



## IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore STEFANO CHERTI

Riunione del 21/05/2026

### FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 22 gennaio 2026 (e reclamo presentato in data 22 maggio 2025), la ricorrente rappresentava che, a causa di un malessere ("indisposizione femminile") patito nella serata del 25 aprile 2025, si trovava nell'impossibilità di rientrare da un viaggio in solitaria e costretta a rinunciare ad un volo aereo previsto per le ore 6.55 del giorno successivo.

La stessa, dopo aver pernottato in una struttura alberghiera nelle vicinanze della stazione ferroviaria, non riuscendo a mettersi in contatto con l'impresa per ricevere l'assistenza necessaria, decideva di prenotare in autonomia un nuovo volo aereo di ritorno.

L'impresa negava la liquidazione, contestando alla controparte la mancata produzione di idonea documentazione medica oltre al fatto di non aver seguito la procedura prevista in tali casi. A tal proposito, la ricorrente specifica di aver provveduto a inviare due comunicazioni



mail all'impresa, di cui una "ad un indirizzo non specifico" e l'altra a un indirizzo appositamente dedicato.

La ricorrente chiede la condanna della controparte alla dazione di "un forfait di € 400,00 a titolo di compensazione per spese sostenute sotto copertura assicurativa".

L'impresa regolarmente costituita, relativamente alle contestazioni avanzate dal ricorrente, fa presente che la richiesta della ricorrente riguarda l'attivazione della garanzia "Rientro dell'assicurato convalescente" relativa ad una stipulata in data 1° aprile 2025 a copertura di rischi legati al viaggio.

Tale garanzia prevede l'organizzazione del "rientro con il mezzo ritenuto più idoneo dalla Struttura Organizzativa, dell'Assicurato convalescente" nel caso in cui le condizioni di salute dell'assicurato abbiano oggettivamente impedito il rientro con il mezzo originariamente previsto (art. A1 punto 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito "CGA") e, come le altre prestazioni di assistenza previste dalla polizza, è fornita previa autorizzazione della Struttura Organizzativa che, valutati gli elementi del caso, provvede direttamente ad organizzare il rientro o, se necessario, autorizza l'assicurato a procedere in autonomia.

L'impresa resistente rappresenta che, nel caso di specie, la ricorrente non avrebbe prodotto documentazione medica idonea a comprovare il malessere asseritamente patito – che peraltro non costituirebbe una patologia vera e propria bensì una "condizione fisiologica" dell'organismo – né avrebbe attivato la procedura sopra descritta, avendo la stessa provveduto a organizzare il volo di rientro in autonomia. In particolare, l'impresa precisa che la ricorrente ha contattato la Struttura Organizzativa – peraltro utilizzando recapiti diversi da quelli indicati in polizza – solo dopo aver acquistato in autonomia un nuovo biglietto di ritorno, per chiedere il rimborso delle spese sostenute per lo stesso e per il pernottamento aggiuntivo in albergo.

Alla luce di quanto eccepito e controdedotto, l'impresa chiede, in via principale, di accertare l'insussistenza del diritto della ricorrente alla prestazione e, in subordine, di "confermare la correttezza del mancato accoglimento della richiesta di rimborso e, conseguentemente, respingere il ricorso".

## **DIRITTO**

La controversia portata all'attenzione del Collegio riguarda l'accertamento del diritto ad un indennizzo in capo alla ricorrente (assicurata per i rischi legati al viaggio dalla stessa effettuata) a fronte del diniego opposto dalla compagnia. In particolare, la ricorrente chiede l'attivazione della garanzia "Rientro dell'assicurato convalescente" prevista da una polizza stipulata in data 1° aprile 2025 a copertura di diversi rischi legati a un viaggio; la stessa afferma di aver accusato un malessere nella tarda serata del 25 aprile 2025 e di essere stata costretta, proprio a causa di ciò, a rinunciare al volo aereo di ritorno il mattino successivo. La ricorrente descrive l'evento come una "indisposizione femminile" dovuta, secondo le sue autonome valutazioni, a "cibo (...) e ciclo mestruale".

Nel corso del procedimento, l'impresa ha evidenziato che, in assenza di documentazione medica che dimostri lo stato di salute dell'assicurata e l'impossibilità di prendere il volo di



rientro, il sinistro non potrebbe ritenersi verificato e quindi difetterebbe in nuce il presupposto necessario per ritenere sorto il diritto della ricorrente alla prestazione.

L'impresa si richiama all'art. A1 punto 5 delle CGA ("Rientro dell'Assicurato convalescente") che prevede:

- l'organizzazione e presa in carico delle spese di rientro con il mezzo ritenuto più idoneo dalla struttura organizzativa dell'assicurato convalescente, qualora il suo stato di salute gli abbia impedito di rientrare con il mezzo inizialmente previsto dal contratto di viaggio;
- il rimborso delle spese supplementari di soggiorno, entro il limite massimo di euro 60,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni, sostenute dopo la data prevista di rientro, se rese necessarie dallo stato di salute dell'assicurato.

Inoltre, l'impresa rappresenta che la possibilità di rimborso delle spese sostenute in autonomia, in assenza di contatto e autorizzazione della Struttura Organizzativa, è prevista dall'art. A2 delle CGA, ma subordinata alla sussistenza di cause di forza maggiore oggettive e documentabili che abbiano costretto l'assicurato a procedere in autonomia, essendo altresì necessaria la "presentazione in originale di idonea certificazione medica rilasciata sul posto da struttura ospedaliera e dei documenti di spesa" (tuttavia, tale documentazione non è stata prodotta dalla ricorrente).

Ai sensi dell'art. 2697 cod. civ., "chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento. Chi eccepisce l'inefficacia di tali fatti ovvero eccepisce che il diritto si è modificato o estinto deve provare i fatti su cui l'eccezione si fonda". Da questo punto di vista questo Collegio rileva come la ricorrente, per provare l'illegittimità del diniego opposto dall'impresa, non ha prodotto documentazione medica (referto ospedaliero, certificati o esiti di accertamenti clinici), ma ha allegato unicamente la documentazione attestante le spese sostenute per il pernottamento presso una struttura alberghiera e ai fini della prenotazione di un nuovo volo aereo di ritorno.

In tema di assicurazione contro i danni, la giurisprudenza di legittimità ha precisato che: "fatto costitutivo della pretesa dell'assicurato, nel giudizio promosso nei confronti dell'assicuratore ed avente ad oggetto il pagamento dell'indennizzo pattuito, è l'avverarsi di un rischio corrispondente a quello descritto nella polizza. L'assicurato, dunque, ha l'onere di dimostrare che si è verificato il fatto avverso previsto nella polizza, che sia derivato dalle cause previste dalla polizza, e che abbia prodotto gli effetti previsti dalla polizza" (Cass. civ., sez. III, 23 gennaio 2018, ord. n. 1558, ripresa, più di recente, anche da Cass. civ., sez. III, 9 novembre 2023, n. 31251), nonché che abbia "causato il danno di cui si reclama il ristoro" (Cass. civ., sez. VI, 7 novembre 2022, n. 32637. Conformi, nella giurisprudenza di merito: Tribunale Bari, sez. II, 16 febbraio 2026, n. 1049 e Tribunale Torino, sez. IV, 26 gennaio 2023, n. 361).

Ancora, sempre la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che nell'assicurazione contro i danni, "poiché il fatto costitutivo del diritto dell'assicurato all'indennizzo consiste in un sinistro verificatosi in dipendenza di un rischio assicurato e nell'ambito spaziale e temporale in cui la garanzia opera, è su di lui che incombe, ai sensi dell'art. 2697 c.c., l'onere di dimostrare



che si è verificato un evento coperto dalla garanzia assicurativa e che esso ha causato il danno di cui si reclama il ristoro” (v. Cass. civ., sez. III, 21dicembre 2017, n. 30656).

In virtù di quanto dedotto e allegato nel corso del procedimento, questo Collegio ritiene che la ricorrente non abbia assolto all’onere probatorio cui per legge è tenuta.

**PER QUESTI MOTIVI**

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da  
CONCETTA BRESCIA MORRA