



## COLLEGIO DI NAPOLI

composto dai signori:

(NA) CARRIERO	Presidente
(NA) CONTE	Membro designato dalla Banca d'Italia
(NA) MAIMERI	Membro designato dalla Banca d'Italia
(NA) ROTONDO	Membro designato da Associazione rappresentativa degli intermediari
(NA) BARTOLOMUCCI	Membro designato da Associazione rappresentativa dei clienti

Relatore ROTONDO GENNARO

Nella seduta del 02/02/2015 dopo aver esaminato:

- il ricorso e la documentazione allegata
- le controdeduzioni dell'intermediario e la relativa documentazione
- la relazione della Segreteria tecnica

### FATTO

La ricorrente afferma che, in data 9 settembre 2011, il marito stipula con l'odierno convenuto un contratto di finanziamento per prestito personale, aderendo nell'occasione a due programmi assicurativi facoltativi, uno dei quali, in particolare, a copertura anche del rischio vita, beneficiari gli eredi dell'assicurato.

Il 31 dicembre 2013 il coniuge è deceduto. Pertanto, la ricorrente provvede ad attivare l'iter della pratica assicurativa, ma con esito negativo in quanto, con lettera del 20 febbraio 2014, la compagnia rigetta "l'attivazione della suddetta polizza assicurativa adducendo come subdola motivazione" l'esclusione delle conseguenze "di una malattia insorta prima della data di ricorrenza del programma assicurativo".

Al riguardo, parte attrice specifica che il defunto marito era "soggetto riconosciuto invalido al 100% dall'INPS". Circostanza questa che sottolinea essere ben nota al convenuto, non solo per avere quest'ultimo ricevuto, alla stipula del finanziamento, "deposito del libretto, del decreto e di tutta la documentazione rilasciata dall'Istituto di previdenza", tanto da indicare "pensionato" alla voce "occupazione" di cui al modulo contrattuale.

Evidenzia che, successivamente al decesso del coniuge, l'intermediario, rimessa la questione della liquidazione del sinistro all'esclusiva competenza della compagnia assicurativa, ha continuato a "compulsare" la cliente richiedendo il pagamento del prestito,



tanto da provocarle “stati di ansia e sintomi di depressione”, giusta certificazione medica acclusa. Ciò nonostante la “lettera di diffida e messa in mora” allo stesso inviata, per ottenerne l’astensione da “inutili e temerarie azioni di recupero del credito presunto” e nel contempo “l’attivazione della polizza assicurativa”.

Ritenuto sussistente il “collegamento negoziale” tra il contratto di finanziamento e di assicurazione, intorno al richiama la giurisprudenza della Suprema Corte e dell’Organo adito, la ricorrente discute anche della responsabilità precontrattuale del convenuto, il quale, non ha provveduto a sconsigliare la sottoscrizione della polizza, “la cui operatività non avrebbe potuto che essere denegata dall’assicuratore stante la patologia o lo stato invalidante in cui versava il contraente (Collegio di Roma, decisione 481 del 17.2012)”.

La condotta della resistente non ha affatto “rispettato i cosiddetti principi cardini dell’Ordinamento, ossia quelli di buona fede e correttezza di cui ai rispettivi artt. 1337 e 1375 del codice civile, posti alla base dei doveri di solidarietà sociale e del *neminem laedere* ex art. 2 della Carta Costituzionale (all. 10 – decisione del Collegio di Roma n. 150 del 15.5.2012)”.

Rifacendosi al contenuto del riscontro al reclamo, sostiene che a nulla rileva la dichiarazione resa dal coniuge di aver ricevuto copia dell’informativa precontrattuale di cui all’art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 e delle condizioni di assicurazione.

Conclude dichiarando che “il comportamento dell’Intermediario è stato del tutto scorretto poiché un obbligo di informazione e di trasparenza non è assolutamente onorabile mediante una mera sottoscrizione di un cliente che di fatto nulla ha compreso del regolamento contrattuale in calce a dichiarazioni incomplete, dal contenuto precario e del tutto vessatorio. Per contro, la resistente avrebbe dovuto sottoporre al cliente un “dettagliato questionario anamnestico per la valutazione del rischio” ed “eseguire più accuratamente tutti gli accertamenti necessari ed evitare così di accaparrarsi clientela ad ogni costo e condizione sottaciuta”.

Avendo ricevuto riscontro negativo al reclamo del 14 marzo 2014, la ricorrente – in sede di ricorso del 17 luglio 2014 – chiede all’Arbitro Bancario Finanziario:

di “accertarsi e dichiararsi” l’intermediario “inadempiente per essere incorso in responsabilità precontrattuale”; di disporre “l’immediata attivazione della polizza assicurativa per il rischio del decesso del contraente validamente sottoscritta”;

“per l’effetto, l’annullamento di qualsivoglia pretesa creditoria vantata pretestuosamente e senza alcun fondato motivo” dalla resistente o chi per essa”.

“che l’intermediario venga condannato al risarcimento del danno morale, quest’ultimo da liquidarsi nel residuo del finanziamento non onorato, perché non dovuto, pari ad € 8.415,312, oltre interessi, subito dalla ricorrente a causa delle continue pressioni via sms, lettere a/r e telefonate in qualsiasi ora del giorno di costrizione al pagamento, dietro minaccia di adire le vie legali, ingenerando così uno stato di ansia patologica nella persona della ricorrente medesima, la quale non solo ha sofferto per la perdita del marito, ma si è dovuta rivolgere a medici” a causa della “mala gestio” del convenuto.

In sede di controdeduzioni del 23 settembre 2014, la banca resistente precisa innanzitutto che la ricorrente, in qualità di coobbligata al rimborso, ed il defunto marito, attraverso l’apposizione delle relative firme autografe nel box “Modulo di sottoscrizione richiesta” del contratto di “Prestito personale”, hanno attestato di aver preso visione delle Condizioni Generali riportate in contratto, che hanno dichiarato di accettare senza riserva alcuna.

Prosegue osservando che il *de cuius*, in occasione della stipula del finanziamento, ha ritenuto altresì opportuno aderire, “in modo del tutto facoltativo”, a due convenzioni assicurative, dichiarando, non solo con riferimento a entrambe di aver ricevuto copia dell’informativa precontrattuale di cui all’art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 e delle condizioni di assicurazione relative ai prodotti assicurativi, ma, soprattutto, per ciò che



specificamente attiene alla convenzione qui controversa, “di soddisfare i requisiti di assicurabilità indicati nell’art. 3 delle condizioni di assicurazione, di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni che necessitino di un trattamento medico, farmacologico, fisioterapico o psicoterapico continuativo nel tempo (...)”.

Ancora, intrattenuta in argomento, la filiale di competenza avrebbe confermato di aver fornito, “in sede di sottoscrizione contrattuale, le informazioni relative ai sopra richiamati programmi assicurativi e alle garanzie dagli stessi previste”. Sicché il convenuto conclude che, nel caso di specie, “risultano adottati tutti i comportamenti atti a preservare le esigenze della controparte”, alla quale, attraverso la conduzione di una trattativa leale e l’astensione da comportamenti maliziosi o reticenti, è stata fornita ogni delucidazione atta a consentire una corretta formazione della volontà negoziale. A ciò si aggiunga il fatto che l’intermediario “non poteva in alcun modo dedurre un eventuale stato invalidante a carico del cliente (...), circostanza di contro riportata nella decisione n. 481 del 17.2.2012”, richiamata dalla ricorrente.

Tanto rappresentato circa la fase della relativa sottoscrizione, precisa quindi che le polizze indicate non sono “relative a coperture di rischi funzionali all’operazione di finanziamento; l’estinzione del rapporto di credito non determina la cessazione del rischio oltretutto la possibilità di usufruire del servizio accessorio”. E, infatti, beneficiario della prestazione è “l’assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi”, non già la società mutuante.

Con riferimento alle asserzioni di controparte in merito alle reiterate istanze di pagamento alla stessa rivolte, evidenzia di aver ritenuto opportuno avviare legittime azioni di recupero del proprio credito, anche attraverso l’intervento di una società di tanto incaricata, essendo la ricorrente tenuta al puntuale versamento delle somme previste dal piano di rimborso.

Rende infine noto di aver “ulteriormente” intrattenuto la compagnia assicurativa, la quale, dopo un nuovo esame della documentazione inerente al sinistro, ha confermato il rifiuto alla relativa liquidazione.

Pertanto, l’intermediario convenuto, atteso che:

- nel rapporto tra le compagnie assicurative e il cliente, lo stesso ricopre un ruolo di mero intermediario;
  - la compagnia interessata ha valutato in piena autonomia il sinistro istruito a nome del *de cuius*,
  - ha operato in conformità del principio di buona fede di cui all’art. 1337 c.c. assolvendo a tutti gli obblighi pre-contrattuali e contrattuali;
  - tutte le informazioni in merito agli indicati programmi assicurativi ed alle relative garanzie sono state fornite;
- chiede al Collegio che il ricorso sia respinto.

## DIRITTO

La controversia attiene alla contestazione della condotta dell’intermediario in relazione al collocamento di un contratto di assicurazione in occasione della concessione di un finanziamento al coniuge della ricorrente, successivamente defunto.

Preliminarmente, il Collegio evidenzia come la domanda della ricorrente volta a ottenere l’immediata attivazione della polizza assicurativa, debba essere considerata irricevibile in quanto trattasi di un ambito di tutela non attivabile dinanzi all’Arbitro Bancario Finanziario *ratione materiae*.

Le ulteriori contestazioni e le conseguenti domande riguardano, invece, la condotta precontrattuale tenuta dall’intermediario, il quale non avrebbe adeguatamente informato il defunto marito circa il contenuto delle polizze assicurative che lo stesso andava a stipulare.



Arbitro Bancario Finanziario  
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

Tali domande risultano infondate e pertanto non accoglibili.

Dalla documentazione in atti emerge che l'intermediario ha regolarmente acquisito la sottoscrizione del contratto da parte del *de cuius*. La resistente dimostra altresì che il *de cuius*, in occasione della stipula del finanziamento, ha sottoscritto facoltativamente due convenzioni assicurative, con riferimento a entrambe le quali ha ricevuto copia dell'informativa precontrattuale e delle relative condizioni di assicurazione. In particolare, all'atto della sottoscrizione, egli ha dichiarato, sotto la sua responsabilità, di "essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni che necessitino di un trattamento medico, farmacologico, fisioterapico o psicoterapico continuativo nel tempo".

Risulta inoltre che la resistente avrebbe fornito, in sede di sottoscrizione contrattuale, tutte le informazioni relative ai richiamati programmi assicurativi, onde avrebbe tenuto, nella fase precontrattuale, una condotta diligente e conforme alle esigenze di informazione della controparte, non potendo essere a conoscenza, specificamente, di situazioni impeditive del cliente a beneficiare delle prestazioni assicurative dedotte in contratto. In aggiunta, trattandosi di polizze assicurative facoltative, esse non sono funzionalmente connesse all'operazione di finanziamento, né l'estinzione del rapporto di credito determina la cessazione del relativo rischio; così come, infine, beneficiario della prestazione risulta essere il cliente (o i suoi eredi) e non già l'intermediario collocatore-finanziatore.

**P.Q.M.**

**Il Collegio non accoglie il ricorso.**

IL PRESIDENTE

Firmato digitalmente da

GIUSEPPE LEONARDO CARRIERO