



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA

Presidente

GIOVANNI STELLA

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 GIOVANNI STELLA

Riunione del 17/09/2026

FATTO

Con ricorso del 26 gennaio 2026, il ricorrente lamentava che *“L'assicurazione non ritiene che la polizza rientri all'interno dei termini per il pagamento, ma il sottoscritto e gli avvocati contattati ritengono invece il contrario”*, senza ulteriori precisazioni.

Nel modulo di ricorso, il ricorrente dichiarava di aver presentato reclamo all'impresa in data 19 novembre 2025.

Con le conclusioni il ricorrente chiedeva che gli *“vengano rimborsate le spese mediche sostenute secondo i termini assicurativi”*.



Dal verbale di pronto soccorso allegato al ricorso risulta che il ricorrente è stato portato con l'ambulanza in ospedale nella serata del 2 agosto 2025. In sede di anamnesi lo stesso riferiva *“dolore improvviso parte posteriore gamba destra durante partita di Padel”*.

A seguito di ecografia dei muscoli e dei tendini, veniva dimesso con diagnosi *“Lesione t Achille tibio tarsica destra”, “Giorni prognosi: 30 s.c.”*. In particolare, nel referto ecografico si documenta *“rottura completa del terzo distale del tendine d’Achille destro, al livello della giunzione miotendinea, non riconoscibile per un tratto di circa 7 mm, con evidenza di sottile ematoma interposto”*.

Sempre dalla documentazione allegata al ricorso risulta che il ricorrente è stato ricoverato il 6 agosto per intervento chirurgico ed è stato dimesso il 6 agosto, con assegnazione di prognosi clinica a tutto il 6 settembre 2025.

Nelle controdeduzioni, l'impresa resistente rappresentava che il ricorrente ha sottoscritto una polizza spese mediche e che questi avrebbe formulato la domanda di rimborso delle spese sostenute in ragione di una lesione del tendine di Achille destro, riportata a seguito di una partita di Padel in data 2 agosto 2025. Riferiva di aver denegato l'operatività della copertura assicurativa in quanto il sinistro denunciato sarebbe carente delle caratteristiche di indennizzabilità dell'infortunio previste dalla polizza, difettando nel caso di specie una causa fortuita, violenta ed esterna. Precisava di essere addivenuta a tale determinazione anche sulla base del parere reso dal consulente medico-legale di parte, il quale ha ritenuto che *“non emergerebbe un evento infortunio in quanto si tratterebbe non di una lesione da sforzo ma bensì di un atto di forza e pertanto in assenza di una causa esterna violenta imprevista, imprevedibile ed improvvisa”*.

L'impresa resistente eccepiva preliminarmente l'inammissibilità del ricorso in quanto la controversia non avrebbe natura documentale, risultando necessari ai fini della decisione accertamenti di natura tecnica sulla modalità di verifica del sinistro, sulla compatibilità dei danni riportati, sulla causa dell'infortunio e sull'entità e congruità delle spese sostenute, nonché l'assunzione di prove orali sulla dinamica del sinistro.

Sempre in via preliminare, l'impresa resistente eccepiva l'inammissibilità del ricorso per indeterminatezza e mancanza di documentazione, osservando che il ricorrente non avrebbe allegato alcunché in ordine alla dinamica del sinistro, alla documentazione contrattuale e alle spese mediche sostenute.

Nel merito rilevava che il ricorrente ha prodotto il certificato di Pronto Soccorso datato 2 agosto 2025, ove si legge *“motivo presenza PS: contusione caviglia dx durante partita di calcio – sospetto di lesioni tendinee”*. Nella sezione Anamnesi viene invece indicato quanto segue *“Riferisce dolore improvviso parte posteriore gamba destra durante partita di Padel”*. In ogni caso, il ricorrente ha denunciato il sinistro all'impresa riferendo di aver riportato una lesione al tendine d'Achille durante la partita di Padel; quindi, stando a quanto riferito in sede di PS e in sede di denuncia, durante la predetta partita di Padel, avrebbe sentito un dolore improvviso.

Sul punto, l'impresa sottolineava che tale evento non rientrerebbe nelle coperture di polizza per il caso di infortunio, non trattandosi di una causa esterna all'organismo.



Con le conclusioni l'impresa chiedeva di: *“accertare e dichiarare l'inammissibilità del Ricorso e la sua infondatezza”*.

Nelle repliche il ricorrente affermava di non aver mai ricevuto l'elaborato del consulente medico-legale dell'impresa, precisando di non essere mai stato sottoposto a visita da quest'ultimo, tantomeno di avere ricevuto un invito in tal senso.

In merito all'eccezione di inammissibilità del ricorso in quanto non documentale, il ricorrente replicava che l'impresa avrebbe dovuto richiedere ulteriori approfondimenti, stante la sua disponibilità.

Per quanto invece attiene all'eccezione di inammissibilità del ricorso per indeterminatezza e mancanza di documentazione, il ricorrente osservava di avere versato in atti sufficiente documentazione, in particolare quella contrattuale, e di aver fornito direttamente all'impresa i documenti relativi alle spese mediche in sede di gestione del sinistro.

Nel merito, il ricorrente contestava l'asserita discrasia tra le dichiarazioni contenute nella documentazione del Pronto Soccorso, riferendo di aver riportato sempre i medesimi fatti agli operatori sanitari e declinando qualsivoglia responsabilità per quanto sia stato trascritto da questi ultimi.

Nelle repliche, il ricorrente così concludeva: *“Tengo a ribadire che la richiesta all'arbitro assicurativo riguarda solo l'ammissibilità della liquidazione in base a quanto previsto dalla polizza sottoscritta con l'infortunio avuto. Non è stato chiesto di esprimersi in merito alle somme da liquidare, ma solo in merito alla compatibilità della liquidazione secondo quanto previsto dalla polizza”*.

Con le controrepliche l'impresa resistente reiterava l'eccezione preliminare di inammissibilità del ricorso in quanto richiederebbe accertamenti istruttori preclusi all'Arbitro. Eccepiva inoltre l'inammissibilità della documentazione prodotta da parte del ricorrente in sede di repliche in quanto tardiva.

Nel merito, riteneva che le argomentazioni addotte dal ricorrente nelle repliche fossero generiche. Ribadiva che l'evento denunciato non rientrerebbe nella copertura di polizza, in quanto non suscumbibile nella definizione di infortunio ai sensi della polizza, stante l'assenza di una causa esterna, violenta, imprevista e imprevedibile. Aggiungeva che l'evento *“rottura sottocutanea di tendini”* sarebbe ricompreso espressamente nei rischi esclusi dall'art. 3.3 delle condizioni di polizza, osservando che l'esclusione contrattuale non sia stata contestata dal ricorrente.

DIRITTO

La questione rimessa alla decisione del Collegio concerne la doglianza del ricorrente di mancato riconoscimento, da parte dell'impresa, del rimborso spese mediche per un infortunio subito (lesione del tendine di Achille destro, riportata a seguito di una partita di Padel in data 2 agosto 2025).

In via pregiudiziale l'impresa eccepisce l'inammissibilità del ricorso per indeterminatezza, ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h) del Decreto delle Imprese e del Made in Italy 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito “Decreto”) e per carenza documentale, ai sensi dell'art. 9, comma



1, lett. e) dello stesso Decreto. In particolare, il ricorrente non avrebbe prodotto in atti il certificato di polizza, le spese mediche sostenute delle quali chiede il rimborso e nulla avrebbe allegato in merito alla dinamica del sinistro.

In proposito il Collegio osserva che il ricorrente – nel modulo di ricorso, alla voce “OGGETTO DELLA CONTROVERSIA” – espone quanto segue: “*L’assicurazione non ritiene che la polizza rientri all’interno dei termini per il pagamento, ma il sottoscritto e gli avvocati contattati ritengono invece il contrario*”. Nelle “*RICHIESTE ALL’ARBITRO*”, formula le seguenti conclusioni “*Richiedo che mi vengano rimborsate le spese mediche sostenute secondo i termini assicurativi*”.

Ciò premesso, ad avviso del Collegio la domanda proposta dal ricorrente risulta connotata da genericità e indeterminatezza. Il ricorrente con il ricorso non ha menzionato e allegato la scheda di polizza, non ha descritto la dinamica del sinistro né ha indicato il *quantum* delle spese mediche di cui chiede il rimborso o allegato la documentazione da cui si possa desumere *per relationem* l’indennizzo richiesto.

L’art. 9, comma 1, lett. h), Decreto, stabilisce l’inammissibilità del ricorso quando: “(...) è *privo dell’indicazione degli elementi essenziali quali l’oggetto, il contratto di assicurazione stipulato, la domanda e l’esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda, con le relative richieste*”. Tali elementi essenziali ricomprendono pertanto anche il *petitum*, ossia nel caso di specie la somma asseritamente dovuta a titolo di indennizzo e di cui il ricorrente chiede espressamente il pagamento quale unico ed esclusivo oggetto della domanda.

Sebbene il procedimento dinnanzi all’Arbitro Assicurativo, in ogni sua fase, sia disciplinato dal Decreto con un minore rigore formale e tecnico rispetto ai procedimenti instaurati presso l’autorità giudiziaria ordinaria (si pensi ad esempio alla regola per cui il ricorso può essere proposto dal cliente personalmente senza l’assistenza di un legale), il *petitum* deve comunque essere individuato o individuabile, risultando applicabile anche al procedimento arbitrale l’art. 163, comma terzo, n. 3) cod. proc. civ. (ai sensi del quale l’atto di citazione deve contenere “*la determinazione della cosa oggetto della domanda*”). Questi principi sono stati già affermati in alcuni precedenti di questo Arbitro (Decisioni n. 728/2026; n. 577/2026; n. 490/2026) e anche dai Collegi dell’Arbitro Bancario Finanziario, con riferimento a un procedimento soggetto a un regime normativo analogo a quello applicabile alla presente controversia (cfr., *ex multis*, Coll. Bari, 4 agosto 2023, n. 8384).

Da quanto sopra consegue che la mancata indicazione nel ricorso dell’importo delle spese mediche delle quali si richiede la copertura incide sulla possibilità di individuare compiutamente il contenuto della pretesa azionata, anche ai fini della determinazione del valore della controversia.

Per completezza, il Collegio precisa che il ricorrente ha prodotto la documentazione di supporto alla propria richiesta di rimborso spese in sede di repliche. In particolare, sono state acquisite agli atti, con le repliche, le fatture e gli altri documenti fiscali relativi alle spese mediche sostenute, dai quali è possibile evincere l’importo complessivo di euro 1.880,95 (costituito dalla mera somma algebrica degli importi presenti nei documenti, in disparte da



ogni valutazione in ordine a eventuali duplicazioni di alcune spese e alla loro effettiva attinenza con il sinistro).

L'impresa nelle controrepliche eccepisce l'inammissibilità di tale produzione documentale in quanto effettuata solo con la memoria di replica, successivamente alla formulazione dell'eccezione preliminare di inammissibilità del ricorso per indeterminatezza e carenza di documentazione.

L'eccezione, ad avviso del Collegio, è fondata. L'art. 10, comma 2, del Decreto prevede: *“Con le memorie di replica e controreplica non possono essere proposte domande nuove o nuove eccezioni procedurali e di merito sulle circostanze del ricorso non contestate con la memoria di controdeduzione”*.

Sebbene non sia previsto un divieto espresso di produrre nuovi documenti con le memorie di repliche, l'Arbitro Assicurativo nella decisione n. 645/2026 ha già avuto modo di confermare il principio enunciato dai Collegi ABF secondo cui con le memorie di replica le parti possono precisare e approfondire gli argomenti svolti con il ricorso, ma non possono produrre nuovi documenti relativi ai fatti costitutivi della pretesa, tanto più se si tratta di documenti che risultano formati nella fase antecedente alla proposizione del ricorso o di cui non si sia venuti in possesso dopo la presentazione del ricorso (Coll. Palermo, 30 luglio 2019, n. 18773; Coll. Milano 18 giugno 2021 n. 15073. Cfr. anche Coll. Roma, 20 giugno 2022, n. 9533, sull'inammissibilità dell'allegazione di nuovi documenti in sede di repliche ai fini della quantificazione dei danni fatti valere con il ricorso).

Con riferimento al caso di specie il ricorrente, solamente in risposta alle controdeduzioni, ha fornito gli elementi probatori fondamentali per quantificare la pretesa di rimborso contenuta nel ricorso, mentre in quella sede non era indicato neppure indirettamente l'ammontare dell'indennizzo richiesto. Posta la inammissibilità di nuove produzioni documentali in fase di repliche, la quantificazione desumibile da tale documentazione non può essere presa in considerazione da questo Collegio, restando indeterminata la domanda circa il *quantum*.

Il Collegio osserva, infine, che il ricorrente nelle conclusioni formulate con la memoria di replica ha precisato che *“la richiesta all'arbitro assicurativo riguarda solo l'ammissibilità della liquidazione in base a quanto previsto dalla polizza sottoscritta con l'infortunio avuto. Non è stato chiesto di esprimersi in merito alle somme da liquidare, ma solo in merito alla compatibilità della liquidazione secondo quanto previsto dalla polizza”*.

Questa domanda, pur astrattamente ammissibile nel procedimento davanti all'AAS ai sensi dell'art. 3, comma 1, del Decreto (il quale rimette espressamente alla cognizione dell'arbitro assicurativo *“le controversie derivanti da un contratto di assicurazione, aventi (...) come oggetto l'accertamento di diritti, anche risarcitori (...)”*), è divergente da quella formulata nel ricorso (*“richiedo che mi vengano rimborsate le spese mediche sostenute secondo i termini assicurativi”*).

Al riguardo questo Arbitro ha già chiarito che *“ai sensi dell'art. 10, comma 2, D.M. 6 novembre 2024, n. 215, nelle memorie di replica e controreplica non possono essere introdotte domande nuove. Sono ammissibili soltanto le mere specificazioni di domande già proposte nel ricorso; è invece inammissibile la richiesta che introduca un petitum*



sostanzialmente nuovo” (decisione AAS n. 391/26). Anche sulla base dell’orientamento consolidato dei Collegi dell’Arbitro Bancario Finanziario (con riferimento quindi a un procedimento soggetto a un regime normativo analogo a quello applicabile alla presente controversia), si ritiene non ammissibile nel corso del procedimento una modificazione della domanda, essendo al più consentita una puntualizzazione delle domande già formulate in sede di ricorso (Collegio di Roma, 14 febbraio 2019, n. 4821); pertanto la domanda deve ritenersi inammissibile quando è stata presentata per la prima volta, ed esclusivamente, in sede di repliche (cfr., Collegio di Milano, decisione 5 ottobre 2021, n. 20926; Collegio di Coordinamento ABF, decisione 10 maggio 2023, n. 4519).

Ciò chiarito, la domanda formulata soltanto in sede di repliche di accertamento del diritto alla liquidazione secondo le condizioni di polizza non appare volte a ribadire e puntualizzare la domanda già proposta, bensì introduce una pretesa obiettivamente diversa, sotto il profilo del *petitum*, da quella originaria, tanto più considerando che tale mutamento pare essere stato indotto dall’eccezione di controparte di indeterminatezza della domanda originaria per mancata indicazione dell’ammontare di indennizzo richiesto.

In questo senso la domanda proposta dal ricorrente con la memoria di repliche è da considerarsi “nuova” e comunque diversa da quella formulata inizialmente, così da incorrere nel giudizio di inammissibilità.

Resta logicamente assorbita, attenendo al merito, l’ulteriore questione sollevata dall’impresa relativa all’insussistenza nel caso di specie di un infortunio ai termini di polizza.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

La Presidente

Firmato digitalmente da

CONCETTA BRESCIA MORRA