

## COLLEGIO DI ROMA

composto dai signori:

(RM) SIRENA	Presidente
(RM) MAIMERI	Membro designato dalla Banca d'Italia
(RM) DEPLANO	Membro designato dalla Banca d'Italia
(RM) SICA	Membro di designazione rappresentativa degli intermediari
(RM) MASTROROSA	Membro di designazione rappresentativa dei clienti

Relatore COSIMO DAMIANO FABIO MASTROROSA

Seduta del 18/02/2026

### FATTO

Parte ricorrente ha adito questo Arbitro per contestare all'intermediario l'omessa informativa concernente i rischi coperti da una polizza assicurativa proposta dall'intermediario, deducendo l'inadeguatezza e la non proporzionalità del prodotto rispetto al suo profilo di rischio: e chiede il risarcimento dei premi pagati in eccesso rispetto all'opzione base "scoppio incendio".

All'uopo affermava quanto segue.

In fase di accensione di un mutuo ipotecario, le veniva presentato dal personale della banca un fascicolo cartaceo da firmare, contenente la "polizza casa", necessaria per finalizzare la pratica di finanziamento, senza alcuna spiegazione in merito al suo contenuto o alla possibilità di aderire a "opzioni alternative o modulari".

Confidando nel corretto operato dell'intermediario, firmava la modulistica.

Successivamente, in via informale, parte ricorrente scopriva che il premio versato per la polizza era sproporzionato rispetto alle sue effettive esigenze: infatti, la copertura assicurativa base richiesta dalla banca era pari a soli 29,03 euro annui, mentre la polizza effettivamente sottoscritta risultava più onerosa in quanto comprensiva di coperture accessorie di nessuna utilità per il suo profilo, tanto da non averle mai attivate.

A tal riguardo, parte ricorrente lamenta una violazione dell'obbligo di correttezza e trasparenza, nonché un evidente squilibrio informativo tra intermediario e consumatore, in quanto se correttamente informato non avrebbe mai sottoscritto il pacchetto assicurativo, o comunque, avrebbe scelto la versione più basilica.

Evidenzia inoltre che:



- il report di sintesi risulta sottoscritto in una data (1° luglio 2020) in cui il ricorrente era a lavoro, come dimostrato dalle risultanze del servizio Google Maps – Cronologia, che registra sistematicamente gli spostamenti;
- il contenuto di due risposte presenti nel documento non è compatibile con il profilo personale;
- alla voce stato civile è stato indicato "Single", mentre in realtà a marzo 2020 il ricorrente era stabilmente convivente con la sua compagna, dalla quale aveva una figlia;
- alla domanda relativa al possesso di polizze auto attive, il questionario riporta "NO", ma il ricorrente risultava regolarmente assicurato con il suo veicolo sin dal 2016, come dimostrato dal certificato assicurativo allegato.

Tali discrepanze, secondo il ricorrente, evidenziano che il questionario non è stato “frutto di un’intervista reale” né redatto in “presenza consapevole”.

Tutto quanto esposto, il ricorrente chiede all’Arbitro:

- 1) di dichiarare la non adeguatezza del prodotto assicurativo sottoscritto, per violazione degli obblighi informativi e consulenziali previsti dalla normativa vigente;
- 2) di ordinare la restituzione dei premi versati (o, in subordine, della parte eccedente rispetto a una polizza base comparabile), per gli anni in cui la polizza è rimasta in vigore senza beneficio.

Fatti affermati dagli intermediari convenuti:

L’intermediario, nelle controdeduzioni, deduce che in data 9 luglio 2020 il ricorrente ha sottoscritto un contratto di mutuo ipotecario fondiario per un importo originario di €. 100.000,00.

Nell’art. 3 del “Capitolato dei patti e delle condizioni generali dei contratti di mutuo ipotecario fondiario” allegato al Contratto è chiaramente esplicitato che la Parte Mutuataria si obbliga a tenere assicurata la Banca contro i rischi di incendio, fulmine, esplosione o scoppio in genere fino alla estinzione del mutuo, per l’intero valore reale, dei fabbricati e relative pertinenze sottoposte ad ipoteca, presso compagnie di assicurazione di gradimento della Banca ed a vincolare, con espresso riferimento al mutuo e per tutta la durata dello stesso, la relativa polizza a favore della Banca medesima.

Pertanto, nel Contratto veniva indicato che la polizza “incendio-scoppio” rivestiva natura obbligatoria, ma non che sussisteva un obbligo di contrarre la polizza con una determinata Compagnia.

Anche nel Prospetto Informativo Europeo Standardizzato (PIES) del 7 luglio 2020 allegato al contratto di mutuo in questione, veniva fatto riferimento alla presenza della polizza assicurativa incendio-scoppio e del costo della relativa copertura assicurativa (che rientra nella determinazione del TAEG).

Nella giornata del 9 luglio 2020 il Ricorrente ha provveduto alla sottoscrizione della Polizza “Protezione Casa Più” nel cui frontespizio sono riepilogate le coperture assicurative richieste dal Cliente.

Nel lamentare una scorrettezza informativa da parte della banca, il Ricorrente deduce che il “Report di Sintesi – Analisi dei bisogni del Cliente” datato primo luglio 2020 non sarebbe attendibile sia perché contenente imprecisioni sia perché a sua detta in quella giornata non si sarebbe recato in filiale, allegando a tal fine uno screenshot dei suoi spostamenti avvenuti in detta giornata rilevato da Google Maps.

Riguardo a quest’ultimo aspetto, la banca rileva che non vi è alcuna certezza che tale “screenshot” si riferisca agli spostamenti effettuati il primo luglio 2020 dal ricorrente. Anzi, il fatto che lui stesso abbia allegato agli atti il “Report di Sintesi – Analisi dei bisogni del Cliente” datato primo luglio 2020 fa ragionevolmente presumere che egli quel giorno fosse presente in filiale.

Per quanto attiene le incongruenze nei dati riportati, l’intermediario evidenzia come non possa configurarsi quale anomalia l’indicazione di “single” nella situazione familiare del Ricorrente, dato che come da lui stesso ammesso all’epoca dei fatti non era coniugato, ma semplicemente convivente.

Per ciò che concerne la presunta mancanza di trasparenza in sede di informativa preventiva delle caratteristiche del prodotto assicurativo “Protezione Casa Più”, parte resistente rileva che:

- preventivamente alla stipula della Polizza Assicurativa, oltre alla compilazione del report di sintesi “Analisi dei Bisogni” del primo luglio 2020, ha provveduto alla predisposizione di un ulteriore report il giorno 9 luglio 2020 nel quale emerge che - oltre ad altre tipologie di polizze che esulano dal presente Ricorso - la copertura offerta dalla Polizza “Protezione Casa Più” offerta dalla Compagnia Assicurativa era la soluzione individuata per far fronte alle esigenze assicurative del Cliente;
- inoltre, oltre al riepilogo delle coperture assicurative indicate nel frontespizio del Contratto, nel modulo di adesione il Ricorrente ha espressamente dichiarato di aver preso visione, prima della sottoscrizione del contratto, del set informativo contenente il DIP, DIP aggiuntivo e condizioni di assicurazione (nella versione Luglio 2019);
- in forza del cosiddetto principio di autoresponsabilità, il Cliente non può che essere vincolato alle dichiarazioni sottoscritte; pertanto, non vi può essere ombra di dubbio sul fatto che gli sia stato messo a disposizione l'intero set informativo precontrattuale, come da lui stesso dichiarato;
- la versione aggiornata al luglio 2019 delle Condizioni di Assicurazione messa a disposizione del Cliente riepiloga in maniera dettagliata tutte le coperture assicurative attivabili con la polizza “Protezione Casa Più” (ben 9 sezioni, ognuna delle quali relativa ad una specifica tipologia di copertura assicurativa azionabile con la predetta Polizza);
- inoltre, a pagina 74 delle “Condizioni di Assicurazione” sono riportate le modalità di disdetta della copertura assicurativa, avente durata annuale e tacitamente rinnovata di anno in anno (logicamente, salvo disdetta);
- in prossimità della scadenza annuale della copertura assicurativa, la Compagnia Assicurativa ha provveduto a inviare al Ricorrente apposita comunicazione di conferma rinnovo della polizza n. 210213871 in cui si rammentano le modalità di recupero dell'informativa precontrattuale a suo tempo fornita
- la polizza Protezione Casa Più è stata estinta dalla Compagnia Assicurativa in data 10 luglio 2025 previa disdetta da parte del Ricorrente. Nel frattempo, il ricorrente ha provveduto a sottoscrivere altra polizza assicurativa tutela dell'immobile ipotecato contro il rischio “incendio-scoppio”.

Per quanto concerne la domanda di restituzione dei beni versati, o in subordine della parte eccedente rispetto a una polizza base comparabile, per gli anni in cui la polizza è rimasta in vigore, la Banca ha messo a disposizione del Cliente il set informativo precontrattuale con indicazione delle possibili coperture assicurative attivabili.

Il fatto che il ricorrente abbia attivato, oltre alla copertura assicurativa “incendio-scoppio”, solo alcune coperture opzionali offerte dalla Polizza, secondo il resistente, comprova il fatto che il Cliente è stato messo nelle condizioni di poter scegliere liberamente di quali coperture assicurative avvalersi.

Nelle repliche il ricorrente ribadisce non esservi stato alcun incontro in filiale per la compilazione del cosiddetto “Report di Sintesi – Analisi dei Bisogni del Cliente” né in data 1° luglio 2020 né in data 7 luglio 2020, come invece sostenuto dalla Banca.

Il documento denominato “Analisi dei bisogni del Cliente” prodotto dalla Banca riporta una data apposta a penna che non è riconducibile alla sua calligrafia e non è stata sottoscritta nella giornata indicata.

A riprova della impossibilità materiale di recarsi presso l'Agenzia, allega attestazione ufficiale del datore di lavoro, da cui risulta che in entrambe le giornate del 1° e del 7 luglio 2020 era regolarmente in servizio presso il suo domicilio, in modalità smartworking, in orario ordinario di lavoro, unitamente a un documento di autocertificazione sul regime di flessibilità adottato.

Aggiunge inoltre che, prima delle contestazioni formulate nel reclamo, ha personalmente contattato la consulente della filiale, chiedendo informazioni sulla possibilità di sottoscrivere una polizza assicurativa “base” limitata alla sola copertura “incendio e scoppio” del valore di 29,03 euro, senza garanzie accessorie. La consulente ha riferito che presso la Banca non risultano disponibili prodotti di tipo base e che la polizza da me contratta o prodotti equivalenti costituiscono l’unica opzione assicurativa offerta ai clienti per adempiere all’obbligo di copertura del mutuo

In punto di domanda risarcitoria, parte ricorrente deduce che le vicende descritte, protrattasi nel tempo hanno determinato un grave stato di stress e disagio psicologico, culminato nel mese di luglio 2023 con la necessità di una valutazione specialistica psichiatrica.

A tal fine allega certificazione rilasciata da medico specialista, attestante la presa in carico del ricorrente nel suddetto periodo per disturbi da stress.

Nelle controrepliche, l’intermediario definisce irrilevanti le considerazioni in merito al fatto che in data 7 luglio 2020 il Ricorrente prestava la sua attività lavorativa presso il suo domicilio in modalità “smart working”, dato che gli accadimenti rilevanti del presente Ricorso sono occorsi il 1° e 9 luglio 2020, ovvero le date in cui sono stati prodotti i “Report di Sintesi – Analisi dei bisogni del Cliente”.

Per quanto attiene il Report del 1° luglio 2020, l’attestazione rilasciata dal datore di lavoro del Ricorrente si limita a indicare che nella suddetta giornata il ricorrente “risultava presente in modalità smart working con orario flessibile” e non altro.

Eccepisce altresì la validità dell’autocertificazione depositata dal Ricorrente nelle memorie di replica con cui avrebbe definito “il concetto di flessibilità adottato” nel suo regime lavorativo in quanto essendo priva dell’autenticazione della sottoscrizione da parte di un Pubblico Ufficiale non può avere alcuna valenza nei confronti di un soggetto di diritto privato quale è per l’appunto la Banca, né tanto meno può essere utilizzato come mezzo di prova in un procedimento arbitrale.

Ribadisce che è stato il medesimo Ricorrente a produrre in giudizio il “Report di Sintesi – Analisi dei bisogni del Cliente” datato primo luglio 2020. Se lui disponeva del documento prima del deposito del presente Ricorso può ragionevolmente presumere che il report datato 1° luglio in realtà sia sempre stato in suo possesso in quanto l’ha ricevuto proprio il 1° luglio 2020 in occasione della consulenza personalizzata ricevuta in filiale.

Precisa, poi che:

- il documento con cui il Ricorrente ha dichiarato di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione, del set informativo contenente il DIP, DIP aggiuntivo e Condizioni di Assicurazione è il modulo di adesione alla polizza assicurativa “Protezione Casa Più” - e non il report “Analisi dei Bisogni del Cliente” – contratta il 9 luglio 2020, nelle more della stipula del contratto di mutuo ipotecario.
- Inoltre, il fatto che la data riportata sul documento non sia stata apposta dal ricorrente non inficia in alcun modo sulla genuinità e validità della sottoscrizione – tra l’altro, non oggetto di alcuna contestazione - apposta dal Ricorrente;
- la domanda di dichiarare l’invalidità della sottoscrizione della polizza “Protezione Casa Più” è da considerarsi inammissibile sia perché avanzata per la prima volta con le memorie di replica sia perché mira ad ottenere una pronuncia di tipo “costitutivo” (ossia, diretta a modificare i rapporti contrattuali tra le parti) che però è preclusa all’Arbitro Bancario Finanziario.

## **DIRITTO**

Pur in assenza di eccezione di parte, sulla incompetenza per materia si ritiene di osservare che ai sensi delle “Disposizioni della Banca d’Italia sui sistemi di risoluzione stragiudiziale in materia di operazioni e

servizi bancari e finanziari” possono essere sottoposte alla cognizione dell’Arbitro le “controversie relative a operazioni e servizi bancari e finanziari”.

Secondo l’orientamento dell’ABF la competenza dell’Arbitro “si estende anche ai rapporti accessori e strumentali all’operazione finanziaria di sua specifica competenza” (v. per tutte Coll. Roma, dec. n. 2369/2011) per quanto attiene ad eventuali irregolarità o violazione relative alla fase genetica del rapporto accessorio, esulando invece dalla ogni questione relativa “a controversie aventi ad oggetto la validità, l’interpretazione o l’esecuzione di polizze assicurative, ancorché funzionalmente collegate ai contratti di finanziamento” (Collegio di Bologna, decisione n. 6266/24; Collegio di Roma, decisione n. 203/2023).

Con riferimento ad una controversia avente ad oggetto l’accertamento della illegittimità della condotta dell’intermediario per violazione dei doveri di informazione precontrattuale e del principio di adeguatezza vigenti in materia di intermediazione assicurativa connessa all’offerta di prodotti finanziari, l’Arbitro ha affermato la sua competenza per materia in ragione del collegamento negoziale che sussiste tra finanziamento e contratto di assicurazione (cfr. Collegio di Roma, decisione n. 3234 del 12 marzo 2024; Collegio

Vi è altresì da evidenziare che in sede di repliche, parte ricorrente chiede “ di dichiarare l’invalidità della sottoscrizione della polizza “Protezione Casa Più”, in quanto priva di consenso informato e perfezionata senza effettiva partecipazione del ricorrente.

Nel ricorso, pur lamentando la carenza dell’informativa precontrattuale, chiedeva la restituzione del premio corrisposto al netto della quota dell’assicurazione obbligatoria scoppio e incendio.

Inoltre, nel ricorso chiede il risarcimento del danno patrimoniale, mentre nelle repliche vi aggiunge anche la richiesta di condanna al danno non patrimoniale.

Secondo consolidato orientamento dell’Arbitro, in sede di repliche non possono essere proposte nuove domande, le quali, ove ammesse, difetterebbero del requisito del previo reclamo, finalizzato a prevenire l’insorgere della controversia nell’alveo del rapporto cliente/intermediario.

In relazione alla possibilità di introdurre nuove questioni nel corso del procedimento davanti all’ABF, come tali non contemplate nella domanda, deve dirsi inammissibile la formulazione di una c.d. mutatio libelli essendo tutt’al più permesso al ricorrente di svolgere una semplice puntualizzazione delle domande già proposte (la c.d. emendatio libelli) (in questi termini, Collegio di Roma, decisione n. 1026/23).

L’orientamento consolidato del Collegio di Roma che ritiene inammissibile la domanda formulata per la prima volta in sede di repliche, dovendo queste ultime essere volte unicamente “a ribadire e puntualizzare le rispettive posizioni delle parti”, in modo da non precludere il contraddittorio Si ricorda qui Collegio di Roma decisione n. 7915/2020 “In via preliminare, si osserva che la domanda risarcitoria risulta avanzata dalla ricorrente per la prima volta in sede di repliche. La stessa non è pertanto esaminabile nel merito, in quanto costituisce una domanda nuova. A tale riguardo, i Collegi dell’Arbitro Bancario Finanziario sono infatti concordi nel ritenere ammissibili le repliche successive alle controdeduzioni solo “qualora siano volte a ribadire e puntualizzare le rispettive posizioni delle parti, non introducendo, di fatto, domande nuove rispetto a quanto articolato nel preventivo reclamo, e poi in ricorso” (cfr., ex multis, Collegio di Roma, decisione n. 488/2018). In caso contrario, il contraddittorio con l’altra parte sarebbe di fatto precluso (cfr. Collegio di Milano, decisione n. 13733/2018.”

Ad ogni modo, si osserva che la normativa in vigore (artt. 183, comma 2, e 185, comma 1, del Codice delle Assicurazioni Private; art. 58, comma 2, del Regolamento Ivass n. 40/2018) non prevede la nullità del contratto assicurativo in caso di violazione dei relativi obblighi informativi precontrattuali; pertanto, al cliente spetta unicamente il risarcimento dei danni eventualmente subiti (Collegio di Roma, decisione N. 3234 del 12 marzo 2024).

Con riferimento alla condotta dell'intermediario, si osserva quanto segue.

Nel sottoscrivere un mutuo ipotecario in data 09.07.2020, il ricorrente si è obbligato a sottoscrivere una polizza multirischi, contro rischio incendio e scoppio "ed ogni altro rischio di danneggiamento o perimento", presso una compagnia di assicurazioni di gradimento della banca, come stabilito all'art. 3 del contratto.

Anche nel Prospetto Informativo Europeo Standardizzato (PIES) del 7 luglio 2025 allegato al contratto di mutuo in questione, veniva fatto riferimento alla presenza della polizza assicurativa incendio-scoppio e del costo della relativa copertura assicurativa (che rientra nella determinazione del TAEG).

All'allegato 4 delle controdeduzioni, la banca versa in atti le condizioni di polizza sottoscritte il 09.07.2020 con la compagnia assicurativa C.A.A., recanti un premio lordo annuo pari a euro 270,50. Per quanto attiene all'importo del premio, si osserva che (quanto meno alla data di giugno 2024) il premio annuo lordo era pari a euro 414,19.

La banca afferma che nel frontespizio del Contratto assicurativo, nel modulo di adesione il Ricorrente ha espressamente dichiarato di aver preso visione, prima della sottoscrizione del contratto, del set informativo contenente il DIP, DIP aggiuntivo e condizioni di assicurazione (nella versione Luglio 2019).

Parte ricorrente asserisce, invece, che le informazioni precontrattuali documenti non sono mai stati consegnate né illustrate prima della sottoscrizione del mutuo e della polizza, e che la dichiarazione riportata nel modulo di adesione alla polizza del 09.07.2020 costituisce una clausola precompilata, priva di reale valore probatorio in assenza di riscontro oggettivo della consegna.

Infatti, secondo il ricorrente, il documento denominato "Analisi dei Bisogni del Cliente" del 9.07.2020, prodotto dalla Banca, riporta una data apposta a penna che afferma essere non riconducibile alla sua calligrafia e non sarebbe stata sottoscritta nella giornata indicata, bensì il giorno del rogito notarile relativo al mutuo.

Tanto premesso, occorre precisare quanto segue:

- 1) le uniche firme presenti sono quelle apposte dal ricorrente in calce al contratto di mutuo e al modulo di adesione della polizza, entrambi sottoscritti il 0.07.2020;
  - 2) risultano prodotti in atti due Report "Analisi dei bisogni di Protezione" atti a delineare il profilo del ricorrente, uno risalente al primo luglio 2020, prodotto dal ricorrente e uno datato 09.07.2020, prodotto dalla banca.
  - 3) Nessuno dei suddetti report risulta sottoscritto dal ricorrente.
  - 4) A riprova dell'omessa informativa del contenuto della polizza prima della conclusione del mutuo, parte ricorrente, in merito al Report "Analisi dei bisogni di protezione" datato il primo luglio, il ricorrente osserva che quel giorno era a lavoro in regime di smartworking e non si è recato in filiale come da spostamenti registrati da Google Maps e da dichiarazione del suo datore di lavoro.
- Osserva altresì che entrambi i report contengono comunque inesattezze in merito alla raccolta delle informazioni relative al suo profilo di rischio, nella parte in cui lo indicano come "single", benché stabilmente convivente e con figlia riconosciuta e in cui lo indicano come non titolare di polizze auto, nonostante veicolo regolarmente assicurato in suo possesso:

La circostanza viene contestata dall'intermediario, il quale :

- Deduce che il regime di flessibilità non esclude che il ricorrente possa essersi recato comunque in filiale il primo luglio;
- Evidenzia come il fatto che il ricorrente abbia prodotto il documento significa che ne sia entrato nella disponibilità e che gli si sia stato comunque consegnato già in data 01.07.2020;

- ad ogni modo precisa che preventivamente alla stipula della Polizza Assicurativa, oltre alla compilazione del report di sintesi “Analisi dei Bisogni” del primo luglio 2020, ha provveduto alla predisposizione di un ulteriore report il giorno 9 luglio 2020 nel quale emerge che - oltre ad altre tipologie di polizze che esulano dal presente Ricorso - la copertura offerta dalla Polizza “Protezione Casa Più” offerta dalla Compagnia Assicurativa era la soluzione individuata per far fronte alle esigenze assicurative del Cliente.
- Rimarca come la documentazione fornita al ricorrente indicasse chiaramente i rischi coperti dalla polizza assicurativa e come la polizza in questione si rinnova di anno in anno, salvo disdetta.

Con riguardo alla normativa applicabile, si segnala che:

l’art. 183, comma 2°, del Codice delle Assicurazioni Private, prevede che “L’IVASS adotta, con regolamento, specifiche disposizioni relative alla determinazione delle regole di comportamento da osservare nei rapporti con i contraenti, in modo che l’attività si svolga con correttezza e con adeguatezza rispetto alle specifiche esigenze dei singoli”;

- il successivo art. 185, comma 1°, prevede altresì che le “imprese di assicurazione e gli intermediari che realizzano prodotti assicurativi da vendere ai clienti redigono i seguenti documenti: a) il documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni di cui all’articolo 185-bis, redatto in conformità a quanto stabilito dal regolamento di esecuzione (UE) 2017/1469 dell’11 agosto 2017 (DIP); b) il documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita di cui all’articolo 185-ter, diversi da quelli indicati alla lettera c) (DIP- Vita); c) il documento informativo per i prodotti di investimento redatto in conformità a quanto stabilito dal regolamento (UE) n. 1286/2014 del 26 novembre 2014 e relative norme di attuazione (KID)”;

- l’art. 58, comma 2°, del Regolamento Ivass n. 40/2018, dispone che “i distributori chiedono notizie sulle caratteristiche personali e sulle esigenze assicurative o previdenziali del contraente o dell’assicurato, che includono, ove pertinenti, specifici riferimenti all’età, allo stato di salute, all’attività lavorativa, al nucleo familiare, alla situazione finanziaria ed assicurativa e alle sue aspettative in relazione alla sottoscrizione del contratto, in termini di copertura e durata, anche tenendo conto di eventuali coperture assicurative già in essere, del tipo di rischio, delle caratteristiche e della complessità del contratto offerto”.

- La Corte di Cassazione, terza sezione civile, con la recente sentenza n. 34927/2025, depositata il 31.12.25, decidendo un caso relativo a una controversia tra un soggetto e la sua assicurazione, ha affermato che, per quanto concerne il dovere di informare il cliente/assicurato sui rischi dell’investimento, il testo unico sull’intermediazione finanziaria e il codice delle assicurazioni dettano regole essenzialmente coincidenti, così riassumibili:

- a) raccogliere dal cliente le informazioni necessarie a valutare le sue esigenze di investimento o di assicurazione;
- b) spiegare al cliente le caratteristiche del contratto proposto (e non semplicemente sottoporgli un modulo prestampato da sottoscrivere);
- c) il dovere di parlar chiaro si fonda sull’art 1175 c.c. e prescinde dalla qualità soggettiva delle parti in quanto questo dovere grava incondizionatamente tanto sulla multinazionale dedita alle più raffinate operazioni

Nel ricorso parte ricorrente chiede il rimborso integrale “dei premi versati in eccesso, al netto della quota annuale effettivamente dovuta per le garanzie obbligatorie per l’intera durata della polizza (29,03 euro)”, lamentando che, se fosse stato adeguatamente informato, avrebbe concluso un contratto meno oneroso, aderendo alla sola opzione base per l’assicurazione obbligatoria “scoppio incendio”.

Nel caso di responsabilità precontrattuale da contratto valido ed efficace, ma svantaggioso, il danno risarcibile è comunemente individuato nel c.d. “interesse positivo virtuale”: lo scarto di convenienza tra il contratto effettivamente concluso e quello (solo virtuale) che sarebbe stato concluso in assenza del comportamento scorretto della controparte (in tal senso cfr. Cass. Civ. S.U. n. 26724 e 26725 del 19/12/2007).

Ove il danno fosse adeguatamente provato, per la relativa quantificazione potrebbero richiamarsi gli orientamenti in tema di cd. danno da perdita di chance, “che può essere definito come quel pregiudizio derivante non da una mera aspettativa di fatto, ma dal venir meno della possibilità di ottenere un bene o di conseguire un risultato la cui realizzazione è, fin dall'origine, incerta” (cfr. Collegio di Torino, decisioni n. 3518/2023 e 9642/2022).

Come noto, la liquidazione del danno patrimoniale da perdita di chance deve necessariamente essere effettuata su base equitativa (v. anche Cass. civ., sez. III, 12/02/2015, n. 2737) e non deve essere commisurata al mancato risultato ma alla mera possibilità di conseguirlo, non potendo invece essere identificato con la somma che la parte ricorrente avrebbe potuto ottenere (v. da ultimo Coll. Milano, decisione n. 5895 del 11 aprile 2022).

Sul versante dell'onere della prova, si osserva che:

- il ricorrente non versa in atti le quietanze di pagamento dei premi corrisposti nel corso degli anni, allegando a tal fine una scheda riepilogativa del “Dettaglio polizza” da cui si evince alla dicitura “Stato del premio” l'indicazione “PAGATO”.

La polizza in questione è stata poi oggetto di disdetta nel luglio 2025;

- Il ricorrente non produce in atti preventivi online con riferimento ad analoga copertura fornita per un corrispettivo minore.

Quanto alle ulteriori voci di danno patrimoniale (non meglio specificate), parte ricorrente non ha versato in atti il relativo riscontro probatorio.

In un caso simile, il Collegio di Roma non ha riconosciuto il diritto al risarcimento del danno, non avendo il ricorrente prodotto una documentazione idonea a dimostrare la reperibilità sul mercato di polizze più vantaggiose all'epoca della stipula del finanziamento e considerata comunque la facoltà per la stessa di acquisire, sin dalla originaria sottoscrizione e durante l'ammortamento del mutuo, una polizza alternativa. Collegio di Roma, Decisione N. 11397 del 25 giugno 2020 “Parte ricorrente contesta il comportamento scorretto dell'intermediario nel collocare un prodotto assicurativo che avrebbe potuto acquistare sul mercato a condizioni diverse e più vantaggiose rispetto al prodotto dell'azienda collegata al Gruppo bancario dell'intermediario; produce in atti preventivi online con riferimento ad analoga copertura fornita per un corrispettivo minore. Dalla documentazione in atti risulta: i) che l'adesione alla specifica polizza in questione, emessa da compagnia appartenente al gruppo di parte resistente, è stata prospettata come possibilità, ferma restando l'obbligatorietà della stessa, come eccepito dall'intermediario e come risulta dal modulo di accettazione della domanda di mutuo in data 24.5.201, allegato da parte ricorrente; ii) che la polizza in questione si rinnova di anno in anno, salvo disdetta; iii) che non sussisteva né sussiste alcun impedimento per parte ricorrente a sottoscrivere, in sede di stipula del contratto di finanziamento e nel corso dell'ammortamento, una polizza della specie alternativa rispetto a quella in essere. Si aggiunge che parte ricorrente non ha prodotto una documentazione idonea a dimostrare la reperibilità sul mercato di polizze più vantaggiose all'epoca della stipula del finanziamento e successivamente, trattandosi di preventivi acquisiti nel 2020. Il Collegio ritiene infondata la richiesta di risarcimento danni formulata con riferimento alla polizza “Multirischi abitazione” non avendo la ricorrente fornito prova del danno asseritamente subito e considerata comunque la facoltà per la stessa di acquisire, sin dalla originaria sottoscrizione e durante l'ammortamento del mutuo, una polizza alternativa.



**PER QUESTI MOTIVI**

**Il Collegio rigetta il ricorso.**

IL PRESIDENTE