



## 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
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 21/04/2026

Esame del ricorso n. 0018239/2026 del 29/01/2026

  
nei confronti di A398S - IMA ITALIA ASSISTANCE S.P.A.



**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
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 21/04/2026

## **FATTO**

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 29 gennaio 2026 (e reclamo inviato all'impresa in data 17 novembre 2025), la ricorrente rappresentava di aver sottoscritto, in data 5 settembre 2025, una polizza con l'impresa, a copertura del pacchetto di viaggio (volo più crociera) acquistato in pari data presso un'agenzia e previsto per il periodo 13-20 settembre 2025. A seguito della comparsa, pochi giorni prima della partenza, di un edema degli arti inferiori accompagnato da pesantezza e crampi notturni, per i quali le veniva prescritta una terapia di farmaci e riposo per trenta giorni, la ricorrente si sarebbe vista impossibilitata a usufruire del viaggio acquistato. Pertanto, chiedeva il riconoscimento del proprio diritto a ottenere dall'impresa la somma complessiva di euro 4.500,00, a titolo di rimborso per l'annullamento del viaggio.



L'impresa nelle controdeduzioni in via preliminare ha dedotto l'inammissibilità del ricorso, ai sensi dell'art. 8 del D.M. 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito il "Decreto"), per mancanza del previo reclamo, come definito dal Regolamento IVASS n. 24/2008, ossia di una dichiarazione scritta di insoddisfazione nei confronti dell'impresa, relativa a un rapporto contrattuale o a un servizio assicurativo ed evidenziando che la comunicazione del 17 novembre 2025, indicata dall'istante nel modulo di ricorso come tale, costituisce un mero sollecito di esecuzione del contratto, che non soddisfa i requisiti di cui al citato Regolamento. In ogni caso, ha contestato la domanda, ricordando, in punto di fatto, che il 5 settembre 2025 la ricorrente acquistava un pacchetto turistico (volo più crociera, programmati per il 13-20 settembre 2025) e sottoscriveva il certificato di assicurazione; che a causa di una malattia la stessa annullava il viaggio crociera e il 13 settembre 2025, denunciava il sinistro, senza, tuttavia, fornire la documentazione utile al completamento dell'istruttoria; che con PEC del 17 novembre 2025 inviava un sollecito di pagamento dell'indennizzo e l'impresa, il 3 dicembre 2025, comunicava l'impossibilità di valutare il sinistro, necessitando di ulteriore documentazione integrativa; che il 19 dicembre 2025 la ricorrente trasmetteva solo parte della documentazione richiesta e il 7 gennaio 2026, valutata la documentazione integrativa, l'impresa richiedeva nuovamente la documentazione mancante (certificato medico integrativo contenente diagnosi, prognosi con indicazione esplicita di non idoneità al viaggio o necessità di riposo assoluto, nonché evidenza di prenotazione e cancellazione dei singoli servizi inclusi nel pacchetto). A tale richiesta veniva dato riscontro dal ricorrente che presentava ricorso all'Arbitro Assicurativo. L'impresa ha dunque sostenuto che la domanda è infondata ai sensi dell'art. J1 delle condizioni di assicurazione della polizza in quanto, dalla documentazione medica prodotta, non emerge alcuna diagnosi, anamnesi (anche ai fini di eventuali esclusioni presenti in polizza) né prognosi della malattia che avrebbe portato a rinunciare al viaggio. Secondo l'impresa, l'art. J8, da un lato, impone all'assicurato, in caso di sinistro, di fornire certificazione medica contenente l'indicazione della patologia occorsa e della prognosi, dall'altro, richiede la copia integrale dei documenti di viaggio, completa delle condizioni di recesso applicate dall'operatore turistico e delle prenotazioni dei singoli servizi. A tale ultimo riguardo, precisa che la comunicazione inviata dalla compagnia di navigazione prodotta solo nel corso del procedimento arbitrale non soddisfa i requisiti indicati, essendo un "no show" all'imbarco per la crociera. Pertanto, l'impresa ha chiesto, in via principale, di accertare e dichiarare l'inammissibilità del ricorso, stante la mancanza dei requisiti necessari per adire l'AAS secondo la vigente normativa; in subordine, di respingere il ricorso per impossibilità di completare l'istruttoria del sinistro, stante la mancata trasmissione della documentazione richiesta da parte dell'assicurato.

La ricorrente ha replicato contestando l'eccezione di inammissibilità sollevata, reputata peraltro avulsa dallo spirito del procedimento, di natura conciliativa e non giudiziale e osservando che l'impresa, con la diffida e messa in mora, seguita da un'ulteriore nota di integrazione documentale, sia stata messa in condizione di conoscere la richiesta di pagamento ed abbia ricevuto tutta la documentazione a sostegno della domanda, non assumendo rilievo la circostanza per cui detta comunicazione non sarebbe stata formalmente qualificata come "reclamo". Nel merito, ritiene parimenti infondata l'eccezione secondo cui l'impresa non sarebbe stata messa nella condizione di procedere alla



valutazione completa del sinistro, evidenziando di aver trasmesso alla controparte la documentazione prodotta anche nel presente procedimento. In particolare, evidenzia che dalla certificazione medica del 12 settembre 2025 si evince come la stessa, colpita da edema degli arti inferiori accompagnato da pesantezza e crampi notturni, che la costringevano ad una terapia farmacologica e al riposo per trenta giorni, non fosse in grado di intraprendere il viaggio previsto per il giorno successivo. Rappresenta, inoltre, come dalla conferma di prenotazione, dalla fattura di euro 4.709,00 (comprensivi di euro 209,00 corrisposti per la polizza), nonché dall'estratto conto dell'agenzia di viaggi, emerga altresì come la medesima abbia acquistato e pagato il pacchetto turistico cui inerisce la polizza. Pertanto, la ricorrente insiste per l'accoglimento del ricorso e il riconoscimento del proprio diritto a ottenere dall'impresa la somma complessiva di euro 4.500,00, a titolo di rimborso per annullamento del viaggio.

Con le controrepliche, l'impresa ha ribadito integralmente le proprie difese, sostenendo di non aver ricevuto un reclamo conforme alla definizione normativa e non potendo, una semplice missiva di adempimento, essere considerata valida ai fini della proposizione del ricorso all'Arbitro. Nel confermare, inoltre, quanto osservato circa la mancanza di idonea documentazione medica a supporto della richiesta di rimborso, come puntualmente evidenziato in una relazione medica allegata del 16 marzo 2026, nonché la mancata trasmissione della documentazione comprovante la richiesta di cancellazione dei singoli servizi inclusi nel pacchetto turistico, insiste nelle conclusioni già rassegnate in sede di controdeduzioni.

## **DIRITTO**

In relazione all'eccezione di inammissibilità del ricorso sollevata dall'impresa, in quanto non sarebbe stato preceduto da un valido reclamo, occorre ricordare che, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del Decreto, *"La presentazione del ricorso, a pena di inammissibilità, è preceduta dalla presentazione di un reclamo all'impresa o all'intermediario che si pronunciano entro il termine previsto dalle disposizioni in materia di reclami emanate in attuazione dell'articolo 7 del codice delle assicurazioni con regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008"*; e che l'art. 1, comma 1 del Decreto così recita: *"Ai fini del presente Regolamento si intende per [...] i): "reclamo: una dichiarazione scritta di insoddisfazione della clientela, avente ad oggetto una prestazione o un servizio assicurativo o un comportamento relativi ad un contratto assicurativo, ricevuta da un'impresa o da un intermediario"*. Per altro verso, l'art. 1, comma 1 del Regolamento ISVAP del 19 maggio 2008, n. 24, prevede che *"Ai fini del presente Regolamento si intende per: [...] t bis) "reclamo": una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto"*.

Nella fattispecie concreta, la comunicazione inviata dalla ricorrente all'impresa ha come oggetto *"Sollecito di pagamento - Invito alla negoziazione assistita"*; contiene la compiuta descrizione dei fatti e della richiesta avanzata con la denuncia di sinistro del 13 settembre 2025, nella quale si deduce che sono trascorsi quasi due mesi senza ricevere l'indennizzo,



malgrado fosse stata fornita tutta la documentazione richiesta, tra cui, la certificazione medica e l'estratto conto penale dell'agenzia di viaggi; e si conclude con il sollecito all'impresa a provvedere al "*pagamento del dovuto senza ulteriore differimento*", con contestuale invito, in mancanza, alla stipula di una convenzione di negoziazione assistita ex art. 3 del Decreto legge 12 settembre 2014, n. 132.

Tale comunicazione contiene dunque un'articolata manifestazione di insoddisfazione e di doglianza rispetto al comportamento dell'impresa che è dunque idonea, per forma, contenuto e finalità, ad essere considerata, secondo la definizione contenuta nell'art. 1, comma 1 del Decreto, come un valido reclamo ai fini dell'ammissibilità del ricorso. Infatti, le disposizioni regolamentari sopra ricordate non devono essere intese in senso eccessivamente formale, non essendo rilevante che la comunicazione sia qualificata come "*diffida*", "*sollecito di pagamento*" o come "*reclamo*", essendo sufficiente, perché sia soddisfatta la condizione di procedibilità, che il cliente sottoponga all'impresa la propria doglianza e che questa sia messa nelle condizioni di replicare alle contestazioni ricevute.

Il Collegio non ritiene pertanto fondata l'eccezione preliminare sollevata dall'impresa.

