

ARBITRO ASSICURATIVO

In ottemperanza alle disposizioni contenute nell'articolo 187-1 del Decreto Legislativo n. 209/2005 ("CAP"), il Ministero delle Imprese e del Made in Italy (MIMIT) ha emanato il decreto n. 215/2024 in materia di procedure di risoluzione stragiudiziale delle controversie con la clientela relative alle prestazioni e ai servizi assicurativi ("Arbitro assicurativo"). Il decreto è stato oggetto di una pubblica consultazione nel 2021, alla quale ha partecipato anche l'Associazione avanzando, in particolare, una serie di riserve su alcuni aspetti della procedura e sulla composizione del collegio arbitrale.

L'**Arbitro Assicurativo** è istituito quale sistema alternativo di risoluzione stragiudiziale delle controversie in materia assicurativa, con l'obiettivo di migliorare i rapporti con la clientela e contenere il contenzioso in un'ottica di ottimizzazione e riduzione dei rischi legali e reputazionali delle Imprese e degli Intermediari.

L' **Arbitro Assicurativo** è istituito presso l'IVASS, composto da uno o più collegi. Ogni collegio è composto da 5 membri di cui uno designato congiuntamente dalle Associazioni più rappresentative degli Intermediari e che partecipa al giudizio in base alla natura del soggetto coinvolto.

In sintesi, sono rimesse alla cognizione dell'**Arbitro Assicurativo**, tutte le controversie derivanti dai contratti di assicurazione, comprese quelle inerenti all'attività di distribuzione assicurativa previste dal Titolo IX, Capo II, Sezione IV e Capi III, III-bis e III-ter del CAP (a mero titolo di esempio: violazioni in caso di esercizio dell'attività in regime di libera prestazione di servizi o di stabilimento, regime di separazione patrimoniale, adempimento delle obbligazioni pecuniarie attraverso intermediari assicurativi, doveri e responsabilità verso gli assicurati, regole di comportamento e conflitti di interesse, ecc...).

Sono escluse, invece, le controversie relative ai sinistri gestiti dal Fondo di garanzia delle vittime della caccia e della strada e quelle rimesse alla competenza della CONSAP.

Il procedimento è esclusivamente documentale. Resta ferma la facoltà dell'**Arbitro Assicurativo** di sentire le parti esclusivamente riguardo alle controversie sotto soglia (cfr. periodo successivo) proposte da terzi sui rami danni nel momento in cui il collegio decida di dirimere la questione secondo equità. L' **Arbitro Assicurativo non** può comunque disporre l'espletamento di perizie tecniche né l'assunzione di testimonianze o dichiarazioni orali.

La controversia può avere ad oggetto anche la corresponsione di una somma di denaro purché essa rientri nelle seguenti soglie:

1) per le controversie relative a contratti di assicurazione **sulla vita** ai sensi dell'articolo 2, comma 1, del codice delle assicurazioni:

- euro 300.000,00 se la controversia riguarda i contratti del ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) e le prestazioni oggetto del contratto siano dovute soltanto in caso di decesso;
- euro 150.000,00 se la controversia riguarda i contratti del ramo I, fermo quanto previsto dal punto precedente, e i contratti degli altri rami vita;

2) per le controversie relative a contratti di assicurazione **contro i danni** ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del CAP:

- euro **2.500,00** se la controversia riguarda il diritto al risarcimento del danno per responsabilità civile ed è promossa dal terzo danneggiato titolare di azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile. Su tali controversie l'arbitro assicurativo si esprime con decisione motivata;
- euro 25.000,00 in tutti gli altri casi.

A pena di inammissibilità, il ricorso presso l'Arbitro Assicurativo deve essere preceduto da un **reclamo presentato all'Impresa o all'Intermediario ai sensi delle disposizioni vigenti in materia di reclami.** Il ricorso può essere proposto ricevuta la risposta al reclamo e, comunque, entro dodici mesi dalla sua presentazione. Il ricorso viene trasmesso esclusivamente in via telematica.

Sono ritenuti inammissibili i ricorsi aventi ad oggetto controversie che, alla data della loro presentazione, risultano già pendenti davanti all'Autorità giudiziaria o all'Arbitro assicurativo o per i quali è pendente altra procedura di risoluzione alternativa della controversia (mediazione o tentativo obbligatorio di conciliazione).

Se il reclamo è stato presentato anteriormente alla data di avvio effettivo dell'operatività dell'Arbitro, il ricorso potrà essere proposto entro dodici mesi da tale momento.

La procedura del ricorso è sottoposta a termini perentori:

- entro **40** giorni dalla notifica del ricorso l'Impresa o l'Intermediario trasmette alla Segreteria tecnica dell'Arbitro la memoria di controdeduzioni;
- entro **5** giorni dal ricevimento la Segreteria trasmette la memoria al ricorrente;
- entro **20** giorni dalla ricezione il ricorrente può inviare una memoria di replica;
- entro **5** giorni dal ricevimento la Segreteria trasmette la memoria di replica all'Impresa o all'Intermediario;
- entro **20** giorni dalla ricezione l'Impresa o l'Intermediario può inviare una memoria di controreplica.

Una volta ricevuto dalla Segreteria il fascicolo completo, il Collegio deve pronunciarsi a maggioranza entro **90** giorni, con possibilità di una sola proroga di ulteriori **90** giorni per le questioni particolarmente complesse. La decisione del collegio deve essere motivata e può presentare delle proposte conciliative che, ove non accettate nel termine di **10** giorni, rimettono la questione nuovamente innanzi al Collegio.

Entro un termine di **30** giorni dalla comunicazione riguardante la decisione, l'Impresa o l'Intermediario ne danno esecuzione e nei successivi 5 giorni trasmettono alla Segreteria la relativa documentazione. In caso di inadempimento a tali obblighi, la Segreteria dà pubblicità di tale mancanza tramite pubblicazione sul sito internet dell'Arbitro assicurativo per un periodo di cinque anni. Entro 15 giorni dalla pubblicazione, l'impresa e l'intermediario ripubblicano la notizia sulla pagina principale del proprio sito internet per un periodo di sei mesi.

IN BREVE:

Cos'è e chi può ricorrere

- **Organismo:** Sistema autonomo e imparziale istituito presso l'[IVASS](#) (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni).
- **Funzione:** Risoluzione alternativa delle controversie (ADR) tra clienti e operatori assicurativi.
- **Chi può ricorrere:** Assicurati, beneficiari e terzi danneggiati, dopo aver presentato un reclamo formale all'impresa.

Come funziona

- **Procedura:** Completamente online, tramite il sito.
- **Costo:** €20 per il ricorrente, rimborsabili se il ricorso viene accolto (anche parzialmente).
- **Esame:** L'AAS analizza la documentazione e le controdeduzioni delle parti, senza perizie o testimonianze.
- **Tempistiche:** Decisione entro 90-180 giorni, con possibili proroghe.
- **Decisioni:** Non vincolanti, ma l'inadempienza comporta la pubblicazione sui siti dell'AAS e dell'impresa per anni, fungendo da deterrente.

Competenza per valore (Limiti)

- **Rami danni:** €25.000 (o €2.500 per azione diretta del danneggiato in RC auto).
- **Rami vita:** €150.000 (o €300.000 per polizze ramo I caso morte).

Stato attuale

- Il sito è online (<https://www.arbitroassicurativo.org/>).
- L'operatività effettiva è prevista dal 15 gennaio 2026.