



**TRIBUNALE DI CALTANISSETTA
SEZIONE UNICA CIVILE
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

Il giudice, in persona della d.ssa Nadia Marina La Rana, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al ruolo generale degli affari contenziosi al n. 50 dell'anno 2013 e promossa

DA

(A), nata a ... (..) il ..., c.f. ..., elettivamente domiciliata in ... al Viale ... n. .., presso lo studio dell'Avv. ..., rappr.ta e dif.sa dall'Avv. ... in forza di procura posta a margine dell'atto introduttivo del giudizio

-Attore-

CONTRO

(B) S.p.A., in persona del titolare p.t., ..., con sede in ... alla Via ... n. .. - ... , p.iva .., rappresentata e difesa, giusta procura generale per atto Notaio ... rep. .., racc. n. .. del ... dall'Avv. ..., nonché dall'Avv. ..., giusta nomina in calce alla comparsa di costituzione e risposta, elett.te dom.ta in ... al viale ... n. ..., presso lo studio dell'Avv. ...

-Convenuta-

Oggetto: contratto di assicurazione.

Sulle conclusioni delle parti costituite precisate all'udienza del 14.12.2016 e trascritte nel relativo verbale.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO E MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione notificato al convenuto il 10.1.2013, (A), erede di (C), conveniva in giudizio la (B) S.p.A. chiedendo: 1. che fosse accertato che i contratti stipulati con (D) S.p.A., con (E) S.p.A. e con (F) S.p.A. sono coperti da garanzia contro i rischi di morte, anche per causa di malattia; 2. che fosse dichiarato che la malattia che ha provocato la morte del (C) non rientra tra i rischi esclusi dalle condizioni generali delle polizze; 3. che fosse dichiarata la nullità delle clausole

di esclusione del rischio contenute nei detti contratti, in quanto vessatorie; 4. che fosse dichiarato che l'attrice non è quindi tenuta a pagare le rate a saldo a far data dal ...2011 maturate dalle società di finanziamento e, per l'effetto 4. che la società convenuta fosse condannata al pagamento di quanto dovuto nei confronti di **(D)** S.p.A., **(E)** S.p.A. e **(F)** S.p.A. in ragione delle polizze collettive accessorie ai rispettivi contratti sottoscritti dal signor **(C)**. In particolare, le domande avanzate dall'attrice si riferiscono ai seguenti rapporti: 1. contratto di finanziamento c.d. "..." n. ... sottoscritto con **(D)** S.p.A. il 06.09.2006, con contestuale adesione alla polizza collettiva n. ... che **(D)** S.p.A. aveva in essere con l'allora ... S.p.A. (in seguito ... S.p.A. ed oggi ... S.p.A.) a garanzia del rischio Decesso; 2. contratto di prestito personale n. ... sottoscritto con **(E)** S.p.A. il 16.06.2008, con contestuale adesione alle polizze collettive n. ... e n. ... che **(E)** aveva in essere rispettivamente con ... Ass.ni e ... Ass.ni (in coassicurazione tra loro al 50%); 3. contratto di finanziamento n. 555201930 sottoscritto con **(F)** S.p.A. il 16.09.2009, con contestuale adesione alla polizza collettiva n. ... che **(F)** S.p.A. aveva in essere con **(B)** S.p.A. (oggi ... S.p.A.) a garanzia, tra gli altri, del rischio Decesso .

Si costituiva in giudizio la **(B)** S.p.A. eccependo, preliminarmente, il proprio difetto di legittimazione passiva con riferimento alla pretesa vantata in relazione alla polizza collettiva n. ... che **(D)** S.p.A. aveva in essere con l'allora ... S.p.A. (in seguito ... S.p.A. ed oggi ... S.p.A.), nonché il difetto di legittimazione attiva della controparte con riferimento alle polizze collettive n. ... e n. ... che **(E)** aveva in essere con ... Ass.ni e ... Ass.ni (in coassicurazione tra loro al 50%) ed alla polizza collettiva n. ... che **(F)** S.p.A. aveva in essere con **(B)** S.p.A. (oggi ... S.p.A.). Nel merito, in subordine, chiedeva dichiararsi il diritto della convenuta a rifiutare il pagamento della prestazione assicurativa ai sensi dell'art. 1892 comma 3 c.c. ed, in ulteriore subordine, il rigetto delle domande, essendo la fattispecie esclusa dalla copertura assicurativa ai sensi dell'art. 6 lett. c) ed f) delle condizioni di assicurazione.

La causa veniva istruita a mezzo produzioni documentali, attesa l'inammissibilità della richiesta prova orale ed, all'udienza del 14.12.2015, le parti precisavano le conclusioni. La causa veniva quindi trattenuta in decisione dal giudice, previa concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito degli scritti difensivi finali.

Occorre preliminarmente affrontare le questioni preliminari aventi ad oggetto il difetto di legittimazione attiva e passiva sollevate da parte convenuta.

Ritiene il giudice che sia fondata l'eccezione di difetto di legittimazione passiva della **(B)** S.p.A. con riferimento alla domanda introitata dall'attrice avuto riguardo alla polizza collettiva n. ... che **(D)** S.p.A. aveva in essere con l'allora ... S.p.A. (in seguito ... S.p.A. ed oggi ... S.p.A.). In effetti, avuto riguardo al detto contratto, la odierna convenuta non è titolare della posizione giuridica

sottostante, essendo la stessa indicata nel contratto quale mero gestore delle coperture e dei sinistri. D'altro canto, la stessa attrice, a fronte della eccezione sollevata da controparte, non ha insistito nella propria pretesa, deducendo che, seppur nella qualità di mero gestore, la **(B)** deve "assumersi le sue responsabilità" e, pertanto, essere chiamata a risarcire il danno ai sensi dell'art. 2043 c.c., senza tuttavia allegare alcunché in ordine alla sussistenza dei presupposti richiesti dalla norma ai fini dell'accoglimento della pretesa risarcitoria vantata.

Deve pertanto essere dichiarato il difetto di legittimazione passiva in capo alla **(B)** S.p.A. con riferimento alla domanda svolta dall'attrice ed avente ad oggetto le pretese vantate in relazione alla polizza collettiva n. ... che **(D)** S.p.A. aveva in essere con l'allora ... S.p.A. (in seguito ... S.p.A. ed oggi ... S.p.A.). Deve inoltre essere rigettata la domanda di risarcimento del danno ai sensi dell'art. 2043 c.c., avanzata con la memoria ex art. 183 co. 6 n. 1 c.p.c..

Ai fini della corretta delibazione sull'eccezione di difetto di legittimazione attiva sollevata dalla **(B)** con riferimento ai diritti vantati da controparte ed asseritamente scaturenti dalle polizze collettive n. ... e n. ... che **(E)** aveva in essere rispettivamente con ... Ass.ni e ... Ass.ni (in coassicurazione tra loro al 50%) ed alla polizza collettiva n. ... che **(F)** S.p.A. aveva in essere con **(B)** S.p.A. (oggi ... S.p.A.), ritiene il giudice doversi procedere, preliminarmente, al corretto inquadramento giuridico della fattispecie negoziale perfezionatasi tra le parti.

Orbene, ritiene il giudice che la fattispecie debba essere correttamente sussunta nell'istituto del contratto a favore di terzi di cui all'art. 1411 c.c., potendosi affermare, alla luce delle clausole dei contratti prodotti in giudizio dalla convenuta, che l'assicurato, ossia il dante causa dell'odierna attrice, sia lo stipulante (che ha aderito all'assicurazione per cui è causa a mezzo delle banche finanziatrici) e beneficiario l'istituto di credito che ha erogato il finanziamento. In particolare, con clausole quasi identiche, le condizioni di assicurazione relative ai negozi di cui si discute individuano l'"Aderente" nella persona fisica o giuridica che in relazione a un contratto di finanziamento erogato dalla Contraente ha aderito alla polizza, l'"Assicurato" nella persona fisica, che può coincidere con l'aderente, e per la quale è prestata l'assicurazione, il "Contraente" nell'istituto di credito che ha erogato il finanziamento e il "Beneficiario" nella Contraente, che accetta. Detta operazione negoziale deve ritenersi perfettamente valida in quanto, come richiesto dal dettato codicistico, può certamente ritenersi sussistente un "interesse" in capo allo stipulante alla conclusione del contratto, da rinvenirsi nel voler tenere indenni i propri eredi dalle conseguenze scaturenti dal prestito contratto in caso di morte.

Ciò posto, occorre approfondire la norma di cui all'art. 1411 c.c. al fine di individuare quali siano le azioni esperibili dallo stipulante e quali invece siano esperibili dal beneficiario. Orbene, la disposizione richiamata evidenzia che, in virtù del negozio concluso, il terzo (nella specie la banca)

acquista il diritto contro il promittente (l'istituto assicurativo) per effetto della stipulazione. Quanto alla legittimazione processuale, la giurisprudenza di legittimità, dalla quale questo giudice non ha motivo di discostarsi, ha ritenuto che lo stipulante può esercitare le azioni di adempimento, di risoluzione e di risarcimento del danno, fatto salvo il diritto del terzo di agire per ottenere il credito vantato nei confronti del promittente nonché per il risarcimento del danno, escludendo invece la legittimazione ad agire del terzo per ottenere la risoluzione del contratto. In effetti, sul punto appare chiara la giurisprudenza di legittimità, laddove afferma che nel contratto a favore di terzo *“si deve ammettere una concorrente legittimazione diretta ad agire verso il promittente per l'adempimento o per la risoluzione del contratto, sia da parte del terzo, a conferma che in capo a questi si determina, a prescindere dall'adesione, l'acquisto di un diritto autonomo e non un mero vantaggio, sia da parte dello stipulante al quale l'inadempimento del promittente arreca un pregiudizio, atteso l'interesse che lo stesso deve avere alla stipulazione ex art. 1411 c.c.; tale legittimazione concorrente spetta allo stipulante anche per il risarcimento dei danni dipendenti dalla mancata esecuzione del contratto da parte del promittente, con la precisazione che lo stipulante potrà chiedere anche il risarcimento del danno patito dal terzo come danno proprio”* (cfr. Cass. Civ. sent. n. 9810/1997, Cass. Civ. sent. n. 2493/1993).

Tanto premesso, deve affermarsi la legittimazione attiva in capo alla odierna attrice, con conseguente rigetto della eccezione preliminare sollevata da parte convenuta.

Passando al merito della controversia, si è detto che **(A)** ha chiesto che fosse accertato che il decesso del **(C)** non rientrasse tra i rischi esclusi dalle condizioni generali del contratto, che, in caso di accertata esclusione, fosse dichiarata la nullità della relativa clausola, in quanto vessatoria, e che, per l'effetto, fosse esclusa qualsivoglia obbligazione in capo alla attrice in favore della banca finanziatrice, dovendosi invece condannare la **(B)** al pagamento di quanto dovuto.

Occorre a questo punto soffermare l'attenzione sulla fondatezza della domanda avanzata in via riconvenzionale dalla convenuta ai sensi dell'art. 1892 c.c., il quale, al comma 1, prevede che *“le dichiarazioni inesatte o 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.”* ed al comma 3 prevede che *“L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata”*. La norma trova la propria *ratio* nel dovere di cooperazione ex art. 1337 c.c. in capo all'assicurato, il quale deve far sì che l'assicuratore possa decidere se e a quali condizioni

concludere il contratto, assumendo le informazioni relative al rischio dal contraente, non essendo previsto a suo carico uno specifico dovere di svolgere indagini. In tale contesto le dichiarazioni rese dall'assicurato assumono una rilevanza essenziale, posto che il rischio reale ed il rischio rappresentato va a costituire, per volontà del legislatore, presupposto per la validità del contratto. Dal chiaro tenore letterale della norma, ai fini dell'operatività della stessa, è necessario l'accertamento dei seguenti presupposti: 1. l'inesattezza e la reticenza delle dichiarazioni rese dall'assicurato; 2. l'essenzialità delle dichiarazioni stesse in ordine alla formazione del consenso dell'assicuratore; 3. il dolo o la colpa grave dell'assicurato.

Nel caso di specie, dalla documentazione depositata in atti, è possibile affermare che :1. i contratti per cui è causa sono stati stipulati in data 16.6.2008 ed in data 16.9.2009; 2. in data ...2011 decedeva (C); 3. alla data del ...2010 il (C) era affetto da epatite cronica HBV da circa tre anni, da ... da almeno 5 anni e da ..., oltre al ...; 4. il2011 il (C) veniva dimesso con diagnosi “emorragia digestiva superiore in paziente con cirrosi epatica hcv correlata...”; 5. le malattie di cui era portatore il (C) alla data di sottoscrizione del contratto (epatite cronica Hbv correlata, ... e ...) non vennero rappresentate all'assicuratore, posto che lo stipulante aveva dichiarato, per come provato documentalmente, “di trovarsi in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitino di un trattamento medico regolare”.

Ciò posto, e passando al passaggio logico successivo, occorre accertare se sussista un collegamento oggettivo tale per cui la situazione reale non dichiarata abbia dato luogo ad una maggiore probabilità di verificazione dell'evento assicurato, quindi se vi sia stata una alterazione del rischio reale rispetto a quello dichiarato incidente sulla prestazione del consenso o sulle condizioni di questo da parte dell'assicurato, nonché se possa ritenersi sussistente il dolo ovvero la colpa grave in capo all'assicurato. Come è noto, tali elementi debbono essere allegati e provati dalla compagnia assicuratrice che ha sollevato l'eccezione.

Orbene, nel caso di specie, ritiene il giudice dirimente il fatto che non possa ritenersi provata la sussistenza dell'elemento soggettivo della fattispecie, nelle forme del dolo ovvero della colpa grave. Ed infatti, la giurisprudenza sia di merito sia di legittimità formatasi in materia è chiara nell'evidenziare che, affinché possa ritenersi sussistente l'elemento soggettivo in esame, deve valutarsi compiutamente anche il comportamento dell'assicuratore, il quale, in ossequio ai principi di correttezza e buona fede precontrattuale, è tenuto ad apprestare un quadro di riferimento delle circostanze che intende conoscere, tale da ridurre congruamente gli spazi di indeterminatezza circa i fatti, riguardanti persone o cose, alla conoscenza dei quali abbia interesse, con la conseguenza, in mancanza, che gli eventuali dubbi sulla rilevanza delle circostanze non (o inesattamente) dichiarate, ovvero sulla relativa colpevolezza, restano a carico dell'assicuratore, che vi ha dato causa (cfr. Cass.

civ., Sez. I, 20 novembre 1990, n. 11206). L'esigenza di uno specifico questionario è dettata dal fatto che non si può fare del tutto affidamento sulla capacità dell'assicurato, quale *quisque de populo*, di individuare pienamente e con cognizione, nella fase delle dichiarazioni precontrattuali, quali siano le circostanze rilevanti e quali invece non siano da considerare tali in relazione alla probabilità del verificarsi del sinistro, non essendo l'assicurato medesimo in possesso delle conoscenze tecniche che sono invece a disposizione delle compagnie assicuratrici. Da ciò se ne ricava, ancora, che qualora il questionario sia generico ed incompleto, è ipotizzabile che l'assicurato non sia in grado di conoscere ed apprezzare l'importanza delle patologie che, di conseguenza, potrebbe essere portato, in buona fede, a sottacere. In altri termini, come osservato anche dalla dottrina, la consapevolezza dell'assicurato del valore determinante delle proprie dichiarazioni sul consenso dell'altra parte sarebbe da escludere in considerazione della genericità ed indeterminatezza del questionario anamnestico che non sia in grado di valorizzare le circostanze che l'assicuratore reputa indispensabile conoscere (Cass., 20.11.1990, n. 11206, ma anche Cass. civ., 21 ottobre 1980, n. 5638). Al riguardo la giurisprudenza ha affermato che, mentre "va riconosciuta la malafede dell'assicurato che tenga nascosta una situazione patologica incidente sul consenso dell'assicuratore qualora nel questionario fossero indicate in modo puntuale e preciso le circostanze alla conoscenza delle quali l'assicuratore aveva interesse" (Trib. Torino, 25 novembre 1995), per contro va escluso il dolo o la colpa grave dell'assicurato in caso di dichiarazioni mendaci o reticenze su circostanze non specificamente indicate nel questionario (Trib. Torino, 17 giugno 1995).

Orbene, sul punto appare innanzitutto opportuno evidenziare che se è vero che la clausola di cui all' art.15 dei contratti assicurativi per cui è causa attenzione l'assicurato in ordine alle conseguenze scaturenti dalle false o reticenti dichiarazioni rese, anche con riferimento alle informazioni inerenti lo stato di salute dell'assicurato, è vero anche che la detta clausola è formulata in maniera del tutto generica e senza indicare, almeno per tipologia o in via esemplificativa, le patologie che potessero rilevare ai fini della formazione del consenso dell'assicuratore. Trattasi, infatti, di un quesito vago ed indeterminato, non idoneo ad assicurare i necessari dati valutativi del rischio. In particolare, nel caso di specie, potendosi escludere che il ... ed il ... possano avere rilievo sulla formazione della volontà negoziale dell'assicuratore, essendo patologie che tendenzialmente non incidono sulla durata media della vita ove curate, per quanto concerne la epatite cronica, occorre rilevare che, al momento della conclusione dei contratti (2008 e 2009) il (C) era malato da uno o due anni (la certificazione del 2010, infatti, afferma la sussistenza della patologia da circa tre anni). Non avendo l'assicurazione dato prova che la detta patologia avesse già manifestato i sintomi e comunque inciso effettivamente sulla condizione di salute generale dell'assicurato, ed in assenza di specifico quesito formulato in sede precontrattuale, non può in tale sede affermarsi la sussistenza del dolo ovvero

della colpa grave in capo all'assicurato, il quale ben avrebbe potuto ritenere, in perfetta buona fede, che la mancata dichiarazione della propria malattia non incidesse in alcun modo sulla valida stipulazione del contratto.

Rigettata la domanda riconvenzionale avanzata ai sensi dell'art. 1892 c.c. dalla convenuta, occorre a questo punto verificare se, alla luce delle clausole dei contratti per cui è causa, possa ritenersi che, come eccepito dalla **(B)** S.p.A., il sinistro occorso sia escluso dalla copertura assicurativa. Più specificatamente, la odierna convenuta asserisce che le patologie di cui era portatore il **(C)** al momento della sottoscrizione del contratto hanno determinato il decesso dello stesso essendo conseguenza diretta del grave stato patologico preesistente. Ciò, ai sensi dell'art. 6 delle condizioni di assicurazione, escluderebbe la copertura assicurativa. Ulteriore fattore che dovrebbe condurre, a detta della convenuta, ad escludere la copertura assicurativa, sarebbe da rinvenire nel fatto che la patologia cirrotica che condusse al decesso del **(C)** era dovuta ad abuso di alcool, come emergerebbe dalla cartella clinica relativa all'ultimo ricovero del ...2011, nonché dalla lettera di dimissioni del ...2011. Orbene, anche con riferimento alla detta circostanza, dovrebbe ritenersi esclusa l'operatività della copertura, ai sensi dell'art. 6 delle condizioni di assicurazione.

Prima di valutare la fondatezza della sollevata eccezione, pare necessario, dal punto di vista logico, accertare la sussistenza della dedotta vessatorietà della clausola di cui all'art. 6 delle condizioni di assicurazione, atteso che, a fronte dell'accertamento della natura vessatoria della pattuizione, dovrebbe dichiararsene la nullità, non essendo stata la stessa specificatamente sottoscritta dall'assicurato.

Orbene, la clausola in esame prevede una serie di ipotesi (ad esempio, per quanto qui rileva, i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti ovvero di medicinali non prescritti o, ancora, di stati di alcolismo acuto, gli infortuni già verificatisi e malattie note o diagnosticate alla data di decorrenza dell'assicurazione ed i loro seguiti e conseguenze) la cui ricorrenza esclude l'operatività della copertura assicurativa. A mente dell'insegnamento della Suprema Corte di Cassazione, al fine di affermare o meno l'operatività del regime di cui all'art. 1341 co. 2 c.c., nonché delle tutele approntate dal c.d. Codice del Consumo, occorre stabilire innanzitutto se trattasi di ipotesi di individuazione dell'oggetto del contratto ovvero di limitazione della responsabilità in capo all'assicurazione, potendo applicarsi le suddette tutele solamente al ricorrere della seconda ipotesi (cfr. ex multis Cass. Civ. sent. 11 gennaio 2007, n. 395).

Si tratta, quindi, di analizzare l'effettivo contenuto normativo della clausola, per verificare se, al di là della sua formulazione e dell'apparenza, essa effettivamente contribuisca ad individuare il contenuto dell'obbligazione dovuta dalla società di assicurazione o, diversamente, produca l'effetto di limitarne la responsabilità in caso di inadempimento di quella stessa obbligazione. A tal fine deve

affermarsi, come pure evidenziato dalla più attenta dottrina, che ciò che contraddistingue le clausole che definiscono l'oggetto del contratto di assicurazione è il preciso riferimento ad uno o più aspetti dell'evento dannoso, mentre debbono ritenersi limitative della responsabilità dell'assicuratore quelle clausole che fanno riferimento ad elementi di fatto estranei all'evento dannoso stesso. Le clausole delimitative dell'oggetto del contratto di assicurazione sono caratterizzate dal fatto di escludere dal rischio garantito gli eventi dannosi contraddistinti da determinati elementi della fattispecie (modalità di accadimento, identità del danneggiato, tipologia o causa del danno, tempo in cui questo si è verificato ed altri ancora), andando a selezionare gli eventi dannosi indennizzabili rispetto a quelli che non lo sono sulla base di elementi di fatto inerenti all'evento dannoso stesso. Al contrario, quelle clausole che fanno riferimento a fatti estranei all'evento dannoso apparentemente per escludere il sorgere dell'obbligazione indennitaria dell'assicuratore, in realtà, prevedono una limitazione della sua responsabilità contrattuale e ricadono, quindi, nella previsione degli artt. 1229 e 1341 c.c..

Così individuate le coordinate ermeneutiche di riferimento, deve affermarsi che la clausola di cui all'art. 6 dei contratti per cui è causa è qualificabile in termini di delimitazione dell'oggetto del contratto, in quanto va ad individuare una serie di circostanze, strettamente legate ad elementi intrinseci dell'evento dannoso (es. morte eziologicamente derivante da patologia preesistente alla sottoscrizione del contratto). Ritiene infatti il giudice che, nel caso di specie, siamo di fronte ad una clausola che, nell'estrinsecazione dell'autonomia negoziale delle parti, va a definire l'oggetto del contratto assicurativo, individuando specifiche circostanze al ricorrere delle quali non opera la copertura. E' evidente che non si tratta di una limitazione della responsabilità dell'assicuratore in caso di inadempimento, in quanto la detta clausola intende intervenire ex ante al fine di definire l'operatività della copertura assicurativa, escludendo quindi che possa anche solo ipotizzarsi un inadempimento (quindi una responsabilità) della società assicuratrice.

Pertanto, dovendosi escludere l'applicabilità della disciplina in materia di clausole vessatorie, le clausole di cui all'art. 6 delle condizioni dell'assicurazione debbono ritenersi pienamente valide ed efficaci.

Sul punto va infine precisato che quanto asserito da parte attrice, avuto riguardo all'operatività, nel caso di specie, dell'art.1, comma 19 del Regolamento Isvap del 03/05/2012 n.40 (in virtù del quale la copertura del rischio di morte qualunque ne sia la causa, senza limiti territoriali, con esclusione dalla garanzia del solo decesso causato da dolo del contraente, dell'assicurato e\o dei beneficiari e, salvo patto contrario, del decesso per suicidio avvenuto nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto di assicurazione, ovvero del decesso dovuto a rischi catastrofali), non può essere

condiviso, atteso che la richiamata normativa è in vigore dall'1 luglio 2012 e non è pertanto applicabile al caso di specie, posto che i contratti sono stati sottoscritti in epoca ben anteriore.

Tanto premesso in ordine alla validità ed all'efficacia della clausola di cui all'art. 6 delle condizioni di assicurazione, ritiene il giudice che fondata sia l'eccezione di parte convenuta con la quale si deduce la inoperatività della copertura assicurativa nel caso di specie, atteso che il decesso del (C) è eziologicamente riconducibile a malattie note ovvero diagnosticate alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze. In effetti, dalla documentazione prodotta in atti si evince, come già ampiamente esposto, che, alla data di sottoscrizione dei contratti, il (C) era affetto da epatite Hbv correlata, ... di tipo 2 e ... Ancora dalla detta documentazione emerge che la morte è derivata da epatocarcinoma con epatite Hbv e Hcv correlata, a sua volta causalmente riconducibile, secondo l'*id quod plerumque accidit* (e come confermato dal documento di cui all'allegato n. 16 del fascicolo di parte convenuta, sottoscritto dal medico curante del (C)), al decorso degenerativo di epatite (da cui il (C) era affetto all'epoca di sottoscrizione dei contratti), cirrosi epatica ed, infine, epocarcinoma. Deve pertanto escludersi l'operatività della copertura assicurativa, in considerazione di quanto previsto all'art. 6 lett. f) delle condizioni di assicurazione relative ai contratti assicurativi accessori ai contratti di finanziamento conclusi dal (C) con (E) S.p.A. e (F).

La accertata inoperatività della copertura assicurativa, per i motivi innanzi esposti, conduce al rigetto della domanda di parte attrice ed all'assorbimento delle ulteriori questioni.

Le spese del presente giudizio, atteso l'esito dello stesso, che ha comportato l'accertamento della insussistenza della legittimazione passiva in capo alla (B) S.p.A. con riferimento alla domanda svolta dall'attrice ed avente ad oggetto le pretese vantate in relazione alla polizza collettiva n. ... che (D) S.p.A. aveva in essere con l'allora ... S.p.A. (in seguito ... S.p.A. ed oggi ... S.p.A.). ed il rigetto delle altre domande avanzate da parte attrice, debbono essere poste a carico della soccombente e sono liquidate in dispositivo, in base alle disposizioni di cui al D.M. 55/2014, tenuto conto del valore, della natura e della complessità della controversia.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione:

- 1) dichiara il difetto di legittimazione passiva della convenuta con riferimento alla domanda svolta dall'attrice ed avente ad oggetto le pretese vantate in relazione alla polizza collettiva n. ... accessoria al contratto di finanziamento ... n. ...;
- 2) rigetta le altre domande di parte attrice;
- 3) rigetta la domanda avanzata in via riconvenzionale dalla convenuta;

- 4) condanna l'attrice al pagamento, in favore della convenuta, delle spese di lite, che liquida in complessivi €3.225,00, oltre al 15% per rimborso forfettario spese, IVA e CPA come per legge.

Così deciso in Caltanissetta il 19.3.2016

Il Giudice
Nadia Marina La Rana

Sentenza n. 155/2016
depositata il 21 marzo 2016