



Decisione n. 6546 del 22 maggio 2023

## ARBITRO PER LE CONTROVERSIE FINANZIARIE

Il Collegio

composto dai Signori

Dott. G.E. Barbuzzi – Presidente

Prof. Avv. M. de Mari – Membro

Prof. Avv. U. Minneci – Membro supplente

Prof. Dott. P. Esposito – Membro

Avv. N. Mincato – Membro supplente

Relatore: Prof. Avv. M. de Mari

nella seduta del 5 maggio 2023, in relazione al ricorso n. 8778, dopo aver esaminato la documentazione in atti, ha pronunciato la seguente decisione.

### FATTO

*1.* La presente controversia concerne il tema della responsabilità dell'Intermediario per aver raccolto indebitamente la disposizione di variazione del beneficiario di una polizza assicurativo-finanziaria da parte del contraente la polizza.

Questi, in sintesi, i fatti rilevanti ai fini della decisione.

*2.* Parte Ricorrente rappresenta che il *de cuius*, contraente assicurato, stipulava, in data 19.12.2014 e per la somma di € 130.000,00, una polizza *unit linked* tramite *private banker*, avente come unico beneficiario l'odierno Ricorrente. In data 27.02.2017, a pochi giorni dalla morte dell'assicurato (avvenuta in data

08.03.2017), la polizza veniva modificata con l'aggiunta di un ulteriore beneficiario, così causando a seguito del decesso dell'assicurato la successiva divisione al 50% fra i due soggetti beneficiari del controvalore liquidabile della polizza che, alla data del 05.01.2018, ammontava a complessivi € 140.732,44. Nel caso di specie si lamenta che il *de cuius*, al momento della firma del documento di variazione dei beneficiari della polizza, era ricoverato in ospedale e non fosse in grado di firmare consapevolmente tale atto. Inoltre, il Ricorrente afferma che tale firma appare "*palesamente*" diversa da quella che l'assicurato appose nel contratto sottoscritto nel 2014, per cui la stessa viene espressamente disconosciuta. La Parte Ricorrente rappresenta di essere entrata in contatto con l'Intermediario già prima della proposizione del reclamo, contestando i suoi inadempimenti con riferimento agli obblighi di controllo, diligenza, correttezza, informazione e trasparenza, ma anche contestando le modalità di compilazione dell'atto di variazione richiamato. A tali doglianze, l'Intermediario e la compagnia assicurativa replicavano, così come in sede di risposta al reclamo, negando ogni irregolarità e la validità dell'operazione di variazione del beneficiario. Alla luce di quanto esposto, il Ricorrente chiede di condannare l'Intermediario a pagare l'intero importo derivante dalla polizza pari a euro € 140.732,44 con interessi e rivalutazione monetaria dal dì del dovuto al momento del soddisfo.

3. L'Intermediario, dopo aver sintetizzato il contenuto dell'avverso ricorso, rileva preliminarmente che la richiesta di condanna al pagamento del 100% della polizza risulta del tutto incoerente con la censura avanzata nei confronti dell'Intermediario, "*mero collocatario del prodotto assicurativo*" in lite. L'Intermediario evidenzia, inoltre, che il previo reclamo fu indirizzato solo all'Assicurazione e non anche all'odierno Resistente che ha potuto valutare le contestazioni sul disconoscimento di forma e visionare la documentazione medica del *de cuius* solo in sede di ricorso, per tale ragione, ritiene inammissibile il ricorso, in quanto le contestazioni ivi contenute non furono oggetto di preventivo analogo reclamo. Nel merito della vicenda, l'Intermediario rappresenta di non aver rilevato irregolarità nell'operazione di variazione del beneficiario che risulta eseguita nel pieno rispetto della normativa di settore con firma conforme allo *specimen* depositato e di non

avere potuto, inoltre, interpellare il consulente finanziario che aveva raccolto le istruzioni del *de cuius*, in merito alle circostanze e le motivazioni all'origine della scelta, avendo egli interrotto il rapporto di collaborazione con l'Intermediario nell'aprile 2017. In risposta alla contestazione del Ricorrente, secondo cui l'assicurato non sarebbe stato in grado di firmare consapevolmente il documento di variazione a causa delle condizioni fisiche che lo vedevano ricoverato, il Resistente rappresenta che la compagnia assicurativa aveva invitato, senza ricevere riscontro, la controparte a trasmettere documentazione clinica utile a raccogliere elementi a sostegno di tale incapacità, non potendo evincersi dalla diagnosi ricavabile dalla documentazione sanitaria allegata al ricorso, una malattia tale da poter invalidare o condizionare le capacità del paziente di esprimersi liberamente. Al contrario, prosegue l'Intermediario, da quanto versato in atti si ricava che l'assicurato espresse valido consenso al trattamento dei suoi dati sensibili e che in data 28.02.2017 *“interagiva in consapevolezza con i medici”* cui chiedeva esplicitamente di essere dimesso. Infine, anche richiamando l'orientamento del Collegio ACF sulle contestazioni riguardanti la genuinità della firma, nel caso di specie, Parte Resistente afferma che essa *“non presenta evidenti difformità rispetto ad altre firme apposte dal cliente stesso. Al riguardo evidenziamo peraltro la perfetta compatibilità della incertezza nel tratto con le precarie condizioni di salute del cliente, nonché la sostanziale conformità anche con le firme apposte dal cliente stesso per consenso informato, rinvenute nella documentazione sanitaria prodotta. Sullo stesso punto segnaliamo peraltro che controparte si è limitata al disconoscimento della firma contestata, senza neanche avere depositato una eventuale perizia grafologica a supporto della pretesa, come sarebbe stato lecito aspettarsi”*. Alla luce di quanto esposto, l'Intermediario chiede di dichiarare il ricorso inammissibile in via preliminare per mancata presentazione di reclamo nei confronti della parte convenuta e che, in ogni caso, venga respinto in fatto e in diritto poiché infondato.

