



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI TORINO
SEZIONE QUARTA CIVILE

Il Giudice Unico

dott.ssa Anna Castellino

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n° 16081/2017 R.G.C.

avente per oggetto: indennizzo assicurativo

promossa da:

[REDACTED], rappresentata e difesa dall'avv. Maria Sabrina Fichera presso il cui studio è elettivamente domiciliata in Torino, piazza Solferino n. 10 per procura allegata all'atto di citazione;

Parte attrice

contro

[REDACTED] S.P.A., rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED] presso il cui studio in [REDACTED] è elettivamente domiciliata per procura generale alle liti in atti;

Parte convenuta

CONCLUSIONI PRECISATE ALL'UDIENZA DEL 5.2.2019

UDIENZA EX ART. 281 QUINQUIES AL 30.4.2019

Per parte attrice

Voglia l'ill.mo Tribunale di Torino,

contrariis rejectis;

• • • •

in via preliminare e nel merito



-In via principale, accertare l'inadempimento contrattuale in capo alla [REDACTED] S.a. e per l'effetto dichiarare tenuta e condannare la convenuta al pagamento, a titolo risarcitorio, in favore della signora [REDACTED] dell'importo di € 12.500,00 o veriore somma accertanda in corso di causa, pari agli esborsi relativi alle residue rate di finanziamento.

In subordine

-Accertare la vessatorietà della clausola di esclusione di cui all'art. 6 lett. e) delle condizioni di polizza e per l'effetto dichiararne la nullità ai sensi dell'art. 1341.2 cc e condannare la convenuta al pagamento, a titolo risarcitorio, in favore della signora [REDACTED], dell'importo di € 12.500,00 o veriore somma accertanda in corso di causa, pari agli esborsi relativi alle residue rate di finanziamento.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari della presente procedura.

Per parte convenuta

Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, previe le opportune declaratorie in fatto e in diritto, rigettare le domande risarcitorie formulate dall'attrice nei confronti della Compagnia convenuta, essendo perfettamente legittimo il rifiuto dalla stessa opposto (i) ai sensi dell'art. 1892 comma III c.c., per avere il signor [REDACTED] in sede di adesione alle coperture assicurative (21.01.2016) rilasciato dichiarazioni inesatte e reticenti circa il suo stato di salute e (ii) in subordine, e in ogni caso, per essere il sinistro escluso dalla copertura assicurativa secondo quanto previsto dall'art. 6 lett. f) delle Condizioni di Assicurazione; (iii) in ogni caso, con vittoria nelle spese di lite.

FATTI RILEVANTI E RAGIONI DELLA DECISIONE

[REDACTED] evocava in giudizio [REDACTED] S.A. esponendo che:

. il coniuge [REDACTED], improvvisamente deceduto in Francia il [REDACTED] a causa di arresto cardiorespiratorio, aveva stipulato il 21.1.2016 con la compagnia assicuratrice convenuta una polizza denominata "[REDACTED]" (doc. 3) in relazione ad un finanziamento erogatogli da [REDACTED] Spa per l'importo di € 12.500,00 (n. [REDACTED]) (doc. 2);

. la polizza prevedeva, in caso di decesso dell'assicurato, il versamento agli eredi di un indennizzo pari all'importo residuo del debito in essere al momento del sinistro;



. a seguito del decesso del coniuge, l'attrice, quale erede e beneficiaria, aveva richiesto l'erogazione della prestazione dovuta che la compagnia aveva negato ravvisando nel decesso la complicità di una patologia nota al momento della stipulazione della polizza, ipotesi prevista quale causa di esclusione della copertura assicurativa.

Sulla base di tali premesse, esperito invano il procedimento di mediazione, l'attrice domandava la condanna della convenuta all'adempimento del contratto, ritenendo non provato il nesso eziologico tra il decesso e la patologia (ipertensione arteriosa) e invocando in ogni caso la violazione dell'obbligo di buona fede, diligenza, correttezza e trasparenza ex art. 183 Cod. Ass. della controparte per non aver sottoposto al contraente un questionario medico anamnestico, limitandosi a riceverne una generica dichiarazione circa lo stato di buona salute, e la natura vessatoria della clausola delimitativa della responsabilità in correlazione col regolamento Isvap n.40 del 3.5.2012 che all'art. 1 ha disposto che per le polizze vita collegate all'erogazione di mutui immobiliari o di crediti al consumo la copertura del rischio di morte sia esclusa per il solo decesso causato da dolo del contraente, dell'assicurato o dei beneficiari.

██████ si costituiva in giudizio contestando la pretesa e a tal fine evidenziava che:

. dopo la morte del ██████ era emerso come questi fosse affetto da cardiopatia ipertensiva determinata da una grave ipertensione arteriosa per cui era in cura farmacologica continuativa dal 2003 (docc. 9-10), causa prima del decesso avvenuto per *'infarto miocardico acuto in cardiopatia ipertensiva'* come accertato dallo stesso medico curante dell'assicurato (doc. 11);

. pertanto doveva trovare applicazione l'art. 1892 comma III c.c. non rispondendo al vero la dichiarazione dell'assicurato *'di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni fisiche né di patologie che necessitino di un trattamento medico, farmacologico o fisioterapico continuativo nel tempo'*, dichiarazione resa con colpa grave dal ██████ necessariamente a conoscenza della grave patologia per cui era in cura e dell'importanza dell'informazione nel sinallagma contrattuale (evidenziata anche dal richiamo in grassetto sull'importanza delle informazioni circa lo stato di salute) e determinante nella formazione del consenso dell'assicuratore;



. in ogni caso, e in subordine, la copertura era esclusa dalla clausola 6 f) delle condizioni generali di contratto trattandosi di malattia già in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione.

La convenuta invocava pertanto in via di eccezione il proprio diritto di rifiutare l'adempimento ex art. 1892 III comma c.c. (Cass. 11/2010, cass. 10194/2010) e in ogni caso l'inoperatività della polizza ex art. 6 lett. f) delle condizioni generali di contratto.

All'esito del deposito delle memorie autorizzate ex art. 183 VI comma c.p.c., la causa, ritenuta matura per la decisione (stante l'irrilevanza e genericità della capitolazione istruttoria di parte attrice), veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni e quindi, su istanza di parte convenuta, per la discussione orale ex art. 281 quinquies c.p.c. all'esito del deposito delle comparse conclusionali.

* * *

Costituisce circostanza documentata e non contestata la stipulazione della polizza assicurativa a copertura del rischio del decesso dell'assicurato.

La parte convenuta invoca tuttavia in via di principio il diritto dell'assicuratore di valutare correttamente le condizioni del rischio con correlativo obbligo dell'assicurato di fornire completa e veritiera informativa circa le circostanze incidenti sulla formazione del consenso, che assume violato dalla dichiarazione di buona salute resa in contrasto con la preesistente patologia di ipertensione arteriosa (doc 5 att.- 9 e 10 conv.); richiama dunque in via di eccezione il dettato dell'art. 1892 c.c..

Secondo il consolidato orientamento giurisprudenziale, *"in tema di contratto di assicurazione, la reticenza dell'assicurato è causa di annullamento del contratto ex art. 1892 c.c., quando si verificano all'atto della conclusione del contratto, simultaneamente, tre condizioni: che la dichiarazione sia inesatta o reticente; che l'assicurato abbia reso la dichiarazione con dolo o colpa grave; che la reticenza sia stata determinante ai fini della formazione del consenso dell'assicuratore"* (da ultimo, Cassazione civile sez. III, 05/10/2018, n.24563; conforme tra le altre Cassazione civile sez. III, 31/07/2015, n.16284)

Nella specie, dalla documentazione prodotta risulta quanto segue:



. nel Modulo di adesione sottoscritto dall'Assicurato il 21.01.2016 (cfr. doc. 6) si legge: "Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma. Il cliente prende atto che la copertura è esclusa nel caso di ... malattie già in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione o loro seguiti, conseguenze, postumi";

. nella nota informativa (p.2) si legge "Avvertenza: si richiama l'attenzione dell'Aderente/Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di adesione relative alle informazioni eventualmente rese dall'Aderente/Assicurato sul suo stato di salute";

. all'art. 15 delle Condizioni di Assicurazione è previsto che: "Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute".

La parte convenuta ritiene dunque integrati tutti i presupposti dell'art. 1892 c.c. per essere la dichiarazione di buona salute non veritiera in quanto in contrasto con l'esistenza di una patologia preesistente nota all'assicurato e dirimente nella determinazione delle condizioni di rischio alla base della formazione del consenso dell'assicuratore.

Occorre per contro rilevare che non risultano integrati nella specie i requisiti del dolo e della colpa grave richiesti dall'art. 1892 cc. tenuto conto del fatto che all'assicurato non è stato sottoposto un questionario anamnestico specifico circa le condizioni sanitarie, ma risulta soltanto il recepimento nell'ambito del modulo di adesione prestampato di una del tutto generica dichiarazione circa il 'buono stato di salute', che implica non l'attestazione di un fatto ma l'espressione di un giudizio,

NB



frutto di una valutazione discrezionale rimessa ad un soggetto privo delle necessarie cognizioni mediche.

Tale modalità sommaria e generica di acquisizione da parte dell'assicuratore di informazioni di tale importanza da essere poi invocate in via di eccezione quale presupposto di applicabilità dell'art. 1892 c.c. per rifiutare l'adempimento della prestazione cui l'assicurato avrebbe diritto quale corrispettivo del regolare pagamento del premio risulta in contrasto con i generali principi di correttezza e buona fede di matrice costituzionale (ex art. 2 Cost.) che devono presiedere sia alla formazione ed interpretazione del contratto sia alla sua esecuzione in ogni sua fase (Cassazione civile, sez. III, 05/03/2009, n. 5348), specificamente codificati nella materia in oggetto dall'art. 183 del codice delle assicurazioni che prescrive l'obbligo di *'comportarsi con diligenza, correttezza e trasparenza nei confronti dei contraenti e degli assicurati'*.

E' pertinente in proposito il richiamo della difesa attorea alla segnalazione congiunta da parte dell'Ivass e della Banca d'Italia del 26.8.2015 (doc.10) delle criticità oggetto di frequenti reclami dei consumatori circa la diffusione di polizze non adeguate rispetto alle effettive esigenze del cliente con la specifica indicazione della necessità di sottoporre all'assicurato questionari sanitari idonei a consentirne una consapevole rappresentazione del proprio stato di salute e una piena consapevolezza delle conseguenze derivanti dalle dichiarazioni rese, in luogo della mera dichiarazione di buono stato di salute prestampata, in uno con la raccomandazione a seguire una politica liquidativa favorevole all'assicurato per i contratti già stipulati senza che sia stato consentito al sottoscrittore di rendere compiutamente le informazioni necessarie.

Non paiono dirimenti le pronunce di merito citate dalla difesa convenuta in massima parte relative a fattispecie di sottoposizione all'assicurato di un questionario idoneo a consentirgli una rappresentazione dell'importanza delle risposte date in merito alle proprie condizioni di salute.

Anche esaminando la casistica oggetto della più recente giurisprudenza di legittimità si evince che la reticenza o inesattezza delle dichiarazioni dell'assicurato ex art. 1892 c.c. risulta accertata *'quando l'assicurato abbia con coscienza e volontà omissivo di riferire all'assicuratore, nonostante gli sia stata rivolta apposita domanda, circostanze suscettibili di esercitare una effettiva influenza sul rischio assicurato'* per non avere *'risposto a uno specifico questionario che, in ipotesi, lo*



doveva indurre a dare risposte più circostanziate sul suo stato di salute' (Cassazione civile sez. III, 05/10/2018, n.24563) e ancora per aver omesso una circostanza 'sintomatica del suo stato di salute che l'assicuratore abbia considerato potenzialmente rilevante ai fini della valutazione del rischio, domandandone di esserne informato dal contraente tramite la compilazione di un questionario' (Cassazione civile sez. III, 31/07/2015, n.16284; conforme Cassazione civile sez. III, 11/06/2010, n.14069).

Il generale obbligo di correttezza trasparenza e buona fede impone all'assicuratore, anche quale 'contraente forte' di 'ridurre congruamente gli spazi di indeterminatezza delle circostanze alla conoscenza delle quali abbia interesse' (Cass. 11206/90) circoscrivendo il perimetro delle informazioni che il cliente è tenuto a fornire rilevanti per la formazione del consenso mediante la sottoposizione di un questionario specifico e non limitandosi ad inserire nella modulistica prestampata una generica dichiarazione di 'buona salute' rimessa alla discrezionale autovalutazione dell'assicurato, che potrebbe tecnicamente e in buona fede ritenere di essere complessivamente sano nonostante una condizione di 'ipertensione arteriosa'.

In conclusione, deve essere esclusa la colpa grave richiesta dall'art. 1892 c.c. per la generica e vaga dichiarazione circa il buono stato di salute in mancanza di un questionario idoneo a rendere l'assicurato consapevole delle conseguenze delle proprie dichiarazioni.

* * *

La
cla
'm
po
Tr
op
ap
il
inv

r la
i di
ze,
: di
ova
con
lere

OMISSIS

