via principale: 1. Accertare e dichiarare la nullità e/o l'inefficacia della clausola di cui all'art. 3.2 delle Condizioni di Polizza che limita la durata delle garanzie "Perdita di impiego" e "Malattie Gravi" a primi dieci anni, per violazione degli artt. 1341, comma 2 c.c. e degli artt. 33 e ss. del Codice del Consumo; 2. Accertare e dichiarare, per l'effetto, l'operatività della copertura assicurativa per l'intera durata del finanziamento trentennale sottoscritto dal ricorrente sia per "Malattia Grave" che per "Perdita d'impiego"; 3. Condannare la Compagnia assicurativa resistente alla liquidazione del sinistro occorso al Sig. (omissis), mediante il pagamento delle rate di mutuo maturate dalla data di insorgenza del sinistro e di quelle a scadere e comunque al pagamento della somma assicurata come da conteggio che ci si riserva di allegare nella memoria in caso di contestazione di controparte; in via subordinata: 4. Accertare e dichiarare l'illegittimità della condotta tenuta dalla Compagnia resistente per violazione degli obblighi di diligenza, correttezza e trasparenza ex art. 183 CAP, nonché per l'omessa valutazione di adeguatezza del prodotto rispetto al profilo lavorativo del ricorrente; 5. Condannare le resistenti al risarcimento integrale dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti dal Sig.* (omissis), *da quantificarsi in misura pari alle rate del mutuo non indennizzate a causa della mancata copertura; in via ulteriormente subordinata: 6. in caso di validità/efficacia delle clausole impugnate, condannare le resistenti alla restituzione in favore del ricorrente di tutti i premi assicurativi versati in più per evidente inadeguatezza del premio*".

L'impresa chiede di rigettare tutte le domande formulate dal ricorrente, "*domande che oltretutto risultano tese all'ottenimento di pronunce di condanna che l'Arbitro Assicurativo non può comunque emettere*".

L'intermediario chiede "*di voler dichiarare l'infondatezza delle istanze avanzate, rigettando nel merito il ricorso in esame, ferma restando la citata eccezione di inammissibilità*" (ex art. 9, lett. c) del Decreto).

DIRITTO

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio ha ad oggetto la richiesta del ricorrente dell'indennizzo assicurativo dovuto in forza due polizze collettive collegate ad un mutuo a garanzia, tra l'altro, dei rischi di perdita d'impiego e malattia grave. In particolare, l'assicurato ha proposto una domanda principale di accertamento dell'operatività delle garanzie e di condanna al riconoscimento dell'indennizzo, segnatamente al pagamento delle rate di mutuo dalla data di insorgenza del sinistro; una domanda subordinata di accertamento della illegittimità della condotta tenuta dall'impresa, con condanna di quest'ultima al risarcimento di tutti i danni subiti; ed una domanda proposta in via di ulteriore subordine di condanna alla restituzione dei premi versati.

Così sintetizzata la materia del contendere, occorre preliminarmente osservare che l'art. 3, comma 1, del Decreto stabilisce che sono rimesse alla cognizione dell'Arbitro le controversie derivanti da un contratto di assicurazione aventi ad oggetto l'accertamento di diritti, anche risarcitori, obblighi e facoltà inerenti alle prestazioni e ai servizi assicurativi ed il successivo comma 4 precisa che la domanda può avere ad oggetto anche la corresponsione di una somma di denaro, entro i limiti ivi previsti.

Va per altro verso evidenziato che, ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h), del Decreto, il ricorso è inammissibile quando "*è privo dell'indicazione degli elementi essenziali quali l'oggetto, il contratto di assicurazione stipulato, la domanda e l'esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda, con le relative richieste*". E il Collegio dell'Arbitro Assicurativo ha avuto modo di chiarire che tale previsione normativa deve essere intesa nel senso che gli "*elementi essenziali ricomprendono pertanto anche il petitum, ossia nel caso di specie la somma asseritamente dovuta a titolo di indennizzo e di cui il ricorrente chiede espressamente il pagamento quale unico ed esclusivo oggetto della domanda. La mancata indicazione dell'importo richiesto incide […] sulla possibilità di individuare adeguatamente il contenuto della pretesa azionata*" e che la domanda risulta connotata da genericità e indeterminatezza allorquando non è "*indicato l'ammontare del rimborso richiesto né risultando allegata la documentazione essenziale che consenta di individuare quanto meno per relationem l'indennizzo asseritamente dovuto*" (cfr. Decisione AAS, n. 490/2026 e, nello stesso senso, Decisione AAS n. 914/2026). Il principio è stato ulteriormente precisato dal Collegio, evidenziando che "*poiché all'Arbitro non può essere demandato un compito consulenziale o esplorativo volto a determinare per conto del ricorrente l'ammontare del danno, ma solo di decidere su una domanda specifica e circostanziata, si deve concludere che la mancata indicazione di un importo definito, o almeno determinabile sulla base dei documenti allegati, configura la carenza di un elemento essenziale del ricorso, che ne comporta l'inammissibilità ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h), del Decreto*" (cfr. Decisione AAS, n. 1086/2026 e, nello stesso senso, Decisione AAS, n. 577/2026). Ciò, va soggiunto, anche al fine di valutare se il ricorso rientri nella competenza per valore del Collegio ai sensi dell'art. 3, comma 4 del Decreto.

Nella concreta fattispecie, il ricorrente ha formulato tre domande di condanna – una principale, al pagamento delle rate residue di mutuo, e due subordinate, rispettivamente di condanna al risarcimento dei danni subiti ed alla restituzione dei premi versati – senza tuttavia specificare le somme oggetto delle richieste per i vari titoli indicati, le quali risultano pertanto tutte generiche ed indeterminate. Né gli importi richiesti sono individuabili, come

astrattamente consentito (cfr. Decisione AAS, n. 577/26), sulla base di un esame complessivo della documentazione in atti, da cui infatti non è possibile in alcun modo evincere l'ammontare delle singole pretese (principale e subordinate).

Per tutte le suesposte ragioni, il ricorso deve essere dichiarato inammissibile per indeterminatezza e genericità delle domande proposte.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA