Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

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
CLAUDIO COLOMBO	Componente designato dai clienti non consumatori

Relatore CLAUDIO COLOMBO

Riunione del 01/10/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 6 marzo 2026, preceduto da reclamo presentato il 21 novembre 2025, la s.a.s. ricorrente premetteva di esercitare, tra l'altro, l'attività di gestione di uno stabilimento balneare.

Esponeva, quindi, che una violenta tromba d'aria aveva colpito la costa ove insiste l'attività commerciale, cagionando ingenti danni. In conseguenza di tale evento, in data 28 luglio 2025, la società aveva denunciato il sinistro all'impresa convenuta, con la quale aveva stipulato una polizza a copertura, tra gli altri, dei rischi derivanti da incendio ed eventi atmosferici.

Trascorsi quarantacinque giorni dalla denuncia, il perito incaricato dall'impresa aveva effettuato un sopralluogo, che la ricorrente qualificava come superficiale, senza tuttavia redigere il relativo verbale.

La ricorrente riferiva, inoltre, che, nonostante l'invio al perito della documentazione richiesta, nei successivi sette mesi non sarebbe stata redatta alcuna perizia, né sarebbe stato corrisposto l'indennizzo richiesto.

Concludeva, pertanto, chiedendo la condanna dell'impresa al pagamento della somma di euro 24.536,00, precisando, tuttavia, che tale importo rappresentava soltanto una parte del maggior danno che assumeva di avere complessivamente subito.

In sede di controdeduzioni, l'impresa anzitutto eccepiva l'inoperatività, quanto meno parziale, della copertura assicurativa, assumendo che gli stabilimenti balneari sarebbero esclusi dall'ambito della garanzia ai sensi dell'art. 9.2 delle condizioni generali di assicurazione (nel prosieguo "CGA").

Quanto alla gestione del sinistro, la convenuta rappresentava che, a seguito della denuncia, in data 31 luglio 2025 era stata aperta la relativa pratica e contestualmente conferito incarico a un perito fiduciario. Dopo alcuni rinvii richiesti dalla ricorrente, il sopralluogo era stato fissato per il 15 settembre 2025, con la partecipazione anche di un consulente dell'assicurata.

In data 20 settembre 2025, il perito incaricato dall'impresa aveva richiesto alla ricorrente la trasmissione di ulteriore documentazione, richiesta che, secondo quanto dedotto dalla convenuta, era stata riscontrata solo parzialmente il successivo 25 settembre. I successivi solleciti sarebbero rimasti privi di seguito, determinando una carenza documentale tale da non consentire né la verifica dei valori di preesistenza, né una compiuta quantificazione del danno.

L'impresa, inoltre, riferiva che, in data 13 novembre 2025, aveva disposto, ai sensi dell'art. 8.4 delle CGA, l'attivazione della perizia contrattuale, al fine di pervenire alla definizione del sinistro nel contraddittorio tra le parti, affidando al medesimo studio peritale la stima del danno. Tale procedimento, tuttavia, non era giunto a conclusione.

Su tali premesse, la convenuta eccepiva, da un lato, l'incompletezza dell'istruttoria e, dall'altro, l'infondatezza della domanda di pagamento dell'indennizzo, in quanto fondata, a suo dire, su una non corretta individuazione dell'oggetto della copertura e su criteri di quantificazione del danno non conformi alle previsioni contrattuali.

Con specifico riferimento a tale ultimo profilo, l'impresa osservava che la ricorrente avrebbe determinato il valore dei beni assicurati facendo riferimento al loro valore allo stato d'uso, mentre l'art. 2.4 delle CGA, con riguardo al contenuto, assumerebbe quale parametro il valore a nuovo, entro il limite massimo del doppio del valore allo stato d'uso. Secondo la convenuta, il criterio adottato dalla ricorrente condurrebbe, pertanto, a una sovrastima del danno.

Più in generale, l'impresa sosteneva che il pregiudizio lamentato sarebbe comunque indennizzabile solo in parte, in ragione delle limitazioni inerenti all'oggetto della copertura, ferma restando la necessità di procedere a un completo accertamento del danno. A tal fine, ribadiva la propria disponibilità a dare corso alla perizia contrattuale.

Sulla base di tali argomentazioni, la convenuta concludeva chiedendo il rigetto del ricorso.

In sede di replica, la ricorrente anzitutto contestava che il ritardo nell'espletamento del sopralluogo fosse dipeso da proprie richieste di rinvio. Precisava, infatti, che il primo contatto del perito sarebbe avvenuto soltanto l'11 o 12 agosto 2025, circa due settimane dopo la

denuncia del sinistro e nonostante i ripetuti solleciti. In tale occasione, la legale rappresentante della ricorrente aveva comunicato la propria indisponibilità a presenziare prima del 15 agosto per ragioni di salute, mentre lo stesso perito aveva rappresentato di non poter procedere nell'immediato. Il sopralluogo era stato, quindi, fissato per il 15 settembre 2025 e, secondo la ricorrente, si sarebbe svolto senza la redazione di un verbale in contraddittorio.

Quanto alle asserite carenze istruttorie, la ricorrente sosteneva che le richieste documentali formulate dal perito fossero in parte superflue o reiterative. Il proprio consulente avrebbe, pertanto, chiesto un incontro volto a individuare la documentazione effettivamente necessaria, senza, tuttavia, ricevere riscontro.

La ricorrente, inoltre, riferiva che il 14 novembre 2025 sarebbe subentrato un diverso perito, il quale avrebbe proposto l'attivazione della perizia contrattuale sul presupposto, in realtà erroneo, che il consulente dell'assicurata fosse già stato nominato quale perito di parte. Quest'ultimo, invece, sarebbe stato incaricato unicamente di assistere l'assicurata nella determinazione del danno ai sensi dell'art. 8.4, lett. a), delle CGA.

Sotto altro profilo, la ricorrente rilevava una contraddizione tra l'affermata impossibilità dell'impresa di quantificare il danno per carenza documentale e il deposito, in sede di controdeduzioni, di una perizia contenente comunque una stima. Di tale valutazione contestava diversi aspetti: la commistione tra spese di salvataggio e di messa in sicurezza e danni indennizzabili; la sovrapposizione tra *dehors* e gazebo, indicati come strutture distinte; l'omessa considerazione di tende e tendaggi, del registratore di cassa, dei lettini e degli ombrelloni; l'applicazione di uno scoperto del 30%, anziché di quello inferiore ritenuto applicabile; nonché, più in generale, il carattere eccessivamente riduttivo della valutazione a corpo.

La ricorrente, quindi, censurava la complessiva gestione del sinistro sotto il profilo della correttezza e della trasparenza e riteneva ingiustificata la reiterata proposta di procedere a perizia contrattuale. A suo avviso, tale procedura presuppone una divergenza sull'ammontare del danno, mentre nel caso di specie sarebbe mancata, a monte, una compiuta quantificazione da parte dell'impresa. La sua attivazione avrebbe, inoltre, comportato un aggravio di tempi e costi.

Quanto all'oggetto della copertura, la ricorrente evidenziava che la propria attività principale consiste nella gestione di uno stabilimento balneare e che, in sede di stipula, avrebbe manifestato all'intermediario la volontà di assicurare anche le relative attrezzature. Tale volontà troverebbe conferma, secondo la sua prospettazione, anche nell'ammontare del capitale assicurato per il contenuto.

Contestava, quindi, l'opponibilità dell'esclusione prevista dall'art. 9.2 delle CGA, sostenendo che la clausola non le sarebbe stata resa nota dall'intermediario assicurativo, che la stessa non sarebbe stata specificamente approvata e che comunque non risulterebbe adeguatamente evidenziata nella documentazione precontrattuale. Eccepiva, inoltre, la vessatorietà della previsione e sosteneva che dell'operato dell'intermediario dovrebbe comunque rispondere l'impresa.

La ricorrente, altresì, riteneva tale esclusione incompatibile con le garanzie aggiuntive relative agli "eventi atmosferici" e ai "*dehors*", che, secondo la propria interpretazione, coprono anche le attrezzature collocate all'aperto.

Infine, contestava l'eccezione relativa al criterio di stima, osservando che il riferimento al valore allo stato d'uso, anziché al valore a nuovo, non avrebbe determinato alcuna sovrastima del danno, risultando anzi maggiormente favorevole all'impresa. Giudicava, inoltre, non coerente il criterio adottato dalla convenuta, che avrebbe applicato il limite del doppio del valore d'uso soltanto con riguardo ai beni ritenuti non indennizzabili.

In sede di controrepliche, l'impresa ribadiva le contestazioni già svolte nelle controdeduzioni.

Quanto all'oggetto della copertura, sosteneva che dalla scheda di polizza e dalle CGA emergerebbe la limitazione della garanzia alla sola attività di ristorazione, con conseguente esclusione delle aree demaniali, dello stabilimento balneare e delle relative strutture.

Eccepiva, inoltre, il mancato assolvimento dell'onere probatorio, ritenendo la documentazione allegata alla memoria di replica inidonea a dimostrare il danno. In particolare, la corrispondenza intercorsa con i consulenti di parte avrebbe carattere meramente interlocutorio e, secondo la convenuta, confermerebbe piuttosto la mancata collaborazione dell'assicurata nell'istruttoria.

L'impresa insisteva, quindi, per l'attivazione della perizia contrattuale, ritenuta necessaria ai fini dell'accertamento e della quantificazione del danno indennizzabile.

Infine, contestava la dedotta vessatorietà della clausola di esclusione, sul rilievo che essa sarebbe diretta a delimitare il rischio assicurato. Affermava, altresì, che la clausola era stata specificamente approvata per iscritto ai sensi degli artt. 1341 e 1342 cod. civ. e che la documentazione contrattuale, ritenuta chiara e comprensibile, era stata consegnata alla ricorrente prima della sottoscrizione.

DIRITTO

La ricorrente, società in accomandita semplice avente quale attività prevalente la «gestione stabilimento balneare», come risulta dalla visura camerale in atti, ha stipulato con l'impresa una polizza assicurativa, nella quale, però, l'attività assicurata è stata descritta come «Ristorante, Trattoria, Pizzeria, Tavola Calda, *Self Service*, anche con annesso Bar ed Attività Accessoria di Ballo ed Intrattenimento Musicale».

A seguito della tromba d'aria, la ricorrente ha denunciato il sinistro e richiesto la corresponsione dell'indennizzo. L'impresa ne ha contestato la piena indennizzabilità, richiamando l'art. 9.2 delle CGA, il quale esclude espressamente gli stabilimenti balneari dalle attività assicurabili con il prodotto sottoscritto dalla ricorrente, oltre a eccepire carenze probatorie in ordine all'entità del danno.

Il Collegio ritiene preliminarmente fondata l'eccezione relativa all'oggetto della copertura.

L'art. 9.2 CGA, inserito nella sezione dedicata alla «classificazione dei rischi», individua, infatti, le attività non assicurabili e ricomprende espressamente tra queste gli «stabilimenti balneari». La previsione, letta congiuntamente agli artt. 9.1 e 1.12 CGA, non limita le

conseguenze di un rischio già assunto, ma concorre a definire a monte l'ambito oggettivo della garanzia.

Secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, le clausole che delimitano il rischio assicurato attengono all'oggetto del contratto e non sono soggette alla specifica approvazione prevista dall'art. 1341, comma secondo, cod. civ., diversamente dalle clausole che introducono limitazioni di responsabilità.

Non può, pertanto, essere accolta l'eccezione della ricorrente relativa alla mancata specifica approvazione dell'art. 9.2 CGA. La clausola, proprio in quanto delimitatrice del rischio, non richiedeva una separata sottoscrizione. Né assume rilievo, in senso contrario, il fatto che altre disposizioni contrattuali siano state specificamente approvate ai sensi degli artt. 1341 e 1342, cod. civ., trattandosi di profilo estraneo alla qualificazione e all'efficacia della clausola in esame.

Dalla documentazione in atti risulta, inoltre, che le CGA sono state consegnate alla ricorrente prima della sottoscrizione del contratto, come attestato nella stessa polizza, sicché esse erano conoscibili mediante l'ordinaria diligenza.

Non conduce a diversa conclusione il rilievo secondo cui l'attività principale della ricorrente consiste proprio nella gestione dello stabilimento balneare e che tale circostanza sarebbe stata nota all'intermediario assicurativo, tramite cui la ricorrente aveva sottoscritto il contratto. La descrizione dell'attività assicurata contenuta nella polizza individua, infatti, espressamente un'attività di ristorazione e non consente di ritenere che l'impresa abbia assunto anche il rischio relativo all'esercizio dello stabilimento balneare.

Le allegazioni della ricorrente circa le informazioni fornite all'intermediario non trovano, sotto tale profilo, riscontro nel contenuto del regolamento contrattuale e non sono, pertanto, idonee a modificare l'oggetto della garanzia pattuita.

Resta distinta l'altra questione relativa alla condotta e alla responsabilità dell'intermediario, non convenuto nel presente procedimento, nella fase precontrattuale, per avere eventualmente fatto sottoscrivere alla cliente un contratto non adeguato alle esigenze rappresentate. Tale questione richiederebbe, tuttavia, uno specifico accertamento delle informazioni rispettivamente ricevute e fornite, nonché delle circostanze nelle quali è avvenuta la conclusione del contratto.

Ciò premesso, dalla documentazione in atti e dalle stesse allegazioni dell'impresa emerge che alcune delle voci di danno dedotte dalla ricorrente risulterebbero, almeno in astratto, riconducibili all'ambito della copertura assicurativa.

Ai fini del riconoscimento dell'indennizzo richiesto, tuttavia, il Collegio ritiene insufficienti gli elementi probatori forniti dalla ricorrente, sulla quale grava il relativo onere.

La documentazione prodotta consiste, in particolare, nelle dichiarazioni di un dipendente, in alcune riproduzioni fotografiche e in due preventivi, oltre che in due relazioni tecniche, l'una redatta dal perito incaricato dall'impresa e l'altra dal consulente della ricorrente.

Una volta esclusi, per le ragioni sopra esposte, i danni riferibili allo stabilimento balneare in quanto tale, il materiale istruttorio acquisito non consente di individuare con sufficiente

certezza quali delle ulteriori voci di danno siano effettivamente riconducibili ai beni e ai rischi coperti dalla polizza, né di determinarne il relativo ammontare.

Le produzioni in atti, infatti, non permettono di distinguere in modo attendibile i danni afferenti alle strutture e alle attrezzature escluse dalla garanzia da quelli eventualmente riferibili ai beni assicurati, né consentono di procedere a una autonoma e puntuale quantificazione di questi ultimi.

Ne consegue che la ricorrente non ha assolto l'onere di provare l'esistenza e l'entità del danno indennizzabile, con conseguente rigetto della domanda anche sotto tale distinto profilo.

In relazione alle sovraesposte ragioni, il Collegio ritiene il ricorso infondato e, come tale, non meritevole di accoglimento.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA