



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/a 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 31 gennaio 2026 (e reclamo presentato il 10 gennaio 2026), la ricorrente contestava la richiesta con cui l'impresa aveva avanzato pretesa restitutiva nei suoi confronti per 6.370,00 euro, ritenendola priva di qualsiasi fondamento giuridico.

Nella ricostruzione fornita dalla ricorrente tale somma sarebbe stata liquidata al termine dell'istruttoria del sinistro e nell'ambito di una gestione progressiva della pratica durante la quale l'impresa non avrebbe mai sollevato riserve né formulato contestazioni immediate.

Solo in un secondo momento, a distanza di tempo, l'impresa avrebbe riconsiderato la liquidazione già effettuata e chiesto appunto la restituzione dell'importo, sulla base di una rivalutazione ex post della vicenda.

Una simile condotta, secondo la ricorrente, avrebbe inciso sul legittimo affidamento maturato in buona fede circa la correttezza della liquidazione ricevuta, deposto per la



qualificazione della somma trasferita come legittimamente percepita e per l'insussistenza di un obbligo restitutorio a proprio carico.

*In sede di ricorso la ricorrente concludeva dunque chiedendo di “accertare l'insussistenza dell'obbligo, in capo alla ricorrente, di restituire l'importo di € 6.370,00 richiesto [dall'impresa] in relazione al sinistro n. **781. In particolare, chiedeva di dichiarare che la somma era stata legittimamente percepita a seguito di istruttoria del sinistro e di una gestione progressiva della liquidazione, senza riserve o contestazioni immediate, e che la successiva richiesta di restituzione non è fondata su un errore materiale immediato e riconoscibile, bensì su una rivalutazione ex post non idonea a fondare un obbligo restitutorio, tenuto conto del legittimo affidamento maturato dall'assicurata”.*

Regolarmente costituitasi, l'impresa resistente sosteneva che la ricorrente avesse denunciato un sinistro relativo a una polizza incendio e altri danni all'abitazione a seguito degli eventi sismici verificatisi nel marzo 2025. Secondo quanto rappresentato nelle controdeduzioni, il perito incaricato aveva stimato un danno massimo liquidabile pari a 9.940 euro, suddiviso tra danni allo stato d'uso, spese di demolizione e sgombero e supplemento di indennità. Tale importo sarebbe stato subordinato alle verifiche della compagnia e alla documentazione dei lavori, come indicato nell'atto conservativo del danno.

Il 14 luglio 2025 l'impresa aveva liquidato alla ricorrente l'importo di 6.370,00 euro, corrispondente ai danni allo stato d'uso. Le ulteriori somme di 930,00 euro e 2.640,00 euro sarebbero state liquidate a lavori ultimati e documentati. Riferiva inoltre che il 22 luglio 2025 il consulente della ricorrente aveva trasmesso una fattura relativa ai lavori eseguiti per un importo complessivo di 8.800,00 euro, inferiore alla stima iniziale del perito.

Affermava inoltre che un ulteriore importo di 6.370,00 euro sarebbe stato corrisposto in data 25 luglio 2025 ma per mero errore materiale, essendo stato riferito a un diverso sinistro e a una polizza non intestata alla ricorrente. Riferiva di avere successivamente richiesto la restituzione dell'importo alla ricorrente – che l'aveva nel frattempo incassata – ritenendolo indebitamente corrisposto.

Aggiungeva di aver liquidato alla ricorrente, il 17 dicembre 2025, ulteriori 2.430,00 euro sulla base della fattura di 8.800 euro, versata in atti. Sosteneva che gli oneri professionali pari a 7.000,00 euro non fossero indennizzabili in quanto esclusi dalla copertura assicurativa.

Secondo quanto rappresentato nelle controdeduzioni, la ricorrente avrebbe successivamente richiesto un ulteriore indennizzo di 1.140,00 euro, sostenendo che non fossero state integralmente corrisposte le somme indicate nell'atto conservativo del danno.

L'impresa affermava di avere respinto tale richiesta e di avere ribadito la domanda di restituzione dell'importo di 6.370,00 euro ritenuto indebitamente percepito. Eccepiva inoltre l'inammissibilità del ricorso e ne contesta comunque la fondatezza.

Sotto il profilo dell'inammissibilità, sosteneva che la controversia non sarebbe rientrata nell'ambito di competenza dell'Arbitro Assicurativo, in quanto avente ad oggetto l'accertamento negativo del diritto dell'impresa alla ripetizione dell'indebito e non l'accertamento di un diritto derivante dal contratto di assicurazione. Eccepiva inoltre che il ricorso non avrebbe rispettato i requisiti previsti dal Decreto del Ministro delle Imprese e del



Made in Italy 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito “Decreto”), in quanto non avrebbe esposto in modo chiaro i fatti, le ragioni e le richieste formulate.

Nel merito, sosteneva che la ricorrente avrebbe già ricevuto l'integrale rimborso delle spese di ripristino documentate, pari a 8.800,00 euro, non essendole dovute ulteriori somme. Qualificava il secondo pagamento di 6.370,00 euro come indebito oggettivo e ne chiede la restituzione ai sensi dell'art. 2033 cod. civ.

Nelle repliche, la ricorrente contestava la ricostruzione prospettata dall'impresa resistente con riferimento al pagamento di 6.370,00 euro, effettuato il 25 luglio 2025. Sosteneva che tale versamento non sarebbe consistito in un errore materiale immediatamente riconoscibile, ma che si sarebbe collocato nell'ambito della gestione del sinistro e delle successive attività di liquidazione.

Secondo quanto rappresentato nelle repliche, l'impresa aveva già liquidato un primo importo di 6.370,00 euro, aveva successivamente ricevuto la documentazione relativa ai lavori eseguiti e aveva poi disposto un ulteriore pagamento, qualificato in seguito dalla stessa impresa come erroneo. La ricorrente affermava che, in tale contesto, il secondo versamento avrebbe potuto essere ragionevolmente interpretato come parte del procedimento di liquidazione del sinistro.

Riferiva inoltre che il 22 luglio 2025 il proprio consulente aveva trasmesso all'impresa una fattura di 8.800 euro relativa ai lavori di ripristino e una fattura di 7.000,00 euro relativa a oneri professionali.

La ricorrente richiamava altresì la successiva liquidazione di 2.430,00 euro, effettuata nel dicembre 2025 e qualificata dall'impresa come pagamento a saldo, sostenendo che tale circostanza si sarebbe inserita nella complessiva gestione liquidativa del sinistro.

Con riferimento all'eccezione di inammissibilità, la ricorrente sosteneva che la controversia sarebbe derivata dal rapporto assicurativo e dalla gestione del sinistro e che avrebbe riguardato la corretta esecuzione della polizza.

Affermava inoltre che la richiesta di restituzione formulata dall'impresa sarebbe stata fondata sulla successiva rideterminazione dell'indennizzo e sull'esclusione di alcune voci di spesa, tra cui gli oneri professionali. Quanto all'atto di accertamento conservativo del danno, sosteneva che tale documento avrebbe avuto natura estimativa, non costituendo titolo da cui far discendere un obbligo di restituzione.

Nelle repliche, la ricorrente così ribadiva le proprie domande:

*“rigettare l'eccezione preliminare di inammissibilità sollevata [dall'impresa]; dichiarare ammissibile il ricorso; accertare l'insussistenza dell'obbligo della ricorrente di restituire [all'impresa] l'importo di € 6.370,00 richiesto in relazione al sinistro n. **781; per l'effetto, rigettare integralmente le domande ed eccezioni della resistente”.*

Nelle controrepliche, la resistente ribadiva l'eccezione di inammissibilità del ricorso. Sosteneva che l'oggetto della controversia non avrebbe riguardato l'esecuzione del contratto di assicurazione, bensì la contestazione di una richiesta restitutoria relativa a un pagamento ritenuto indebito. Secondo quanto rappresentato dall'impresa, tale questione



sarebbe stata riconducibile all'istituto dell'indebito oggettivo di cui all'art. 2033 cod. civ., non rientrando così nell'ambito di competenza dell'Arbitro Assicurativo.

Aggiungeva che il pagamento oggetto della richiesta di restituzione si sarebbe riferito a un sinistro e a una polizza diversi da quelli cui si riferisce il ricorso.

Nel merito, richiamava il contenuto dell'atto di accertamento del danno, sostenendo che tale documento avrebbe individuato esclusivamente l'importo massimo potenzialmente liquidabile, senza comportare l'obbligo di corrispondere integralmente la somma stimata. Con riferimento al pagamento di 6.370,00 euro, effettuato il 25 luglio 2025, affermava che tale versamento sarebbe stato disposto per errore materiale e sarebbe stato imputato a un sinistro e a una polizza diversi da quelli a cui si riferiva il ricorso. Sosteneva pertanto che il pagamento sarebbe privo di causa e che l'importo sarebbe ripetibile.

Riferiva inoltre come la ricorrente avesse già ricevuto l'indennizzo relativo al sinistro denunciato, quantificato dall'impresa in 8.800,00 euro, aggiungendo che la fattura relativa agli oneri professionali non sarebbe stata indennizzabile in base alle condizioni di polizza.

Contestava inoltre l'affermazione della ricorrente secondo cui il secondo pagamento avrebbe potuto essere interpretato come parte della gestione liquidativa del sinistro. Sosteneva, al riguardo, che l'importo non sarebbe stato infatti riferibile a voci ancora da liquidare e che la ricorrente fosse a conoscenza del numero di polizza e del numero di sinistro indicati nella denuncia e nell'atto di accertamento del danno.

Richiamava infine una comunicazione del 17 novembre 2025, proveniente dal consulente della ricorrente, nella quale quest'ultimo avrebbe riconosciuto che l'importo di 6.370,00 euro come percepito per errore.

L'impresa resistente concludeva chiedendo che il ricorso fosse dichiarato inammissibile o, in subordine, rigettato nel merito.

DIRITTO

La questione sottoposta alla cognizione del Collegio concerne la domanda della ricorrente volta ad ottenere un accertamento negativo del proprio vincolo restitutorio circa le somme già liquidate dall'impresa, nel quadro di una polizza casa multirischi, ma di cui quest'ultima ha poi chiesto la retrocessione.

Rilievo preliminare presenta nondimeno l'eccezione sollevata dall'impresa, con cui si è chiesto al Collegio di dichiarare il ricorso inammissibile, siccome volto all'ottenimento – da parte della ricorrente – di una pronuncia di accertamento negativo, che esulerebbe dalla competenza dell'Arbitro ai sensi degli artt. 3, comma 1, 9, comma 1, lett. f) e 11, comma 8, del Decreto.

L'eccezione non merita accoglimento.

Giova innanzitutto premettere come, ai sensi dell'art. 3, comma 1, del Decreto, *“sono rimesse alla cognizione dell'arbitro assicurativo le controversie derivanti da un contratto di assicurazione, aventi le caratteristiche di cui al comma 3, e come oggetto l'accertamento di diritti, anche risarcitori, obblighi e facoltà inerenti alle prestazioni e ai servizi assicurativi o l'inosservanza delle regole di comportamento previste dal Titolo IX, Capo II, sezione IV,*



Capi III, III-bis e III-ter del codice delle assicurazioni inerenti all'esercizio dell'attività di distribuzione assicurativa"; ai sensi, invece, del successivo art. 9, comma 1, lett. f) del Decreto *"il Presidente dichiara inammissibile il ricorso quando (...) f) ha ad oggetto controversie diverse da quelle indicate dall'articolo 3 o non derivanti dalla conclusione di un contratto di assicurazione"*.

Ebbene, rileva il Collegio come l'annessione al suo ambito di competenza delle domande di accertamento, come sopra meglio specificate, non possa non implicare anche l'eventuale competenza in ordine a domande bensì di accertamento negativo di obblighi o vincoli di sorta a carico della clientela, in tesi *"inerenti alle prestazioni e ai servizi assicurativi"* o all'osservanza di regole attingibili dal Titolo IX, Capo II, sezione IV, Capi III, III-bis e III-ter del codice delle assicurazioni.

Ciò che il Decreto ha inteso infatti delineare, dando corso alla previsione recata dall'art. 187 CAP, è un perimetro di competenza per materia radicato intorno al baricentro del contratto assicurativo e delle pretese/facoltà da esso scaturenti, inerenti appunto alle prestazioni e ai servizi assicurativi ovvero alle condotte disciplinate dallo stesso CAP (*sub* Titolo IX, Capo II, sezione IV, Capi III, III-bis e III-ter), relative alla distribuzione assicurativa. A misura che intorno a questo ideale asse di rotazione si strutturano le relazioni tra imprese/intermediari, da una parte, e clientela dall'altra, è gioco forza che ogni sfaccettatura delle controversie che a quelle pertengono debba potere essere ricondotta alla competenza dell'AAS, ivi comprese dunque quella che veda il cliente, dietro l'impiego della formula di sintesi dell' *"accertamento negativo"*, contestare l'attualità di una qualche pretesa pretesa/facoltà spettante dall'impresa o dall'intermediario nei propri confronti.

In ciò, del resto, si realizza appieno la funzione dell'Arbitro quale 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 del Codice delle Assicurazioni Private (di seguito CAP), 15, dir. 2016/97/UE sulla distribuzione assicurativa e 1, dir. 2013/11/UE sulla risoluzione alternativa delle controversie dei consumatori).

Conferme indirette in tale direzione sono del resto utilmente attingibili dalla giurisprudenza dell'ABF. In particolare, il Collegio di Coordinamento ABF ha espressamente affermato che (quell')Arbitro *"può accertare l'illegittimità della pretesa creditoria sottostante, anche se il rapporto è estinto, purché vi sia un pregiudizio attuale per il cliente"* (ABF, Collegio di Coordinamento, decisione n. 4519/2023); nello stesso solco si collocano poi ulteriori pronunce di singoli collegi territoriali che, valorizzando il contenuto sostanziale della domanda proposta dal ricorrente, hanno proceduto alla sua qualificazione come domanda volta a contestare una pretesa creditoria dell'intermediario, esaminandola nel merito (cfr. ABF, Collegio di Milano, decisione n. 6720/2025).

Venendo così al merito del ricorso, esso si appunta sulla contestazione, da parte della ricorrente, del diritto vantato dall'impresa alla restituzione delle somme precedentemente versate a titolo di indennizzo, siccome corrisposte per mero errore materiale.



Richiamando quanto esposto in narrativa e stando alle evidenze in atti, risulta che la ricorrente, in data 13 marzo 2025, abbia denunciato il sinistro per l'evento terremoto avvenuto nella medesima data, chiedendo l'attivazione di polizza casa multirischio. Seguiti, in data in data 18 marzo 2025, l'apertura di sinistro da parte dell'impresa, ed ancora il conferimento di incarico peritale ed il successivo atto di accertamento conservativo del danno, si giungeva alla quantificazione del danno in euro 6.370,00, da liquidare nell'immediato, prevedendo altresì un supplemento d'indennità pari ad euro 930,00 e spese di demolizione e sgombero pari ad euro 2.640,00, da riconoscersi secondo i modi e i tempi previsti dalla polizza e, in particolare, a lavori ultimati e documentati. La documentazione peritale indicava inoltre una franchigia/scoperto pari ad euro 2.000

In data 14 luglio 2025, l'impresa resistente comunicava quindi di aver disposto il pagamento tramite bonifico dell'importo di 6.370,00 euro, riportando nell'oggetto della comunicazione il numero di polizza e di sinistro. Seguiva poi, in data 22 luglio 2025, nota con cui lo studio di infortunistica incaricato dalla ricorrente trasmetteva la fattura relativa ai lavori eseguiti, oltre a quella relativa agli oneri professionali.

Senonché, in data 25 luglio 2025 l'impresa effettuava (circostanza pacifica tra le parti) un secondo bonifico di euro 6.370,00, sebbene a suo dire indicando in causale i riferimenti ad altra polizza ed altro sinistro. Di qui, la lettera del 6 novembre 2025, con cui l'impresa chiedeva la restituzione delle somme corrisposte, riscontrata, in data 17 novembre 2025, dallo studio di infortunistica che esplicitava la volontà collaborativa della propria cliente (odierna ricorrente) e precisamente l'intenzione della stessa *"di voler eseguire bonifico versando la differenza tra la somma ricevuta erroneamente di € 6.370,00 e la somma di €3.570,00 per supplemento di indennità (...)".*

In data 17 dicembre 2025, l'impresa resistente comunicava quindi di aver disposto il pagamento di 2.430,00 euro a titolo di saldo dell'indennizzo, comprensivo delle somme riconosciute per le spese di demolizione e di sgombero e per supplemento d'indennità, precisando che le spese professionali non sarebbero state rimborsate in quanto escluse dalla polizza.

Ciò posto, l'impresa resistente sostiene che l'indennizzo complessivamente spettante alla ricorrente fosse pari a 8.800,00 euro, come da riscontro nella documentazione trasmessa dal consulente dell'assicurata e, in particolare, nella fattura relativa ai lavori di ripristino eseguiti. A fronte di tale importo, la stessa impresa avrebbe disposto un pagamento di euro 6.370,00 in data 14 luglio 2025 e un successivo pagamento di euro 2.430,00 in data 17 dicembre 2025, a saldo dell'indennizzo.

Il bonifico di euro 6.370,00, eseguito il 25 luglio 2025, costituirebbe invece frutto di mero errore materiale dall'impresa, come dimostrerebbero l'identità dell'importo rispetto a quello effettuato il 14 luglio 2025 nonché soprattutto il riferimento, nella causale, a una polizza diversa da quella della ricorrente, elemento questo non però riscontrabile dalla documentazione in atti, non essendo stata versata documentazione riferibile all'effettuato secondo bonifico del luglio 2025.



La ricorrente contesta invece tale ricostruzione, sostenendo che il secondo pagamento ricevuto, pari ad euro 6.370,00 costituisse in realtà una volontaria liquidazione di un maggiore indennizzo da parte dell'impresa e non un pagamento indebito.

Orbene, rileva il Collegio come centrale appaia, rispetto alla controversia tra le parti, la comunicazione del 17 novembre 2025, proveniente dallo studio consulente dell'assicurata, contenente dichiarazione ricognitiva dell'erroneità del ricevuto pagamento del 25 luglio 2025 ed altresì manifestazione di volontà di tenore promissorio circa l'effettuazione di un bonifico pari alla *"differenza tra la somma ricevuta erroneamente di € 6.370,00 e la somma di €3.570,00 per supplemento di indennità"*; si tratta ad ogni effetto di una promessa di pagamento che, in forza della previsione di cui all'art 1988 cod. civ., nonché secondo unanime indirizzo della giurisprudenza, mette capo al fenomeno della astrazione processuale della *causa debendi*, comportando dunque non già effetti sostanziali, bensì la *"relevatio ab onere probandi per la quale il destinatario della promessa è dispensato dall'onere di provare l'esistenza del rapporto fondamentale"* (Cass. civ., sez. III, 5 novembre 2024, ord. n. 28448).

Una volta dunque prodotta, tale dichiarazione promissoria, dall'impresa, sarebbe stato onere della ricorrente provare l'insussistenza della pretesa dell'impresa, ivi desumibile. Non beninteso fornendo la impossibile prova del fatto negativo, bensì la prova positiva di atti o fatti in grado di confutare anche indirettamente il diritto di credito altrui quali ad esempio, nella specie, la fornita evidenza di una univoca convergente imputazione dei due versamenti di pari importo, del 14 e del 25 luglio 2025, al medesimo sinistro, relativo alla medesima polizza.

Tale prova soltanto avrebbe potuto in definitiva consentire di asseverare la tesi di parte ricorrente circa la spettanza a sé del diritto a ricevere (e dunque a trattenere) anche il secondo versamento di euro 6.370,00, a titolo di supplemento risarcitorio retto dalla medesima causa della prima dazione, lasciando simmetricamente desumere l'infondatezza della pretesa restitutoria dell'impresa. Il mancato assolvimento di tale onere probatorio, da parte della ricorrente, preclude invece l'accoglimento della domanda proposta.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

Il Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA