Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore GIOVANNI STELLA

Riunione del 22/10/2026

FATTO

I ricorrenti hanno presentato ricorso in data 11 febbraio 2026 (preceduto da reclamo del 14 ottobre 2025) nella qualità di eredi del contraente e assicurato di una polizza vita contro il rischio morte, stipulata il 14 maggio 2021. Espongono – tramite procuratore volontario – che, verificatosi l'evento morte dedotto in contratto, avanzavano all'impresa resistente una prima richiesta di liquidazione dell'indennizzo nel marzo 2025, per il tramite dell'intermediario, e, in assenza di riscontro, il 14 ottobre 2025, reiteravano l'istanza all'impresa.

Riferiscono che con comunicazione datata 27 ottobre l'impresa affermava, senza prova, che il *de cuius* fosse un tabagista e chiedeva la produzione di documentazione inerente al supposto stato tabagico, per accertarne la data di inizio, diversamente dovendo presumerne l'anteriorità rispetto alla stipula del contratto.

Sul punto, i ricorrenti obiettano che il *de cuius* non fumava al momento della sottoscrizione del contratto (maggio 2021), come dallo stesso dichiarato, e peraltro nessuna prova poteva logicamente essere fornita in tal senso, non potendo sussistere un documento medico che attesti tale fatto negativo. Precisano, altresì, che l'evento morte non è legato al fumo di sigarette e la supposizione dell'impresa aveva come fine il riproporzionamento del capitale assicurato.

Sostengono che nel questionato compilato in occasione della sottoscrizione, era stato richiesto all'assicurato se negli ultimi 36 mesi, ossia a far data dal 14 maggio 2018, avesse fatto consumo di tabacco e questi aveva risposto negativamente.

In seguito al decesso, il medico curante redigeva relazione per l'impresa, datata 23 giugno 2025, in cui affermava che il *de cuius* negli ultimi 36 mesi avrebbe fumato circa 15 sigarette al giorno. Tuttavia, secondo i ricorrenti, anche a ritenere vere le affermazioni del sanitario, non risulterebbero smentite le dichiarazioni precontrattuali dell'assicurato. Invero, considerato il decesso dell'assicurato in data 9 febbraio 2025, l'inizio del consumo di sigarette risalirebbe al 9 febbraio 2022, ossia in data successiva alla conclusione del contratto, avvenuta il 14 maggio 2021.

I ricorrenti assumono che il diniego dell'impresa, confermato il 28 gennaio 2026, veniva motivato in base all'uso di sostanze stupefacenti quale causa del decesso, emersa dalla relazione chiesta dalla stessa impresa al medico curante. Eccepiscono, tuttavia, che una simile eziologia non risulta provata e in tal senso osservano che il sanitario non svolgeva alcun esame, autoptico o esterno, sul cadavere dell'assicurato.

L'esame esterno era svolto da un altro sanitario, il quale affermava l'impossibilità di stabilire con certezza il tipo di sostanza che aveva cagionato la morte dell'assicurato. Del pari, il Pubblico Ministero nel chiedere l'archiviazione del procedimento penale aperto in seguito al decesso sosteneva che questo era presumibilmente dipeso dall'intossicazione acuta da sostanza autoiniettata in vena, senza, però, specificare di quale tipo. Peraltro, la relazione dei Carabinieri, intervenuti sul luogo, avrebbe dato atto dell'assenza nell'abitazione di tracce riconducibili all'uso di stupefacenti.

Da ultimo, i ricorrenti contestano che l'assicurato fosse tossicodipendente, richiamando a riscontro l'assenza di accessi al SERD e di sanzioni amministrative a ciò connesse.

Con le conclusioni i ricorrenti chiedono la liquidazione di una somma pari ad euro 26.637,34.

Con le controdeduzioni l'impresa, in primo luogo, eccepisce la inammissibilità del ricorso per non essere stato preceduto dalla presentazione di un reclamo all'impresa, atteso che questo veniva indirizzato all'IVASS.

Nel merito, l'impresa resistente rappresenta che il 20 maggio 2025 perveniva, per il tramite dell'intermediario, la denuncia del sinistro. Di conseguenza, in data 6 giugno 2025, chiedeva

all'ultimo medico curante dell'assicurato di redigere una relazione e questo dichiarava che il *de cuius* era tabagista e riconduceva la causa del decesso all'uso di sostanze stupefacenti. Il sanitario aggiungeva che l'assicurato gli aveva riferito in passato un abuso di dette sostanze.

Il tabagismo e il predetto abuso di sostanza stupefacenti non erano resi noti, dal contraente, in fase di stipula del contratto e, pertanto, l'impresa riteneva di dover approfondire quanto emerso. Al riguardo, il 9 settembre 2025 acquisiva la relazione redatta da una Casa di Cura, ove l'assicurato era stato ricoverato, nella quale tali abitudini sono state confermate.

Sul punto, la resistente evidenzia che il tabagismo determina l'applicazione di una tariffa di premio maggiore ed è obbligo dell'assicurato, ai sensi dell'art. 4 delle condizioni generali di assicurazione (di seguito, "CGA"), comunicare se esso intervenga in pendenza di contratto.

Tanto premesso, l'impresa sostiene di aver invitato più volte i ricorrenti a fornire elementi comprovanti il contrario e che questi non ottemperavano alle richieste, limitandosi a reiterate le istanze di liquidazione. Pertanto, il 13 gennaio 2026 l'impresa comunicava il definitivo diniego, motivandolo sulla scorta dell'art. 7, n. 9, CGA, in virtù del quale il decesso dipeso dall'abuso di sostanze stupefacenti non dà diritto all'indennizzo. Il diniego veniva confermato il 28 gennaio 2026, in risposta ad un'ulteriore richiesta dei ricorrenti, e, da ultimo, il 12 febbraio 2026, in seguito alla comunicazione da parte dell'IVASS della presentazione all'Istituto di un reclamo da parte dei ricorrenti.

Con le conclusioni l'impresa chiede che il ricorso sia dichiarato inammissibile e infondato.

Nelle repliche i ricorrenti affermano che, come messo in luce dalla stessa convenuta, questa era destinataria di plurime comunicazioni di insoddisfazione, pur se non indicate formalmente come reclamo. Pertanto, può ritenersi integrata la condizione di ammissibilità relativa alla previa presentazione di un reclamo all'impresa. A riprova di ciò, nella missiva del 28 gennaio 2026 i legali di controparte discorrevano di controversia.

Altresì, i ricorrenti deducono la produzione da parte della resistente di *files* in formato .eml, non ammessi secondo le linee operative pubblicate sul sito dell'Arbitro Assicurativo (di seguito, "AAS"). Dunque, per costoro, devono essere dichiarati inammissibili ovvero inutilizzabili per l'ipotesi in cui siano successivamente depositati nel formato consentito.

I ricorrenti aggiungono che il tabagismo è patologia distinta dal mero fumo di sigarette, rimarcando che lo *status* di tabagista dell'assicurato veniva inferito dalle dichiarazioni del medico curante rilasciate sulla base di informazioni anamnestiche non note. Ugualmente, non sarebbe provata la causa del decesso e lo stesso medico curante, sulla cui relazione si fonda il diniego dell'impresa, affermava che essa è da ricondursi solo verosimilmente all'uso di stupefacenti. Sul punto, a nulla rileverebbe la passata tossicodipendenza dell'assicurato.

Ribadiscono, inoltre, che il fumo di sigarette non era attuale al momento della stipula ed una eventuale prova in tal senso risulterebbe diabolica, considerata la sua natura di fatto negativo.

Infine, gli attori osservano che nella corrispondenza intercorsa tra l'impresa e l'intermediario la prima esprimeva la volontà di liquidare l'indennizzo, salvo poi mutare, ingiustificatamente, indirizzo.

Con le controrepliche l'impresa asserisce che le comunicazioni antecedenti al reclamo presentato all'IVASS e ad essa indirizzate non sarebbero qualificabili come reclamo, perché inoltrate ad un ufficio diverso da quello competente, con l'effetto di non consentire l'instaurazione di un preventivo contraddittorio. Inoltre, secondo la resistente, non può seguirsi un approccio sostanziale in quanto il mittente era il legale dei ricorrenti, dotato, quindi, delle conoscenze necessarie per discernere un reclamo da una richiesta di esecuzione del contratto.

La convenuta, altresì, rileva che il formato dei *files* prodotti è .pdf., contestando pertanto l'eccezione di controparte.

Infine, deduce che i ricorrenti non producono prove contrarie circa la causa del decesso e il tabagismo al momento del sinistro, accertati dal medico curante e documentati dalla Casa di Cura, limitandosi a contestare tali conclusioni.

Ciò chiarito, l'impresa si afferma disponibile a rivedere la propria posizione quando saranno fornite le predette prove contrarie.

DIRITTO

La questione sottoposta alla decisione del Collegio concerne l'operatività di una polizza vita contro il rischio morte, stipulata il 14 maggio 2021 da un soggetto deceduto in data 9 febbraio 2025, e i cui eredi, in qualità di beneficiari della polizza, chiedono in questa sede la liquidazione del capitale assicurato, negata dall'impresa resistente.

L'impresa eccepisce l'inammissibilità del ricorso per non essere stato lo stesso preceduto da una comunicazione, ad essa trasmessa, qualificabile come reclamo. Invero, secondo la resistente, la rimostranza veniva inviata esclusivamente all'IVASS e tale circostanza non consente di ritenere integrata la condizione di ammissibilità.

Inoltre, obietta che le comunicazioni dei ricorrenti non erano inoltrate all'ufficio competente (indirizzo PEC dell'Ufficio Reclami dell'impresa), così da non permettere l'instaurazione di un contraddittorio anticipato, tanto più che tali comunicazioni sarebbero state inviate da un avvocato, quindi da un soggetto in grado di cogliere la distinzione fra semplice richiesta di esecuzione del contratto e un reclamo come definito dalla vigente normativa in materia.

In proposito, il Collegio rileva che la necessità della previa presentazione di un reclamo all'impresa o all'intermediario, per la proposizione del ricorso all'AAS, è statuita dal Decreto delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, il "Decreto") in più punti.

Il riferimento è all'art. 8, comma 1, Decreto, a norma del quale "*la presentazione del ricorso, a pena di inammissibilità, è preceduta dalla presentazione di un reclamo all'impresa o all'intermediario*" e all'art. 9, comma 1, lett. a, Decreto. Quest'ultimo include tra i casi di inammissibilità l'ipotesi in cui il ricorso sia "*presentato senza la previa proposizione del*

reclamo" (l'inammissibilità, relativa ai motivi di cui all'art. 9 Decreto, può essere pronunciata anche dal Collegio, ai sensi dell'art. 11, comma 8, Decreto).

Il preventivo reclamo è teso ad attivare un contraddittorio anticipato tra il cliente e l'impresa o l'intermediario sulla questione controversa, in un'ottica deflattiva del contenzioso. A tal fine, l'art. 1, comma 1, lett. i), Decreto definisce reclamo "*una dichiarazione scritta di insoddisfazione della clientela, avente ad oggetto una prestazione o un servizio assicurativo o un comportamento relativi ad un contratto assicurativo, ricevuta da un'impresa o da un intermediario*" e l'art. 8, comma 3, Decreto sancisce che "*il ricorso ha il medesimo oggetto del reclamo*".

Tanto premesso, tra le parti è discusso se una tra le comunicazioni inviate all'impresa, ma non indirizzata all'Ufficio Reclami, possa essere qualificata come "*reclamo*" ai sensi della predetta normativa.

Sul punto, l'AAS ha chiarito che la mancata destinazione della comunicazione all'Ufficio Reclami non ne preclude, di per sé, la qualificazione come reclamo, dovendosi avere riguardo al contenuto della dichiarazione e alla sua ricezione da parte dell'impresa o dell'intermediario. In particolare, nella Decisione AAS n. 588/2026, relativa a una comunicazione inviata all'ufficio sinistri, il Collegio ha osservato che l'art. 1, comma 1, lett. i), Decreto "*non prescrive che tale dichiarazione sia indirizzata specificamente all'ufficio reclami*", riconoscendo natura di reclamo alla comunicazione in quanto diretta a contestare il diniego dell'indennizzo e coincidente, quanto all'oggetto della contestazione, con il successivo ricorso. Il medesimo criterio è stato ribadito nella Decisione AAS n. 912/2026, con la quale il Collegio, richiamando la precedente Decisione AAS n. 382/2026, ha escluso "*che possa rilevare la circostanza della mancata spedizione all''Ufficio Reclami*"", quando la dichiarazione presenti lo stesso contenuto del ricorso, ai sensi dell'art. 8, comma 3, Decreto; in applicazione di tale principio, è stata qualificata come reclamo una *e-mail* inviata all'ufficio sinistri dell'intermediario, che richiamava precedenti richieste di rivalutazione già respinte e rinnovava la richiesta alla luce di ulteriori elementi.

Con riguardo al caso di specie, il Collegio fa presente che nel modulo di ricorso sul portale *online* i ricorrenti dichiarano di aver presentato reclamo all'impresa il 14 ottobre 2025 e la comunicazione agli atti recante tal data risulta essere, invero, una richiesta di indennizzo.

Circa gli indirizzi di posta elettronica attivati dall'impresa, si segnala che sul sito dell'impresa sono forniti due distinti canali di comunicazione per la trasmissione di corrispondenza con valore legale: un indirizzo di posta elettronica certificata generale e un indirizzo dell'ufficio reclami.

I ricorrenti producono una copiosa corrispondenza con l'impresa, intrattenuta servendosi sempre dell'indirizzo di posta elettronica certificata generale, e la prima lettera nella quale manifestano un'espressa insoddisfazione per l'operato della stessa è datata 30 ottobre 2025 (l'impresa, infatti, in precedente lettera del 27 ottobre aveva prefigurato un riproporzionamento del capitale per tabagismo e abuso di sostanze stupefacenti dell'assicurato in data antecedente alla stipulazione della polizza).

A fronte di tale contestazione, il 4 e l'11 novembre 2025 l'impresa comunicava il diniego di liquidazione, subordinando una diversa valutazione del sinistro alla trasmissione della documentazione richiesta. In data 19 novembre i ricorrenti contestavano il rifiuto di liquidazione da parte dell'impresa, negando lo *status* di tabagista e l'uso di sostanze stupefacenti da parte del *de cuius*.

Il 13 gennaio 2026 l'impresa comunicava il definitivo diniego, motivandolo sulla scorta dell'art. 7, n. 9, CGA, in virtù del quale il decesso dipeso dall'abuso di sostanze stupefacenti non dà diritto all'indennizzo. Il diniego veniva confermato il 28 gennaio 2026, in risposta ad un'ulteriore richiesta dei ricorrenti e, da ultimo, il 12 febbraio 2026, in seguito alla comunicazione da parte dell'IVASS della presentazione all'Istituto di un reclamo da parte dei ricorrenti.

Sulla base di quanto sopra esposto, il Collegio ritiene che le dette comunicazioni dei ricorrenti possano essere qualificate come "*reclamo*" ai sensi della normativa vigente in materia, atteso che gli eredi dell'assicurato hanno inviato in forma scritta all'impresa odierna resistente dichiarazioni dirette a contestarne il diniego dell'indennizzo previsto dalla polizza, e tali dichiarazioni presentano lo stesso contenuto del presente ricorso, così come prescritto dal comma 3 dell'art. 8 Decreto (tanto più che l'odierna resistente ha riscontrato tali comunicazioni, confermando il diniego di liquidazione del capitale assicurato).

Ne consegue che il Collegio valuta come infondata l'eccezione di inammissibilità del ricorso per mancanza di preventivo reclamo.

Venendo al merito della controversia, il Collegio ritiene che la questione oggetto di ampia discussione fra le parti relativa al presunto tabagismo dell'assicurato al momento della stipula del contratto sia da ritenersi assorbita rispetto all'aspetto effettivamente rilevante ai fini della decisione, concernente il decesso dell'assicurato per uso di sostanze stupefacenti.

L'impresa resistente asserisce, infatti, che la causa del decesso è da ricondursi all'uso di sostanze stupefacenti e, quindi, ai sensi dell'art. 7, n. 9, CGA, è da ritenersi escluso il diritto all'indennizzo in favore dei beneficiari. Tali affermazioni trovano riscontro, per l'impresa, nella relazione redatta dall'ultimo medico curante e nel referto acquisito, quale supporto istruttorio, da una Casa di Cura, ove l'assicurato era stato ospite. Di conseguenza, la convenuta, ritenuto assolto il proprio *onus probandi*, chiede ai ricorrenti di produrre idonee evidenze contrarie.

Sul punto i ricorrenti eccepiscono che non sarebbe stata provato dall'impresa come l'effettiva causa del decesso dell'assicurato sia da individuarsi nell'uso di sostanze stupefacenti. In particolare, le dichiarazioni del medico curante sarebbero prive di valore probatorio, per non essere supportate dai risultati di un esame esterno o autoptico sul cadavere del *de cuius*. Inoltre, il medesimo sanitario avrebbe affermato, in modo dubitativo, che la sostanza cagionante la morte era verosimilmente, non già sicuramente, stupefacente. Uguale dubbio circa la natura della sostanza era espresso da altro medico, il quale, peraltro, svolgeva un esame esterno sul deceduto, e dal Pubblico Ministero che chiedeva l'archiviazione del caso. Infine, nella relazione dei Carabinieri intervenuti sul luogo del

decesso si sarebbe dato atto dell'assenza di materiale riconducibile all'uso di sostanze stupefacenti.

Tanto premesso, il Collegio ritiene opportuno rimarcare che, quanto all'ambito dei suoi poteri istruttori ai fini della decisione, l'art. 3, comma 3, Decreto prevede che "*Le controversie sono esclusivamente documentali, ferma restando la facoltà dell'arbitro assicurativo di sentire le parti nei casi di cui all'articolo 11, comma 4. L'arbitro assicurativo non può disporre l'espletamento di perizie tecniche né l'assunzione di testimonianze o dichiarazioni orali*".

In ordine alle previsioni contrattuali che vengono in considerazione per decidere il merito della controversia l'art. 7 ("*ESCLUSIONI RELATIVE AL RISCHIO DI MORTE*") stabilisce che "[Impresa] *non liquida il Capitale Assicurato nel caso in cui il decesso sia dovuto, causato o correlato direttamente o indirettamente da:* (…) *9. Uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope e simili*".

Ai sensi dell'art. 2697 cod. civ. "*chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento*" e "*chi eccepisce l'inefficacia di tali fatti ovvero eccepisce che il diritto si è modificato o estinto deve provare i fatti su cui l'eccezione si fonda*".

Ne deriva, quindi, che sull'attore grava l'onere di provare i fatti costitutivi del diritto e sul convenuto quelli estintivi, modificativi o impeditivi.

In materia di assolvimento dell'onere della prova, con particolare riguardo al diritto all'indennizzo dell'assicurato derivante da un contratto di assicurazione, il Collegio dell'AAS ha già statuito che "*ai sensi dell'art. 2697 cod. civ., 'chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento; chi eccepisce l'inefficacia di tali fatti ovvero eccepisce che il diritto si è modificato o estinto deve provare i fatti su cui l'eccezione si fonda'.* (…) *"qualora nel contratto di assicurazione siano state inserite clausole cd. di delimitazione del rischio, i fatti avversi, cui l'assicurato è teoricamente esposto, possono essere classificati in tre categorie: a) "rischi inclusi", cioè quelli per i quali il contratto accorda all'assicurato il pagamento dell'indennizzo; b) "rischi esclusi", cioè quelli estranei al contratto; c) i "rischi non compresi", cioè quelli che astrattamente rientrerebbero nella generale previsione contrattuale, ma l'indennizzabilità dei quali è esclusa con un patto espresso di delimitazione del rischio. Mentre l'assicurato deve provare che l'evento dannoso verificatosi rientra tra i "rischi inclusi", in quanto tale circostanza è fatto costitutivo della sua pretesa all'indennizzo, l'assicuratore deve provare che l'evento dannoso verificatosi rientra fra i rischi "non compresi", in quanto tale circostanza, essendo un fatto costitutivo dell'eccezione di non indennizzabilità, costituisce un fatto impeditivo della pretesa attorea" (Cass. civ., Sez. III, ord. 21 gennaio 2025, n. 1469; nonché Cass. civ., sez. III, ord. 9 novembre 2023, n. 31251)*" (Decisione AAS n. 379/2026, cfr. altresì Decisione AAS n. 459/2026). In senso analogo si veda la Decisione AAS n. 422/26, secondo cui "*Il fatto costitutivo della pretesa dell'assicurato, nel giudizio promosso nei confronti dell'assicuratore contro i danni ed avente ad oggetto il pagamento dell'indennizzo pattuito, è l'avverarsi di un rischio corrispondente a quello descritto nella polizza. L'assicurato, dunque, ha l'onere di dimostrare che si è verificato il fatto dannoso previsto nella polizza; che esso sia stato prodotto dalle cause previste dalla polizza, e che abbia prodotto gli effetti previsti dalla polizza".* (…) *La circostanza che l'evento dannoso rientri tra i 'rischi inclusi' è fatto costitutivo*

della pretesa, e va provata dall'assicurato. La circostanza che l'evento verificatosi rientri fra i rischi 'non compresi' costituisce invece un fatto impeditivo della pretesa attorea, e va provato dall'assicuratore. Tale circostanza, infatti, non rappresenta un fatto costitutivo della domanda, ma un fatto costitutivo dell'eccezione di non indennizzabilità, e come tale deve essere dimostrato da chi quell'eccezione intenda sollevare" *(Cass. civ., sez. III, 9 agosto 2023, n. 24273;. civ., sez. III, 21 settembre 2021 n. 25510; Cass. civ., sez. III, 2 aprile 2021, n. 9205; Cass. civ., sez. III, 23 gennaio 2018, n. 1558)*".

Nel caso di specie, grava pertanto sull'impresa resistente l'onere di provare i fatti posti a fondamento dell'esclusione dell'indennizzo, ossia la riconducibilità del decesso all'uso di sostanze stupefacenti.

Orbene, l'odierna convenuta ha depositato a sostegno delle proprie allegazioni la relazione dell'ultimo medico curante del *de cuius* e il referto di una Casa di Cura ove l'assicurato era stato ricoverato.

Nella relazione del 23 giugno 2025, richiesta dall'impresa ai fini della valutazione del sinistro in questione, il medico personale dell'assicurato dichiara di essere il Medico di base dell'assicurato dal 28 ottobre 2022 e riferisce quale causa di decesso dello stesso "*Intossicazione acuta da sostanze verosimilmente autoiniettattesi nel braccio sinistro in data 09-02-2025 dal paziente stesso, sostanze stupefacenti o psicotrope*".

Precisa che è stato eseguito "*Riscontro diagnostico di constatazione di decesso da parte del medico di turno del 118 in data 09-02-2025*". Aggiunge che l'assicurato riferiva di avere fatto uso non terapeutico in passato, tra l'altro, di sostanze stupefacenti e psicotrope; che era seguito da un ambulatorio di psicologia e psichiatria territoriale e, infine, che aveva tentato il suicidio con psicofarmaci tre mesi prima del decesso, nel novembre del 2024.

Nel referto della Casa di Cura (struttura privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale) del 9 gennaio 2025 si dà atto, fra l'altro, che l'assicurato "*è stato ricoverato il 16.12.2024 su invio del proprio medico di famiglia per un progressivo peggioramento del tono dell'umore.* (…) *In passato riporta uso di sostanze, ma dopo un periodo in comunità, si è totalmente disintossicato.* (…) *Diagnosi: depressione maggiore, ricorrente, moderata*".

I ricorrenti contestano il valore probatorio della documentazione di controparte, ma non allegano elementi comprovanti il contrario. Osservano che il sanitario relazionante ha indicato la sostanza fatale come solo "*verosimilmente*" stupefacente. Tuttavia, l'avverbio citato non sembrerebbe riferito alla natura della sostanza, bensì all'azione dell'autoiniettarsi tale sostanza.

Nel ricorso riportano, altresì, che il Pubblico Ministero, nel chiedere l'archiviazione del procedimento penale aperto in seguito al decesso, avrebbe sostenuto che questo era presumibilmente dipeso dall'intossicazione acuta da sostanza auto-iniettata in vena, senza, però, specificare quale tipo di sostanze; e che la relazione dei Carabinieri, intervenuti sul luogo, avrebbe dato atto dell'assenza nell'abitazione di tracce riconducibili all'uso di stupefacenti.

Tali affermazioni dei ricorrenti non trovano tuttavia riscontro negli atti del fascicolo.

Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

In virtù di quanto dedotto e allegato dalle parti nel corso del procedimento, tenuto conto dei poteri istruttori dell'AAS sopra descritti, questo Collegio ritiene che l'impresa abbia assolto l'onere di provare che nel caso di specie la polizza in questione non è operativa per la sussistenza della causa di esclusione di cui all'art. 7, n. 9, CGA.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA