Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

**IL COLLEGIO**

composto da:

| | |
|---|---|
| GIOVANNI STELLA | Presidente |
| ENRICO CAMILLERI | Membro scelto dall'IVASS |
| NICOLA SOLDATI | Membro scelto dall'IVASS |
| FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI | Componente designato dalle imprese di assicurazione |
| STEFANO CHERTI | Componente designato dai clienti consumatori |

Relatore FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 23/09/2026

## FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 26 gennaio 2026 (e reclamo presentato il 28 novembre 2025), il ricorrente contestava il diniego di rimborso delle spese mediche sostenute durante un viaggio all'estero (in Egitto), opposto dall'impresa convenuta.

Lo stesso riferiva di essere stato colpito, in data 18 ottobre 2025, da gastroenterite acuta con febbre elevata (39 °C), insorta improvvisamente. Pertanto, in considerazione del peggioramento delle proprie condizioni di salute, chiamava il medico dell'*hotel*, il quale gli diagnosticava la patologia e gli somministrava una terapia endovenosa in tre momenti distinti tra il 18 e il 19 ottobre. Rappresentava, inoltre, che le prestazioni erano documentate da referti medici, fattura e ricevuta di pagamento in contanti, regolarmente caricati in sede di denuncia del sinistro del 20 ottobre 2025 e che il diniego opposto dall'impresa si fondava, nonostante l'urgenza della prestazione e la prova dell'effettivo sostenimento delle spese, su presunte incongruenze documentali e sulla mancata preventiva autorizzazione.

Con le controdeduzioni, l'impresa esponeva preliminarmente che il ricorrente beneficiava della copertura assicurativa c.d. "*Base*", in quanto cliente del *tour operator* contraente di una polizza collettiva stipulata con la resistente e che lo stesso aveva aderito facoltativamente ai pacchetti denominati *omissis*, finalizzati all'incremento dei massimali previsti per le garanzie della copertura c.d. "*Base*". Rilevava, inoltre, che le condizioni di contratto prodotte dal ricorrente si riferirebbero ad un diverso servizio e non alla polizza oggetto della presente controversia.

Nel merito, affermava che la polizza prevedeva, in via principale, prestazioni di assistenza rientranti nel ramo 18 e che il rimborso delle spese mediche era subordinato al rispetto delle condizioni previste dal contratto. Richiamava, in particolare, le clausole contrattuali che imponevano all'assicurato di contattare preventivamente la Struttura Organizzativa prima di usufruire delle prestazioni sanitarie. Deduceva che il ricorrente non aveva adempiuto a tale obbligo, avendo contattato la centrale operativa soltanto il 19 ottobre 2025 e, quindi, dopo essersi sottoposto autonomamente alle prestazioni sanitarie delle quali, in data 20 ottobre 2025, chiedeva il rimborso.

L'impresa resistente rappresentava che il ricorrente aveva allegato a sostegno, inizialmente, un referto manoscritto e una ricevuta non quietanzata e, successivamente, un referto dattiloscritto corredato da fattura recante l'indicazione del pagamento in contanti. Secondo l'impresa, la documentazione prodotta avrebbe presentato incongruenze tra le prestazioni sanitarie dichiarate dal ricorrente e quelle risultanti dalla fattura emessa dalla struttura sanitaria, nonché carenze documentali in ordine all'effettività delle cure come dichiarate, delle quali peraltro non sarebbe possibile tracciare il relativo pagamento, in quanto avvenuto in contanti.

In via subordinata, rilevava che la garanzia prevedeva una franchigia pari a 100,00 euro per sinistro.

Con le repliche, il ricorrente contestava le motivazioni poste dall'impresa a fondamento del diniego, relative al mancato preventivo contatto con la Struttura Organizzativa, alle asserite incongruenze della documentazione prodotta e all'insufficiente prova del pagamento delle spese mediche. Preliminarmente, osservava che la polizza prevedeva una specifica garanzia di rimborso delle spese mediche sostenute durante il viaggio e richiamava la documentazione contrattuale prodotta a sostegno dell'operatività della copertura. Deduceva, inoltre, che, essendo stato colpito da una malattia acuta durante il soggiorno all'estero, si rendeva necessario un immediato intervento medico, senza che fosse concretamente esigibile un preventivo contatto con la centrale operativa. Sosteneva, altresì, che tale condotta non avrebbe arrecato alcun pregiudizio all'impresa, essendo le cure appropriate e i relativi costi congrui.

Con riferimento all'art. 1915 cod. civ., affermava che non ricorrevano i presupposti per la perdita del diritto all'indennizzo, in quanto avrebbe agito in assenza di dolo e in una situazione di necessità sanitaria. Aggiungeva che la posizione di controparte, valorizzando soltanto aspetti formali e non anche la concreta urgenza sanitaria, si porrebbe in contrasto con gli artt. 1175 e 1375 cod. civ.

Rilevava, inoltre, che le clausole dalla stessa invocate, se interpretate nel senso di escludere automaticamente il rimborso, dovrebbero ritenersi "*di carattere vessatorio*". Contestava, poi, le incongruenze documentali rilevate dall'impresa, sostenendo che le differenze tra i documenti prodotti sarebbero riconducibili alle modalità di redazione della documentazione sanitaria nel Paese estero e che la diagnosi e le prestazioni ricevute risulterebbero tra loro coerenti. Quanto alla prova del pagamento, evidenziava che le spese venivano corrisposte in contanti, secondo una prassi diffusa nel luogo in cui venivano prestate le cure, e che tale modalità sarebbe risultata dalla documentazione prodotta.

Con le controrepliche, l'impresa confermava integralmente le difese già svolte e ribadiva che le garanzie assicurative operavano nel rispetto degli obblighi previsti dalle condizioni di polizza. Osservava, in particolare, che il preventivo contatto con la Struttura Organizzativa costituiva condizione per l'operatività della garanzia e deduceva che, nel caso di specie, il ricorrente si era rivolto alla centrale operativa soltanto dopo essersi sottoposto autonomamente alle prestazioni sanitarie. Contestava, inoltre, che ricorresse una situazione di urgenza tale da impedire il preventivo contatto con la Struttura Organizzativa, rilevando che la documentazione prodotta non avrebbe evidenziato circostanze incompatibili con tale adempimento. Con riferimento alla documentazione di spesa, ribadiva che la prova del pagamento non sarebbe risultata adeguatamente fornita e che la documentazione successivamente prodotta dal ricorrente non avrebbe consentito di verificare l'effettivo pagamento delle prestazioni. Infine, osservava che la documentazione sanitaria presentava difformità tra le prestazioni dichiarate dal ricorrente e quelle riportate nella documentazione rilasciata dalla struttura sanitaria, precisando di non contestare l'effettuazione della visita medica, bensì la non verificabilità e veridicità dei referti rilasciati in relazione ai costi richiesti.

In conclusione, il ricorrente chiede all'Arbitro, oltre al rimborso del contributo per le spese di procedura, di: accertare e dichiarare l'illegittimità del diniego opposto, nonché la violazione degli obblighi di correttezza, buona fede e trasparenza nella gestione del reclamo; ordinare all'impresa il rimborso delle spese mediche sostenute all'estero, pari a 1.560,00 euro come da documentazione medica e contabile prodotta; in subordine, disporre il riesame della pratica di sinistro alla luce della documentazione presentata, riconoscendo la natura urgente delle prestazioni sanitarie e l'effettivo sostenimento delle spese. Con le repliche, fatta salva eventuale franchigia contrattuale, insiste per l'accoglimento delle richieste contenute nel ricorso.

L'impresa chiede di rigettare il ricorso. In subordine, evidenzia l'esistenza di una franchigia pari ad 100,00 euro per sinistro.

In data 16 luglio 2026, il Collegio, in applicazione dell'art. 11, comma 6, del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "Decreto"), ha adottato le seguenti determinazioni: "*Alla luce degli elementi istruttori analizzati e dopo aver discusso in merito, il Collegio formula alle parti la seguente proposta conciliativa: che l'impresa corrisponda al ricorrente la somma di euro 500,00, già detratta la franchigia. L'adesione alla proposta conciliativa comporta la 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, salvo quanto previsto dalla presente proposta*".

In data 17 luglio 2026, il ricorrente ha dichiarato di non aderire alla proposta conciliativa formulata dal Collegio, ritenendo la somma proposta, pari a euro 500,00, non idonea a definire la controversia, alla luce della documentazione prodotta e delle argomentazioni svolte nel corso del procedimento, dalle quali il ricorrente ritiene di aver dimostrato il proprio diritto al rimborso delle spese mediche sostenute. Il ricorrente chiede, pertanto, che "*il Collegio proceda alla decisione del ricorso sulla base degli atti e della documentazione già depositati*".

In data 23 luglio 2026, l'impresa ha comunicato l'intenzione di aderire alla proposta conciliativa formulata dal Collegio, dichiarandosi disposta a corrispondere al ricorrente la somma di euro 500,00 alle coordinate bancarie da quest'ultimo indicate.

**DIRITTO**

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio ha ad oggetto la richiesta del ricorrente di rimborso delle spese mediche sostenute durante un soggiorno in Egitto, contestato dall'impresa sia in ragione del mancato preventivo contatto con la Struttura Organizzativa dell'impresa sia per le asserite carenze e incongruenze della documentazione prodotta.

Quanto al primo profilo, il Collegio ritiene che la clausola che impone all'assicurato di contattare la Struttura Organizzativa dell'impresa "*subito o quantomeno prima possibile, e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale*" sia valida ed efficace. Infatti, l'obbligo di avviso preventivo risponde alla medesima *ratio* dell'obbligo legale di avviso del sinistro ex art. 1913 cod. civ.: porre l'assicuratore in condizione di accertare tempestivamente le cause dell'evento, organizzare l'assistenza e prevenire cure inidonee o ingiustificati aggravi di costi, come chiarito dall'art. 12.1.1 delle Condizioni di Assicurazione ("*Oggetto dell'assicurazione. 1.1. Garanzia assistenza*"), in cui si precisa che la "*S.O. collabora con medici del luogo e attiva le prestazioni, tra quelle sotto elencate, che ritiene necessarie per gestire il tuo caso*". Si tratta, dunque, di un obbligo funzionale e coerente con la struttura del contratto assicurativo, e la clausola non rientra tra le ipotesi di vessatorietà ex art. 33, comma 2 del Codice del Consumo, dal momento che non limita la responsabilità del professionista né subordina l'adempimento al rispetto di "*particolari formalità*", ai sensi della lett. q) della predetta disposizione, nel senso di formalità sproporzionate e non rispondenti ad una reale esigenza dell'assicurazione. Come del resto osservato in giurisprudenza, un significativo squilibrio tra diritti e obblighi non può dirsi sussistente sol perché un certo rischio sia ritenuto escluso dalla copertura, ma solo quando una certa interpretazione finisca per annullare di fatto l'alea contrattuale (Cass. civ., sez. III, 4 settembre 2023, n. 25768; Cass. civ., sez. III, 9 luglio 2020, n. 14595).

Tale clausola non può dunque ritenersi vessatoria.

Occorre però anche osservare che alla validità della clausola non consegue che il suo inadempimento determini necessariamente ed automaticamente la decadenza del diritto. In via generale, l'art. 1915, comma 2 cod. civ. stabilisce che la perdita del diritto all'indennità

consegue solo all'inadempimento doloso, mentre l'inadempimento colposo dà all'assicuratore soltanto il diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (Cass. civ., sez. VI, 17 marzo 2022, n. 8701). E una clausola che commini la decadenza *tout court* per il solo ritardo non può prevalere sulla disciplina legale (oltre a Cass. civ., sez. VI, 17 marzo 2022, n. 8701, cit..; Trib. Paola,13 marzo 2026, n. 272), dovendo essere peraltro ricordato che l'art. 1932 cod. civ. stabilisce che le clausole che derogano in senso meno favorevole all'assicurato, e tra queste vi è l'art. 1915 cod. civ., sono sostituite di diritto dalle corrispondenti disposizioni di legge.

Pertanto, la clausola, contenuta nelle Condizioni di Assicurazione, che prevede il contatto preventivo con la Struttura Organizzativa va interpretata secondo i canoni degli artt. 1362 e 1370 cod. civ. e, essendo il ricorrente consumatore, dell'art. 35, comma 2 del Codice del Consumo, nel senso di un obbligo di collaborazione tempestivo e di comportamento secondo buona fede nell'esecuzione del contratto, non già quale esclusione automatica del rimborso.

Nella concreta fattispecie, il ricorrente è stato colpito il 18 ottobre 2025 da una patologia acuta con febbre elevata (39 °C), insorta improvvisamente e il primo intervento medico, ricevuto in *hotel* la sera del 18 ottobre stesso, è chiaramente riconducibile all'emergenzialità della situazione: in quel frangente non era concretamente esigibile il contatto preventivo con la centrale operativa, e la condotta del ricorrente, che si è limitato a ricevere la prima prestazione sanitaria urgente, è giustificata dalla situazione di necessità sanitaria, secondo correttezza e buona fede. Diverso è il quadro per le due prestazioni successive, somministrate alle ore 10:30 e alle ore 17:00 del 19 ottobre: il ricorrente avrebbe dovuto contattare la Struttura Organizzativa il giorno successivo all'insorgenza della sintomatologia e comunque prima di sottoporvisi, e lo ha in effetti fatto soltanto il 19 ottobre, ma dopo essersi già sottoposto ad altre due prestazioni in autonomia.

Quanto alla contestazione dell'impresa sui documenti di spesa, si osserva che la clausola delle Condizioni di Assicurazione richiede, a supporto della denuncia, gli "*originali delle spese effettivamente sostenute (in Italia: ricevuta fiscale comprensiva dei dati fiscali dell'emittente e dell'intestatario)*". La previsione della ricevuta fiscale è, dunque, formulata con espresso riferimento alle spese sostenute in Italia e non può essere estesa alle spese sostenute all'estero, ove tale strumento documentale non esiste nella forma italiana. Interpretata secondo i canoni di cui agli artt. 1362 e 1370 cod. civ. e, in caso di dubbio, nel senso più favorevole al consumatore ex art. 35, comma 2 del Codice del Consumo, la clausola non esige, per spese sostenute in un paese *extra* UE, una forma di prova tipicamente italiana, bensì documentazione idonea a comprovare l'effettivo sostenimento della spesa.

Nel caso di specie il ricorrente ha prodotto un referto medico dattiloscritto della struttura sanitaria con annessa fattura recante l'indicazione del pagamento in contanti, nonché una ricevuta di pagamento timbrata e firmata. Documentazione che, per le spese sostenute in un contesto nel quale il pagamento in contanti risponde a prassi diffusa e non è contestato nella sua ragionevolezza, è idonea a provare l'effettivo sostenimento delle spese.

Infine, in relazione alle difformità, rilevate dall'impresa, tra le prestazioni dichiarate e la refertazione (cinque *infusion* e otto *injections* risultanti dalla fattura rispetto alla terapia riferita in tre accessi), esse non sono, da sole, idonee a escludere l'effettuazione delle cure - che l'impresa stessa non contesta - ma giustificano una valutazione prudenziale del *quantum*, che il Collegio opera con la liquidazione equitativa.

Ciò premesso, e tenuto conto anche del fatto che solo per una parte delle prestazioni sanitarie risulta giustificato il mancato contatto della Struttura Organizzativa, la liquidazione non può che essere parziale ed equitativa ai sensi dell'art. 1226 cod. civ.

Come già affermato dalla giurisprudenza, ove sia provata l'esistenza del danno, ma risulti impossibile o eccessivamente difficile determinarne il preciso ammontare, il danno può essere liquidato equitativamente ai sensi dell'art. 1226 cod. civ. (Cass. civ., sez. I, 25 gennaio 2017, n. 1931). Invero, l'art. 1226 cod. civ., applicabile anche nell'ambito del procedimento dinanzi all'Arbitro Assicurativo, consente, una volta accertata l'esistenza di un danno risarcibile, di determinarne equitativamente l'ammontare quando questo non possa essere provato nel suo preciso ammontare o la relativa prova risulti eccessivamente difficile (Decisione AAS n. 456/2026 e Decisione AAS n. 862/2026). L'equità opera, dunque, quale criterio legale di determinazione del *quantum*, sul presupposto dell'avvenuto accertamento dell'*an debeatur* e dell'esistenza del pregiudizio.

Ai fini della liquidazione equitativa del danno, si osserva che il primo intervento, ricevuto la sera del 18 ottobre in situazione di emergenza sanitaria, è pienamente riconducibile all'operatività della garanzia; le prestazioni successive, somministrate il 19 ottobre prima del contatto con la Struttura Organizzativa, hanno privato l'impresa della possibilità di organizzare l'assistenza e di verificare la congruità dei costi, con le residue incertezze documentali sopra evidenziate. Pertanto, il Collegio ritiene equo, alla luce di tutte le circostanze sopra ricordate e tenendo conto anche della franchigia contrattualmente prevista, liquidare l'importo complessivo di 500,00 euro.

**PER QUESTI MOTIVI**

Il Collegio accoglie parzialmente il ricorso e dispone che l'impresa corrisponda equitativamente alla parte ricorrente la somma di euro 500,00, oltre interessi dal reclamo al soddisfo. Il Collegio dispone inoltre, ai sensi della vigente normativa, che l'impresa corrisponda a IVASS la somma di euro 200,00, quale contributo alle spese della procedura, e alla parte ricorrente la somma di euro 20,00, quale rimborso della somma versata alla presentazione del ricorso.

Il Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA