



IL COLLEGIO

composto da:

GIOVANNI STELLA	Presidente
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore ENRICO CAMILLERI

Riunione del 09/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 15 febbraio 2026 (e reclamo presentato il 7 novembre 2025), la ricorrente – a mezzo procuratore – rappresentava di aver riportato, a seguito di un sinistro stradale avvenuto in data 3 agosto 2024, danni fisici (invalidità pari al 14%) e morali.

L'impresa provvedeva alla liquidazione di una parte dell'indennizzo richiesto, senza, peraltro, comunicare l'esito della perizia medica e dei "conteggi" svolti.

A seguito della contestazione della ricorrente, l'impresa, in data 2 febbraio 2026, si limitava a una "comunicazione dilatoria", fornendo un recapito telefonico da contattare eventualmente per maggiori dettagli.

La ricorrente tentava invano di mettersi in collegamento telefonico con la controparte.

Adito l'Arbitro, la ricorrente chiedeva volersi condannare l'impresa:

- *"a trasmettere la propria documentazione ed il dettaglio del conteggio che ha portato alla liquidazione parziale erogata e contestata, oltre a copia della propria perizia medica";*
- *"a risarcire il costo delle spese legali, cagionate dal loro comportamento omissivo, di euro 2.500,00, limitate ad oggi, come da fattura già pagata";*
- *a "comunicare il loro domicilio in Italia per la notifica di atti giudiziari, per consentire di poter contestare tale conteggio anche davanti Autorità Giudiziaria".*



L'impresa convenuta non risulta essersi costituita.

DIRITTO

La questione sottoposta all'attenzione del Collegio concerne la pretesa della ricorrente, terzo danneggiato nel quadro di sinistro stradale foriero pregiudizi fisici e morali, di ottenere dall'impresa di assicurazione del veicolo sul quale era a bordo al momento del sinistro, convenuta ma contumace, la documentazione sulla cui base la stessa ha liquidato i danni; ed ancora, la pretesa al risarcimento dell'ulteriore voce di danno consistente nelle spese legali affrontate da essa ricorrente nonché a conoscere il domicilio in Italia dell'impresa, ai fini della notifica di atti giudiziari.

Rilievo pregiudiziale presenta la questione della legittimazione passiva dell'impresa nel giudizio promosso dinanzi a questo Arbitro.

La convenuta è infatti impresa SEE che opera nel territorio della Repubblica Italiana in regime di libertà di prestazione di servizi ex art. 24, CAP.

Senonché, in data 1° ottobre 2025, l'Autorità di vigilanza straniera ha emesso nei confronti di tale impresa il divieto di svolgimento di attività transfrontaliera in tutti i rami assicurativi in libera prestazione di servizi in altri Stati membri dell'Unione Europea, fino a quando la stessa non si sarà conformata agli *standard* normativi previsti. Già in data 1° luglio 2025 la medesima Autorità di vigilanza aveva peraltro vietato alla compagnia, per il periodo di tre mesi, di stipulare contratti di assicurazione, prorogare la durata dei contratti esistenti ed estenderne la copertura nell'ambito dell'attività assicurativa transfrontaliera in libera prestazione di servizi in tutti i rami assicurativi. In base al comunicato diffuso dalla stessa Autorità competente, le misure adottate risultano essere motivate dal fatto che l'impresa non avrebbe affrontato *“tutte le debolezze, le incoerenze e le distorsioni del suo comportamento sul mercato relative ai reclami e le preoccupazioni delle autorità di vigilanza degli Stati membri ospitanti”*.

Da ultimo, con avviso pubblicato dall'IVASS in data 10 giugno 2026, è stato reso noto che l'Autorità di vigilanza straniera ha revocato, in data 9 giugno 2026, dunque successivamente alla proposizione del ricorso in esame, l'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa all'impresa la quale, a decorrere dalla medesima data, non è dunque più autorizzata a stipulare nuovi contratti di assicurazione, a prorogare la durata o ampliare la copertura delle polizze assicurative in essere né a disporre liberamente dei propri attivi. L'Autorità *home* dell'impresa ha altresì precisato che i contratti di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile auto restano in vigore fino alla scadenza prevista oppure fino all'adozione, da parte del giudice competente, di una decisione di apertura della procedura concorsuale nei confronti dell'impresa. L'autorità *home* ha altresì specificato che, fino a che non si sia verificata una di tali circostanze, il contratto resta valido e l'impresa è tenuta a ricevere, esaminare e liquidare le richieste di risarcimento presentate, nonché a corrispondere le prestazioni assicurative dovute.

Orbene, ai sensi dell'art.9, comma 1, lett. i), del Decreto, sono inammissibili i ricorsi promossi *“nei confronti di un soggetto che, alla data di presentazione del ricorso, ha perso la qualifica di impresa o di intermediario a seguito di provvedimenti emanati ai sensi del codice delle*



assicurazioni che ne hanno disposto la revoca o la decadenza dall'autorizzazione all'esercizio o la liquidazione coatta amministrativa o la cancellazione dal registro unico degli intermediari".

Ad avviso del Collegio, il sopravvenire, nel corso del procedimento, di una delle situazioni contemplate dall'art. 9, comma 1, lett. i), del Decreto non determina la sopravvenuta inammissibilità (*recte* l'improcedibilità) del ricorso ritualmente proposto, qualora, come nel caso di specie, permangano valide le obbligazioni già assunte dall'impresa e la stessa ne mantenga la titolarità.

Contrariamente opinando si rischierebbe di addivenire ad una sorta di paradossale travisamento del ruolo dell'Arbitro. Questo, infatti, da strumento di risoluzione delle controversie su basi di indipendenza, imparzialità, trasparenza, efficacia, rapidità ed equità, alternativo all'esperimento delle procedure di mediazione e di negoziazione assistita anche ai fini della successiva procedibilità della domanda di tutela giurisdizionale (ex artt. 187, commi 2 e 3, CAP; art. 15, dir. 2016/97/UE sulla distribuzione assicurativa; art.1, dir. 2013/11/UE sulla risoluzione alternativa delle controversie dei consumatori), ridonderebbe, alle condizioni date, in occasione di sviamento o rallentamento della traiettoria intrapresa dal cliente nella direzione della affermazione delle proprie ragioni.

Altro è ritenere, ex art. 9, comma 1, lett. i), del Decreto, che sia inammissibile un ricorso il cui promotore *ex ante* conosca o sia in condizione di conoscere la carenza di legittimazione passiva (nel procedimento) in capo alla parte convenuta, altro è, invece, reputare che il cliente, determinatosi ad adire l'Arbitro convenendo un'impresa ancora tale o comunque ancora legittimata all'esercizio dell'attività assicurativa o di intermediazione nel ramo, al tempo della proposizione del ricorso, debba eventualmente scontare il pregiudizio di una sopraggiunta vicenda modificativa dello *status* di questa, obliterativa della sua legittimazione passiva nel procedimento intrapreso, non potendo conseguire alcuno dei risultati di giustizia complementare ambiti, quantomeno nel caso in cui l'impresa resti obbligata ad adempiere alle obbligazioni già assunte.

Un esito siffatto sarebbe contraddittorio rispetto alle richiamate finalità del disegno eurounitario di armonizzazione delle discipline nazionali sulla distribuzione assicurativa e le ADR, contrario al legittimo affidamento della clientela assicurativa in genere e del cliente-ricorrente nella specie, nonché soprattutto contraddittorio rispetto alla non scalfita, piena validità delle polizze sottoscritte e delle relative coperture fino alla rispettiva scadenza.

Resta fermo che i ricorsi pervenuti contro l'impresa che, alla data del ricorso, versi già in una delle condizioni di cui al citato art. 9, comma 1, lett. i), del Decreto saranno inammissibili.

Tanto precisato e volgendo al merito del ricorso, deve dirsi innanzitutto fondata la pretesa della ricorrente volta ad ottenere dall'impresa la documentazione sulla cui base questa le ha liquidato il danno.

Nel caso di specie, alla luce di quanto dedotto dalla ricorrente e dalla documentazione da essa versata in atti, si deduce che la vicenda sottoposta al Collegio trae origine dal sinistro stradale occorso in data 3 agosto 2024, che ha visto la stessa ricorrente quale terzo



trasportato a bordo del veicolo assicurato con l'impresa convenuta e soprattutto quale soggetto danneggiato, avendo riportato danni sia fisici che morali.

In data 29 gennaio 2025, la ricorrente, per il tramite del proprio difensore, avanzava infatti formale richiesta di risarcimento dei danni patiti, quantificati in euro 66.304,46, oltre al rimborso delle spese legali sostenute, quantificate in euro 9.945,67, e *“oltre accessori di legge”*. L'impresa, in data 24 ottobre 2025, provvedeva quindi a comunicare alla controparte il riconoscimento di un indennizzo pari ad euro 19.657,31, somma per cui aveva già provveduto ad emettere ordine di pagamento in favore della ricorrente.

Con reclamo del 7 novembre 2025, la ricorrente contestava però la liquidazione ricevuta, dichiarando di non accettare l'offerta e di trattenere la somma corrisposta a titolo di acconto sul maggior dovuto. Nella medesima comunicazione, richiedeva espressamente il dettaglio dei conteggi relativi alla somma liquidata, evidenziando che l'impresa non avesse fornito alcuna spiegazione circa il percorso valutativo seguito per giungere all'importo offerto. In data 2 febbraio 2026, l'impresa forniva un primo riscontro alla richiesta della ricorrente, comunicando a quest'ultima che la pratica era attualmente in lavorazione da parte dell'amministrazione e invitandola a contattare un recapito telefonico al fine di ottenere maggiori informazioni.

In data 3 febbraio 2026, la ricorrente ribadiva la propria contestazione, precisando che l'impresa avrebbe dovuto comunicare i conteggi della liquidazione parziale, gli esiti della perizia medico-legale di parte e i contatti diretti del liquidatore che aveva gestito la posizione. La ricorrente evidenziava, in particolare, che l'impresa si era limitata a una liquidazione unilaterale del sinistro, senza fornire alcun conteggio circa il danno risarcito e senza trasmettere l'esito della propria valutazione medico-legale.

Dalla documentazione in atti non risulta esservi stata alcuna risposta dell'impresa a tale ulteriore richiesta di parte attrice.

Orbene, risulta da quanto precede come quella avanzata dalla ricorrente non integri a ben vedere semplice richiesta di accesso agli atti della procedura liquidativa bensì innanzitutto una censura rivolta alla illegittima condotta dell'impresa, per avere quest'ultima omesso di formulare, alla parte danneggiata (terza trasportata), un'offerta risarcitoria congrua e motivata, ai sensi del combinato disposto degli artt. 141 e 148 del CAP.

Ai sensi del comma 2 della prima disposizione, infatti, *“Per ottenere il risarcimento il terzo trasportato promuove nei confronti dell'impresa di assicurazione del veicolo sul quale era a bordo al momento del sinistro la procedura di risarcimento prevista dall'articolo 148”*; quest'ultimo, al comma 2, prevede invece che *“L'obbligo di proporre al danneggiato congrua e motivata offerta per il risarcimento del danno, ovvero di comunicare i motivi per cui non si ritiene di fare offerta, sussiste anche per i sinistri che abbiano causato lesioni personali o il decesso”*.

Si delinea così un quadro normativo chiaramente improntato alla massima tutela del soggetto danneggiato, non soltanto sotto il profilo dell'adequatezza del *quantum* risarcitorio che gli venga offerto ma altresì della trasparenza circa i criteri e le valutazioni in funzione



dei quali l'offerta riparatoria sia formulata (cfr. altresì la lettera al mercato di IVASS, datata 15 dicembre 2016).

Inoltre, si tratta di un quadro rafforzato anche da altra disposizione ancora del CAP, vale a dire l'art 146, a mente del quale *"Fermo restando quanto previsto per l'accesso ai singoli dati personali dal codice in materia di protezione dei dati personali, le imprese di assicurazione esercenti l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti sono tenute a consentire ai contraenti ed ai danneggiati il diritto di accesso agli atti a conclusione dei procedimenti di valutazione, constatazione e liquidazione dei danni che li riguardano (...). Se, entro sessanta giorni dalla richiesta scritta, l'assicurato o il danneggiato non è messo in condizione di prendere visione degli atti richiesti ed estrarne copia a sue spese, può inoltrare reclamo all'IVASS anche al fine di veder garantito il proprio diritto"*. In attuazione di quanto previsto dalla suddetta norma, il Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico, 29 ottobre 2008, n. 191, all'art. 2, comma 2, elenca le tipologie di atti soggetti all'accesso, tra cui: *"a) le denunce di sinistro dei soggetti coinvolti; b) le richieste di risarcimento dei soggetti coinvolti; c) il rapporto delle Autorità intervenute sul luogo del sinistro; d) le dichiarazioni testimoniali sulle modalità del sinistro con esclusione dei riferimenti anagrafici dei testimoni; e) le perizie dei danni materiali; f) le perizie medico-legali relative al richiedente; g) i preventivi e le fatture riguardanti i veicoli e/o le cose danneggiate; h) le quietanze di liquidazione"*.

Quanto considerato milita dunque senz'altro in senso favorevole all'accoglimento della prima domanda proposta dalla ricorrente.

Con il ricorso, tuttavia questa avanza anche una seconda domanda risarcitoria, che si appunta sul diritto al ristoro delle voci di danno consistenti nelle spese legali che, a fronte della condotta dilatoria e omissiva dell'impresa, essa abbia dovuto sopportare e che vengono documentate versando in atti fatture di pagamento.

Com'è noto, la giurisprudenza qualifica le spese sostenute per la consulenza professionale stragiudiziale quale voce di *"danno emergente, consistente nel costo sostenuto per l'attività svolta nella fase pre-contenziosa, con la conseguenza che, se necessitate e giustificate in funzione dell'attività di esercizio stragiudiziale del diritto, il relativo rimborso è soggetto ai normali oneri di domanda, allegazione e prova"* (così Cass. Civ., sez. III, 01/08/2025, n. 22241). Ed ancora, afferma che *"nell'ambito delle spese legali stragiudiziali in caso di sinistro stradale, il loro rimborso rappresenta una ordinaria ipotesi di danno emergente di cui all'art. 1223 c.c.; pertanto come qualsiasi altra voce di danno sarà soggetta alle regole generali: e dunque non sarà dovuto il risarcimento per le spese che la vittima avrebbe potuto evitare con l'ordinaria diligenza (art. 1227, comma 1, c.c.); non sarà dovuto il risarcimento per le spese che, pur necessarie, sono state sostenute in misura esagerata (art. 1227, comma 2, c.c.) non sarà dovuto il risarcimento per le spese non legate da un nesso di causa rispetto al fatto illecito"* (cfr. fra le molte, Trib. Piacenza, sez. I, 8 febbraio 2022, n. 40; nella giurisprudenza dell'ABF cfr., in senso analogo, Collegio di Coordinamento, decisione n. 4580 del 12 maggio 2025).

Tanto premesso, la ricorrente ha versato in atti fatture relative a spese legali sostenute per complessivi euro 2.563,00, pur limitando la pretesa risarcitoria nei confronti dell'impresa ad



euro 2.500,00. In applicazione del principio della domanda il Collegio ritiene dunque meritevole di accoglimento la richiesta avanzata dalla ricorrente.

Non invece accoglibile risulta l'ulteriore domanda spiegata dall'attrice, volta ad ottenere la comunicazione, da parte dell'impresa, del proprio *"domicilio in Italia per la notifica di atti giudiziari, per consentire di poter contestare tale conteggio anche davanti Autorità Giudiziaria"*.

Sul punto giova osservare come, venendo in rilievo un'impresa dello Spazio Economico Europeo, operante in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi, l'art. 25, CAP stabilisca che: *"l'impresa di assicurazione comunitaria, qualora intenda operare nel territorio della Repubblica in regime di libertà di prestazione di servizi per l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, nomina un rappresentante incaricato della gestione dei sinistri e della liquidazione dei relativi risarcimenti. Al rappresentante possono essere indirizzate le richieste di risarcimento da parte dei terzi aventi diritto."*

Il rappresentante deve risiedere nel territorio della Repubblica.

Il rappresentante deve essere munito di un mandato comprendente espressamente i poteri di rappresentare l'impresa in giudizio e davanti a tutte le autorità competenti per quanto riguarda le richieste di risarcimento dei danni (...).

Le generalità e l'indirizzo del rappresentante sono indicati nel contratto di assicurazione, nel contrassegno e nel certificato".

Ebbene, l'intervenuta nomina di un proprio rappresentante, da parte dell'impresa, si desume dalla documentazione in atti, allorché una società diversa dall'impresa convenuta ha curato il sinistro ed effettuato il pagamento di quanto sin qui corrisposto alla danneggiata. Dalla consultazione dell'Elenco pubblicato sul sito dell'IVASS (aggiornato al 4 giugno 2026) è possibile evincere come tale società sia da identificare come il *"Rappresentante Gestione Sinistri"* per l'impresa resistente, il che vale a dire soddisfatta la previsione di cui ai commi 1 e 2 del citato art. 25, CAP.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie parzialmente il ricorso e dispone che l'impresa corrisponda alla parte ricorrente la somma di euro 2500,00, oltre interessi dal reclamo al soddisfo.

Il Collegio dispone inoltre, ai sensi della vigente normativa, che l'impresa corrisponda a IVASS la somma di euro 200,00, quale contributo alle spese della procedura, e alla parte ricorrente la somma di euro 20,00, quale rimborso della somma versata alla presentazione del ricorso.

Il Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA