

GR_GERICHTE ZK2 2020 48 vom 21. März 2023

GR Gerichte, 2023-03-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_ZK2_2020_48

FR: GR_GERICHTE ZK2 2020 48 du 21 mars 2023

IT: GR_GERICHTE ZK2 2020 48 del 21 marzo 2023

Regeste

azione creditoria | Berufung OR Allgemeine Bestimmungen

Erwägungen

E. 5

/ 20 bre 2020, è stato proposto entro il termine di 30 giorni dalla notifica della decisione impugnata ed è pertanto tempestivo, così come è tempestiva la risposta del 4 gennaio 2021 dell'appellato (art. 312 CPC). Si può dunque entrare nel merito dell'appello ammesso che questo sia sufficientemente motivato. 1.3. In virtù dell'art. 310 CPC, mediante appello possono essere censurati l'errata applicazione del diritto e l'errato accertamento dei fatti. Da un memoriale di appello deve evincersi per quali ragioni la sentenza di primo grado sia contestata (DTF 147 III 176 consid. 4.2.1 con rinvii; DTF 137 III 617 consid. 4.2.2 con rinvii). Doglianze generiche e recriminazioni di carattere generale non sono sufficienti, come non è sufficiente reiterare nell'appello le argomentazioni espone in prima sede. Spetta all'appellante confrontarsi con quanto figura nella sentenza impugnata, indicando dove e in che cosa consisterebbe lo sbaglio del primo giudice. Tale confronto è essenziale alla ricevibilità del gravame (DTF 141 III 569 consid. 2.3.3; DTF 138 III 374 consid. 4.3.1; TF 5D_43/2019 del 24.5.2019 consid. 3.2.2.1; Francesca Verda Chiocchetti, in: Trezzini/Fornara/Cocchi/Bernasconi/Verda Chiocchetti [edit.], Commentario pratico al Codice di diritto processuale civile svizzero, vol. 2, 2a ed., Lugano 2017, n. 21 seg. ad art. 311 CPC). Le censure vanno vagliate singolarmente, sicché nella prassi avviene di frequente che solo una parte dell'appello si rivela ricevibile (Verda Chiocchetti, op. cit., n. 30 ad art. 311 CPC). In concreto, l'appellante censura un errato accertamento dei fatti da parte del Tribunale regionale con conseguente applicazione errata del diritto (act. A.1, IV. 3, pag. 10) – ciò che sono validi motivi d'appello – e motiva l'impugnativa, sicché il presente gravame è ricevibile in ordine. In merito alla ricevibilità dell'affermazione dell'appellante, secondo cui l'appellato avrebbe trasmesso la documentazione economica richiesta "solo dopo numerosi solleciti e diffide" si rinvia tuttavia al consid. 3.7 infra. 2. Nel loro giudizio del 12 agosto 2020 i giudici di prime cure hanno anzitutto esposto la cronologia dei fatti, dalla stipulazione del contratto d'assicurazione, all'annuncio di sinistro, fino ai successivi accertamenti sulle circostanze economiche da parte dell'appellante. Dopo aver osservato che alla polizza assicurativa in oggetto sono state espressamente incorporate le CGA ed esposto diritto e giurisprudenza in merito all'interpretazione dei contratti, il Tribunale regionale ha osservato che colui che stipula un contratto d'assicurazione è coperto contro il rischio assicurato così come poteva comprenderlo in buona fede nella lettura del contratto e delle relative CGA (act. B.1 consid. 1 seg.). Ciò premesso, il tribunale di prima istanza ha approfondito il concetto d'incapacità di guadagno, concludendo che in concreto le parti avrebbero stipulato un'assicurazione

contro i danni

E. 6

/ 20 ex artt. 48 segg. LCA, poiché l'erogazione delle prestazioni assicurative presupporrebbe non solo l'insorgere dell'evento assicurato, ma pure un pregiudizio effettivamente subito dall'avente diritto (act. B.1 consid. 2.1 seg.). Il Tribunale regionale ha poi esposto delle considerazioni in relazione all'onere della prova, rammentando che l'assicurato deve provare in particolare la realizzazione del rischio assicurato e l'estensione della richiesta (act. B.1 consid. 2.3). Riguardo alla censura dell'appellante relativa alla violazione dell'art. 40 LCA, i primi giudici hanno anzitutto riepilogato i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di reticenza in ambito assicurativo (act. B.1 consid. 3 segg.). Assodato che nel mese di febbraio 2013 sarebbe insorta la malattia dell'appellato – come constatato dalle risultanze mediche esposte nella decisione del 27 febbraio 2015 dell'UAI e in quella del 13 giugno 2016 del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton Ticino (act. B.1 consid. 4) – il tribunale di prima istanza è passato all'esame delle conseguenze di tale malattia (act. B.1 consid. 5). A tal proposito, i giudici di prime cure hanno ritenuto che i rimproveri mossi nei confronti dell'appellato con scritto raccomandato del 22 marzo 2016 non avrebbero in concreto alcun fondamento (act. B.1 consid. 5 segg.). Nello specifico, stando alla documentazione fiscale e contabile agli atti e a quanto emerso nell'istruttoria, dopo l'insorgere della malattia l'appellato avrebbe svolto un'attività lucrativa limitatamente ad un grado d'impiego massimo del 20% nel 2015 e nel 2016 (act. B.1 consid. 5.2 segg.). Pertanto la malattia dell'appellato avrebbe comportato un grado d'incapacità di guadagno di quest'ultimo, perlomeno a partire dal 2014, sicuramente superiore al 66% (act. B.1 consid. 5.6). Non comportando il grado dell'attività lucrativa svolta l'esclusione o la limitazione dell'obbligo dell'assicuratore, le condizioni oggettive dell'art. 40 LCA non sarebbero in concreto adempiute (act. B.1 consid. 5.6). In merito a quanto dichiarato dall'appellato nel questionario del 4 agosto 2014, il tribunale di prima istanza osserva che nonostante l'assicurato non abbia indicato di aver lavorato al 50% nei primi mesi del 2013 per la D._____ SA, tali informazioni risulterebbero dall'incarto dell'UAI messo a disposizione dell'appellante (act. B.1 consid. 5.7). Inoltre pure alcuni documenti prodotti dall'appellato – e meglio il preavviso favorevole dell'UAI e la relativa decisione del 27 febbraio 2015, nonché l'attestato medico sull'incapacità lavorativa del dr. med. J._____ del 17 marzo 2015 – indicherebbero che l'incapacità lavorativa dell'assicurato era del 100% a decorrere da marzo 2013 (act. B.1 consid. 5.8 seg.). Per quanto riguarda la censura relativa alla tardività delle comunicazioni che incombono all'assicurato ex artt. 40 e 39 LCA, i giudici di prime cure hanno ritenuto che l'appellato avrebbe sempre fornito all'appellante, non appena in suo possesso, tutta la documentazione medica ed economica pertinente inerente alla propria malattia (act. B.1 consid. 5.10). Riguardo all'esistenza delle società K._____ SA e L._____

E. 6.1

La tassa di giustizia è fissata e ripartita d'ufficio (art. 105 cpv. 1 CPC). Giusta l'art. 9 cpv. 1 OECC (CSC 320.210), il Tribunale cantonale riscuote una tassa di giustizia in procedure d'appello compresa tra CHF 1'000.00 e CHF 30'000.00. In considerazione di tutti gli elementi, segnatamente del dispendio temporale cagionato, si giustifica fissare la tassa di giustizia in CHF 8'000.00. Poiché in sede di appello l'appellante è risultato integralmente soccombente, la tassa di giustizia dev'essere posta nella medesima misura a suo carico (art. 106 cpv. 1 CPC).

E. 6.2

Il Tribunale cantonale stabilisce d'ufficio e discrezionalmente le ripetibili, ove le medesime siano state protestate (art. 105 cpv. 2 e art. 96 CPC; art. 2 cpv. 1 OOA [CSC 310.250]; DTF 139 III 334 consid. 4.3). L'appellato nella propria risposta ha protestato le ripetibili, senza presentare tuttavia una nota d'onorario. Il Tribunale non può quindi basarsi sull'importo fatturato per stabilire le ripetibili (art. 2 cpv. 2 OOA), ragion per cui queste vanno stabilite discrezionalmente (art. 2 cpv. 2 OOA). L'art. 3 cpv. 1 OOA stabilisce che è considerata corrente una tariffa oraria fra CHF 210.00 e CHF 270.00. In assenza di un accordo sull'onorario, come nella presente fattispecie, il Tribunale cantonale applica per prassi la tariffa oraria mediana di CHF 240.00 con un supplemento spese forfettario del 3% (cfr. fra tante TC GR ZK1 16 133 del 24 novembre 2016 consid. 2.c con rinvii). In concreto, tenuto conto del dispendio causatogli in sede d'appello e della complessità del caso, si ritiene adeguato riconoscere un dispendio orario di 8 ore di lavoro. Alla luce di ciò, all'appellato va pertanto riconosciuto l'importo di complessivi CHF 2'130.00 (IVA e spese incluse). L'appellante è quindi tenuta a corrispondere il predetto importo all'appellato.

E. 7

/ 20 Sagl, il tribunale di prima istanza ha osservato che dalle tavole processuali non emergerebbe alcunché che possa far concludere che l'appellato vi avrebbe esercitato un'attività lucrativa dopo l'insorgere della malattia (act. B.1 consid. 5.11). Infine i giudici di prime cure hanno esposto alcune considerazioni in merito alla tardività dell'eccezione della prescrizione sollevata dall'appellante solo in sede di conclusioni (act. B.1 consid. 8 seg.). Il Tribunale regionale ha pertanto concluso che l'appellante non avrebbe provato con sufficiente grado di verosimiglianza la realizzazione delle condizioni poste dall'art. 40 LCA (act. B.1 consid. 6). Assodata l'assenza di reticenza, i giudici di prime cure hanno ritenuto che la polizza assicurativa sarebbe ancora in vigore e che l'appellante dovrebbe versare all'appellato le prestazioni pattuite, oltre agli interessi di mora, e liberarlo dal pagamento dei premi (act. B.1 consid. 7). 3. L'appellante sostiene in primo luogo che il Tribunale regionale avrebbe erroneamente interpretato la polizza no. C._____ e le relative CGA concernenti i presupposti per il riconoscimento delle prestazioni assicurative, misconoscendo il senso dell'art. 40 LCA (act. A.1, IV.3, pag. 4). Se da un lato il tribunale di prima istanza avrebbe correttamente ritenuto che il contratto d'assicurazione in oggetto costituirebbe un'assicurazione contro i danni ai sensi degli art. 48 segg. LCA, dall'altro, l'art. 40 LCA relativo alle frodi nelle giustificazioni non sarebbe stato correttamente applicato (act. A.1, IV.3, pag. 4). Dopo aver riassunto dottrina e giurisprudenza relativi a tale norma, l'appellante ribadisce che per le motivazioni indicate nel suo scritto raccomandato del 22 marzo 2016, l'appellato avrebbe commesso reticenza ai sensi dell'art. 40 LCA (act. A.1, IV.3, pag. 5). In sostanza l'appellato avrebbe violato l'art. 40 LCA dichiarando nel questionario del 4 agosto 2014 un'incapacità lavorativa del 100% dal 4 marzo 2013 "al prosegue", quando invece nel periodo dall'8 aprile 2013 al 31 luglio 2013 egli era inabile al lavoro nella misura del 50% e considerato come durante il periodo di inabilità lavorativa totale egli avrebbe sempre svolto un'attività professionale redditizia, come dimostrato dalle risultanze istruttorie. Tutti i testimoni avrebbero infatti dichiarato che l'appellato ha sempre lavorato con un grado d'impiego del 10-20% sin dall'inizio dell'inabilità – ovvero da febbraio 2013 – ciò che però non risulterebbe da alcun referto medico. Inoltre "alla luce dei redditi dichiarati e della cifra d'affari della ditta risulta un'attività lavorativa ben superiore, pari ad almeno al 50%" (act. A.1, IV.3, pag. 5).

L'appellato avrebbe dunque dichiarato il falso quando in occasione della visita effettuata negli spazi della F._____ Sagl dall'ispettore sinistri, avrebbe riferito di trovarsi in loco solo per ritirare la posta (act. A.1, IV.3, pag. 5). Per quanto riguarda l'aspetto economico, l'appellante ritiene che determinante sarebbe la documentazione contabile riferita all'anno 2014, da cui emergerebbe un utile lordo di esercizio di oltre

E. 8

/ 20 CHF 50'000.00 e una cifra d'affari di oltre CHF 180'000.00. Tali dati denoterebbero un notevole miglioramento dell'attività lavorativa dell'appellato nonostante l'asserita incapacità lavorativa totale, e indipendentemente dal fatto che egli non abbia percepito un reddito da lavoro (act. A.1, IV.3, pagg. 5 seg.). L'appellante prosegue sostenendo che solo dopo l'annullamento della polizza assicurativa i certificati medici emessi sarebbero passati da un'inabilità lavorativa del 100% a una dell'80%, ciò che contrasterebbe con quanto dichiarato dai testi (act. A.1, IV.3, pag. 6). Inoltre quanto riportato nel referto medico del dr. med. J._____ datato 7 agosto 2015 in merito alla parziale ripresa dell'attività lavorativa sarebbe ininfluente poiché relativo unicamente al 2015. Contrariamente a quanto ritenuto dal Tribunale regionale, il reddito percepito dall'appellato non potrebbe essere giustificato dallo svolgimento di un'attività lavorativa con un grado d'impiego del 10-20% come dichiarato dai testimoni (act. A.1, IV.3, pag. 7). A comprova del fatto che l'appellato lavorava a tempo pieno, l'appellante osserva che secondo quanto dichiarato da I._____ l'appellato era il suo maestro di tirocinio (act. A.1, IV.3, pag. 7). I giudici di prime cure avrebbero dunque erroneamente ritenuto che il grado d'incapacità di guadagno dell'appellato sarebbe in ogni caso superiore alla soglia del 66%, escludendo così l'applicazione dell'art. 40 LCA (act. A.1, IV.3, pag. 7). Sulla base delle risultanze istruttorie – e in particolare della decisione di tassazione riferita al 2013 da cui risulta un reddito da lavoro di circa CHF 46'000.00 – risulterebbe invece che nel periodo successivo all'insorgere della malattia che lo vedeva inabile al lavoro al 100%, l'appellato avrebbe conseguito un guadagno importante, con conseguente grado d'incapacità di guadagno inferiore al 50% (act. A.1, IV.3, pagg. 7 seg.). A dire dell'appellante, la documentazione agli atti sarebbe "nebulosa e contraddittoria" e non permetterebbe di comprendere se l'appellato abbia subito una perdita di guadagno e in quale percentuale, sicché l'assicurato avrebbe contravvenuto all'onere della prova che gli incombeva (act. A.1, IV.3, pag. 8). A tal proposito, l'appellante osserva pure che conformemente all'art. 55 lett. b CGA l'appellato avrebbe dovuto comunicare ogni cambiamento del grado d'incapacità e che tale fatto non potrebbe essere dedotto da documenti non vincolanti per l'assicurazione privata (act. A.1, IV.3, pag. 9). Neppure l'UAI sarebbe stato informato dello svolgimento da parte dell'appellato di un'attività professionale a tempo parziale, tant'è che nella decisione di concessione di rendita AI risulterebbe, nel confronto dei redditi 2014, un reddito con invalidità pari a CHF 0.00. L'appellante conclude ritenendo che l'appellato avrebbe dichiarato dati non corretti inducendola in errore riguardo alle prestazioni assicurative dovute (act. A.1, IV.3, pagg. 7 seg.). Pertanto le condizioni oggettive e soggettive dell'art. 40 LCA sarebbero state provate con un grado di verosimiglianza preponderante e

E. 9

/ 20 l'appellante avrebbe validamente annullato il contratto d'assicurazione in essere tra le parti (act. A.1, IV.3, pagg. 7 e 10). Dal canto suo l'appellato contesta che i presupposti oggettivi e soggettivi dell'art. 40 LCA siano in concreto adempiuti (act. A.2, II ad.3.1). In sostanza, per quanto riguarda il suo stato di salute, l'appellato rimprovera all'appellante di

non aver eseguito alcun'indagine medica, basandosi unicamente sul colloquio fatto dal suo ispettore, persona senza formazione medica (act. A.2, II ad. 3.1). In merito alla perdita economica, l'appellato sostiene invece che altri redditi non ottenuti dal lavoro sarebbero irrilevanti (act. A.2, II ad. 3.2). Inoltre il reddito inerente al 2013, dopo l'insorgere della malattia, corrisponderebbe alle prestazioni sostitutive al salario versate all'appellato dal suo datore di lavoro e successivamente dalla M._____ (act. A.2, II ad. 3.2). L'appellato ritiene dunque che i giudici di prime cure avrebbero correttamente ritenuto che egli presenti un grado d'incapacità di guadagno superiore alla soglia del 66% a seguito della malattia (act. A.2, II ad. 3.2).

3.1. Pacifica nel caso in esame l'applicazione della vLCA in vigore sino al 31 dicembre 2021 alla luce del fatto che la novella legislativa del 19 giugno 2020, la quale ha modificato la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA – RS 221.229.1), riguardo alla disposizione transitoria degli articoli di legge esposti di seguito è silente, motivo per cui – non trattandosi neppure di un caso previsto dall'art. 103a LCA, ovvero di prescrizioni di forma e/o del diritto di recesso – tornano applicabili le norme transitorie di cui agli artt. 1 segg. del titolo finale del CC (Rhea Specogna, in: Grolimund/Loacker/Schnyder [edit.], Basler Kommentar, Versicherungsgesetz, 2a ed., Basilea 2023, n. 23 ad art. 40 LCA, n.8 ad art. 103a LCA; Messaggio concernente la revisione della legge federale sul contratto d'assicurazione del 28 giugno 2017, FF 2017 4401, 4447). Giusta l'art. 1 cpv. 1 tit. fin. CC, gli effetti giuridici di fatti anteriori all'entrata in vigore del codice sono regolati, anche posteriormente, dalle disposizioni del diritto federale e cantonale che vigevano al tempo in cui detti fatti si sono verificati. Secondo il cpv. 2, gli atti compiuti prima dell'entrata in vigore del CC sono regolati, per quanto riguarda la loro forza obbligatoria e i loro effetti, anche per l'avvenire, dalle disposizioni vigenti quando tali atti vennero compiuti. Considerato pertanto determinante il momento dell'asserita violazione da parte dell'appellato del suo obbligo d'informazione, la reticenza sarebbe stata commessa al momento della sottoscrizione del formulario concernente "l'incapacità di lavoro / guadagno" sottoscritto il 4 agosto 2014 (act. TR III. 3), in modo tale che sono applicabili le disposizioni della vLCA in vigore sino al 31 dicembre 2021. Specificatamente al tenore dell'art. 40 LCA si osserva che esso non è stato oggetto della citata revisione.

E. 10

/ 20 3.2. Ciò premesso, è senz'altro a ragione che i giudici di prime cure hanno ritenuto che nel caso di specie l'assicurazione per incapacità di guadagno contenuta nella polizza di previdenza no. C._____ è qualificabile, in considerazione delle condizioni previste per la sua prestazione (cfr. in particolare l'art. 55 CGA, act. TR III. 1), come un'assicurazione contro i danni ("Schadensversicherung"; act. B.1 consid. 2.2) ex artt. 48 segg. vLCA (cfr. art. 16 LCA; FF 2017 4401, 4427), ciò che neppure le parti contestano. Le CGA prevedono infatti che: "Le rendite e/o la liberazione dal pagamento dei premi sono accordate dalla (A._____) secondo il grado d'incapacità di guadagno a condizione che l'assicurato, a causa della sua incapacità di guadagno, subisca una perdita di guadagno o uno svantaggio finanziario ad essa corrispondente" (art. 55 lett. a prima frase CGA; cfr. act. TR III. 1). In siffatte circostanze l'erogazione di prestazioni per l'incapacità di guadagno presuppone non solo l'esistenza di un'incapacità parziale o totale, dovuta a malattia o infortunio e accertata medicalmente, di esercitare la propria professione o ogni altra attività conforme alle proprie attitudini, ma anche l'esistenza di un danno concreto derivante da tale incapacità e consistente in una perdita di guadagno, con la conseguente necessità, per il beneficiario, di dimostrare la sua perdita di guadagno (DTF 146 III 339 consid. 5.2.3; TF 5C.21/2007 del

20.4.2007 consid. 3.2; TF 5C.243/2006 del 19.4.2007 consid. 3.1). 3.3. L'art. 40 LCA prevede che l'assicuratore non è vincolato dal contratto se l'assicurato o il suo rappresentante, nell'intento di indurlo in errore, ha dichiarato in modo inesatto o ha taciuto dei fatti che escluderebbero o limiterebbero l'obbligo dell'assicuratore o se, nel medesimo intento, egli non ha fatto o ha fatto tardivamente le comunicazioni che gli incombono ai sensi dell'art. 39 LCA. L'art. 39 LCA prevede che l'assicurato, su richiesta dell'assicuratore, deve fornirgli ogni informazione sui fatti a lui noti che possano servire ad accertare le circostanze nelle quali il sinistro è accaduto o a determinare le conseguenze di questo. Esclusa la frode, in caso di mancato ossequio al dovere di informazione, la legge prevede un'unica conseguenza, e meglio la non esigibilità (scadenza) del credito nei confronti dell'assicurazione (art. 41 LCA). Nel contratto può tuttavia essere prevista la perdita di tale credito, se l'avente diritto non effettua le richieste comunicazioni entro un determinato termine, previa diffida scritta con comminatoria delle conseguenze della mora (art. 39 cpv. 2 cifra 2 LCA). Affinché le condizioni oggettive dell'art. 40 LCA siano soddisfatte è necessario che la dissimulazione oppure la dichiarazione inesatta dei fatti sia obiettivamente idonea a influenzare l'esistenza o la portata della prestazione assicurativa cosicché l'assicuratore, in base a una corretta esposizione dei fatti, avrebbe potuto rifiutarla

E. 11

/ 20 o limitarla (TF 4A_680/2014 del 29.4.2015 consid. 4.3; TF 4A_382/2014 del 3.3.2015 consid. 5.1; Laura Manz/Pascal Grolimund, in: Grolimund/Loacker/Schnyder [edit.], Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, 2a ed., Basilea 2023, n. 23 ad art. 40 LCA). Dal profilo soggettivo, invece, occorre che il richiedente abbia avuto l'intenzione di fornire indicazioni errate o incomplete allo scopo di trarne un vantaggio economico (Manz/Grolimund, op. cit., n. 29 segg. ad art. 40 LCA). Non è invero necessario che il richiedente crei un vero e proprio inganno, ma è sufficiente che egli sia a conoscenza del fatto che l'assicuratore si stia sbagliando e ne sfrutti l'errore (TF 4A_20/2018 del 29.5.2018 consid. 3.1; TF 4A_382/2014 del 3.3.2015 consid. 5.1; DTF 131 III 314 consid. 2.1; Manz/Grolimund, op. cit., n. 29 ad art. 40 LCA). Ciò non è il caso però quando l'assicurato ha fornito informazioni errate o incomplete per sbaglio, distrazione o negligenza (Manz/Grolimund, op. cit., n. 29 segg. ad art. 40 LCA). 3.4. Incombe all'assicurato provare l'esistenza di un contratto assicurativo, del sinistro e dell'ammontare della pretesa (artt. 8 CC e 39 LCA). L'assicuratore deve provare i fatti che gli permettono di ridurre o di rifiutare la prestazione contrattuale (perché il sinistro è stato cagionato per colpa, art. 14 LCA) oppure di ritenersi non vincolato al contratto (per frode nelle giustificazioni, art. 40 LCA; TF 4A_211/2017 del 4.12.2017 consid. 3.1 con riferimento a DTF 130 III 321 consid. 3.1; Manz/Grolimund, op. cit., n. 99 seg. ad art. 40 LCA). Con riferimento al verificarsi dell'evento assicurato, qualora una prova rigorosa non possa essere apportata, la giurisprudenza e la dottrina ammettono una facilitazione della prova: il grado della prova richiesto all'avente diritto è ridotto alla verosimiglianza preponderante (TF 4A_211/2017 del 4.12.2017 consid. 3.1; Manz/Grolimund, op. cit., n. 99 ad art. 40 LCA). Quest'ultima, che non deve essere confusa con la semplice verosimiglianza, non esclude la possibilità che un fatto si sia realizzato in modo diverso o solo parziale o non si sia del tutto prodotto; tuttavia la possibilità di un diverso svolgimento dei fatti non deve entrare ragionevolmente in linea di conto (DTF 130 III 321 consid. 3.2 seg.). Il Tribunale federale ha pure rilevato che l'art. 8 CC include anche il diritto alla controprova dell'assicurato: a quest'ultimo deve essere permesso di apportare prove su circostanze atte a suscitare notevoli dubbi sulla versione fornita dall'avente diritto, in modo da impedire che tale versione sia considerata

come preponderantemente verosimile (DTF 130 III 321 consid. 3.4; Manz/Grolimund, op. cit., n. 99 ad art. 40 LCA). Per quanto attiene il grado della prova richiesto circa l'esistenza di dichiarazioni fraudolente volte a indurre in errore l'assicuratore (art. 40 LCA), il cui onere spetta all'assicuratore, la giurisprudenza e la dottrina ritengono che solo in caso di stato

E. 12

/ 20 di necessità probatorio si giustifichi una facilitazione della prova, riducendone il grado alla verosimiglianza preponderate (DTF 148 III 134 consid. 3.4.2 seg.; Manz/Grolimund, op. cit., n. 100 ad art. 40 LCA). Ciò sarebbe il caso per quanto attiene alla condizione soggettiva dell'intenzione di indurre l'assicuratore in errore. Non sussiste invece un generale stato di necessità probatorio per quanto riguarda la prova, che pure incombe all'assicuratore, delle false dichiarazioni di fatti da parte dell'assicurato, cosicché è in linea di principio applicabile il grado di prova regolare della prova piena (DTF 148 III 134 consid. 3.4.2 seg.; Manz/Grolimund, op. cit., n. 100 ad art. 40 LCA). 3.5. Nella fattispecie in esame, come correttamente rilevato dal tribunale di prima istanza, è pacifico che tra le parti è sorto un contratto d'assicurazione (polizza no. C._____) retto dalla LCA (cfr. art. 1 lett. a CGA), come pure la realizzazione del rischio assicurato, tant'è che la malattia dell'appellato insorta nel febbraio 2013 è stata attestata da diversi referti medici (act. TR II. 12, pagg. 53-57). Litigiosa è invece la questione a sapere se l'appellato abbia diritto, e in quale estensione, all'erogazione di prestazioni per incapacità di guadagno e quindi se, e in quale misura, egli abbia subito una perdita di guadagno o uno svantaggio finanziario a seguito della malattia (cfr. supra consid. 3.2). Come visto in precedenza (cfr. supra lett. F), con raccomandata del 22 marzo 2016 l'appellante ha rescisso il contratto sulla base dell'art. 40 LCA con effetto al 27 ottobre 2014, rimproverando all'appellato di aver omesso di dichiarare fatti, rispettivamente commesso una falsa dichiarazione nell'intento di indurlo in errore (act. TR II. 8; act. TR III. 15). Nello specifico, l'appellante ha anzitutto rimproverato all'appellato di aver dichiarato nel questionario del 4 agosto 2014 un'incapacità lavorativa del 100% dal 4 marzo 2013 "al prosegue", quando invece nel periodo dall'8 aprile 2013 al 31 luglio 2013 egli sarebbe risultato inabile al lavoro nella misura del 50%. Inoltre l'appellato avrebbe sottaciuto il fatto di svolgere un'attività lavorativa e di aver percepito un reddito da tale attività. Egli avrebbe infatti costituito nel 2013 una nuova ditta F._____ di B._____ e sarebbe stato trovato in data 27 ottobre 2014 dall'ispettore sinistri della compagnia assicurativa solo all'intero degli spazi della ditta F._____ Sagl durante l'asserita incapacità lavorativa totale. Infine l'appellante ha rimproverato all'appellato di aver trasmesso parte della documentazione economica richiesta, solo dopo numerosi solleciti, a fine 2015 e quindi tardivamente. Ora, con l'appello la compagnia assicurativa ha ribadito che nel questionario del 4 agosto 2014 l'appellato avrebbe dichiarato in modo inesatto un'incapacità lavorativa del 100% dal 4 marzo 2013 "al prosegue", considerato come nel periodo

E. 13

/ 20 dall'8 aprile 2013 al 31 luglio 2013 egli sarebbe risultato inabile al lavoro al 50%. Per quanto riguarda l'inabilità al lavoro dell'appellato il tribunale di prima istanza si è fondato in larga misura sui dati contenuti nell'incarto AI cui l'appellante aveva pacificamente potuto accedere. Infatti, con scritto del 5 agosto 2014 l'appellante – subito dopo la trasmissione del questionario concernente "l'incapacità di lavoro / guadagno" del 4 agosto 2014 (act. TR III. 3) – ha richiesto all'UAI la trasmissione del dossier AI dell'appellato per consultazione (act.

TR II. 12, pagg. 143 segg.). Successivamente, con scritto 23 marzo 2016 l'appellante ha chiesto nuovamente la consultazione degli atti dell'UAI (act. TR II. 12, pagg. 305 segg.). A tal proposito occorre rilevare che pure l'appellante si è fondata su tale documentazione medica per la valutazione della fattispecie, senza effettuare direttamente delle indagini mediche (cfr. art. 11 lett. a, terzo e quarto paragrafo CGA). Ciò premesso, per quanto riguarda i dati oggettivi contenuti nell'incarto AI, a disposizione dell'appellante, si osserva quanto segue. Dai certificati medici del dr. med. N._____, FMH in medicina interna, e del dr. med. J._____, FMH in psichiatria e psicoterapia, emerge che l'appellato è stato dichiarato inabile al lavoro al 100% dal 4 febbraio 2013 al 7 aprile 2013, al 50% dall'8 aprile 2013 al 31 luglio 2013 e al 100% dal 1° agosto 2013 in poi (act. TR II. 12, pagg. 53-57). Ciò risulta pure dai rapporti medici agli atti – in particolare da quelli del dr. med. O._____, FMH in psichiatria e psicoterapia, del 27 marzo 2013 e del 28 agosto 2013 effettuati per conto dell'assicurazione M._____ – nei quali all'appellato è stata diagnosticata una "sindrome depressiva ricorrente" con conseguente incapacità lavorativa (act. TR II. 12, pagg. 46 segg.). Così pure i successi rapporti medici, come quello del dr. med. N._____ del 6 novembre 2013 che confermava la diagnosi psichiatrica di "1. Sindrome bipolare ricorrente - attualmente sindrome depressiva ricorrente predominante (F30.a) 2. Disturbo di personalità non specificato (F60.90)" e confermava pure i citati periodi d'incapacità lavorativa, precisando inoltre quanto segue: "[...] non siamo riusciti a migliorare il paziente al punto che poteva riprendere il suo lavoro in modo soddisfacente. Dopo una ripresa di lavoro parziale è nuovamente piombato nel suo stato depressivo ed in incapacità lavorativa al 100% dal 1° agosto 2013 ed è tutt'ora inabile al lavoro" (act. TR II. 12, pagg. 75 segg. e 101 segg.). Nel suo rapporto medico del 31 marzo 2014, il dr. med. P._____, FMH in psichiatria e psicoterapia, riepilogava tutto quanto emerso dalle indagini mediche esperite sino a quel momento, osservando che la "situazione psicopatologica è rimasta invariata fino al presente momento" (act. TR II. 12, pag. 109).

E. 14

/ 20 Di conseguenza, il fatto che poco dopo l'insorgere della malattia su consiglio medico l'appellato abbia tentato, senza successo, una parziale ripresa lavorativa nella misura del 50% dall'8 aprile 2013 al 31 luglio 2013 risulta in modo chiaro dall'incarto AI, a disposizione dell'appellante. Pertanto i giudici di prime cure hanno retta- mente ritenuto che l'appellato non ha commesso reticenza in relazione a tale fatto. 3.6. In relazione alla tesi appellatoria secondo cui nel questionario del 4 agosto 2014 l'appellato avrebbe dichiarato in modo inesatto un'incapacità lavorativa del 100% dal 4 marzo 2013 "al prosegue", considerato come durante l'inabilità lavorativa totale egli avrebbe sempre svolto un'attività professionale redditizia, si osserva quanto segue. Dall'incarto AI emerge che nel corso del 2014 l'appellato ha ripreso un'attività lavorativa del 20% circa a scopi terapeutici. Infatti con scritto del 10 novembre 2014, l'appellato ha comunicato all'UAI quanto segue: "[...] con il consiglio e sotto osservazione del mio psichiatra Dr. Med. J._____ da tre mesi circa ho iniziato lentamente a confrontarmi con il lavoro. La mia attività nell'arco della giornata la posso quantificare a circa un 20% a confronto di quanto svolgevo prima della mia malattia. Regolarmente nelle sedute con il Dott. J._____ valutiamo la mia condizione e l'attività svolta in considerazione del mio stato di salute" (act. TR II. 12, pag. 149). Per inciso si osserva che tale attività è proseguita pure nel 2015, tant'è che in data 20 gennaio 2015 l'appellato ha sottoscritto un contratto di lavoro con la F._____ Sagl, in qualità di direttore commerciale, con entrata in funzione dal 1° febbraio 2015 e grado d'impiego del 30% (act. TR II. 12, pag. 165). Con scritto raccomandato del 22 gennaio 2015, l'appellato ha quindi

comunicato all'UAI che: "[...] dopo essermi confrontato con il lavoro, come da lettera inviata il 10 novembre 2014, ho deciso in comune accordo con il mio medico Dr. Med. J._____ di iniziare l'attività lavorativa. Dal 1 febbraio 2015 inizierò l'attività al 30%, sempre seguito regolarmente dal mio medico Dott. J._____, periodicamente valuteremo l'evolversi del mio stato di salute in considerazione dell'attività svolta" (act. TR II. 12, pag. 168). Sempre in relazione a quanto svolto nel 2015, l'attestato medico sull'incapacità lavorativa del dr. med. J._____ datato 17 marzo 2015 e prodotto tramite apposito formulario dell'appellante, al pt. 10 riporta: "In accordo con l'AI, l'assicurato a scopo riabilitativo si occupa del suo lavoro con occupazione del 10-15%" (act. TR III. 6, domanda 10). Ciò risulta pure dal "Rapporto di decorso: Revisione della rendita UAI GR" del dr. med. J._____ datato 7 agosto 2015, in cui al pt. 5.1 del formulario il medico ha dichiarato quanto segue: "L'assicurato trascorre 2/3 ore presso l'ufficio dove lavora la figlia. [...] Non ha compiti specifici, consiglia la figlia ma senza assumersi responsabilità o compiti specifici. Al momento è da conside-

E. 15

/ 20 rarsi un impiego del tempo a scopo terapeutico", aggiungendo più avanti, al pt. 5.2: "Non credo ci siano elementi per una reintegrazione professionale. Al momento non valutabile l'aumento del grado di occupazione. [...] Al momento trascorre del tempo nell'ufficio da solo con la figlia, senza pressioni, senza compiti precisi o scadenze; in questa situazione lavorativa ideale e senza pressioni mostra una resa marcatamente deficitaria" (act. TR II. 12, pag. 221). Quanto precede trova conferma nelle risultanze istruttorie. Infatti in sede di audizione testimoniale, il fiduciario dell'appellato, H._____, ha dichiarato che: "[...] anche dopo il mese di febbraio/marzo 2013, l'istante in una qual misura ha continuato a svolgere un'attività lavorativa" (act. TR VII. 1, pag. 2), aggiungendo: "[...] l'istante ha lavorato con un pensum del 10/20% max. negli anni 2015 e 2016" (act. TR VII. 1, pag. 2). Il teste I._____, figlio dell'appellato, si è espresso sull'attività lavorativa svolta dal padre, dichiarando quanto segue: "[...] l'istante non ha esercitato alcuna attività lavorativa dopo l'insorgere della malattia che ha portato all'incapacità lavorativa. [...] forse ha svolto nella percentuale in cui poteva una parziale attività lavorativa. [...] la percentuale nella quale poteva lavorare è da me stimata in circa 20%" (act. TR VII. 2, pag. 2). In occasione del suo interrogatorio, l'appellato stesso ha dichiarato che: "[...] dopo l'insorgere della malattia ho svolto per un periodo una attività lavorativa. Questo perché i medici pensavano che svolgendo in parte un'attività lavorativa il mio stato di salute avrebbe potuto migliorare. Il pensum lavorativo era del 20% ca.. Preciso che la ripresa parziale dell'attività lavorativa era stata concordata con l'Ufficio dell'assicurazione invalidità" (act. TR VII. 3, pag. 2). Contrariamente a quanto pretende l'appellante – che nel suo allegato d'appello riporta solo parzialmente quanto affermato dai testi – questi ultimi non hanno dichiarato che l'appellato "fin dall'inizio della malattia (quindi febbraio 2013), ha sempre lavorato in ragione del 20%" (act. A.1, IV.3, pag. 5). Essi hanno invece confermato che dopo l'insorgere della malattia l'appellato ha ripreso un'attività lavorativa parziale, senza però precisare in modo chiaro a partire da quando ciò sia avvenuto. A nulla giova poi all'appellante di richiamarsi alla testimonianza di I._____, il quale "nella sua testimonianza ha anche dichiarato che il padre era il suo maestro di tirocinio: questo significa che era in azienda a tempo pieno". In effetti, come visto in precedenza, lo stesso I._____ ha dichiarato che l'appellato lavorava nella misura del 20% circa; che ciò eventualmente non fosse conforme alle norme relative ai formatori di apprendisti non ha rilevanza per la questione qui in esame. Ora, per quanto riguarda l'esame della documentazione economica, il Tribunale regionale ha correttamente

analizzato i dati ivi contenuti. Si osserva infatti che sul-

E. 16

/ 20 la base della dichiarazione d'imposta riferita al 2011 risulta che l'appellato ha percepito un reddito da attività lucrativa pari a CHF 89'753.00 (act. TR III. 8). Successivamente, dalla dichiarazione d'imposta e dalla decisione di tassazione definitiva per il 2012, risulta un "reddito da attività lucrativa principale dipendente" di CHF 89'289.00 (act. TR II. 10; act. TR II. 14; act. TR III. 8). Stante la dichiarazione d'imposta e la decisione di tassazione definitiva per il 2013 – anno in cui è insorta la malattia – risulta un reddito da attività lucrativa di CHF 46'459.00, mentre il "reddito da attività lucrativa indipendente" era di CHF -4'403.00 (act. TR II. 11; act. TR II. 15; act. TR III. 12; act. TR III. 15). Dalla dichiarazione d'imposta per l'anno 2014 e la relativa decisione di tassazione – prodotte in sede di replica del 25 ottobre 2019 e in data 6 febbraio 2020 (act. TR I. 3; act. TR V. 13) – emerge che l'appellato non esercitava alcuna attività lucrativa da dipendente e che il reddito da attività lucrativa indipendente era di CHF -3'541.00 (act. TR II. 16; act. TR III. 15). Per inciso si osserva che successivamente, nella dichiarazione d'imposta riferita al 2015, l'appellato ha dichiarato un reddito di CHF 12'491.00 relativo all'attività lucrativa da dipendente svolta per la F. _____ Sagl con un grado d'impiego del 20% e un esiguo reddito da indipendente pari a CHF 6'773.00 (act. TR II. 18). In seguito, dalla dichiarazione d'imposta per l'anno 2016 emerge che l'appellato ha percepito unicamente un reddito da attività lucrativa dipendente pari a CHF 11'438.00 per la precitata attività lavorativa e con il medesimo grado d'impiego (act. TR II, 19). Infine dalla dichiarazione d'imposta per l'anno 2017 emerge che l'appellato non ha conseguito alcun reddito né da dipendente né da indipendente, percependo unicamente le prestazioni AI e quelle del secondo pilastro (act. TR II, 17). Dalla contabilità della ditta individuale F. _____ di B. _____ riferita al 2014 – e meglio da quanto figura a conto economico, che sotto la posta "AVS indipendente" relativa ai "Costi per il personale" riporta l'esiguo importo di CHF 527.60 (act. TR III. 15) – risulta che l'appellato svolgeva un'attività limitata, certamente non superiore al 20% circa, come del resto confermato dai documenti versati agli atti e dalle risultanze istruttorie. Contrariamente a quanto reputa l'appellante, ai fini dell'odierno giudizio sono ininfluenti i dati riportati nel conto economico del 2014 della ditta individuale F. _____ di B. _____ relativi all'utile lordo di esercizio di CHF 52'484.50 e alla cifra d'affari di CHF 185'633.44 (act. TR III. 15). Per inciso si osserva che il teste I. _____, riferendosi alla citata ditta individuale, ha dichiarato che: "Ad occuparsi di tale ditta individuale era mia sorella Q. _____" (act. TR VII. 2, pag. 2), non è quindi sorprendente che tale ditta abbia generato un utile, tuttavia non dovuto all'attività ridotta svolta dall'appellato, bensì a quella dei dipendenti della stessa. A tal proposito si osserva che dal conto economico della ditta riferito all'anno 2014 figura un importo di CHF 24'640.00 versato per i "salari"

E. 17

/ 20 dei dipendenti e la somma di CHF 2'644.75 per i relativi "oneri sociali dipendenti" (act. TR III. 15). In merito a quanto precede, va inoltre rilevato che a seguito della visita effettuata il 27 ottobre 2014 da R. _____, ispettore sinistri dell'appellante, negli uffici della F. _____ Sagl – in occasione della quale l'appellato è stato trovato negli spazi commerciali della ditta – l'assicurato è stato invitato a fornire informazioni conformemente all'art. 39 LCA nell'ambito di un successivo colloquio con la compagnia assicurativa (act. TR III. 4, pag. 1). In data 29 ottobre 2014 l'ispettore sinistri ha quindi posto una serie di domande all'appellato, in merito al suo stato di salute e all'incapacità di guadagno. Alla domanda: "Ci

informi sul suo attuale stato di salute? Vi sono dei miglioramenti?" la nota del colloquio agli atti indica: "Il B._____ conferma che "va"... ma non può dire che va bene. – Ribadisce che se vogliamo informazioni in tal senso di parlare con il suo medico curante.– Non ha la capacità di affrontare i problemi..." (act. TR III. 4, pag. 1). Più avanti, alla domanda: "Come vede il suo futuro professionale?" la nota del colloquio riporta: "Non lo sa.– Ci sta lavorando con il dott. J._____ che gli ha consigliato di vedere cosa riesce a fare in ditta" (act. TR III. 4, pag. 2). In risposta alle successive domande relative alla presenza dell'appellato negli spazi commerciali dell'azienda, quest'ultimo ha invitato nuovamente l'ispettore a prendere direttamente contatto con il medico curante, precisando "che la sua presenza è dettata dalla "terapia" a lui consigliata dal suo psichiatra" (act. TR III. 4, pag. 3). Alla luce di tali dichiarazioni non può essere ritenuto che l'appellato ha sottaciuto il fatto di aver ripreso un'attività parziale a scopi terapeutici, come pretende l'appellante. Il fatto poi che in occasione della visita effettuata negli spazi della F._____ Sagl dall'ispettore sinistri, l'appellato abbia riferito di trovarsi in loco solo per ritirare la posta, nulla muta a tale conclusione. Non ha infine alcuna rilevanza la tesi appellatoria secondo cui neppure l'UAI sarebbe stato informato dello svolgimento da parte dell'appellato di un'attività professionale a tempo parziale, figurando nella decisione di concessione di rendita AI un reddito con invalidità pari a CHF 0.00. In effetti, come visto, la fattispecie era deducibile dagli atti dell'incanto AI e dalla documentazione a disposizione dell'appellante. Pertanto dai documenti agli atti, suffragati dalle deposizioni testimoniali e dall'interrogatorio, risulta che nel corso del 2014 l'appellato ha ripreso un'attività lucrativa parziale a scopi terapeutici del 20% circa, ciò che non ha sottaciuto all'assicurazione. In ogni caso tale fatto non escluderebbe o limiterebbe l'obbligo dell'assicuratore, posto come il grado d'incapacità di guadagno dell'appellato risulta comunque superiore alla soglia del 66% prevista dalle CGA per il versamento di una ren-

E. 18

/ 20 dita piena (cfr. supra lett. A). In siffatte circostanze, anche sotto tale aspetto i giudici di prime cure hanno rettammente ritenuto che l'appellato non ha commesso reticenza. 3.7. Nel suo allegato d'appello, la compagnia assicurativa afferma inoltre quanto segue: "Va inoltre ricordato, contrariamente a quanto rilevato dal Tribunale collegiale che il signor B._____ solo dopo numerosi solleciti e diffide ha consegnato a A._____ SA la documentazione economica richiesta ed è emerso il reddito conseguito dal signor B._____ nel 2013 e 2014 quando lui dichiarava un'incapacità lavorativa TOTALE" (act. A.1, IV. 3, pag. 5). Qualora tale affermazione fosse da intendersi quale formale censura relativa alla tardività delle comunicazioni che incombono all'assicurato ex artt. 40 e 39 LCA, la stessa non può che essere considerata inammissibile. Su tale punto l'appellante omette infatti di confrontarsi compiutamente con le argomentazioni dei giudici di prime cure (act. B.1 consid. 5.10), limitandosi a fornire una propria tesi e una propria lettura dei fatti, senza approfondire o debitamente comprovare la tematica sollevata (cfr. supra consid. 1.3). 3.8. Posto come nel caso in esame gli elementi oggettivi dell'art. 40 LCA non sono adempiuti, non occorre chinarsi sulla questione a sapere se in concreto difettino anche gli elementi soggettivi di tale norma. 4. Infine l'appellante rimprovera al Tribunale regionale di aver ritenuto rilevante il fatto che l'appellato percepisca una rendita AI intera (act. A.1, IV.3, pag. 6). Essendo la polizza assicurativa in oggetto soggetta alla LCA, essa non sarebbe vincolata dalle decisioni prese dall'assicurazione invalidità sulla base della relativa legge (act. A.1, IV.3, pag. 10). Ora, per l'esame della presente fattispecie i giudici di prime cure si sono basati su tutta la documentazione agli atti e sulle risultanze istruttorie. In relazione

all'inabilità al lavoro e allo stato di salute dell'appellato, il Tribunale regionale si è fondato in larga misura sui dati medici oggettivi contenuti nell'incarto AI, posto anche il fatto che l'appellante stessa si era fondata su tale documentazione per la valutazione della fattispecie, senza effettuare direttamente delle indagini mediche nei confronti dell'appellato (cfr. supra consid. 3.5; act. B.1 consid. 4). Per quanto riguarda invece l'analisi delle conseguenze della malattia dell'appellato, il tribunale di prima istanza si è fondato su tutta la documentazione versata agli atti e a fronte delle risultanze testé menzionate ha ritenuto che il rischio assicurato si fosse realizzato (act. B.1 consid. 5 segg.). In siffatte circostanze, contrariamente a quanto sostenuto dall'appellante, i giudici di prime cure non hanno ritenuto vincolante la decisione

E. 19

/ 20 dell'AI ai fini del loro giudizio. Ne discende che anche su questo punto l'appello è destinato all'insuccesso e il giudizio di prime cure va confermato. 5. Tenuto conto di tutto quanto precede, l'appello, per quanto ricevibile, deve essere respinto e la decisione del Tribunale regionale del 12 agosto 2020, comunicata il 16 ottobre 2020, confermata.

E. 20

/ 20 La Seconda Camera civile pronuncia: 1. Nella misura in cui è ricevibile, l'appello è respinto. Di conseguenza la decisione del Tribunale regionale Moesa del 12 agosto 2020 è confermata. 2. La tassa di giustizia per la procedura d'appello di CHF 8'000.00 è posta a carico della A. _____ SA. 3. La A. _____ SA è condannata a rifondere a B. _____ CHF 2'130.00 (IVA e spese incluse) a titolo di spese ripetibili per la procedura d'appello. 4. Contro questa decisione con un valore litigioso di almeno CHF 30'000.00 può essere interposto ricorso in materia civile ai sensi degli artt. 72 e 74 cpv. 1 lett. b LTF. Il ricorso è da inoltrare al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, per scritto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione con il testo integrale nel modo prescritto dagli artt. 42 seg. LTF. Per l'ammissibilità, il diritto al ricorso, gli ulteriori presupposti e la procedura di ricorso fanno stato gli artt. 29 segg., 72 segg. e 90 segg. LTF. 5. Comunicazione a:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.