Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore GIOVANNI STELLA

Riunione del 22/10/2026

FATTO

Con ricorso del 26 febbraio 2026 (preceduto da reclamo del 15 gennaio 2026) il ricorrente chiede il riconoscimento dell'indennizzo previsto dalla polizza sottoscritta con l'impresa convenuta a seguito di un infortunio al ginocchio sinistro occorsogli nell'agosto 2025.

Sostiene di avere subito un evento traumatico che lo ha costretto a un periodo di inattività di 4 mesi e contesta il diniego opposto dall'impresa, ritenendo che la copertura assicurativa

avrebbe dovuto operare indipendentemente dalla circostanza di aver trascorso o meno una notte in ospedale. Pertanto, con le conclusioni il ricorrente chiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, in particolare di essere indennizzato per avere subito un infortunio che lo avrebbe tenuto fermo per 4 mesi.

Con le controdeduzioni l'impresa chiede il rigetto del ricorso, ritenendolo infondato sia in fatto sia in diritto.

La parte resistente evidenzia che il ricorrente ha denunciato un sinistro relativo a un infortunio al ginocchio sinistro, chiedendo l'attivazione delle garanzie "Diaria da ricovero a seguito di infortunio" e "Diaria da convalescenza post ricovero conseguente all'infortunio". Dall'esame della documentazione sanitaria sarebbe però emerso che l'evento ha comportato esclusivamente una degenza diurna e non un ricovero con pernottamento.

A sostegno della propria posizione richiama le condizioni contrattuali, secondo cui la diaria da ricovero è riconosciuta soltanto in presenza di una degenza presso un istituto di cura che comporti almeno una notte di ricovero. Il glossario di polizza definisce infatti il ricovero come una degenza con pernottamento, escludendo espressamente le permanenze diurne e gli accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero.

Sulla base di tali previsioni, ritiene corretto il diniego dell'indennizzo, sostenendo che, nel caso in esame, non si sia verificato il presupposto essenziale richiesto dalla polizza per l'operatività della garanzia. Di conseguenza, non sarebbe dovuta neppure la diaria da convalescenza, essendo quest'ultima subordinata all'avvenuto riconoscimento dell'indennizzo per il ricovero.

L'impresa evidenzia, inoltre, che le condizioni contrattuali sarebbero formulate in modo chiaro e comprensibile e che la definizione di ricovero era riportata nella documentazione consegnata all'assicurato al momento dell'adesione: pertanto, non vi sarebbero profili di ambiguità o carenze informative idonei a generare un legittimo affidamento circa l'indennizzabilità di eventi non rientranti nell'ambito della copertura.

Con le conclusioni l'impresa chiede che il ricorso venga rigettato poiché infondato in fatto e in diritto, non potendosi ravvisare profili di erroneità nella valutazione del sinistro né violazioni degli obblighi informativi e contrattuali gravanti su di essa.

DIRITTO

La questione rimessa alla decisione del Collegio concerne la doglianza del ricorrente di mancato riconoscimento da parte dell'impresa di un indennizzo, ai sensi della polizza sottoscritta, per un infortunio subito (al ginocchio sinistro).

Il modulo del ricorso è compilato in modo estremamente sintetico ed è pressoché privo di documentazione allegata da cui si possa desumere una puntuale esposizione dei fatti (il ricorrente ha depositato nel procedimento soltanto il riscontro dell'impresa al reclamo che lo stesso ricorrente afferma, nel modulo del ricorso, di avere proposto in data 15 gennaio 2026).

Il ricorrente non svolge allegazioni specifiche in merito alle circostanze dell'infortunio e ai conseguenti pregiudizi per i quali pretende l'indennizzo; né argomenta sulle coperture che

ritiene operanti nella fattispecie. Inoltre, non ha depositato alcuna memoria di replica a fronte delle controdeduzioni depositate dall'impresa.

È solo sulla base dell'atto difensivo dell'impresa che il Collegio viene reso edotto dei fatti e degli elementi di diritto (prospettati in fase di reclamo) costituenti le ragioni della domanda del ricorrente.

Tanto premesso, ad avviso del Collegio la domanda proposta dal ricorrente risulta connotata da genericità e indeterminatezza. In particolare, il ricorrente, nel modulo di ricorso, domanda l'indennizzo per 4 mesi di convalescenza conseguenti all'infortunio, senza quantificare l'importo domandato.

Né l'importo richiesto è desumibile *per relationem* dalla documentazione allegata al ricorso, non essendo stati fra l'altro prodotti documenti di carattere sanitario o altre evidenze dell'esborso di spese mediche conseguenti all'infortunio sopra menzionato, tramite le quali sia possibile determinare la somma oggetto della richiesta di rimborso.

Non avendo il ricorrente presentato le repliche entro il termine perentorio normativamente previso, la domanda è restata indeterminata nel *quantum* anche ad esito dello scambio degli atti difensivi introduttivi con l'impresa resistente (ricorso e controdeduzioni).

Al riguardo, il Collegio richiama l'art. 9, comma 1, lett. h) del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "Decreto"), che stabilisce l'inammissibilità del ricorso quando: "*(…) è privo dell'indicazione degli elementi essenziali*" quali "*l'oggetto (…), 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. La mancata indicazione dell'importo richiesto incide, pertanto, nel caso di specie, sulla possibilità di individuare adeguatamente il contenuto della pretesa azionata, anche ai fini della determinazione del valore della controversia. 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 (cfr. Decisioni AAS nn. 490/2026, 577/2026 e 728/2026) 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*, Collegio ABF di Bari, 4 agosto 2023, n. 8384).

Poiché all'Arbitro Assicurativo non può essere demandato un compito consulenziale o esplorativo volto a determinare per conto del ricorrente l'ammontare dell'indennizzo richiesto, ma solo di decidere su una domanda specifica e circostanziata, si deve concludere che la mancata indicazione di un importo definito, o almeno determinabile sulla base dei

documenti allegati, configura la carenza di un elemento essenziale del ricorso, che ne comporta l'inammissibilità ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h), del Decreto (nel senso che l'indeterminatezza e genericità della domanda possono determinare l'inammissibilità del ricorso, laddove sollecitino "*lo svolgimento di una attività di tipo consulenziale estranea agli scopi ed alle funzioni dell'ABF*" [cfr. anche Collegio ABF di Napoli, decisione 7 maggio 2025, n. 4473]).

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA