

SENT. N. 2702/2015

DSP. 6612/2015

N. 3074/2013 RC

CRON. 26371/2015

RSP. 6658/2015



In Nome del Popolo Italiano

Il Tribunale di TREVISO

In composizione monocratica nella persona del dott. Paolo Nasini ha pronunciato la seguente

### SENTENZA

Nella causa promossa da

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

attore

CONTRO

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

### CONCLUSIONI

#### Per parte attrice

“Piaccia all’On.le Tribunale adito, ogni diversa e contraria istanza disattesa e respinta, esaminata la polizza [REDACTED] e la documentazione di causa, condannare la convenuta a versare all’attore l’importo di € 47.840,22 oltre interessi e rivalutazione dalla data della domanda al saldo.

In subordine, nella denegata ipotesi in cui si dovesse appalesare ipotesi di colpa lieve condannare comunque la convenuta a corrispondere quanto ritenuto di Giustizia, previa applicazione della disciplina di cui all’articolo 1893 c.c.

Rifusione spese e compenso professionale.

**In via istruttoria** si richiama quanto indicato, dedotto e richiesto nella seconda memoria 183 datata 14.12.2013 quivi da intendersi riportata e trascritta.

#### Per parte convenuta

Piaccia all'Ill.mo Tribunale di Treviso, ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione disattese,

- Nel merito, respingere le domande attoree in quanto le domande sono infondate in fatto ed in diritto, per i motivi di cui in narrativa;

- In via riconvenzionale, annullare la polizza oggetto di causa ai sensi dell'art 1892 c.c., per i motivi di cui in narrativa;

- Sempre in via riconvenzionale, in subordine, nella denegata ipotesi in cui non venga ravvisato il dolo o la colpa grave ex art 1892 c.c., accertare e dichiarare, occorrendo anche ai sensi dell'art 1893 c.c., che nulla è dovuto da [REDACTED] all'attore, in relazione alla polizza oggetto di causa;

- Sempre in via riconvenzionale, in ulteriore subordine, nella denegata ipotesi in cui venga accertato e dichiarato che la contraente sig.ra [REDACTED] fosse assicurabile e che pertanto debba essere liquidata la prestazione per il caso morte, limitare la condanna di [REDACTED] al pagamento in favore del sig. [REDACTED] dell'importo pari ad Euro 47.840,22.

- In ogni caso, con vittoria di spese e compensi professionali, oltre Iva e cpa



## MOTIVI IN FATTO E DIRITTO

Con atto di citazione notificato in data 24.4.2013 [REDACTED] conveniva in giudizio [REDACTED] affinché quest'ultima, esaminata la polizza 6912958 e la documentazione di causa, fosse condannata a versare all'attore l'importo di € 47.840,22 oltre interessi e rivalutazione dalla data della domanda al saldo; in subordine, nella denegata ipotesi in cui si dovesse appalesare ipotesi di colpa lieve chiedeva la condanna comunque della convenuta a corrispondere quanto ritenuto di giustizia, previa applicazione della disciplina di cui all'articolo 1893 c.c.

Si costituiva in giudizio [REDACTED] contestando la domanda attorea e chiedendone il rigetto; in via riconvenzionale, inoltre, chiedeva che fosse annullata la polizza oggetto di causa ai sensi dell'art 1892 c.c.; sempre in via riconvenzionale, in subordine, nella denegata ipotesi in cui non fosse ravvisato il dolo o la colpa grave ex art 1892 c.c., chiedeva che fosse accertato e dichiarato, occorrendo anche ai sensi dell'art 1893 c.c., che nulla era dovuto da [REDACTED] all'attore, in relazione alla polizza oggetto di causa; sempre in via riconvenzionale, in ulteriore subordine, nella denegata ipotesi in cui fosse accertato e dichiarato che la contraente sig.ra [REDACTED] fosse assicurabile e che pertanto dovesse essere liquidata la prestazione per il caso morte, chiedeva che fosse limitata la condanna di Intesa al pagamento in favore del [REDACTED] dell'importo pari ad Euro 47.840,22.

Esaminati gli atti di causa si rileva quanto segue.

E' pacifico e documentale che [REDACTED] coniuge dell'attore, in data 31.7.2001 ha stipulato con [REDACTED] la polizza di assicurazione sulla vita [REDACTED] con beneficiari il coniuge o, in mancanza, i figli.

In data 9.8.2009 la [REDACTED] è deceduta.

Parte attrice lamenta che nonostante la [REDACTED] avesse, in sede di stipulazione del contratto di assicurazione, sottoscritto il modulo stampato dal funzionario di banca, senza celare alcunchè sulla propria salute e del proprio pregresso, [REDACTED] richiesta del pagamento dell'indennizzo, ha ingiustificatamente negato la soddisfazione del diritto del [REDACTED] eccependo la violazione degli artt 1892 e 1893 c.c.

In particolare, i [REDACTED] in atto di citazione ha dedotto che la [REDACTED] aveva debitamente informato l'istituto bancario sulla propria pregressa condizione di salute e

sull'attestata certificazione di assenza di patologie tumorali, status debitamente certificato dal dr [REDACTED] nella relazione prodotta in atti.

La società convenuta contesta l'indennizzabilità dell'evento morte asserendo che la [REDACTED] avrebbe in modo gravemente colposo omesso di dar conto in sede di stipula del contratto di aver sofferto nel recente passato di un tumore maligno (adenocarcinoma ovarico) per il quale aveva dovuto sottoporsi ad alcuni interventi, dando invece conto di non essere mai stata sottoposta a ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici, in particolare, se si considera che le cause del decesso erano riconducibili a metastasi che trovavano origine proprio nella malattia sopra descritta risalente al 1997-1998.

In tal senso, quindi, la polizza sarebbe annullabile e nulla sarebbe dovuto all'attore ai sensi dell'art 1892 c.c.

In via subordinata, parte convenuta ha comunque eccepito l'infondatezza del diritto ad ottenere l'indennizzo e ciò in forza dell'art 1893, 2° comma c.c., interpretato alla luce dell'art 32 d.lgs 209/05.

Infine, in ogni caso, [REDACTED] ha contestato la quantificazione dell'indennizzo come operata dall'attore.

Posto che è pacifica la stipulazione dell'assicurazione sulla vita da parte della [REDACTED] e, quindi, la legittimazione attiva, come beneficiario, dell'attore ad agire nei confronti della convenuta per ottenere l'indennizzo, occorre in primo luogo esaminare l'eccezione sollevata da [REDACTED] relativa all'applicazione dell'art 1892 c.c.

In forza di tale disposizione normativa, infatti, <<Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave>>.

Secondo l'insegnamento della Suprema Corte di Cassazione, << In tema di contratto di assicurazione, la reticenza dell'assicurato è causa di annullamento negoziale quando si verificano cumulativamente tre condizioni: a) che la dichiarazione sia inesatta o reticente; b) che la dichiarazione sia stata resa con dolo o colpa grave; c) che la reticenza sia stata determinante nella formazione del consenso dell'assicuratore. Il giudizio sulla rilevanza delle dichiarazioni inesatte o sulla reticenza del contraente,



implicando un apprezzamento di fatto, è riservato al giudice di merito ed è censurabile in sede di legittimità solo se non sia sorretto da una motivazione logica, coerente e completa (Cass., n. 25582 del 30/11/2011).

Preliminarmente, va rammentato che è documentale e non contestato specificamente dall'attore che, a seguito di esame istologico del 28.10.1997 presso l'USL 9 di Treviso, alla [REDACTED] è stata diagnosticata una "neoplasia sierosa papillare ovarica, compatibile con cistoadenocarcinoma papillare sieroso", divenuta successivamente "eteroplasia dell'ovaio sinistro": a tale diagnosi è seguito un intervento chirurgico di laparoscopia esplorativa presso l'Ospedale San Gerardo di Monza in data 17.12.1997 per "adenocarcinoma borderline sieroso ovarico con aree focali grado 2 e metastasi ai linfonodi pelvici" e successivamente, nuovo intervento in data 10.6.1998.

Partiamo, ora, ad analizzare il primo requisito indicato dalla giurisprudenza: la reticenza.

Secondo l'insegnamento della Corte di Cassazione, <<L'assicuratore il quale, prima della stipula di un'assicurazione sulla vita, sottoponga al contraente un questionario anamnestico per la valutazione del rischio, non ha alcun onere di indicare analiticamente tutti gli stati morbosi che ritiene influenti sul rischio, ma è sufficiente che ponga all'assicurato la generica richiesta di dichiarare ogni stato morboso in atto al momento della stipula o ne raggruppi le specie per tipologie (nella specie: patologie metaboliche) né tale formulazione del questionario può essere interpretata come disinteresse dell'assicuratore alla conoscenza di malattie non espressamente indicate. Ne consegue che, per escludere la reticenza di cui agli artt. 1892 e 1893 cod. civ., non può essere dall'assicurato sottaciuta l'esistenza di una patologia preesistente come il diabete anche se non singolarmente indicata nel questionario anamnestico>> (Cass., n. 27578 del 20/12/2011).

E' documentale che al momento della stipula del contratto di assicurazione la [REDACTED] ha sottoscritto anche la parte della polizza recante "dichiarazioni dell'assicurato" nel quale alle voci "Malattie di una certa gravità" e "Ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici o samì diagnostici" ha indicato per entrambe "NO".

Subito dopo le voci sopra riportate è specificamente previsto che "L'assicurato conferma che le dichiarazioni rese sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto omesso

o alterato alcuna circostanza, consapevole che in caso contrario il contratto non sarà valido”.

Non risulta per contro alcun elemento di prova documentale che dimostri una specifica comunicazione alla [REDACTED] assicuratrice al momento della stipula o precedentemente, volta a informare quest'ultima della circostanza relativa alla pregressa malattia dalla quale è stata affetta e che l'aveva costretta a più di un intervento chirurgico.

Parte attrice non ha nemmeno richiesto l'assunzione di prova testimoniale idonea a dimostrare che tale informativa è stata data.

I capitoli di prova dedotti da [REDACTED] in sede di memoria ex art 183 sesto comma n. 2 c.p.c., (ed in particolare il cap 2), infatti, non hanno ad oggetto la comunicazione da parte della [REDACTED] delle proprie condizioni di salute alla [REDACTED] ma il fatto che [REDACTED] ovvero funzionario della filiale di [REDACTED] fosse a conoscenza delle condizioni di salute della [REDACTED] circostanza irrilevante ai fini che qui interessano.

Sul punto si rammenta l'insegnamento della Suprema Corte secondo il quale <<La conoscenza da parte dell'impresa assicuratrice della reticenza dell'assicurato o dell'inesattezza delle sue dichiarazioni, rilevante ai fini dell'annullamento del contratto di assicurazione, non può essere confusa con quella dei soggetti che non hanno il potere di rappresentarla, il cui stato soggettivo è irrilevante ai sensi dell'art. 1391 cod. civ.. Peraltro non può escludersi che, anche in assenza del potere rappresentativo (come nel caso di espletamento della relativa attività da parte di procacciatore d'affari o agente privo di rappresentanza), possa verificarsi un trasferimento di conoscenze acquisite in relazione al rischio assicurato dall'incaricato alla compagnia di assicurazioni, sua mandante, ma, ai fini del recesso, è necessario che tale trasmissione di conoscenze sia concretamente provata dall'assicurato, anche mediante presunzioni>> (Cass., n. 25011 del 10/10/2008).

Ne consegue, pertanto, che se da un lato risulta per tabulas la mancata comunicazione tempestiva alla compagnia assicuratrice delle condizioni di salute pregresse della [REDACTED] dall'altro il [REDACTED] non ha fornito elementi di prova idonei a confutare tale dato.

Veniamo quindi al requisito soggettivo del dolo o della colpa grave.

Secondo l'insegnamento della Suprema Corte, <<quanto al dolo, non è necessario che l'assicurato ponga in essere artifici o altri mezzi fraudolenti, sufficiente essendo la sua coscienza e volontà di rendere una dichiarazione inesatta o reticente; quanto alla colpa grave (ipotesi di specie), occorre che la dichiarazione inesatta o reticente sia frutto di una grave negligenza presupponente la coscienza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza, in una con la consapevolezza dell'importanza dell'informazione inesatta o mancata rispetto alla conclusione del contratto ed alle sue condizioni (Cass. n. 3165 del 04/03/2003)>> (Cass., n. 12086 del 10/06/2015 (Rv. 635562) •

In base al medesimo insegnamento, l'obbligo informativo in capo all'assicurato deve essere delimitato dall'assicuratore con riguardo agli elementi negozialmente rilevanti, essendo questi tenuto ad indicare le circostanze che ha necessità di conoscere per valutare l'opportunità della stipula.

Nel caso di specie l'oggetto dell'informativa era stato dall'assicuratore univocamente delimitato – nella clausola di polizza recante “dichiarazioni dell'assicurand” sopra indicata - proprio con riguardo a malattie di una certa gravità (non specificando se attuali o pregresse, sicchè deve ritenersi che queste ultime fossero necessariamente ricomprese) e a ricoveri ospedalieri, o interventi chirurgici o esami diagnostici.

Non può dirsi ne' che l'informativa richiesta fosse generica, confusa o tale da ingenerare dubbi di sorta nell'assicurato sulle circostanze che l'assicuratore chiedeva di apprendere; ne' che essa fosse obiettivamente estranea, all'oggetto della polizza, in quanto volta ad ottenere tutte le informazioni medico-sanitarie utili ai fini della determinazione del rischio.

Ed entrambi questi elementi apparivano palesi e di immediata percezione.

Infatti, nel caso di specie non può invocarsi una non chiara intelleggibilità della documentazione assicurativa da parte della [REDACTED] atteso che, da un lato, la sottoscrizione da parte dell'assicurata è stata apposta sulla stessa pagina nella quale sono riportate le dichiarazioni di cui sopra, e, dall'altro lato, sia sotto il profilo grafico che linguistico la clausola è comprensibile anche ai non addetti ai lavori come la de cuius.

In tal senso, il fatto che la [REDACTED] non abbia ritenuto o non le sia venuto in mente di comunicare che solo quattro anni prima le era stato diagnosticato un tumore non può non essere valutato in termini di colpa grave, posto che un tumore certamente è una



malattia grave e, in ogni caso, la de cuius era stata sottoposta come detto ad alcuni interventi chirurgici ravvicinati e a vari esami diagnostici, come indicato nella clausola.

Da quanto sopra, quindi, al di là del fatto che al momento della stipulazione della polizza vita sia stato consegnato o meno alla [REDACTED] la “Nota informativa e Condizioni contrattuali mod 1063/18” (doc 3 fasc convenuta: l’art 4, sostanzialmente riproduce i medesimi contenuti dell’art 1892 c.c.) – circostanza che peraltro deve presumersi atteso che la predetta nota informativa è stata prodotta in causa proprio dall’attore per primo - il comportamento della [REDACTED] è chiaramente contrario alle previsioni di cui all’art 1892 c.c.

A nulla rileva che la [REDACTED] al momento della stipula del contratto in oggetto non presentasse problematiche tumorali in atto o comunque postumi della malattia avuta anni prima, in quanto, da un lato, come detto, la clausola contrattuale non limitava l’informativa al momento temporale della stipula dell’atto e, dall’altro lato, una problematica di salute come quella vissuta dalla [REDACTED] non può ritenersi tale da essere dimenticata con facilità e dopo solo pochi anni.

Con riferimento, infine, all’ultimo dei presupposti, ovvero la prova che la reticenza sia stata determinante nella formazione del consenso dell’assicuratore, la sussistenza dello stesso risulta dallo stesso tenore letterale delle condizioni di assicurazione sopra richiamate e anche dalla tipologia delle informazioni omesse in relazione alla causa del contratto in esame.

Per quanto riguarda il profilo letterale, si richiama quanto sopra detto e si sottolinea come le informazioni omesse dalla [REDACTED] erano considerate tanto rilevanti dalla compagnia da avere la stessa precisato che in caso di omissione o reticenza o di dichiarazioni non veritiere il contratto non sarebbe stato valido (sostanzialmente richiamando così l’art 1892 c.c); sotto il profilo teleologico, poi, occorre rilevare che il contratto di assicurazione sulla vita è caratterizzato dall’alea in ordine appunto alla vita dell’assicurato, che normalmente, si fonda sul presupposto che lo stesso goda di buona salute nel senso che non abbia avuto gravi malattie ovvero non sia stato sottoposto a interventi o altre attività medico-sanitarie che denotino una condizione di salute non nella norma.





In tali casi, infatti, potrebbe esservi uno sbilanciamento del rischio tale da rendere antieconomico per la compagnia assicuratrice un impegno come quello assunto nei confronti della [REDACTED]

Da qui ne discende la comprensibile previsione della invalidità del contratto assicurativo.

Ciò tanto più se si considera, nel caso di specie, che le malattie tumorali spesso anche se curate possono ricomparire e, come nel caso di specie, condurre alla morte della persona.

Conseguentemente, ancorchè si comprenda il dramma umano dell'attore, la previsione normativa dell'art 1892 c.c. così come interpretata dalla Suprema Corte e le evidenze probatorie sopra descritte, conducono inevitabilmente al rigetto della domanda attorea ed all'accoglimento della domanda riconvenzionale di parte convenuta di annullamento della polizza oggetto di causa.

In applicazione del principio di soccombenza l'attore deve essere condannato a rifondere a parte convenuta le spese di lite liquidate come in dispositivo, secondo i parametri minimi attesa la non complessità della controversia e con riduzione della voce per la fase istruttoria atteso il mancato svolgimento di attività diversa dal mero deposito delle memorie istruttorie.

PQM

Il Tribunale di Treviso in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott. Paolo Nasini, definitivamente pronunciando,

- 1) Rigetta le domande attoree;
- 2) In accoglimento della domanda riconvenzionale di parte convenuta, annulla il contratto di assicurazione stipulato da [REDACTED] in data 31.7.2001 polizza [REDACTED] oggetto di causa;
- 3) Condanna parte attrice a rifondere a parte convenuta le spese del presente giudizio che si liquidano in Euro 5.795,00 per compensi, oltre rimborso forfettario spese di lite, Iva e cpa come per legge.

Treviso 27.11.15

Il Giudice

Dott. Paolo Nasini  


IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO  
Patrizia MANENTE

Depositato in Cancelleria

Il 4/12/2015  
IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO  
IL CANCELLIERE  
Patrizia MANENTE

Tribunale di Treviso, Prima Sezione civile, Giudice Paolo Nasini

Fatto avviso telematico  
il 4/12/2015  
IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO  
Patrizia MANENTE