**4.** Il Ricorrente non ha ritenuto di produrre argomentazioni in replica.

## DIRITTO

1. Il ricorso, stanti le evidenze in atti, non può dirsi meritevole di accoglimento per le ragioni e nei termini di seguito rappresentati.

2. Giova anzitutto rilevare che l'eccezione sollevata dall'Intermediario di inammissibilità (*rectius* irricevibilità) del ricorso appare infondata. Secondo la Banca Resistente il ricorso non sarebbe stato preceduto da un previo reclamo direttamente indirizzato all'Intermediario ma solamente da quello trasmesso all'impresa di assicurazione, la quale ha provveduto poi a inviarlo a Parte Resistente. Sul punto, l'Intermediario evidenzia di non aver avuto a disposizione la documentazione medica a sostegno delle contestazioni, la quale è stata indirizzata esclusivamente all'assicurazione. La siffatta eccezione è destituita di fondamento, in quanto è indubbio che l'odierno Resistente è stato seppur indirettamente coinvolto nella vicenda contestata, fornendo anche un riscontro al Ricorrente, nel cui ambito avrebbe ben potuto chiedere di acquisire la documentazione medica non in suo possesso, comunque nella disponibilità dell'assicurazione facente parte del proprio gruppo. Si ritiene, pertanto, soddisfatta la condizione di ricevibilità del ricorso del previo reclamo, la cui *ratio*, come da consolidato orientamento del Collegio, risiede nel consentire alle parti di poter definire stragiudizialmente la lite ancor prima della sua eventuale devoluzione all'Arbitro, sicché tale condizione deve ritenersi sussistente quando la comunicazione che precede il ricorso risulta idonea a creare i presupposti affinché l'intermediario sia messo in grado di poter valutare in concreto l'opportunità di risolvere *ex ante* la controversia (da ultimo Decisione ACF n. 6195 del 20 dicembre 2022). Siffatta condizione, quindi, ricorre sicuramente nel caso in esame, in cui nel reclamo in ogni caso giunto nella disponibilità dell'Intermediario – ancorché trasmesso dall'assicurazione – erano sufficientemente sviluppate le contestazioni, le quali potevano essere oggetto di approfondimento da parte del Resistente.

3. Tanto premesso, va osservato anzitutto che, per quanto non espressamente contestato, è quantomeno dubbio che la presente controversia possa farsi rientrare nell'ambito della cognizione di questo Arbitro. In tema di distribuzione di prodotti finanziari assicurativi è orientamento consolidato del Collegio, infatti, quello di

ritenere che in vigenza della precedente disciplina della distribuzione di prodotti finanziari assicurativi (prima del recepimento della Direttiva 2016/97/UE, c.d. IDD, avvenuto nel 2018), in cui si colloca l'attuale controversia, non potevano farsi rientrare nell'ambito di propria competenza le relative fasi successive alla sottoscrizione delle polizze, in quanto l'articolo 25-bis TUF (poi divenuto 25-ter), nella formulazione precedente a quella attualmente in vigore, estendendo l'applicazione delle norme del TUF alla sola sottoscrizione e al collocamento dei prodotti assicurativi finanziari, escludeva implicitamente la fasi successive all'acquisto, facendole rientrare nell'ambito di competenza dell'IVASS, in quanto disciplinate dalla normativa sull'intermediazione assicurativa e in particolare dai regolamenti IVASS (*ex multis* Decisioni ACF n. 639 del 17 luglio 2018, n. 1702 del 2 luglio 2019, n. 2395 del 30 marzo 2020). Nella fattispecie in esame sembra, dunque, mancare la stessa prestazione di un servizio di investimento necessaria affinché una controversia si possa incardinare presso l'ACF. E per altro verso sembra volersi, da parte del Ricorrente, far valere un vizio del consenso del contraente assicurato relativamente alla disposizione di parziale modifica del beneficiario che di certo non può essere scrutinata da questo Collegio non integrando, appunto, un servizio o una attività di investimento.

Peraltro, nel caso di specie pare altresì ricorrere un difetto di legittimazione passiva dell'Intermediario. Ciò in quanto nella prospettazione del Ricorrente sembra esservi di fatto coincidenza tra impresa di assicurazione e intermediario distributore, come anche dimostrato dal fatto che il reclamo fu, originariamente e per probabile confusione, inviato non all'odierno Resistente, bensì alla compagnia assicurativa e poi da quest'ultima inoltrato all'Intermediario per conoscenza. Similmente, anche il tentativo di mediazione infruttuoso di cui dà conto l'Intermediario si era svolto solo nei riguardi dell'assicurazione. Il Ricorrente, infatti, non sembra considerare che il rapporto qui contestato ha natura trilaterale, essendovi anche il coinvolgimento dell'impresa di assicurazione, unica competente, al momento del verificarsi dei fatti, sulle fasi inerenti alla variazione e alla liquidazione della polizza a favore dei beneficiari.

4. Anche volendo, tuttavia, tralasciare quest'ordine di considerazioni, che già sarebbero sufficienti per rigettare l'odierno ricorso, questo Collegio reputa le doglianze alla base del ricorso comunque infondate nel merito. In primo luogo, la revoca del beneficiario si pone *ratione temporis*, in un momento (2017) in cui il Collegio ritiene, come detto, non applicabili agli Intermediari le regole della parte II del Tuf alle fasi successive alla sottoscrizione di prodotti finanziari assicurativi. Per analogia può, quindi, sostenersi che anche la disciplina dell'offerta fuori sede di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione da parte dei consulenti finanziari di cui all'articolo 30, co. 9 del TUF (operatività verificatasi nel caso in questione) sia circoscritta alla sola fase della distribuzione del prodotto e non anche alle fasi successive, come quella della variazione del beneficiario, con la conseguente inapplicabilità nel merito delle regole che si invocano violate.

In ogni caso, per quanto concerne la contestazione principale del ricorso relativa alla genuinità della firma apposta sul documento di variazione dei beneficiari della polizza, tenuto conto che la stessa non appare evidentemente contraffatta e in assenza di una perizia grafologica di parte, non ricorrono gli estremi per l'accoglimento del ricorso. Come confermato anche di recente dall'ACF nella Decisione n. 5040 del 27 gennaio 2022 *“considerato che il procedimento davanti all'ACF ha natura sommaria, e in particolare che, in caso di disconoscimento di una scrittura privata, non consente il ricorso alla procedura di verifica disciplinata dal codice di procedura civile, si deve ritenere che il ricorrente, il quale disconosca la propria sottoscrizione su un documento versato in atti, salvo che la falsità della sottoscrizione sia manifesta, ha l'onere di provare questo fatto, ad esempio allegando una perizia calligrafica sulla quale provocare il contraddittorio con la controparte”*. E ciò non è avvenuto nel caso di specie. La stessa *ratio* appena esposta, circa la natura del giudizio ACF in merito alla firma disconosciuta, può essere applicata anche in relazione alla successiva doglianza di Parte Ricorrente, secondo cui le condizioni psico-fisiche del *de cuius* non permettevano a quest'ultimo di apporre consapevolmente la firma all'atto di variazione del beneficiario della polizza. Infatti, non appare sufficiente il rinvio che viene fatto dal Ricorrente alla documentazione clinica versata dallo stesso in atti, in

quanto non viene indicato da dove si può evincere la circostanza di una presunta incapacità dell'assicurato. Al contrario, pur essendo certa la fragilità fisica in cui versava il *de cuius*, dalla lettura della documentazione clinica risulta un soggetto in grado di prestare il consenso al trattamento dei dati personali e di chiedere di essere dimesso dalla struttura sanitaria presso cui era ricoverato. Tra l'altro, allo stato degli atti, non risulta provata, né desumibile, dalla patologia in sé, una probabile conseguente riduzione (o cessazione) delle capacità di intendere e volere dell'affetto. Data la natura sommaria del procedimento e per le stesse identiche ragioni richiamate con la Decisione n. 5040 del 27 gennaio 2022, al fine di conferire almeno un *fumus* di veridicità alle proprie asserzioni, Parte Ricorrente avrebbe dovuto munirsi di appropriata documentazione tecnica (ad es. una perizia derivante da consulenza medica di parte) da versare in atti per avvalorare la propria tesi. Circostanza che non si è invece verificata nel caso di specie dove le affermazioni non risultano in alcun modo provate.

Va infine rilevato che il risarcimento richiesto, oltre a non essere provato, per le ragioni di cui si è detto, risulterebbe in ogni caso esorbitante, atteso che la variazione del beneficiario ha ridotto del 50% il vantaggio patrimoniale a favore del Ricorrente, il quale, invece, chiede ristoro per l'intero 100% della polizza.

### **PQM**

Il Collegio respinge il ricorso.

Il Presidente  
Firmato digitalmente da:  
Gianpaolo Eduardo Barbuzzi