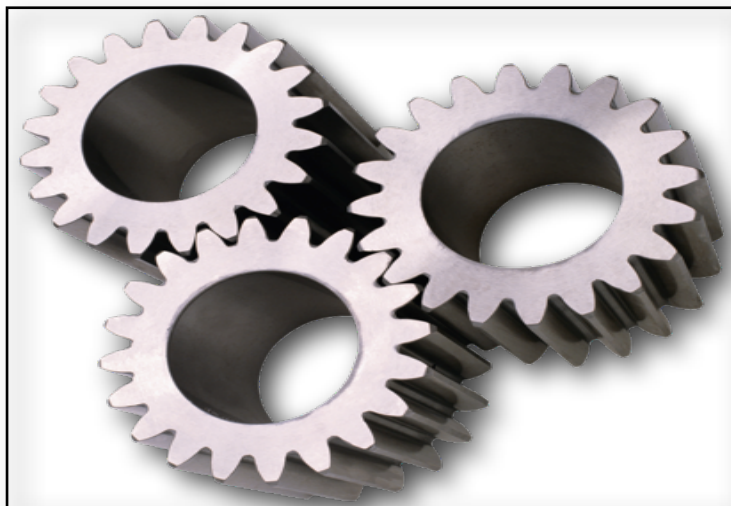


NEWS

L'ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI



Alcuni aspetti dell'art.1910 del codice civile sono lasciati all'interpretazione di dottrina e giurisprudenza e mai precisati nel contenuto della norma, lasciando così, l'assicurato e l'assicuratore in balia della volatilità degli orientamenti nel silenzio normativo.

L'onere della prova. Per il primo punto, con l'art.1910 C.C., si prevede che *“Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore”* e che per il combinato disposto del primo e terzo comma di detto articolo, l'assicurato deve adempiere a tale obbligo, verso gli assicuratori, in due distinti momenti e cioè alla stipula del contratto ed alla denuncia del sinistro.

La legge non indica alcun termine per la comunicazione, prevedendo, invece, l'esonero dal pagamento dell'indennità, per gli

assicuratori, solo in caso di omissione dolosa dell'avviso.

Proprio su quest'ultimo aspetto è necessario porre attenzione e cioè sull'onere di provare l'omissione dolosa. La giurisprudenza sostiene che la prova dell'esistenza del dolo incomba sugli assicuratori e che in mancanza di tale prova il diritto all'indennizzo non potrà essere negato, ma non vi è certezza di tale applicazione. L'unico caso d'inversione dell'onere della prova è normato nell'art.178 del codice delle assicurazioni ed attiene il contratto di assicurazione sulla vita di cui ai rami III e V dell'articolo 2, comma 1, mentre per le altre fattispecie si segue il disposto dell'art.2697 del codice civile.

Ora, il silenzio normativo di cui dell'art.1910 c.c. circa il succitato onere può creare per l'assicurato un difficile esercizio probatorio a suo carico e vedersi così negato l'indennizzo da parte degli assicuratori.

L'ART.1910 DEL CODICE CIVILE

Assicurazione presso diversi assicuratori.

[I]. *Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.*

[II]. *Se l'assicurato omette dolosamente, di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.*

[III]. *Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.*

[IV]. *L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.*

I punti in discussione:

1. la specifica dell'onere della prova;
2. la modulazione della non applicabilità del principio indennitario connesso al valore dell'essere umano per le coperture infortuni;
3. l'ampliamento della facoltà tecnica-assicurativa verso forme di garanzia sussidiarie e/o complementari



Il valore dell'essere umano.

Nell'assicurazione contro i danni con l'applicazione del principio indennitario si assimila anche la fattispecie degli infortuni alle persone. Si è affermato che anche il corpo umano, come i danni alle cose, può essere oggetto di una valutazione economica e che la liquidazione forfettaria impiegata nella polizza infortuni trova nella polizza danni, c.d. stimata di cui all'art. 1908 c.c., un elemento di affinità. Per quanto riguarda il rapporto con l'art. 1910 c.c., è però opinione diffusa che non si applichi l'intera disposizione, ma solamente i primi due commi accomunando, quindi, l'assicurazione infortuni all'assicurazione vita.

In senso contrario, è stato affermato che, nell'assicurazione presso diversi assicuratori, l'assicurato che chiede all'assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto è tenuto a provare che le somme complessivamente da lui riscosse per il medesimo sinistro non superino l'ammontare del danno sofferto in conseguenza dello stesso.

La sentenza della Suprema Corte del 10 aprile 2002, n. 5119, mostra come i precedenti interventi dei giudici di legittimità abbiano effettuato *"una valutazione caso per caso volta a valutare se, in relazione alla fattispecie in esame, fosse o meno adattabile all'assicurazione contro gli infortuni una determinata norma, dettata per l'assicurazione sulla vita ovvero per l'assicurazione contro i danni"*. Le Sezioni Unite hanno elaborato una soluzione della disciplina binaria: in caso di disgrazie mortali, si applicano le disposizioni dell'assicurazione sulla vita, mentre in caso d'infortuni non mortali si applicano quelle dell'assicurazione contro i danni.

Gli sviluppi giurisprudenziali successivi all'intervento delle Sezioni Unite presentano uno scenario variegato: vi sono sentenze (di legittimità) che seguono interamente la linea delle Sezioni Unite; altre (di legittimità e di merito) che tengono ferma la distinzione binaria, ma non ribadiscono (per gli infortuni non mortali) la precisazione effettuata dalle Sezioni Unite circa la difficoltà di sindacare il valore delle somme cumulativamente assicurate ed affermano l'applicazione del principio indennitario di cui all'art. 1910, c. 3, c.c. per gli infortuni non mortali.

La giurisprudenza successiva alla pronuncia delle Sezioni Unite ha proseguito con la tesi della causa mista, non sempre ribadendo quanto sottolineato dalle Sezioni Unite circa la difficoltà di

applicare i commi 3 e 4 dell'art. 1910 c.c. agli infortuni non mortali.

Pare così che il mancato richiamo all'inapplicabilità dei commi 3 e 4 dell'art. 1910 c.c. agli infortuni non mortali non valga come regola giuridica ma eventualmente come opinione del giudicante.

Per quanto esposto, pur mutuando le diverse indicazioni di dottrina e giurisprudenza diviene necessario porre ordine nella norma ed evitare che il valore assicurabile per la polizza infortuni diventi una mera somma prefissata per ciascun assicurato in funzione della sua età, delle sue condizioni fisiche e reddituali, tra l'altro, non facilmente quantificabili e sempre discutibili per il relativo indennizzo.

L'assicurazione non complementare. La caratteristica dell'assicurazione plurima o presso diversi assicuratori, così come dettata dall'art. 1910 c.c., è rappresentata dalla presenza di più contratti di assicurazione stipulati con assicuratori diversi, da chi ne ha interesse o per suo conto da altro soggetto, per lo stesso rischio e con identica durata.

Il principio che regola l'assicurazione presso diversi assicuratori è stato, chiaramente, sintetizzato dalla Suprema Corte laddove ha affermato che *"In base al disposto dell'art. 1910 del c.c. una pluralità di assicurazioni possono essere stipulate per lo stesso interesse, contro lo stesso rischio (o contro gli stessi rischi) e per lo stesso periodo di tempo, con il limite di non poter far comunque ottenere all'assicurato un risarcimento entità dalle assicurazioni destinate ad operare congiuntamente e non in via sussidiaria o complementare l'una rispetto all'altra, dato che ciascun assicuratore è tenuto all'indennità fino al limite della somma assicurata e, nel complesso, fino all'ammontare totale del danno, salvo il regresso dell'assicuratore stesso nei confronti degli altri coobbligati"*.