Venendo al merito della controversia, la garanzia annullamento viaggio, prevede, all'"*art. J1 – Oggetto della garanzia*" che "*La Società, in base alle condizioni della presente polizza, rimborserà all'Assicurato, alle condizioni e nei limiti successivamente indicati, le penali di recesso (escluse le tasse aeroportuali rimborsabili da parte del vettore), addebitategli, dagli Operatori Turistici in base alle condizioni generali di vendita dagli stessi applicate, a seguito di annullamento o modifica intervenuti prima dell'inizio del viaggio. La garanzia è operante esclusivamente se l'Assicurato è impossibilitato a partecipare al viaggio o è costretto a modificarlo per uno dei seguenti motivi imprevedibili al momento della stipulazione del contratto: 1. Malattia, ricovero, infortunio o decesso*". L'"*art. J8 – Cosa fare in caso di sinistro. Obblighi dell'assicurato*", stabilisce che "*Nel caso si verifichi un evento che renda impossibile la partecipazione al viaggio, l'Assicurato, pena la decadenza al diritto al rimborso, dovrà scrupolosamente osservare i seguenti obblighi (...). La denuncia deve essere effettuata direttamente alla Società attraverso una delle seguenti modalità (...). Tale denuncia dovrà obbligatoriamente contenere tutte le seguenti informazioni: (...) certificazione medica (obbligatoriamente con indicazione della patologia occorsa e della prognosi). (...) copia integrale dei documenti di viaggio, completa delle condizioni di recesso applicati dall'Operatore turistico e delle prenotazioni dei singoli servizi; copia dell'estratto conto di penale o altro documento dell'Operatore Turistico e delle prenotazioni dei singoli servizi*".

La ricorrente ritiene che l'annullamento del viaggio sia dovuto ad una malattia che non le ha reso possibile usufruire della crociera e di aver adempiuto a tutte le prescrizioni contrattuali e a tal fine produce un certificato della "*Unità Operativa di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare Chirurgia del Piede Diabetico*" rilasciato in data 12 settembre 2025 (il giorno precedente la data di partenza per la crociera) del seguente testuale contenuto: "*Edema degli arti inferiori. Riferisce pesantezza e crampi notturni da alcuni giorni. Assenza di segni e sintomi clinici di TVP e TVS. Polsi arteriosi presenti e validi. Si consiglia: omissis cp 1 mattina e sera per 30 giorni. omissis cp 1 cp mattina e sera per 30 giorni. Esami*



*ematochimici di routine + sodio, potassio e magnesio. Gambaletti elastici 140 den. Riposo con arti inferiori in antideclive”.*

L'impresa sostiene invece che tale documento non attesti l'impossibilità a partecipare al viaggio e che comunque non soddisfa i requisiti di cui all'art. J8, in quanto mancherebbe l'anamnesi patologica remota della paziente per definire con precisione le condizioni cliniche di base della paziente ed eventuali patologie pregresse che possano aver rappresentato la causa o un fattore predisponente rispetto al quadro clinico attuale. Inoltre, non risulterebbero prescritti né allegati esami diagnostici idonei a circoscrivere l'eziologia dell'edema agli arti inferiori. Infine, mancherebbe una diagnosi circostanziata con conseguente impossibilità di definire una prognosi attendibile in termini di durata del riposo necessario, limitazioni funzionali nell'arco della giornata e idoneità al viaggio nonché di valutare la terapia prescritta e la sua adeguatezza rispetto al quadro clinico.

Così riassunte le contrapposte tesi, occorre osservare che nessuna contestazione vi è stata da parte dell'impresa circa il valore del certificato medico, proveniente da una unità operativa di chirurgia vascolare di una clinica privata. Né vi è una specifica contestazione sul fatto che il quadro morboso descritto (edema agli arti inferiori) rappresenti una malattia che può astrattamente impedire la partecipazione alla crociera, dovendo essere ricordato che l'art. J1 fa riferimento ad una situazione di “*malattia*” che, secondo la definizione contenuta nel glossario di polizza (pag. 5), è una mera “*alterazione dello stato di salute*”.

I rilievi dell'impresa si appuntano sul contenuto del certificato prodotto dalla ricorrente, in quanto conterrebbe carenze rilevanti ai fini della definizione del quadro morboso che avrebbe determinato l'annullamento del viaggio.

Il Collegio ritiene che le obiezioni dell'impresa non siano fondate.

Come si è già evidenziato, l'art. J8 obbliga l'assicurato a produrre una certificazione medica che indichi unicamente la patologia occorsa e la prognosi, mentre non richiede l'indicazione dell'anamnesi patologica remota della paziente. Né le eventuali condizioni cliniche pregresse dell'assicurato, che possano aver determinato o rappresentato un fattore predisponente rispetto alla malattia, escludono il diritto all'indennizzo secondo le previsioni contrattuali.

