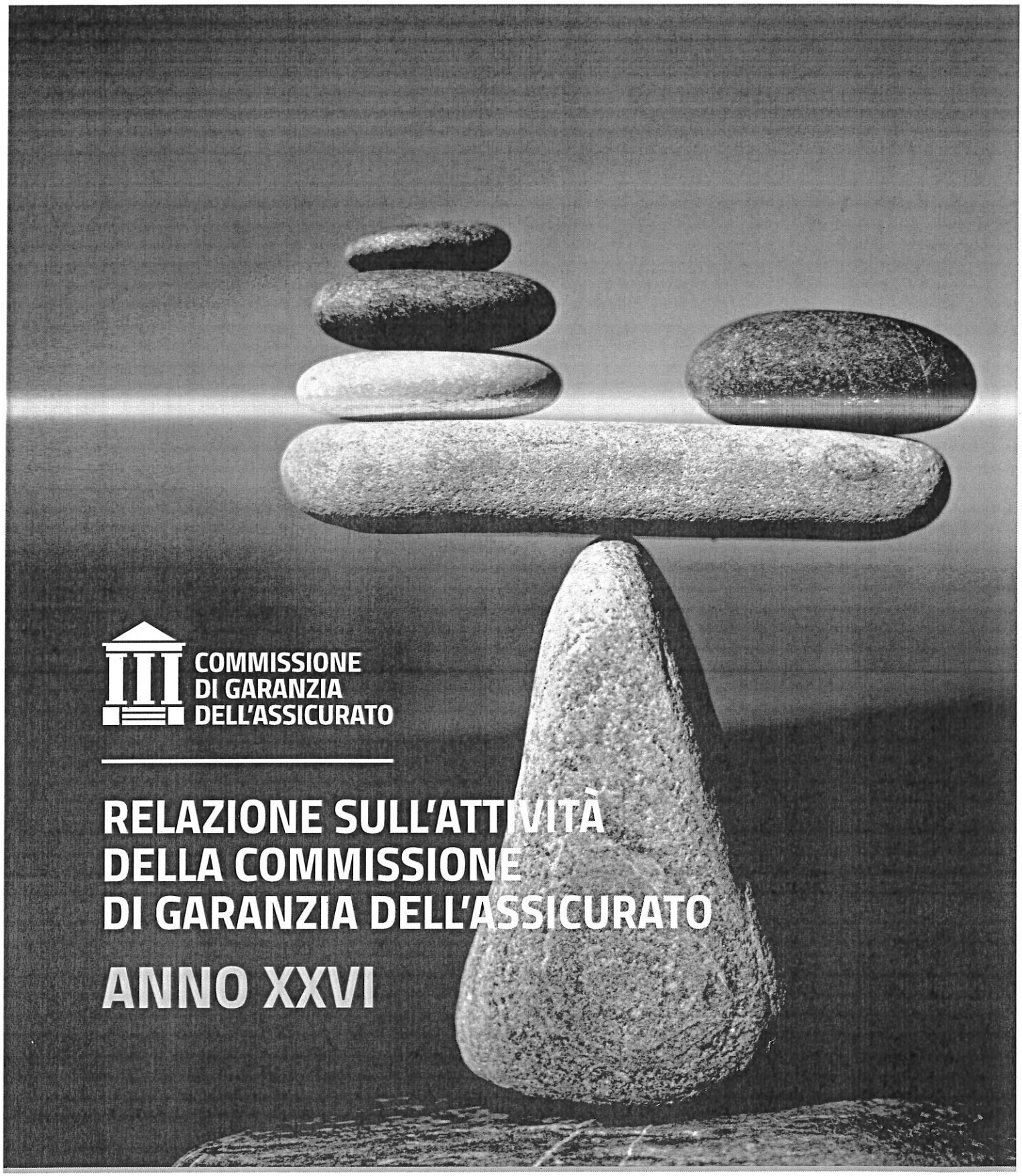


COMMISSIONE
DI GARANZIA
DELL'ASSICURATO

RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE DI GARANZIA DELL'ASSICURATO

ANNO XXVI

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

REALE MUTUA

TOGETHERMORE

COMMISSIONE
DI GARANZIA
DELL'ASSICURATO

RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE DI GARANZIA DELL'ASSICURATO

ANNO XXVI

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

REALE MUTUA

TOGETHERMORE

La commissione

GUSTAVO ZAGREBELSKY, Presidente
MARIO GARAVELLI
CARLO LUDA DI CORTEMIGLIA

COMMISSIONE DI GARANZIA DELL'ASSICURATO
Via Arcivescovado, 1 - 10121 Torino
commissione.garanziaassicurato@realemutua.it
commissione.garanziaassicurato@italiana.it

Indice

RELAZIONE DELLA COMMISSIONE DI GARANZIA DELL'ASSICURATO CONCERNENTE IL XXVI ANNO DI ATTIVITÀ 5

XXVI Anno di attività 8
1/11/2020 - 31/10/2021

Attività complessiva 9
1/9/1995 - 31/10/2021

Prospetto riepilogativo 11

Suddivisione ricorsi 12
PER LIQUIDAZIONE SINISTRI E GESTIONE CONTRATTI
SUDDIVISIONE RICORSI XXVI ANNO
SUDDIVISIONE RICORSI TOTALE

Liquidazione sinistri 14
RICORSI SUDDIVISI PER RAMO
LIQUIDAZIONE SINISTRI XXVI ANNO
LIQUIDAZIONE SINISTRI TOTALE

Gestione contratti 16
RICORSI SUDDIVISI PER RAMO
GESTIONE CONTRATTI XXVI ANNO
GESTIONE CONTRATTI TOTALE

Esito decisioni 18
ESITO DECISIONI XXVI ANNO
ESITO DECISIONI TOTALE
Massima e Decisione n. 1502 20
Massima e Decisione n. 1481 24
Massima e Decisione n. 1494 28
Massima e Decisione n. 1486 32

Sintesi della procedura di ricorso 36

RELAZIONE
della Commissione di Garanzia dell'Assicurato concernente il XXVI anno di attività

Nel XXVI anno di attività sono pervenuti alla Commissione di Garanzia 47 ricorsi, relativi ai diversi settori assicurativi. Un'indicazione dettagliata dei numeri e delle tipologie di ricorsi è contenuta all'interno del fascicolo.

Quanto alle pronunce, la Commissione ha emesso 42 decisioni, così suddivise:

di accoglimento	7
di cessata materia del contendere	7
di inammissibilità	6
di non luogo a provvedere	2
di rigetto	20

La Commissione, nel periodo 1° novembre 2020 - 31 ottobre 2021, si è riunita 7 volte per esaminare e decidere i ricorsi pervenuti. Poiché oltre a quelli pervenuti erano pendenti dall'anno precedente 6 ricorsi, il rapporto tra domande e risposte è del 79 %. Nell'anno in corso sono stati decisi 36 dei 47 ricorsi pervenuti, pari al 76 %.
Alla data del 31 ottobre 2021, sono pendenti 11 ricorsi in attesa del completamento dell'istruttoria. Il tempo medio per giungere a decisione, compreso lo svolgimento del contraddittorio, le dovute istruttorie e ad esclusione del periodo feriale, è stato di 88 giorni.
La Commissione ha operato a distanza nel periodo di diffusione pandemica assicurando in ogni caso la piena collegialità del lavoro svolto.

Le controversie hanno riguardato la indennizzabilità di spese per malattia; i danni da infiltrazione d'acqua; da infortunio; richieste in materia di polizze vita.
Delle relative decisioni assunte dalla Commissione alcuni esempi sono forniti negli allegati a questa Relazione. Essi riguardano i danni da spargimento d'acqua (decisione 1502), la qualificazione di una determinata affezione come malattia (decisione 1481), il concetto di pertinenza dei locali assicurati (1494), gli elementi caratterizzanti la garanzia infortuni (decisione 1486).

Per quanto riguarda le modalità con cui la Commissione si pronuncia sulle questioni sottoposte alla sua attenzione, ricordiamo come talvolta le decisioni emesse riconoscano il diritto dell'assicurato alla prestazione di polizza e rinviino poi alla Compagnia per la determina-

zione del quantum. Tale scelta è effettuata in ossequio al principio per cui la Commissione non effettua valutazioni sulla misura dei danni patiti, e si fonda sul principio di mutualità che ricomprende in sé un atteggiamento di leale cooperazione tra Compagnia e Assicurati nella soluzione delle problematiche eventualmente sorte. Inoltre la Commissione ricorre alla clausola dell'equità in casi eccezionali quando il diritto codificato nei contratti potrebbe entrare in contrasto con princìpi di giustizia e promuove in tal modo la fiducia su cui si basa il rapporto assicurativo tra la Compagnia e l'Assicurato tanto più significativo nel caso della Reale Mutua in quanto gli Assicurati sono anche Soci.

Confidiamo che l'opera svolta dalla Commissione abbia contribuito costruttivamente all'attività delle Società Assicuratrici, Reale Mutua e Italiana Assicurazioni. Le quali, a loro volta, tramite il Servizio Affari Legali, hanno collaborato efficacemente, fornendo un importante ausilio alla nostra attività.

Ribadiamo infine la convinzione, già espressa nelle Relazioni degli anni passati, che la presenza di un'istanza contenziosa imparziale, come quella rappresentata dalla Commissione, costituisca un contributo apprezzabile alla creazione e al potenziamento dello spirito di collaborazione e fiducia che deve caratterizzare i rapporti tra Assicurazione e Assicurati.

Torino, 4 dicembre 2021

Gustavo Zagrebelsky
Mario Garavelli
Carlo Luda di Cortemiglia

XXVI ANNO DI ATTIVITÀ

1/11/2020 - 31/10/2021

	Totale	Reale Mutua	Italiana Assicurazioni
RICORSI PERVENUTI	**47**	**32**	**15**
RICORSI DEFINITI	42	31	11
Accolti	7	6	1
Cessata materia del contendere	7	4	3
Inammissibili	6	4	2
Non luogo a provvedere	2	2	0
Respinti	20	15	5
RIUNIONI COMMISSIONE	**7**		

ATTIVITÀ COMPLESSIVA

1/9/1995 - 31/10/2021

RICORSI PERVENUTI	**1527**
RICORSI DEFINITI	**1516**
Accolti	249
Cessata materia del contendere	366
Inammissibili	118
Non luogo a provvedere	65
Respinti	718
RIUNIONI COMMISSIONE	**684**

PROSPETTO
RIEPILOGATIVO

	I Anno 1/9/95 30/8/96	II Anno 1/9/96 30/11/97	III Anno 1/12/97 30/11/98	IV Anno 1/12/98 30/11/99	V Anno 1/12/99 30/11/00	VI Anno 1/12/00 30/11/01	VII Anno 1/12/01 30/11/02	VIII Anno 1/12/02 30/11/03	IX Anno 1/12/03 30/11/04	X Anno 1/12/04 30/11/05	XI Anno 1/12/05 30/11/06	XII Anno 1/12/06 30/11/07	XIII Anno 1/12/07 30/11/08	XIV Anno 1/12/08 30/11/09
RICORSI PERVENUTI	105	83	53	53	59	62	54	41	48	42	68	53	53	61
RICORSI DEFINITI	**90**	**68**	**67**	**54**	**53**	**56**	**59**	**56**	**28**	**57**	**61**	**63**	**53**	**55**
Accolti	17	11	11	11	12	11	8	8	7	11	14	10	6	10
Cessata materia del contendere	16	14	15	15	13	17	19	15	8	17	11	12	15	12
Inammissibili	10	7	4	4	1	2	1	3	2	1	1	6	5	6
Non luogo a provvedere	17	10	6	2	4	2	3	0	0	1	1	1	3	1
Respinti	30	26	31	22	23	24	28	30	11	27	34	34	24	26
RIUNIONI COMMISSIONE	**41**	**55**	**49**	**40**	**43**	**42**	**40**	**37**	**38**	**38**	**20**	**19**	**16**	**17**

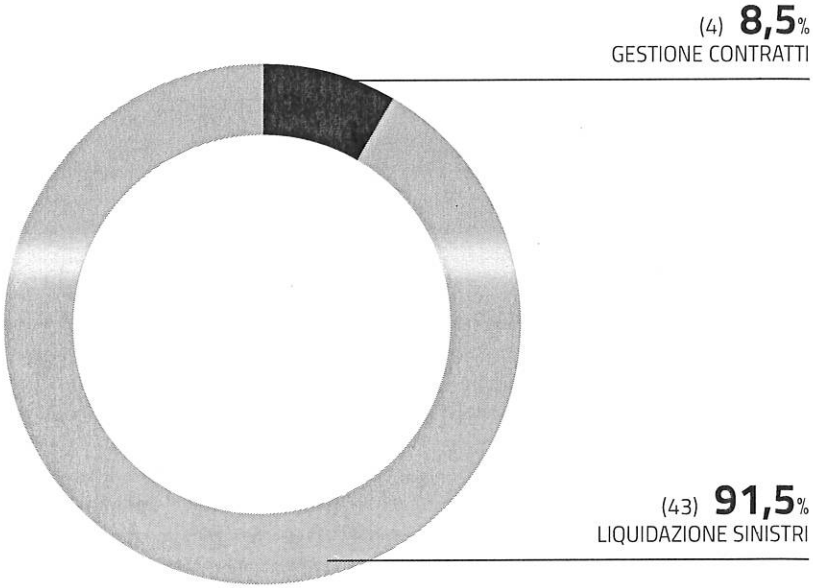
	XV Anno 1/12/09 30/11/10	XVI Anno 1/11/10 31/10/11	XVII Anno 1/11/11 31/10/12	XVIII Anno 1/11/12 31/10/13	XIX Anno 1/11/13 31/10/14	XX Anno 1/11/14 31/10/15	XXI Anno 1/11/15 31/10/16	XXII Anno 1/11/16 31/10/17	XXIII Anno 1/11/17 31/10/18	XXIV Anno 1/11/18 31/10/19	XXV Anno 1/11/19 31/10/20	XXVI Anno 1/11/20 31/10/21	Attività Complessiva 1/9/95 31/10/21
RICORSI PERVENUTI	**72**	**61**	**58**	**63**	**51**	**68**	**62**	**57**	**61**	**55**	**37**	**47**	**1527**
RICORSI DEFINITI	**72**	**66**	**55**	**59**	**54**	**59**	**73**	**55**	**58**	**56**	**47**	**42**	**1516**
Accolti	12	9	6	10	8	3	10	8	9	10	10	7	249
Cessata materia del contendere	10	17	14	16	19	14	23	17	9	13	8	7	366
Inammissibili	6	5	3	6	2	1	8	10	8	5	5	6	118
Non luogo a provvedere	2	0	1	2	0	0	0	0	2	3	2	2	65
Respinti	42	35	31	25	25	41	32	20	30	25	22	20	718
RIUNIONI COMMISSIONE	**19**	**17**	**17**	**16**	**17**	**17**	**16**	**15**	**19**	**17**	**12**	**7**	**684**

SUDDIVISIONE RICORSI
PER LIQUIDAZIONE SINISTRI E GESTIONE CONTRATTI

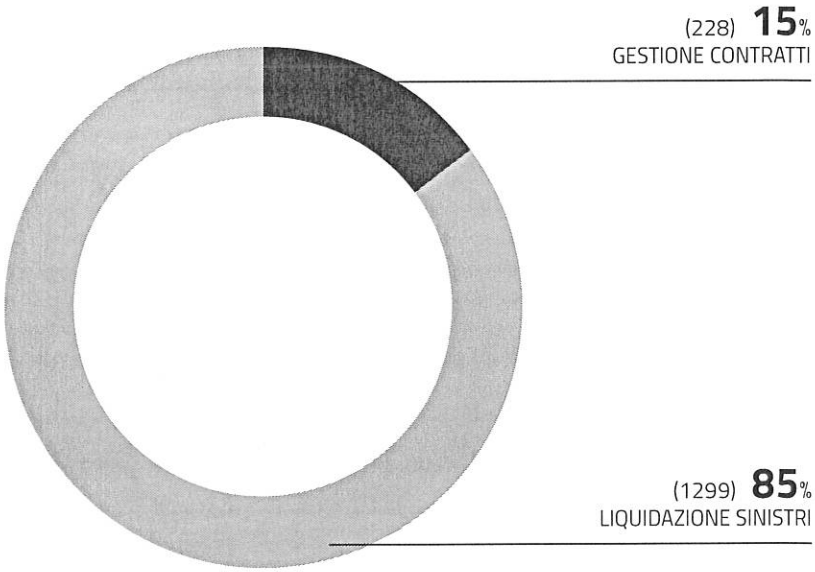
	I Anno	II Anno	III Anno	IV Anno	V Anno	VI Anno	VII Anno	VIII Anno	IX Anno	X Anno	XI Anno	XII Anno	XIII Anno	XIV Anno
Liquidazione Sinistri	91	69	45	47	51	48	42	29	42	34	54	43	40	48
Gestione contratti	14	14	8	6	8	14	12	12	6	8	14	10	13	13
Totale	**105**	**83**	**53**	**53**	**59**	**62**	**54**	**41**	**48**	**42**	**68**	**53**	**53**	**61**

	XV Anno	XVI Anno	XVII Anno	XVIII Anno	XIX Anno	XX Anno	XXI Anno	XXII Anno	XXIII Anno	XXIV Anno	XXV Anno	XXVI Anno	Totale
Liquidazione Sinistri	65	56	51	57	47	63	55	53	58	38	30	43	**1299**
Gestione contratti	7	5	7	6	4	5	7	4	3	17	7	4	**228**
Totale	**72**	**61**	**58**	**63**	**51**	**68**	**62**	**57**	**61**	**55**	**37**	**47**	**1527**

Suddivisione ricorsi
XXVI ANNO



Suddivisione ricorsi
TOTALE

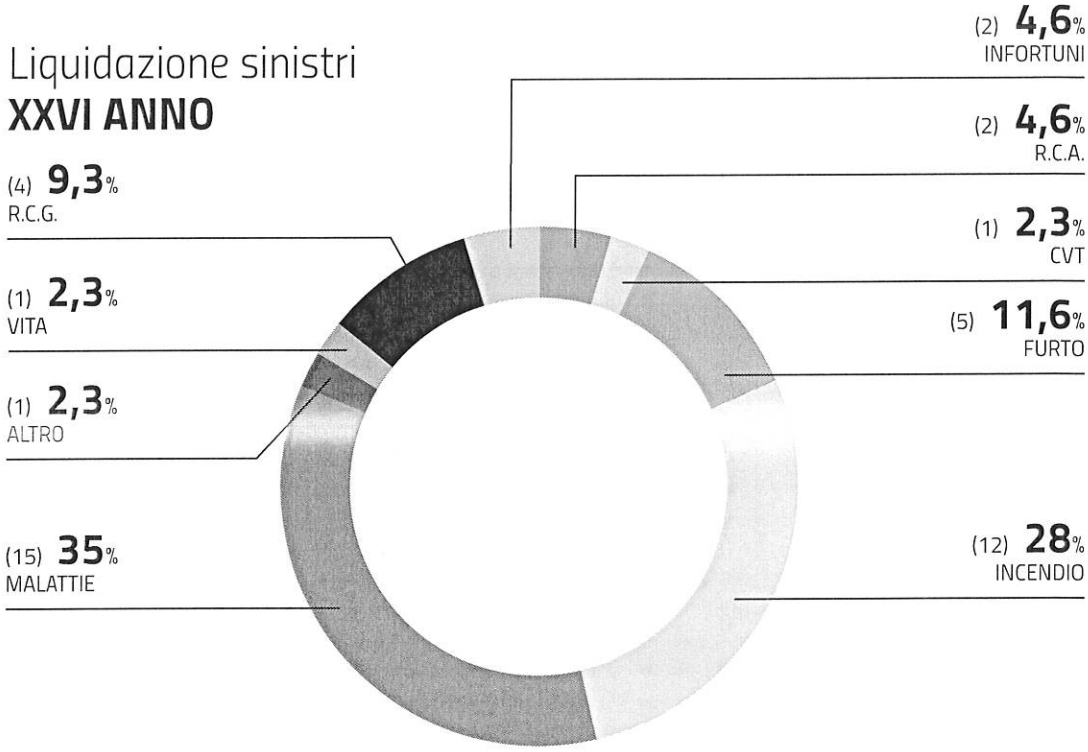


LIQUIDAZIONE SINISTRI
RICORSI SUDDIVISI PER RAMO

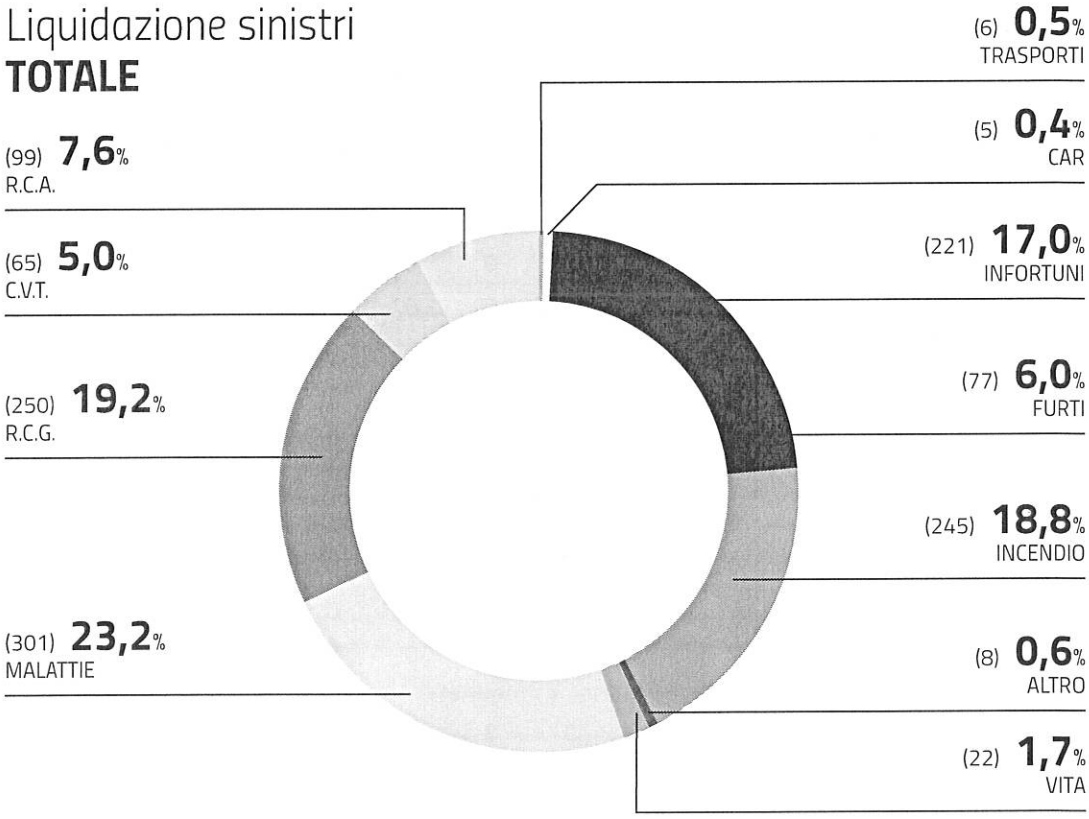
	I Anno	II Anno	III Anno	IV Anno	V Anno	VI Anno	VII Anno	VIII Anno	IX Anno	X Anno	XI Anno	XII Anno	XIII Anno	XIV Anno
R.C.A.	14	6	5	5	7	8	3	2	0	2	5	7	7	4
C.V.T.	4	4	2	3	5	2	6	0	1	3	5	2	1	3
R.C.G.	12	10	11	4	1	7	13	13	11	4	14	15	8	10
Infortuni	24	23	8	13	13	12	5	7	11	8	8	10	10	7
Malattie	19	18	16	16	18	8	4	2	15	8	10	6	9	9
Vita	5	1	2	1	0	3	4	4	0	0	0	0	0	0
Incendio	12	3	1	3	4	7	5	1	2	7	11	0	2	9
Car	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Furti	1	3	0	2	2	1	2	0	2	2	1	2	3	5
Trasporti	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Totale	**91**	**69**	**45**	**47**	**51**	**48**	**42**	**29**	**42**	**34**	**54**	**43**	**40**	**48**

	XV Anno	XVI Anno	XVII Anno	XVIII Anno	XIX Anno	XX Anno	XXI Anno	XXII Anno	XXIII Anno	XXIV Anno	XXV Anno	XXVI Anno	Totale
R.C.A.	4	0	3	1	0	4	2	0	3	2	3	2	**99**
C.V.T.	1	3	0	1	6	4	3	2	0	1	2	1	**65**
R.C.G.	15	15	17	23	9	9	7	3	12	2	1	4	**250**
Infortuni	10	5	5	6	5	6	2	5	6	7	3	2	**221**
Malattie	8	5	12	7	12	13	13	12	20	13	13	15	**301**
Vita	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	**22**
Incendio	21	22	12	13	11	16	21	23	12	7	8	12	**245**
Car	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	**5**
Furti	5	6	2	6	3	9	6	5	3	1	0	5	**77**
Trasporti	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	**6**
Altro						1	0	2	1	3	0	1	**8**
Totale	**65**	**56**	**51**	**57**	**47**	**63**	**55**	**53**	**58**	**38**	**30**	**43**	**1299**

Liquidazione sinistri
XXVI ANNO



Liquidazione sinistri
TOTALE

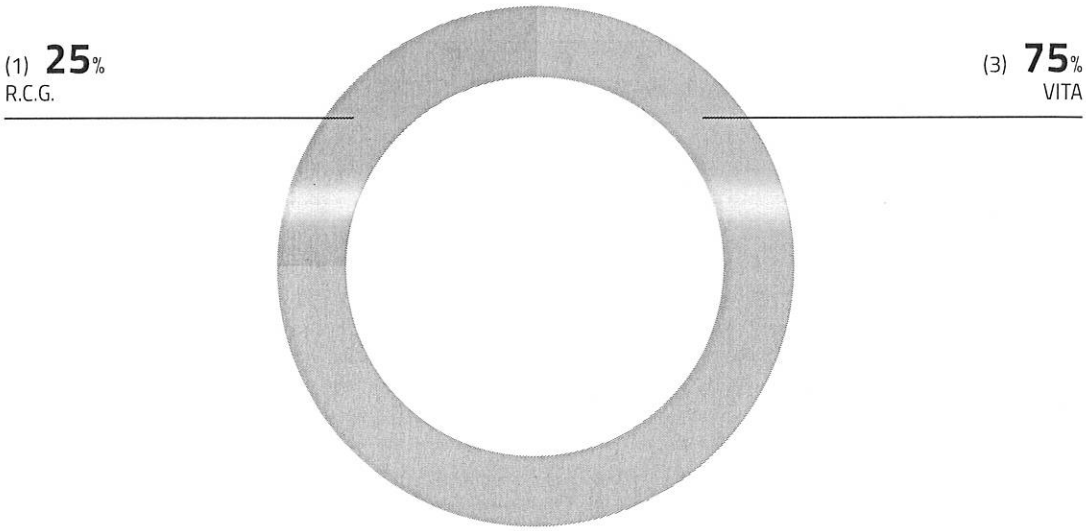


GESTIONE CONTRATTI
RICORSI SUDDIVISI PER RAMO

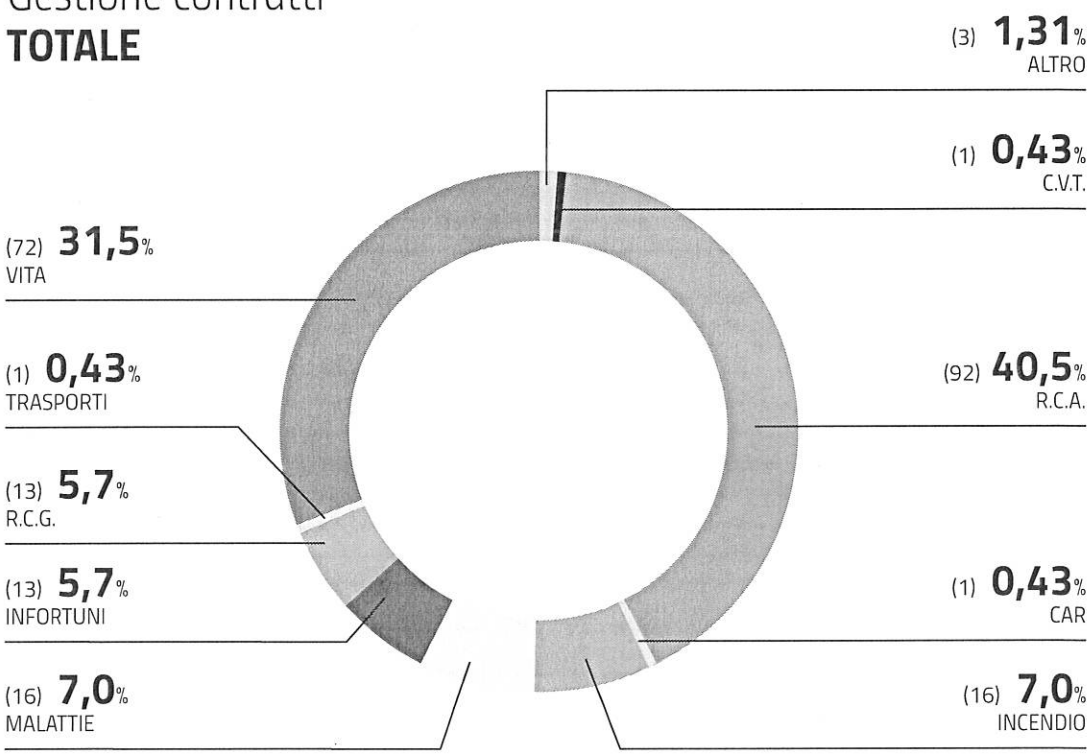
	I Anno	II Anno	III Anno	IV Anno	V Anno	VI Anno	VII Anno	VIII Anno	IX Anno	X Anno	XI Anno	XII Anno	XIII Anno	XIV Anno
R.C.A.	3	0	2	2	4	7	7	4	2	4	3	2	5	8
C.V.T.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R.C.G.	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	4	1	1	0
Infortuni	4	1	0	0	2	1	0	0	0	1	1	1	1	0
Malattie	3	4	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Vita	3	7	0	1	1	3	3	5	3	3	6	2	3	5
Incendio	0	1	2	0	0	2	1	1	1	0	0	4	3	0
Car	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Furti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trasporti	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Credito e altro	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**14**	**14**	**8**	**6**	**8**	**14**	**12**	**12**	**6**	**8**	**14**	**10**	**13**	**13**

	XV Anno	XVI Anno	XVII Anno	XVIII Anno	XIX Anno	XX Anno	XXI Anno	XXII Anno	XXIII Anno	XXIV Anno	XXV Anno	XXVI Anno	Totale
R.C.A.	5	4	5	1	3	4	5	3	2	5	2	0	**92**
C.V.T.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	**1**
R.C.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	**13**
Infortuni	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	**13**
Malattie	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	**16**
Vita	2	0	1	3	0	1	2	0	0	11	4	3	**72**
Incendio	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**16**
Car	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Furti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Trasporti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Credito e altro	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	**3**
Totale	**7**	**5**	**7**	**6**	**4**	**5**	**7**	**4**	**3**	**17**	**7**	**4**	**228**

Gestione contratti
XXVI ANNO



Gestione contratti
TOTALE

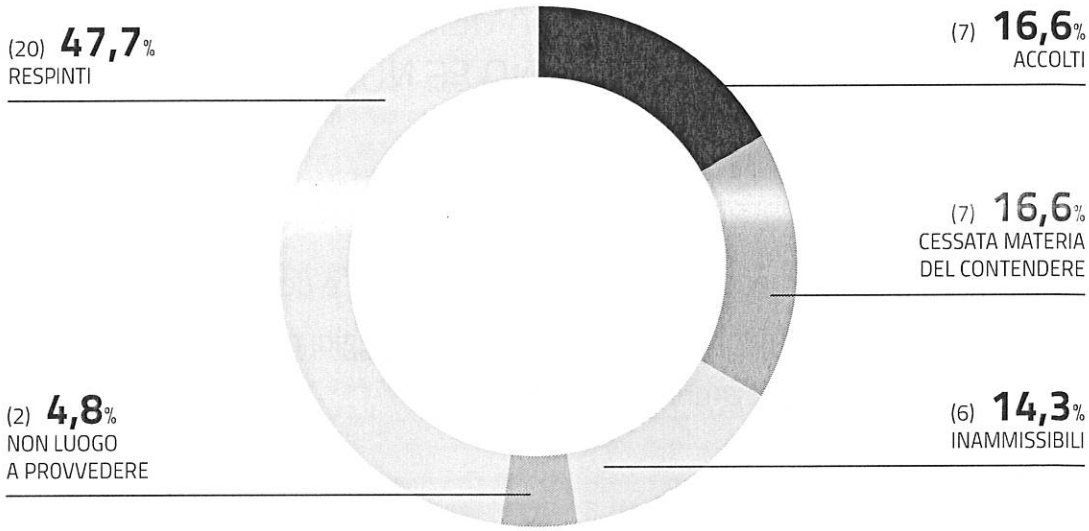


ESITO DECISIONI

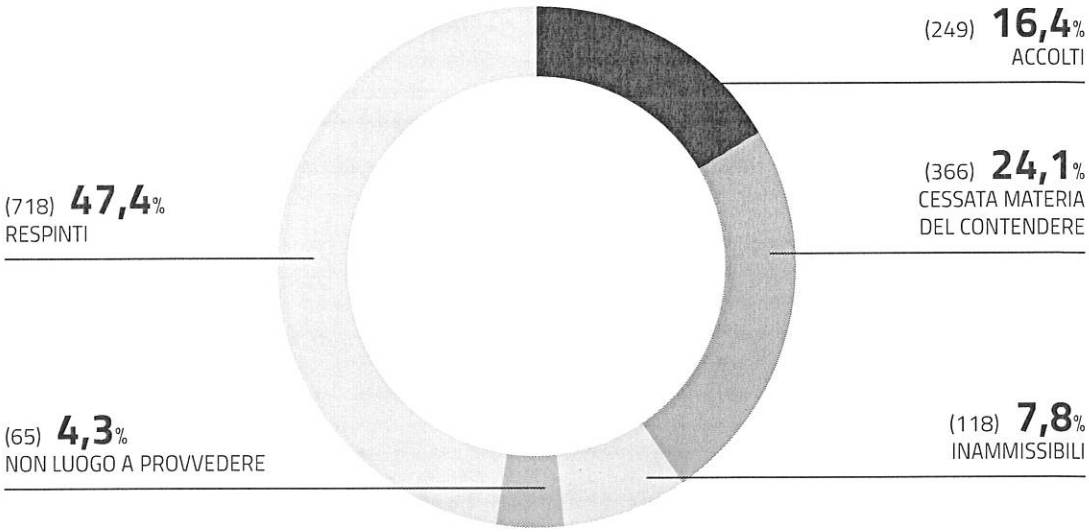
	I Anno	II Anno	III Anno	IV Anno	V Anno	VI Anno	VII Anno	VIII Anno	IX Anno	X Anno	XI Anno	XII Anno	XIII Anno	XIV Anno
Accolti	17	11	11	11	12	11	8	8	7	11	14	10	6	10
Cessata materia del contendere	16	14	15	15	13	17	19	15	8	17	11	12	15	12
Inammisibili	10	7	4	4	1	2	1	3	2	1	1	6	5	6
Non luogo a provvedere	17	10	6	2	4	2	3	0	0	1	1	1	3	1
Respinti	30	26	31	22	23	24	28	30	11	27	34	34	24	26
RICORSI DEFINITI	**90**	**68**	**67**	**54**	**53**	**56**	**59**	**56**	**28**	**57**	**61**	**63**	**53**	**55**

	XV Anno	XVI Anno	XVII Anno	XVIII Anno	XIX Anno	XX Anno	XXI Anno	XXII Anno	XXIII Anno	XXIV Anno	XXV Anno	XXVI Anno	Totale
Accolti	12	9	6	10	8	3	10	8	9	10	10	7	**249**
Cessata materia del contendere	10	17	14	16	19	14	23	17	9	13	8	7	**366**
Inammisibili	6	5	3	6	2	1	8	10	8	5	5	6	**118**
Non luogo a provvedere	2	0	1	2	0	0	0	0	2	3	2	2	**65**
Respinti	42	35	31	25	25	41	32	20	30	25	22	20	**718**
RICORSI DEFINITI	**72**	**66**	**55**	**59**	**54**	**59**	**73**	**55**	**58**	**56**	**47**	**42**	**1516**

Esito decisioni
XXVI ANNO



Esito decisioni
TOTALE



Polizza Fabbricati

DANNI DA ACQUA – ALLAGAMENTO DA NUBIFRAGIO – NON RISARCIBILITÀ DEL DANNO SE NON PROVENIENTE DA RIGURGITO FOGNARIO.

"Nel caso di allagamenti causati da nubifragio non è dovuto risarcimento se essi derivano direttamente dalla quantità della pioggia, a meno che vi abbiano concorso dei rigurgiti fognari."

Decisione n° 1502

La Commissione di Garanzia dell'Assicurato composta dai signori

Prof. Gustavo Zagrebelsky

Dott. Mario Garavelli

Dott. Carlo Luda di Cortemiglia

esaminato, nella seduta del 26/04/2021, il ricorso presentato da X ed iscritto al n. 1502/2021 del Registro Generale, ha emesso la seguente decisione:

Il signor X, assicurato presso l'Italiana Assicurazioni con polizza Fabbricati, esponeva che omissis, a seguito di un forte nubifragio che si era abbattuto sulla città omissis, era stata allagata l'autorimessa della sua abitazione a causa del rigurgito delle acque piovane che non avevano più potuto defluire; egli aveva chiesto il risarcimento dei relativi danni alla predetta Società, ma gli era stato opposto un rifiuto con la motivazione che il sinistro verificatosi non sarebbe compreso in alcuna delle garanzie di polizza; egli ricorreva dunque a questa Commissione contestando gli argomenti posti a base di questa decisione, come meglio sarà in seguito specificato.

Nelle sue controdeduzioni l'Italiana Assicurazioni ribadiva tali argomenti, sostenendo che il sinistro non era contemplato in nessuna delle due parti della polizza che riguardavano gli eventi atmosferici o i danni da acqua. Ciò premesso, è pacifico che il sinistro, consistente appunto nell'allagamento dell'autorimessa sottostante la casa del signor X, si è verificato in occasione di un violento nubifragio che ha colpito la città di omissis. L'assicurato ha sempre sostenuto che il fatto ha trovato la sua causa nel rigurgito delle fognature della zona, che non riuscendo a smaltire l'acqua piovana l'avrebbero fatta uscire dai relativi tombini, dando quindi luogo ad un danno risarcibile. La Società assicuratrice, invece, fa risalire l'evento al lento defluire dell'acqua accumulatasi a causa delle forti piogge, e cita le clausole della polizza contenute sia nella sezione "eventi atmosferici" sia in quella "danni da acqua" per escludere che esse contengano alcuna garanzia in proposito. Dall'esame analitico di tali clausole, che sono le uniche attinenti al caso di specie, emerge quanto segue: nella sua parte positiva la sezione "eventi atmosferici" sancisce l'indennizzabilità dei danni causati da grandine e vento (n.1) e di quelli da bagnamento purché conseguenti a "rotture o lesioni provocate al tetto, alle pareti o ai serramenti dalla violenza degli eventi di cui al punto 1" (cioè la grandine o il vento). È chiaro che l'allagamento lamentato dal ricorrente non rientra in questo schema, anche se non vi fossero ulteriori ipotesi di esclusioni al punto 3, tra cui in particolare il "rigurgito di grondaie, pluviali o altri sistemi di scarico", o l'"accumulo esterno di

acqua, la formazione di ruscelli, la fuoriuscita dalle usuali sponde di corsi o specchi d'acqua".
Resta quanto dispone la sezione "danni da acqua", dove assume rilievo il punto 13.1.A, che rende operante genericamente una garanzia contro i danni materiali e diretti causati al fabbricato da spargimenti di acqua; tale disposizione va coordinata, per quanto attiene al caso di specie, con le specificazioni contenute nel punto 13.1.F, secondo il quale è coperto il danno "verificatosi a seguito del trabocco o rigurgito della rete fognaria", compresa la rete fognaria pubblica, con alcune limitazioni. L'unica esclusione, in questo caso, si legge al punto 14.1.F, ma essa riguarda il punto 13.1.B in tema di responsabilità civile dell'assicurato.
Da quanto fin qui osservato pare potersi concludere per l'esistenza di una astratta garanzia per il danno conseguente ai rigurgiti fognari; senonché, nel caso di specie, manca del tutto la prova che di rigurgito si sia trattato, mentre tutte le evidenze depongono in sfavore di questa tesi, come correttamente lo stesso signor X riconosce nelle sue controdeduzioni ("Non è stato accertato e nemmeno documentato alcun rigurgito di fognatura"), omissis. Quanto alle emergenze negative nei confronti della richiesta di indennizzo esse emergono in primo luogo dalla dettagliata perizia in atti, che ribadisce l'assenza di ogni segnalazione circa i rigurgiti fognari e fornisce una preziosa indicazione quando sottolinea la chiarezza dell'acqua estratta dal garage, che sarebbe stata torbida se fosse provenuta dalla fogna. Ma ancor più dirimente appare il verbale dei Vigili del fuoco che hanno provveduto allo svuotamento dei locali allagati: in esso, dopo aver descritto la situazione come "garage allagati con circa 50 cm. di acqua piovana", la causa del sinistro viene indicata nella "forte pioggia, nubifragio e conseguente allagamento dei garage seminterrati", senza alcuna menzione circa un ipotetico rigurgito fognario. Poiché tutte le argomentazioni del ricorrente si basano su tale ipotesi, appare evidente che essa è priva di alcun riscontro fattuale, il che comporta la reiezione del ricorso.

PER QUESTI MOTIVI
La Commissione respinge il ricorso.

Torino, 26/04/2021

Prof. Gustavo Zagrebelsky
Dott. Mario Garavelli - estensore
Dott. Carlo Luda di Cortemiglia

Polizza Malattia

RIMBORSO SPESE SANITARIE – ACNE CISTICA GRAVE – VA CONSIDERATA MALATTIA E NON SEMPLICE DANNO ESTETICO.

"L'acne cistica di una certa gravità non comporta solamente un danno estetico ma va considerata malattia portatrice di danni risarcibili."

Decisione n° 1481

La Commissione di Garanzia dell'Assicurato composta dai signori

Prof. Gustavo Zagrebelsky

Dott. Mario Garavelli

Dott. Carlo Luda di Cortemiglia

esaminato, nella seduta dell'11/03/2021, il ricorso presentato da X ed iscritto al n. 1481/2020 del Registro Generale, ha emesso la seguente decisione:

X, titolare di una polizza sanitaria comprendente anche i familiari stipulata con la Reale Mutua di Assicurazioni, ha contestato la decisione della Blue Assistance, delegata ai relativi risarcimenti, di non rimborsare le spese sostenute per la cura di una acne cistica di cui soffriva il figlio.

La Reale Mutua, nel confermare il diniego di rimborso sul presupposto che l'acne non può essere considerata una patologia dermatologica coperta dalla garanzia in quanto "non comporta un danno funzionale ai tessuti ma ha conseguenze di mera natura estetica", ha investito della controversia questa Commissione considerando la richiesta della controparte come un ricorso.

Ciò premesso, la posizione negativa della Reale Mutua è contenuta esclusivamente nella formula sopra riportata testualmente, con la quale si nega la qualifica di malattia in senso assicurativo rispetto all'affezione di cui soffre il figlio, pur ammettendo che si tratta di "una infiammazione delle ghiandole sebacee con cisti superficiali"; non sono citati supporti di tipo scientifico a tali affermazioni. Per contro, X, riferendo che altre precedenti richieste di rimborso basate su identica motivazione sono state regolarmente accolte, precisa che si tratta nel caso di un'acne cistica portatrice di cicatrici sul viso e comunque da ritenere malattia a tutti gli effetti, e produce alcune ricette del medico di famiglia che autorizzano l'esecuzione di visite dermatologiche e prescrivono diversi esami di laboratorio. Sulla scorta di tali risultanze la Commissione rileva in primo luogo che l'acne cistica non solo è considerata malattia dermatologica ma è classificata dalla letteratura medica come una delle forme più gravi di tale malattia. Da tale fonte si apprende infatti che tale affezione è "una malattia infiammatoria cronica caratterizzata dall'infiammazione dei follicoli sebacei", mentre altro Autore precisa che quella cistica "è una malattia dermatologica caratterizzata da formazioni nodulo-cistiche sottocutanee dolenti e, talvolta, conglobate tra loro.

Essa rappresenta la variante più grave dell'acne". Alla stregua della nozione di malattia comunemente accettata e riassunta nella definizione di "qualsiasi alterazione morfologica o funzionale di un organismo o di una delle sue parti dovuta a cause interne o esterne" (De Mauro), pare impossibile negare che l'acne cistica vi rientri a pieno titolo.
Sulla base di tali presupposti e dei documenti prodotti in sede di reclamo va dunque affermato il diritto al rimborso in favore dell'interessato, che ha documentato l'esistenza dell'affezione e la necessità degli esborsi. Sotto l'aspetto quantitativo hanno rilevanza le omissis fatture per visite dermatologiche ed esami di laboratorio eseguiti *omissis* per un totale di *omissis* euro. La Società assicuratrice dovrà quindi calcolare su tale somma eventuali franchigie e altri vincoli contrattuali e corrispondere alla ricorrente il saldo relativo.

PER QUESTI MOTIVI
la Commissione accoglie il ricorso nei sensi di cui in motivazione.

Torino, 11/03/2021

Prof. Gustavo Zagrebelsky
Dott. Mario Garavelli - estensore
Dott. Carlo Luda di Cortemiglia

Polizza Casamia

ASSICURAZIONE DELLA CASA – GARANZIA FURTO – CLAUSOLA CHE PREVEDE L' APPLICAZIONE DI FRANCHIGIA NEL CASO IN CUI L'EVENTO ABBIA RIGUARDATO PERTINENZE DELL'ABITAZIONE NON COLLEGATE AD ESSA – FONDATEZZA DELL'INTERPRETAZIONE.

"Qualora la polizza preveda clausola che comporti l'applicazione di franchigia nel caso in cui il furto si sia verificato in locali di pertinenza del fabbricato non comunicanti con i locali di abitazione del fabbricato stesso, è pienamente legittima la riconduzione di tale fattispecie contrattuale al caso in cui l'evento dannoso abbia riguardato un garage non collegato all'abitazione e raggiungibile solo attraverso parti comuni del condominio in cui è posta l'abitazione."

Decisione n° 1494

La Commissione di Garanzia dell'Assicurato, composta dai signori

Prof. Gustavo Zagrebelsky

Dott. Mario Garavelli

Dott. Carlo Luda di Cortemiglia

esaminato nella seduta del 28 maggio 2021 il ricorso presentato da X, ricorso rubricato sotto il n. 1494/2020 R.G. ha pronunciato la seguente decisione:

Trattasi di ricorso relativo al furto con scasso di tre biciclette custodite nella cantina di pertinenza dell'appartamento di X, ubicata nel piano seminterrato del condominio sito in omissis. Il ricorrente assicurato presso la Società Reale Mutua con polizza Casamia, lamenta che il danno subito, concordemente stimato in sede peritale in complessivi euro omissis sia stato liquidato in soli € omissis in applicazione della riduzione dell'indennizzo alla misura del 20% della somma assicurata stabilita dal contratto assicurativo. Egli ha sottoscritto l'atto conclusivo di perizia contestando il limite di indennizzo applicato e dichiarando che avrebbe considerato l'importo indennizzabile a titolo di acconto.

Ciò premesso, va riportato il testo della polizza stipulata da X Mod. 5440 INC Ed. 05/2019 il quale stabilisce all'art.12.7 lett. d) della Sezione Furto che il limite di applicazione della franchigia si verifica nel caso in cui "il contenuto sia posto *in locali di pertinenza del fabbricato* (quali ad esempio, cantina, garage, ecc.) *non comunicanti con i locali di abitazione del fabbricato stesso:* 20% della somma assicurata per sinistro". Orbene, l'abitazione di X è sita al secondo piano (terzo fuori terra) di un palazzo che contiene una pluralità di abitazioni, mentre la cantina si trova al piano seminterrato ed è accessibile attraverso la scala condominiale senza che occorra uscire all'esterno del fabbricato.

Il ricorrente avvalendosi dell'assistenza di un legale sostiene che la clausola di limitazione della garanzia farebbe riferimento solo a pertinenze non comunicanti con i locali di abitazione e non a locali *direttamente* comunicanti tra loro e pertanto non troverebbe applicazione nel caso di specie in cui l'abitazione e la pertinenza sono comunicanti all'interno del medesimo fabbricato condominiale e per il loro collegamento non si rendono necessari percorsi esterni ad esso o che comunque richiedano l'uscita dalle parti comuni del condominio.

La Commissione non ritiene tuttavia condivisibile la tesi difensiva la quale comporta un'inammissibile disapplicazione della disposizione contrattuale, peraltro del tutto chiara e non richie-

dente alcuno sforzo interpretativo; pare infatti sufficiente considerare che essendo pertinenza e locali di abitazione separati da parti comuni dell'edificio (scala, corridoio e quant'altro) gli stessi non possono ritenersi comunicanti, mentre appare vano e fuorviante ogni riferimento alla necessità o meno di un collegamento interno al fabbricato condominiale per recarsi dall'abitazione alla cantina e viceversa.
Tale semplice rilievo evidenzia la infondatezza della doglianza del ricorrente imponendone la reiezione.

PER QUESTI MOTIVI
La Commissione respinge il ricorso.

Torino, 28 maggio 2021

Prof. Gustavo Zagrebelsky
Dott. Mario Garavelli
Dott. Carlo Luda di Cortemiglia - relatore

Polizza Infortuni

ASSICURAZIONE INFORTUNI – ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA FATTISPECIE GARANTITA – ONERE DELLA PROVA.

"In una polizza infortuni è l'assicurato che deve provare la sussistenza degli elementi che permettono di classificare l'evento denunciato nell'ambito della garanzia di polizza. Poichè l'infortunio è costituito da un evento "fortuito violento ed esterno" qualora tali elementi non siano provati la garanzia di polizza non risulta operante."

Decisione n° 1486

La Commissione di Garanzia dell'Assicurato, composta dai signori

Prof. Gustavo Zagrebelsky

Dott. Mario Garavelli

Dott. Carlo Luda di Cortemiglia

esaminato nella seduta del 28 maggio 2021 il ricorso proposto da X residente in omissis ricorso rubricato sotto il n. 1486/2020 R.G. ha pronunciato la seguente decisione:

Il Signor X, assicurato presso la Società Reale Mutua con polizza Unica Reale ha presentato denuncia di infortunio esponendo che il giorno *omissis* mentre si trovava al lavoro in località *omissis* presso il campo *omissis*, si è inciampato su un pendio del terreno piegando il ginocchio destro e nel cadere a terra ha sbattuto su di una pietra procurandosi una distorsione ed una contusione. Non si reca al Pronto Soccorso, ma il giorno seguente (così racconta nella denuncia), non riuscendo a camminare, si fa visitare dal medico curante dottor *omissis* che nel referto in pari data rileva un trauma contusivo-distorsivo del ginocchio destro, apparso edematico con flessione limitata e deambulazione claudicante.

X *omissis* si sottopone a visita ortopedica del dottor *omissis* il quale riscontra "condropatia femoro tibiale mediale in esiti di meniscectomia e condropatia rotulea al ginocchio destro, frattura *omissis* anni fa"; di tali rilievi, soltanto il secondo appare riconducibile all'evento denunciato. Peraltro, il paziente viene nuovamente visitato venti giorni dopo dallo stesso professionista "a controllo con RX ginocchio dx in esiti di trauma distorsivo del ginocchio dx".

Il medico fiduciario della Reale Mutua dottor *omissis,* sottopone l'assicurato a visita medico legale in data omissis e conclude la propria relazione affermando che *"non vi sono elementi certi per la sussistenza del trauma denunciato".* Egli poggia tale giudizio su argomentazioni logiche osservando anzitutto che "la documentazione appare essere esclusivamente fiduciaria ed a distanza di tempo" e rafforza la valutazione negativa considerando da un lato, "l'assenza di dati relativi all'accesso a pronto soccorso", dall'altro "la presenza di preesistenze degenerative per antico sinistro sul medesimo arto *omissis*". Sulla base delle valutazioni del medico legale la Reale Mutua ha provveduto alla reiezione sinistro contro il quale l'assicurato ha proposto ricorso contestando il diniego dell'infortunio.

Orbene, ritiene la Commissione che l'operato della Compagnia non merita censura.

Anzitutto la scarna descrizione della dinamica del sinistro contenuta nella denuncia di in-

fortunio non appare adeguatamente chiarita in ordine alle cause ed alle circostanze della caduta, né tale descrizione risulta utilmente integrata dalla favorevole testimonianza resa dal Signor *omissis* il quale afferma di aver partecipato al sopralluogo presso il campo omissis insieme all'assicurato. Il teste, invero, conferma bensì di aver assistito alla caduta a terra del Signor X ma si limita a rilevare che la caduta a terra è stata causata dal "terreno agricolo sconnesso" senza nulla specificare sulle modalità con cui questa è avvenuta, né egli ricorda la circostanza riferita dal assicurato circa l'urto del ginocchio destro "contro una pietra", circostanza di indubbio rilievo che tuttavia non trova alcun riscontro nelle emergenze patologiche acquisite. Peraltro non offre concreto supporto probatorio in ordine alle modalità di svolgimento del sinistro la documentazione fotografica allegata dal ricorrente alla memoria difensiva del *omissis* in risposta all'ordinanza istruttoria del *omissis* di questa Commissione. Invero essa rappresenta genericamente lo stato del terreno intorno all'impianto *omissis* senza indicare quando le fotografie sono state scattate; inoltre nessuna di queste indica il punto preciso in cui è avvenuta la caduta e tale circostanza risulta essenziale per poter ricostruire il movimento compiuto dall'arto incidentato.

Inoltre, la Commissione osserva che le conclusioni peritali trovano giustificazione nelle risultanze cliniche disaminate e che corrette appaiono le considerazioni logiche svolte dal medico legale a sostegno della valutazione clinica. L'assicurato infatti non ha spiegato con argomenti convincenti perché, pur non riuscendo a camminare, si sia astenuto dall'accedere subito ad un vicino Pronto Soccorso ma abbia "aspettato un po' di giorni per capire se la situazione migliorava", come egli ha precisato nella memoria difensiva *omissis.* D'altra parte l'esito degli esami radiologici, eseguiti a notevole distanza di tempo, pur dando conferma del trauma contusivo-distorsivo subito dal ginocchio, non consentono di stabilirne la causa, né tanto meno le modalità con cui il traumatismo è stato procurato. Appare pertanto legittimo il giudizio quantomeno di incertezza circa la sussistenza di un infortunio, nel senso precisato nella definizione di polizza di "evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna", essendo precisamente di tale ultimo carattere che risulta carente la prova.

La Reale Mutua si è tuttavia dichiarata "disponibile a liquidare, al solo fine di venire incontro alle esigenze e aspettative dell'Assicurato, quanto segnalato dal Signor X nel ricorso"; pertanto, in conformità di questa dichiarazione – non contestata dalla Compagnia – deve essere riconosciuta a favore del ricorrente la somma di € 1500,00 omissis oltre alla "ulteriore integrazione di qualche centinaia di euro" prospettata "in un secondo tempo" che

la Commissione ritiene di determinare equitativamente in € 200,00 e così per l'importo di complessivi € 1.700,00.

La non comprovata sussistenza dell'infortunio impedisce invece il riconoscimento del preteso indennizzo per invalidità permanente, il quale resterebbe comunque assorbito dalla franchigia contrattuale del 3%;

In tal senso deve pronunciare la Commissione pur respingendo il ricorso nel merito.

PER QUESTI MOTIVI

La Commissione respinge il ricorso nel merito;

Dichiara comunque tenuta la Società Reale Mutua a corrispondere all'assicurato la somma di € 1700,00.

Torino, 28 maggio 2021

Prof. Gustavo Zagrebelsky

Dott. Mario Garavelli

Dott. Carlo Luda di Cortemiglia - relatore

La Commissione di Garanzia dell'Assicurato
IN SINTESI

Il presente documento ha lo scopo di dare risposta ad alcuni primi quesiti che possono nascere con riferimento al procedimento avanti alla Commissione di Garanzia dell'Assicurato; ciò premesso, si raccomanda a coloro che intendono proporre un ricorso, di leggere attentamente anche il Regolamento pubblicato sul sito di Reale Mutua di Assicurazioni e di Italiana Assicurazioni S.p.a..

1) Chi può presentare il ricorso alla Commissione?

Gli assicurati di Reale Mutua di Assicurazioni e di Italiana Assicurazioni S.p.a. che siano persone fisiche o associazioni/fondazioni o società di persone o società di capitali; sono assimilati alle persone fisiche i condominii; non possono presentare ricorso i terzi danneggiati.

2) Quando ricorrere?

Quando l'assicurato ritiene il comportamento tenuto dalla compagnia non corrispondente al contenuto del contratto con essa stipulato.

3) Quali sono i limiti alla presentazione del ricorso?

La possibilità di presentare il ricorso, fermi i limiti soggettivi già indicati nella risposta alla domanda 1, presenta i seguenti limiti:

- il ricorso per le persone fisiche è limitato a controversie di valore non superiore a euro sessantamila;
- il ricorso per le associazioni/fondazioni, le società di persone e le società di capitali è limitato a controversie di valore non superiore a euro centosessantamila;
- non possono essere presentati ricorsi con riferimento a polizze rientranti nel ramo Credito o Cauzioni;

- non possono essere presentati ricorsi per la quantificazione del danno;
- il ricorso è inammissibile/improcedibile qualora prima della sua presentazione o nel corso del procedimento avanti alla Commissione, l'assicurato, con riferimento alla stessa questione, abbia adìto l'Autorità Giudiziaria o attivato la procedura arbitrale (se prevista dal contratto) o attivato la procedura di mediazione ex Dlgs 28/2010; inoltre, il ricorso è inammissibile qualora verta su una questione già sottoposta alla Commissione in precedenza.

4) Come si presenta il ricorso?

In forma scritta, via e-mail o a mezzo posta ordinaria agli indirizzi sotto indicati. Il ricorso deve contenere, in forma libera, le ragioni della contestazione, unitamente alla documentazione ritenuta utile dal ricorrente.

5) Quanto costa ricorrere?

Il ricorso è completamente gratuito.

6) Che valore ha la decisione della Commissione?

La decisione della Commissione è vincolante per la Compagnia e non per l'assicurato il quale può non accettarla e adire l'Autorità Giudiziaria o, se esistenti, altri mezzi alternativi di risoluzione della controversia.

COMMISSIONE DI GARANZIA DELL'ASSICURATO
Via Arcivescovado n. 1 - 10121 Torino
commissione.garanziaassicurato@realemutua.it
commissione.garanziaassicurato@italiana.it

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

REALE MUTUA

TOGETHERMORE