TOSCANA TODAY
WEB MAGAZINE INDIPENDENTE



Polizza vita negata agli eredi: quando il rifiuto dell'assicurazione è illegittimo

15/11/2026 13:41 · Alberto Foggia

di ALBERTO FOGGIA –

Preferenze privacy

Questionari medici compilati con leggerezza e cartelle cliniche difficili da ottenere: il delicato equilibrio tra dovere di verità dell'assicurato e richieste della compagnia.

L'illusione della sicurezza: un caso tutt'altro che isolato

Immaginate di sottoscrivere un mutuo o un finanziamento importante. Per proteggere la vostra famiglia da imprevisti drammatici, decidete di abbinare al prestito una polizza sulla vita: se dovesse succedervi il peggio, la compagnia assicurativa estinguerà il debito residuo, lasciando il coniuge e i figli liberi da ogni peso economico.

Poi, purtroppo, l'imprevisto accade davvero. Gli eredi, già colpiti dal lutto, si rivolgono all'assicurazione per attivare la copertura, ma al posto della quietanza liberatoria ricevono una doccia fredda: una lettera di rifiuto.

I motivi opposti dalle compagnie sono quasi sempre due. Nel primo caso, l'impresa sostiene che il defunto, al momento della firma, abbia taciuto qualche patologia pregressa, rendendo dichiarazioni inesatte o reticenti. Nel secondo caso, la compagnia blocca la pratica perché i familiari non consegnano l'intera storia clinica del parente deceduto, pretendendo relazioni mediche dettagliate sulle cause della morte e vecchie cartelle ospedaliere.

È proprio quanto accaduto in una recente vicenda decisa dal Tribunale di Bari con la sentenza n. 1759 del 17 marzo 2026: a fronte di un debito residuo di oltre 40.000 euro lasciato da un padre di famiglia, la compagnia si è rifiutata per anni di pagare l'indennizzo perché la vedova e i figli non avevano prodotto la relazione sanitaria del medico curante e le cartelle cliniche del congiunto, documenti che peraltro lo stesso medico di base aveva rifiutato di rilasciare invocando la tutela della privacy del paziente deceduto.

Perché un contratto nato per garantire serenità si trasforma così spesso in una corsa a ostacoli giudiziaria?

Il nodo giuridico: tra dovere di verità e "cocktail giugulatori"

Per comprendere chi ha ragione nelle aule di giustizia, occorre guardare al funzionamento stesso dell'assicurazione. Il contratto assicurativo si regge su un equilibrio delicatissimo: il calcolo del rischio. La compagnia stabilisce se assicurare una persona e a quale prezzo (il cosiddetto premio) basandosi sulle informazioni fornite dal cliente al momento della firma.

Le dichiarazioni inesatte o reticenti (Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile)

La legge tutela l'assicuratore dagli inganni. Secondo l'articolo 1892 del Codice Civile, se il cliente mente o nasconde informazioni cruciali sul proprio stato di salute – tali che l'assicurazione, se avesse saputo la verità, non avrebbe firmato il contratto o avrebbe chiesto un premio più alto – la polizza può essere annullata e l'indennizzo non viene pagato.

Tuttavia, affinché la compagnia possa legittimamente negare il pagamento, devono verificarsi contemporaneamente tre condizioni ben precise:

- **l'inesattezza o la reticenza:** il cliente ha taciuto una malattia o un fattore di rischio reale. La giurisprudenza chiarisce che l'assicuratore non è tenuto a elencare nel questionario ogni singola malattia esistente in medicina; è sufficiente anche una domanda generica sugli stati patologici in atto o divisi per tipologia;
- **l'importanza della circostanza:** l'omissione deve essere stata determinante per il consenso della compagnia;
- **il dolo o la colpa grave:** l'assicurato deve aver agito con dolo (non servono raggiri cinematografici o falsificazioni, ma semplicemente la coscienza e volontà di dichiarare il falso) oppure con colpa grave, ossia una trascuratezza inescusabile di chi sa di avere una patologia importante e comprende che tacerla altererà le valutazioni dell'assicurazione. Se invece il cliente ha agito in buona fede – ad esempio perché ignorava egli stesso di avere una malattia – si applica l'articolo 1893 del Codice Civile: la polizza non si annulla e la compagnia deve comunque pagare, seppur una somma ridotta in proporzione al rischio reale.

In molti casi i giudici danno ragione alle assicurazioni: è accaduto, ad esempio, nei confronti di contraenti che avevano barrato la casella "NO" alla domanda sui problemi cardiocircolatori o metabolici pur avendo subito infarti con applicazione di *stent*, soffrendo da anni di diabete complicato o percependo

addirittura già un indennizzo per invalidità da un'altra polizza per la medesima patologia taciuta. In queste ipotesi, peraltro, la Corte di Cassazione precisa che l'assicurazione può rifiutare il pagamento anche senza un nesso causale (cioè un legame diretto di causa-effetto) tra la malattia nascosta e la causa effettiva del decesso, poiché il vizio risiede a monte, nell'aver alterato la valutazione iniziale del rischio.

Non mancano però pronunce di segno più garantista per il cittadino: il Tribunale di Belluno (sentenza n. 73/2023), ad esempio, ha condannato la compagnia a pagare oltre 40.000 euro agli eredi perché il modulo di adesione, scritto in modo ambiguo, lasciava intendere al cliente che solo le malattie collegate alla causa di morte avrebbero impedito il rimborso, escludendo così la colpa grave del contraente.

La trappola dell'inversione dell'onere della prova

Il vero campo di battaglia, tuttavia, riguarda una domanda fondamentale: chi deve provare che l'assicurato ha mentito?

Nel nostro ordinamento vige una regola aurea: chi avanza una pretesa deve dimostrare i fatti che la fondano, mentre chi solleva un'eccezione per non pagare deve provare il motivo di esclusione. Nelle polizze vita, agli eredi o beneficiari basta provare che il rischio assicurato si è verificato, consegnando il certificato di morte. Spetta invece esclusivamente alla compagnia assicurativa l'onere di provare che il defunto aveva taciuto una malattia pregressa o che la morte rientra tra i casi esclusi dal contratto.

Molte compagnie hanno tentato di aggirare questo principio inserendo nei contratti clausole che obbligano i familiari a fornire relazioni mediche sulle cause del decesso, anamnesi complete e copie integrali delle cartelle cliniche prima di poter anche solo aprire l'istruttoria di pagamento.

In termini tecnici, questa prassi realizza una illegittima inversione dell'onere della prova. Per usare una metafora pratica, è come se un'impresa, prima di pagare un debito, costringesse il creditore a fare da investigatore privato contro se stesso, obbligandolo a cercare a proprie spese le prove che potrebbero dargli torto.

La Corte di Cassazione (a partire dalla storica sentenza n. 17024/2015, seguita da una specifica lettera al mercato dell'IVASS del 17 novembre 2015 e confermata dalle più recenti pronunce di merito del 2026 dei Tribunali di Bari e di Terni) ha bollato queste previsioni contrattuali con parole durissime: «previsioni, ciascuna delle quali già di per sé gravosa, [che] messe insieme formano un cocktail giugulatorio ed opprimente per il beneficiario, e per di più, senza alcun reale vantaggio per l'assicuratore, che non sia quello di frapporre formalistici ostacoli al pagamento dell'indennizzo»

Tali clausole sono vessatorie e quindi nulle (ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo e dell'art. 2698 del Codice Civile), perché scaricano sui familiari costi economici, lungaggini burocratiche e lo scontro con il muro della privacy sanitaria opposto da medici e ospedali per dati definiti "super sensibili". Come ribadito dal Tribunale di Bari nella sentenza n. 1759/2026, se l'assicurazione vuole verificare la veridicità delle dichiarazioni rese dall'assicurato, deve attivarsi al momento della stipula chiedendo la documentazione medica prima di incassare il premio; una volta verificatosi il decesso, non può "ribaltare" questa verifica sugli eredi.

Cosa cambia per i cittadini: tre regole di autotutela

L'orientamento consolidato dei giudici offre oggi agli assicurati e alle loro famiglie strumenti di difesa molto solidi, ma impone anche una maggiore consapevolezza al momento della firma. Ecco le ricadute pratiche da tenere a mente:

- **Massima attenzione ai moduli precompilati in banca o in agenzia:** quando si firma una polizza abbinata a un mutuo o a un prestito, spesso il questionario sanitario viene sottoposto come una formalità veloce, talvolta con le caselle "NO" già pre-spuntate. Attenzione: per la giurisprudenza vale il principio di autoresponsabilità. Chi firma è tenuto a leggere ciò che sottoscrive, e non potrà poi giustificarsi sostenendo di aver riferito a voce le proprie patologie all'impiegato se queste non risultano scritte nel modulo.
- **Non fermarsi al rifiuto per "mancanza di documenti medici":** se, dopo il decesso dell'assicurato, la compagnia blocca la liquidazione pretendendo relazioni del medico curante sulle cause della morte, cartelle cliniche storiche, l'originale della polizza o atti notori complessi, sappiate che tali

clausole – salvo il caso rarissimo in cui siano state oggetto di una vera e propria trattativa individuale modificabile dal cliente – sono nulle. La nullità può essere rilevata anche d'ufficio dal giudice.

- **Verificare le date della documentazione clinica:** se l'assicurazione contesta una reticenza, deve provare che la malattia era già nota e diagnosticata prima della firma del contratto. Cartelle cliniche o diagnosi successive di anni alla stipula della polizza non bastano a dimostrare la malafede dell'assicurato al momento dell'adesione.

Ebbene, il contratto di assicurazione sulla vita e contro gli infortuni risponde a una funzione sociale preziosa, ma non può funzionare a senso unico: rapido e privo di controlli quando si tratta di incassare il premio allo sportello, rigido e inquisitorio quando arriva il momento di liquidare il capitale promesso. La trasparenza in fase di sottoscrizione è un dovere imprescindibile del cittadino, ma il rispetto delle regole sull'onere della prova è un obbligo inderogabile per le compagnie. Conoscere questo confine significa impedire che cavilli burocratici svuotino di significato una tutela pagata per proteggere il futuro di chi resta.



Alberto Foggia

Alberto Foggia è avvocato esperto di diritto bancario e di composizione delle crisi da sovraindebitamento.

PRIVACY POLICY

Cookie Policy
Termini e
Condizioni

TOSCANA TODAY

ITALIA WEB MAGAZINE