Parimenti infondate risultano le ulteriori deduzioni dell'impresa relative a asserite carenze di elementi essenziali del certificato medico prodotto.

Infatti, le ricordate norme contrattuali non richiedono che la certificazione medica contenga la prescrizione di esami diagnostici (che nella specie risultano peraltro prescritti) né che essi debbano essere allegati allo scopo di circoscrivere l'eziologia dell'edema agli arti inferiori.

Quanto alla diagnosi, contrariamente a quanto dedotto dall'impresa, essa appare circostanziata e definita anche nella durata. Inoltre, il certificato medico prescrive terapia antitrombotica (*omissis*) e di drenaggio linfatico e antinfiammatorio (*omissis*) per 30 giorni con riposo degli arti inferiori antideclive, risultando pertanto priva di fondamento la tesi secondo cui sarebbe impossibile valutare la terapia prescritta e la sua adeguatezza rispetto al quadro clinico. Né l'impresa ha specificato quali esclusioni di garanzia potrebbe venire in rilievo nella specie, risultando pertanto siffatta deduzione generica e non dimostrata.



Infine, le condizioni di assicurazione richiedono la dimostrazione di una malattia quale stato di alterazione dello stato di salute e non anche che siano dimostrate limitazioni funzionali nell'arco della giornata né l'inidoneità al viaggio. Peraltro, il quadro clinico che emerge dal certificato emesso il giorno prima della partenza, con necessità di assumere terapia antitrombotica per 30 giorni e riposo degli arti inferiori in antideclive ossia tenendo le gambe sollevate per favorire la circolazione venosa e drenare il ristagno di liquidi, appare obiettivamente incompatibile con la partecipazione ad una crociera.

L'impresa ha contestato la domanda anche sotto un ulteriore profilo, per non avere la ricorrente prodotto, ai sensi dell'art. J8, copia integrale dei documenti di viaggio, completa delle condizioni di recesso applicati dall'Operatore turistico e delle prenotazioni dei singoli servizi.

La ricorrente, come previsto dall'art. J8, ha prodotto l'estratto conto datato 13 settembre 2025 della penale addebitata, pari ad euro 4.500,00 (oltre euro 209,00 per l'assicurazione per la garanzia del viaggio), oltre alla fattura di addebito di detti importi del 15 dicembre 2025, mentre non ha prodotto copia integrale dei documenti di viaggio, completa delle condizioni di recesso applicati dall'operatore turistico e delle prenotazioni dei singoli servizi.

Il Collegio non reputa tuttavia che tale omissione possa essere ostativa al riconoscimento dell'indennizzo contrattuale, risultando il diniego dell'impresa contrario a buona fede nell'esecuzione del contratto. Per altro verso, un'interpretazione della suddetta clausola nel senso che la produzione dell'intera documentazione di viaggio sia ostativa al riconoscimento presenta margini di incompatibilità con la disciplina consumeristica, applicabile nella fattispecie concreta, dal momento che la ricorrente assume la veste di consumatore. Vengono in rilievo, in particolare, l'art. 33, comma 1, cod. cons., ai sensi del quale *"Nel contratto concluso tra il consumatore e il professionista si considerano vessatorie le clausole che, malgrado la buona fede, determinano a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto"*, e soprattutto l'art. 33, comma 2, lett. q), secondo cui *"si presumono vessatorie le clausole dirette a subordinare l'adempimento delle obbligazioni derivanti dal contratto al rispetto di particolari formalità"*, in combinato disposto con l'art. 36, che ne sancisce la nullità.

Infatti, considerato che quanto prodotto dalla ricorrente, e non contestato dall'impresa, dimostra che la compagnia di navigazione, ricevuta la comunicazione di annullamento del viaggio il giorno prima della partenza, ha addebitato l'intero costo della crociera, la produzione dell'intera documentazione contrattuale non appare funzionale a dimostrare la sussistenza dei presupposti per ottenere l'indennizzo, ma si configura come una mera formalità non rilevante sul piano sostanziale.

Il Collegio ritiene pertanto che la contestazione dell'impresa non sia fondata.

Il ricorso deve dunque trovare accoglimento, con accertamento del diritto della ricorrente ad ottenere l'importo di euro 4.500,00 pari alla penale addebitata per l'annullamento del viaggio.



**Arbitro Assicurativo**

Risoluzione Stragiudiziale Controversie

### **PER QUESTI MOTIVI**

Il Collegio accoglie il ricorso e dispone che l'impresa corrisponda alla parte ricorrente la somma di euro 4.500,00, oltre agli interessi legali dalla data del reclamo fino 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.

**La Presidente**

Firmato digitalmente da  
CONCETTA BRESCIA MORRA