



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 STEFANO CHERTI

Riunione del 09/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 16 gennaio 2026 (e reclamo presentato nei confronti dell'impresa in data 17 settembre 2025), il ricorrente lamenta il mancato rimborso della spesa sostenuta per cure odontoiatriche eseguite in data 20 maggio 2024 presso una struttura che, secondo quanto dallo stesso affermato, sarebbe stata convenzionata con l'impresa resistente alla data di erogazione della prestazione sanitaria.

La richiesta di rimborso è stata respinta dall'impresa in applicazione di quanto previsto dalle previsioni negoziali relative al *Piano sanitario*; tale posizione è stata confermata anche a seguito del reclamo presentato dal ricorrente nei confronti dell'impresa, nonché delle successive contestazioni formulate dal medesimo e riscontrate dall'impresa ai sensi del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008.

In sede di ricorso, il ricorrente riferisce di avere documentato nel corso degli anni il proprio diritto al rimborso e sostiene che, tra i soggetti coinvolti – ossia l'impresa resistente, l'intermediario resistente e ulteriori soggetti non convenuti, tra cui un fondo sanitario e una



società di servizi – si sarebbe verificato un rimpallo di competenze che avrebbe ostacolato il riconoscimento del rimborso richiesto e non garantito la parità di trattamento tra dipendenti.

Secondo quanto dedotto dal ricorrente, la gestione propedeutica al rimborso del sinistro da parte dell'impresa resistente sarebbe stata caratterizzata, nel corso del 2024, da risposte ritenute evasive, vaghe e lacunose, che non avrebbero consentito di chiarire la situazione, né di definire la pratica, determinando il protrarsi della vicenda e il mancato rimborso delle spese richieste, dal quale sarebbe derivato un conseguente danno emergente.

Il ricorrente deduce altresì la violazione del principio *"in dubio pro consumatore"*, rappresentando che, al tempo dell'intervento, il sito del fondo sanitario riportava lo studio dentistico scelto tra le strutture convenzionate.

Alla luce di quanto esposto, il ricorrente chiede di accertare il suo diritto al rimborso delle cure odontoiatriche e al risarcimento, con conseguente condanna dell'impresa resistente al rimborso e al risarcimento, nonché di accertare la responsabilità solidale di alcuni soggetti non convenuti dinanzi all'Arbitro, *"quali responsabili per culpa in eligendo e vigilando"*.

In via subordinata, il ricorrente chiede che venga riconosciuta la *"nullità delle clausole che discriminano tra dipendenti che possono ottenere rimborsi diretti e indiretti e dipendenti che possono ottenere solo rimborsi diretti"* e *"il massimo delle spese vive e oneri per l'attività stragiudiziale di gestione del sinistro dal 2024 ad oggi liquidabili in via equitativa (studi, corrispondenza, collazione, etc.) e di successiva contestazione dell'inadempimento"*.

L'impresa regolarmente costituita, relativamente alle contestazioni avanzate dal ricorrente, in via preliminare rileva che lo stesso agirebbe quale assicurato di una polizza collettiva stipulata dal fondo sanitario con l'impresa resistente e che il materiale informativo relativo alla copertura, inclusa la *Guida al Piano sanitario*, sarebbe stato diffuso e reso disponibile dal fondo sul proprio sito internet.

Nel merito, l'impresa resistente riferisce che il ricorrente ha presentato, in data 20 giugno 2024, una richiesta di rimborso per cure odontoiatriche, allegando una fattura del 20 maggio 2024 di importo pari a 800 euro e che la richiesta è stata respinta con comunicazione del 10 luglio 2024, in quanto la prestazione sanitaria sarebbe stata effettuata presso una struttura non convenzionata. L'impresa rappresenta altresì di avere successivamente confermato il diniego a seguito del reclamo e delle ulteriori contestazioni formulate dal ricorrente.

Secondo quanto dedotto dall'impresa resistente, il *Piano sanitario* prevedrebbe la copertura delle prestazioni odontoiatriche esclusivamente ove eseguite presso strutture convenzionate e secondo la procedura prevista per l'assistenza diretta, ovvero tramite il Servizio Sanitario Nazionale, senza quindi contemplare il rimborso delle prestazioni effettuate presso strutture non convenzionate.

L'impresa resistente evidenzia inoltre che il *Piano sanitario* prevede una specifica ipotesi di rimborso per cure dentarie da infortunio effettuate presso strutture non convenzionate, subordinata alla produzione di radiografie, referti radiologici e referto di Pronto soccorso attestante il trauma (ma tale documentazione non risulta prodotta nel caso di specie).