Nella costruzione della norma, quindi, si è optato per le coperture con diversi assicuratori che operano congiuntamente e non possono intervenire in modo sussidiario o complementare l'una con l'altra come, ad esempio, può avvenire nelle assicurazioni di responsabilità civile nel caso del "secondo rischio" ove la seconda copertura interviene quando la prima diviene incapiente. Anzi, la seconda assicurazione viene, spesso, prestata sia per estendere il massimale assicurato, ma anche, per integrare le garanzie assicurative non presenti nella prima copertura a "primo rischio". Ebbene, anche, per il ramo "danni" pur nel rispetto del principio indennitario di cui agli artt. 1905 e 1908 del codice civile, può essere mutuata tale soluzione, ampliando le possibilità dell'intervento assicurativo.

Secondo i principi enunciati dall'attuale formulazione dell'art.1910 c.c. il focus dell'assicurazione presso diversi assicuratori (cd. coassicurazione indiretta), si basa su una pluralità di assicurazioni, contratte separatamente, per il medesimo rischio. Le problematiche che si aprono per l'assicurato, con l'attuale formulazione della norma sono varie, sia per avere omogeneità delle garanzie assicurative, sia le eventuali franchigie e/o scoperti applicati per i sinistri.

Da ciò deriva lo scarso utilizzo, nel ramo "danni", della coassicurazione indiretta a favore di quella diretta ove le condizioni assicurativo-contrattuali sono uniche ed il rischio viene ripartito tra gli assicuratori in funzione delle quote di rischio assunte dagli stessi. In entrambe le soluzioni, il valore assicurato, proprio del principio indennitario resta immutato e cioè deve essere pari al valore del bene oggetto delle coperture. Per favorire la possibilità d'interventi suppletivi o complementari di più assicurazioni e fermo restando il valore del bene da garantire, in analogia a quanto applicato per le coperture di responsabilità civile, si potrebbero aprire nuove soluzioni d'integrazione tra i contratti assicurativi.

Alcuni esempi:

- a) se alcuni rischi non fossero garantiti in altra assicurazione, ma lo fossero in base alle garanzie prestate con altra polizza complementare, sarebbero coperti dalle condizioni integrative dell'altra;
- b) se le somme assicurate fossero insufficienti a coprire l'intero danno, potrebbero essere integrate da altra assicurazione;

c) le franchigie e/o scoperti potrebbero essere applicati solo per i diversi rischi assicurati dalle varie polizze oppure in caso di coincidenza di garanzia, se le franchigie applicate nella copertura suppletiva fossero inferiori a quelle di altre essere assorbite dalle franchigie e/o scoperti previste dalle altre assicurazioni; se, invece, superiori, essere valide solo per la differenza.

Naturalmente, la scelta di questa soluzione assicurativa comporterà la non applicabilità del comma IV dell'art.1910 c.c. circa il diritto di regresso dell'assicuratore che ha pagato, verso gli altri assicuratori, per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti ed in caso di assicuratore insolvente, la non ripartizione della sua quota fra gli altri assicuratori.



UN'IPOTESI DI MODIFICA DELL' ART.1910 C.C. ?

Assicurazione presso diversi assicuratori.

[I]. Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore [1911].

[II]. Se l'assicurato omette dolosamente, di dare l'avviso, gli assicuratori **che ne provino il dolo**, non sono tenuti a pagare l'indennità.

[III]. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. **Il limite dell'ammontare del danno non si applica ai contratti assicurativi per i casi di morte ed invalidità permanente da infortunio.**

[IV]. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

[V]. **Le assicurazioni contratte per un medesimo rischio possono essere tra loro, anche, sussidiarie e/o complementari in relazione agli accordi contrattuali tra l'assicurato e gli assicuratori ed in dipendenza del comma III. In questo caso, l'assicuratore paga l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto e non si applica quanto previsto al comma IV.**



CHE DIRE

Forse, non sarebbe una cattiva soluzione?