



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
MARIA ANNUNZIATA ASTONE	Membro scelta dall'IVASS
ROSARIA LIMONCELLO	Componente designata dalle imprese di assicurazione
BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore MARIA ANNUNZIATA ASTONE

Riunione del 17/06/2026

FATTO

Con ricorso pervenuto in data 20 gennaio 2026, preceduto da reclamo del 15 gennaio 2026, il ricorrente, titolare di una polizza infortuni stipulata con l'impresa convenuta, ha adito l'Arbitro Assicurativo, lamentando l'errata quantificazione dell'indennizzo liquidato. Il ricorrente espone di avere subito in data 29 aprile 2022 una caduta accidentale che gli avrebbe causato postumi permanenti consistenti, in particolare, nella perdita della funzione olfattiva. Il ricorrente afferma che, a seguito dell'evento, avrebbe riportato la perdita del senso dell'olfatto, condizione certificata dal referto di una Clinica Otorinolaringoiatrica.

A seguito della denuncia del sinistro, l'impresa procedeva alla liquidazione dell'indennizzo riconoscendo una invalidità permanente del 3%, per un importo complessivo di euro 2.383, comprensivo delle spese mediche ritenute rimborsabili. Il ricorrente ha contestato tale valutazione, assumendo che la documentazione sanitaria prodotta e la relazione medico-legale di parte attesterebbero una invalidità permanente del 19%, da cui deriverebbe il diritto a un indennizzo pari ad euro 38.000, oltre interessi. In via subordinata chiede il riconoscimento dell'aggravamento ai sensi dell'art. 12 delle C.G.A.



Costituitasi l'impresa convenuta, eccepisce, preliminarmente, l'inammissibilità del ricorso per superamento del limite di valore di competenza dell'Arbitro Assicurativo, essendo stata formulata una richiesta economica di euro 38.000; l'inammissibilità del ricorso per incompetenza temporale, poiché il sinistro risale al 29 aprile 2022 mentre il reclamo è stato presentato il 15 gennaio 2026; l'inammissibilità della controversia in quanto la decisione richiederebbe accertamenti medico-legali non consentiti nell'ambito del procedimento arbitrale documentale. Nel merito, l'impresa sostiene la correttezza della liquidazione effettuata, evidenziando che la valutazione medico-legale fiduciaria ha accertato una invalidità permanente del 3% secondo le tabelle INAIL, richiamate dal contratto e che la dedotta invalidità non risulterebbe adeguatamente dimostrata né sotto il profilo della permanenza né sotto quello del nesso causale con l'evento denunciato. Il ricorrente chiede, in via principale, la liquidazione del sinistro, quantificato in euro 38.000; in via subordinata, il riconoscimento dell'aggravamento e la sua quantificazione ai sensi dell'art. 12 delle C.G.A.; in ogni caso, il riconoscimento degli interessi dal 30 settembre 2025 alla definizione della controversia stragiudiziale. L'impresa chiede in via preliminare, che il ricorso sia dichiarato inammissibile; nel merito, il rigetto del ricorso.

DIRITTO

La controversia in oggetto trae origine dalla contestazione relativa alla quantificazione dell'indennizzo liquidato al ricorrente, che ha subito un danno fisico a seguito di una caduta. Il ricorrente, infatti, deduce la sussistenza di una inabilità psico fisica nella misura del 19%, rapportata a un capitale assicurato pari a euro 200.000, e chiede pertanto all'Arbitro la corresponsione di un indennizzo quantificato in euro 38.000. L'impresa, nel costituirsi in giudizio, sostiene la correttezza della liquidazione effettuata, pari a euro 2.383, comprensiva delle spese mediche ritenute rimborsabili, evidenziando che la valutazione medico-legale fiduciaria ha accertato una invalidità permanente del 3%. Parte resistente, oltre a contestare nel merito le pretese del ricorrente, solleva la questione della competenza per valore di questo Arbitro, evidenziando che l'importo richiesto dal ricorrente, pari a euro 38.000, eccede il limite massimo di euro 25.000, stabilito dall'art. 3, comma 4, lett. b), n.2 del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito Decreto).

Il Collegio, pertanto, ritiene di dover esaminare, preliminarmente, l'eccezione di inammissibilità per valore sollevata dall'impresa resistente. L'eccezione è fondata. L'art. 3, comma 4, lett. b), del Decreto stabilisce che la domanda, presentata all'Arbitro, può avere ad oggetto anche la corresponsione di una somma di denaro purché essa non superi i seguenti importi: b) per le controversie relative a contratti di assicurazione contro i danni ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del codice delle assicurazioni: 1) euro 2.500,00 se la controversia riguarda il diritto al risarcimento del danno per responsabilità civile ed è promossa dal terzo danneggiato titolare di azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile; su tali controversie l'arbitro assicurativo decide ai sensi dell'articolo 11, comma 5; 2) euro 25.000,00 in tutti gli altri casi. Ne consegue che l'Arbitro Assicurativo non è competente, in ordine alle controversie relative alle assicurazioni contro i danni alla persona, per domande aventi ad oggetto la corresponsione di somme di denaro superiori ad euro 25.000. L'art. 9, comma 1, lett. f), del Decreto prevede l'inammissibilità del



Arbitro Assicurativo

Risoluzione Stragiudiziale Controversie

Decisione N. 693 del 14 luglio 2026

ricorso in caso di superamento di tale limite. Nel caso in esame il ricorrente ha espressamente quantificato la propria pretesa in euro 38.000, calcolata sulla base di una invalidità permanente del 19% applicata al capitale assicurato di euro 200.000. Tale importo supera in modo significativo il limite massimo di competenza stabilito dalla normativa regolamentare. Ne consegue l'inammissibilità del ricorso, con assorbimento di tutte le altre questioni.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile

Per la Presidente

Firmato digitalmente da

GIOVANNI STELLA