Con riferimento alle ulteriori contestazioni formulate dal ricorrente, l'impresa resistente rappresenta che il centro dentistico presso cui è stata eseguita la prestazione non risulta più convenzionato con l'impresa dal 10 ottobre 2023 e che l'elenco delle strutture prodotto dal ricorrente risulterebbe antecedente alla cessazione della convenzione.

L'impresa resistente osserva inoltre che il ricorrente non avrebbe attivato la procedura prevista per l'accesso alla rete convenzionata, rivolgendosi direttamente alla struttura sanitaria e richiedendo successivamente il rimborso delle spese sostenute. Afferma altresì che, dalle verifiche effettuate, non risulterebbero contatti del ricorrente con la centrale operativa nel corso del 2024.

L'impresa, in via principale e alla luce di quanto eccepito, chiede il rigetto del ricorso. In via subordinata, in caso di accoglimento anche parziale, la condanna *“al pagamento della minor somma che dovesse essere riconosciuta come dovuta in favore dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dal Contratto”*.

L'intermediario, pure convenuto, fa presente che il ricorrente, dipendente dello stesso, ha richiesto all'impresa di assicurazione, per il tramite del fondo sanitario, il rimborso delle spese sostenute in data 20 maggio 2024 per delle cure odontoiatriche.

L'intermediario evidenzia che il fondo sanitario *“è un'Associazione senza scopi di lucro che opera per finalità mutualistiche e di solidarietà sociale erogando prestazioni integrative e sostitutive di quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale, delle quali i dipendenti possono beneficiare in virtù degli accordi sindacali sottoscritti tra l'Azienda e le Associazioni di categoria”* e che il ricorrente *“ha potuto aderire al Fondo Sanitario a fronte di specifica disposizione prevista dall'accordo siglato in data 5 novembre 2021”*.

Ciò premesso, l'intermediario precisa che durante gli anni 2023/2024 il ricorrente *“ha avuto accesso alle coperture assicurative così come ricomprese dalla polizza [dell'impresa convenuta] e solo dall'anno 2025 ha beneficiato di quelle erogate tramite [altra Società]”*.

Da ultimo, l'intermediario rileva che la richiesta di rimborso del ricorrente è stata respinta dall'impresa convenuta per *“carenza dei presupposti”*.

In via preliminare, l'intermediario chiede di dichiarare l'inammissibilità del ricorso per assenza di reclamo ai sensi dell'art. 9 del Decreto del Ministero delle Imprese e del Made in Italy, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito “Decreto”) e la carenza di legittimazione passiva, non avendo lo stesso *“svolto nella specie alcuna attività di distribuzione assicurativa rilevante”* ai sensi dell'art. 3 del Decreto. Chiede, infine, di escludere *“la configurabilità di qualsivoglia responsabilità per culpa in vigilando o in eligendo nell'ambito del perimetro oggettivo di competenza dell'Arbitro”*.

DIRITTO

La controversia portata all'attenzione del Collegio riguarda il diritto del ricorrente a vedersi rimborsate delle spese sostenute per cure odontoiatriche. In via preliminare, si rappresenta che il ricorrente, pur formulando nel ricorso allegazioni riferite anche al fondo sanitario cui aderisce, non ha formalmente convenuto tale soggetto nel presente procedimento, instaurato unicamente nei confronti dell'impresa resistente e dell'intermediario convenuto.



Al riguardo, si osserva che l'art. 187.1, comma 1, del Decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (di seguito "CAP") individua quali aderenti al sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi.

In coerenza con tale previsione, l'art. 1, comma 1, lett. e), del Decreto definisce "impresa" l'impresa di assicurazione iscritta all'albo delle imprese di cui agli artt. 14, comma 4, e 28, comma 5, del CAP ovvero iscritta negli elenchi in appendice al medesimo albo ai sensi dell'art. 26 del CAP; la successiva lett. f) definisce invece "intermediario" l'intermediario assicurativo, anche a titolo accessorio, iscritto nel Registro Unico degli Intermediari di cui all'art. 109 del CAP.

In tale contesto, non emergono elementi idonei a ricondurre il fondo sanitario menzionato nel ricorso, né alla nozione di impresa, né a quella di intermediario assicurativo, quali soggetti individuati dal CAP e dal Decreto quali destinatari del procedimento innanzi all'Arbitro Assicurativo. Questo Collegio rileva che, pur essendo l'intermediario stato evocato nel presente procedimento, l'atto introduttivo non contiene alcuna domanda nei suoi confronti, né individua un *petitum* o una *causa petendi* riferibili alla sua posizione. Ne consegue che difetta una domanda sulla quale il Collegio sia chiamato a pronunciarsi, non potendo essere resa alcuna decisione in assenza di una specifica pretesa azionata nei confronti della parte evocata. Pertanto, nei confronti dell'intermediario, non vi è luogo a provvedere. Inoltre, non risulta essere stato allegato il previo reclamo nei confronti di quest'ultimo, sicché, sotto questo profilo, il ricorso dovrebbe dichiararsi in ogni caso inammissibile ai sensi del combinato disposto dell'art. 9, lett. a) e dell'art. 11, comma 8, del Decreto.

Ancora, in via preliminare, questo Collegio dà atto che in data 11 giugno 2026, in applicazione dell'art. 11, comma 6, del Decreto, ha formulato al ricorrente e all'impresa di assicurazione la seguente proposta conciliativa, con contestuale proroga del termine del procedimento di 90 giorni: *"Alla luce degli elementi istruttori analizzati e dopo aver discusso in merito, il Collegio formula alle parti la seguente proposta conciliativa: riconoscimento al ricorrente da parte dell'impresa assicurativa del rimborso di € 400,00, con rinuncia reciproca delle parti a ogni atto, azione, diritto, ragione o pretesa connessi ai fatti e ai rapporti oggetto del procedimento dinanzi all'Arbitro Assicurativo, dedotti o deducibili nell'ambito dello stesso, con dichiarazione di non avere null'altro a pretendere l'una dall'altra. La decisione è stata adottata all'unanimità. Il Collegio dispone la proroga del termine del procedimento di 90 giorni"*.

In data 18 giugno 2026, il ricorrente ha aderito alla proposta conciliativa formulata dal Collegio, tuttavia l'impresa, nella medesima data, ha comunicato l'intenzione di non aderire alla proposta formulata.

Passando dunque al merito della decisione, la controversia riguarda una polizza collettiva stipulata tra l'impresa convenuta e il fondo sanitario (contraente), con la quale vengono offerte delle coperture assicurative a beneficio degli iscritti al fondo. L'impresa resistente ha respinto la richiesta di rimborso delle spese sostenute dal ricorrente per cure odontoiatriche richiamando le previsioni di cui agli artt. 3 e 6.17 della "Guida al Piano sanitario" applicabile *ratione temporis* rilevando che il rimborso delle spese sostenute presso strutture non



convenzionate avverrebbe secondo quanto previsto per la singola prestazione (art. 3.2 della *Guida*). In particolare, le prestazioni odontoiatriche sono garantite esclusivamente in regime di assistenza diretta presso Strutture convenzionate e previa attivazione della procedura prevista dall'art. 3.1 della *Guida* (v. anche art. 6.17 della *Guida*).

L'impresa ha evidenziato che, nel caso di specie, le cure sono state effettuate presso una struttura non convenzionata e, anche laddove questa fosse stata convenzionata, il ricorrente ha ommesso di attivare la procedura di accesso alla rete.

L'impresa resistente deduce altresì che lo studio dentistico presso il quale sono state eseguite le cure non risulta più convenzionato dal 10 ottobre 2023 e che l'elenco prodotto dal ricorrente (per provare l'inclusione della struttura nell'elenco di quelle convenzionate) è antecedente alla cessazione della convenzione.

Dalla documentazione in atti emerge che lo studio dentistico presso il quale sono state effettuate le cure risulta nell'elenco prodotto dal ricorrente, ancorché con indirizzo non coincidente con quello indicato nella fattura prodotta agli atti. L'elenco delle strutture convenzionate allegato dal ricorrente reca quale data dell'ultima modifica il 28 marzo 2023, ma lo stesso non indica il periodo di validità delle convenzioni ivi riportate; dunque, non è possibile accertare se tale documento corrispondesse all'elenco effettivamente disponibile agli assicurati alla data di esecuzione della prestazione sanitaria di cui si chiede il rimborso.

Alla luce di quanto allegato dalle parti, si osserva che la copertura dell'evento sanitario per il quale il ricorrente richiede il rimborso (cure odontoiatriche) non è contestata in sé dall'impresa resistente. Il diniego opposto è fondato sulle modalità di operatività della garanzia previste dalla documentazione richiamata dalle parti, con particolare riguardo: alla distinzione tra assistenza diretta e rimborso indiretto; al convenzionamento della struttura sanitaria; alla preventiva attivazione della procedura prevista per l'accesso alla rete convenzionata e alle condizioni richieste per l'ammissibilità del rimborso delle spese sostenute dall'assicurato.

Per la risoluzione della controversia è così opportuno valutare la chiarezza delle modalità di fruizione della copertura assicurativa, nonché la comprensibilità delle limitazioni richiamate dall'impresa resistente, per verificare se effettivamente un'informazione lacunosa o poco chiara possa aver ingenerato errori nel comportamento del ricorrente (che non si è attenuto a quanto previsto dalla documentazione sottoscritta). Al riguardo si può osservare che secondo i tradizionali orientamenti della giurisprudenza di legittimità (v. da ultimo Cass. civ., sez. I, ord. 30 marzo 2026, n. 7606 per articolati richiami) *“il primo strumento da utilizzare è il senso letterale delle parole e delle espressioni adoperate, mentre soltanto se esso risulti ambiguo può farsi ricorso ai canoni strettamente interpretativi contemplati dall'art. 1362 all'art. 1365 c.c. e, in caso di loro insufficienza, a quelli interpretativi integrativi previsti dall'art. 1366 c.c. all'art. 1371 c.c.”* (Cass. civ., sez. III, ord. 11 marzo 2025, n. 6444). Mentre per i criteri interpretativi sussidiari e integrativi, *“il giudice del merito non è tenuto a ricorrervi ove, interpretata la clausola in conformità ai criteri legali di ermeneutica negoziale, nel modo più corrispondente al suo significato letterale, non ha dubbi o perplessità circa il suo significato”* (Cass. civ., sez. III, ord. 11 novembre 2024, n. 28939; nonché Cass. civ., sez. II, ord. 20 giugno 2024, n. 17063).



In questo quadro, la condotta tenuta dal ricorrente non è linea con quanto disciplinato negli artt. 3 e 6.17 della “Guida al Piano sanitario”, prescrizioni che tuttavia non presentano particolari difficoltà interpretative, né prevedono per l’assicurato oneri eccessivi. Nel caso di specie (e in contrasto con quanto previsto dalla documentazione di riferimento), le cure sono state effettuate presso una struttura non convenzionata (ciò che la resistente ha affermato nelle controdeduzioni e il ricorrente non ha contestato, non avendo tra l’altro depositato alcuna memoria di replica). Peraltro, anche laddove la struttura fosse stata convenzionata, il ricorrente ha omesso di attivare la procedura di accesso alla rete.

Per i principi che governano il giudizio civile nel nostro ordinamento (applicabili *per relationem* anche all’Arbitro Assicurativo), il mancato accoglimento della domanda principale (diretta al rimborso di quanto speso per le cure odontoiatriche) comporta anche il mancato accoglimento di quella subordinata volta al rimborso “*delle spese vive e oneri per l’attività stragiudiziale di gestione del sinistro dal 2024 ad oggi liquidabili in via equitativa (studi, corrispondenza, collazione, etc.)*”.

Quanto alla seconda domanda, pur avanzata in via subordinata dal ricorrente, di accertare la nullità “*delle clausole che discriminano tra dipendenti che possono ottenere rimborsi diretti e indiretti e dipendenti che possono ottenere solo rimborsi diretti*”. Secondo la parte queste clausole sarebbero indicative di una disparità di trattamento tra dipendenti originariamente assunti dall’intermediario e dipendenti provenienti da altra banca successivamente incorporata (con l’effetto che solo i primi avrebbero accesso alle coperture assicurative per cure odontoiatriche effettuate presso strutture non convenzionate). Secondo questo Collegio, la censura formulata attiene, più che il singolo rapporto assicurativo, la disciplina collettiva del Fondo sanitario e i criteri di differenziazione applicati tra diverse categorie di iscritti. La materia esula tra quelle di competenza dell’Arbitro, posto che 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 ad oggetto l’accertamento di diritti, anche risarcitori, obblighi e facoltà inerenti alle prestazioni e ai servizi assicurativi (...)*”.

Dunque, in virtù di quanto dedotto e allegato nel corso del procedimento, questo Collegio ritiene di poter accogliere le difese spiegate dall’impresa resistente, rigettando le doglianze della parte ricorrente.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

Il Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA