

## **TI\_GERICHTE 12.2003.170 vom 18. August 2004**

TI Tribunale d'appello, 2004-08-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_12.2003.170](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_12.2003.170)

FR: TI\_GERICHTE 12.2003.170 du 18 août 2004

IT: TI\_GERICHTE 12.2003.170 del 18 agosto 2004

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

A norma dell'art. 4 LCA, il proponente deve dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario o in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio (cpv. 1). Sono rilevanti tutti quei fatti che possono influire sulla determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto o concluderlo a determinate condizioni (cpv. 2). Lo sono in particolare i fatti in merito ai quali l'assicuratore abbia formulato per iscritto delle domande precise, non equivoche (cpv. 3). Se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione ha dichiarato inesattamente o taciuto un fatto rilevante che conosceva o doveva conoscere, l'assicuratore non è vincolato al contratto purché ne sia receduto entro quattro settimane da quando ebbe cognizione della reticenza (art. 6 LCA). Per fatti ai sensi dell'art. 4 LCA si intendono tutti quegli elementi che devono essere presi in considerazione per l'apprezzamento del rischio e che possono servire all'assicuratore per determinare l'estensione del rischio che deve essere coperto, ovvero tutte quelle circostanze che permettono di stabilire se vi sono dei fattori di rischio (DTF 118 II 336). In altri termini si tratta di tutti quei fatti tali da influenzare, nel caso specifico, il sopraggiungere, rispettivamente l'intensità e l'importanza del rischio, ossia di quei fatti che fanno insorgere il rischio, ma anche di tutti quelli che permettono di concludere retrospettivamente all'esistenza di un rischio (Nef, Basler Kommentar, VVG, n. 12 all'art. 4). L'assicurato ha un obbligo di dichiarazione solo in relazione al questionario o alle domande scritte formulate dall'assicuratore (art. 4 cpv. 1 LCA). Costui deve dichiarare i fatti che gli sono conosciuti o che devono essere a lui noti al momento della conclusione del contratto (art. 4 cpv. 1 in fine LCA). Secondo la giurisprudenza non occorre adottare un criterio prettamente soggettivo, né tantomeno uno esclusivamente oggettivo per determinare se il proponente ha violato o meno il suo obbligo di informare, il quale viene valutato senza riguardo ad un'eventuale colpa del proponente. Ciò che è decisivo è stabilire se e in quale misura il proponente poteva dare in buona fede una risposta erronea all'assicuratore, avuto riguardo alla conoscenza che egli aveva della situazione e, all'occorrenza, dalle informazioni che gli erano state rilasciate da persone qualificate. L'assicurato deve chiedersi seriamente se esista un fatto che possa ricadere nel novero delle domande che sono state poste dall'assicuratore. Il proponente soddisfa questo obbligo se egli dichiara oltre ai fatti che gli sono noti senza particolari riflessioni, anche quelli che non possono sfuggirgli riflettendo seriamente sui quesiti che gli sono stati posti (DTF 118 II 337; 116 II 341 consid. 1c.; Nef, op. cit., n. 26 all'art. 4; Maurer, Privatversicherungsrecht, 3a ed. pag. 251 segg.). Colui che sottace dei disturbi sporadici e passeggeri che poteva ragionevolmente

e in buona fede considerare senza importanza per la valutazione del rischio, senza tener conto di una causa di ricaduta o di sintomi di una malattia imminente acuta, non viola il suo obbligo di informazione ( DTF 116 II 340 consid. 1b e rif.). Per stabilire se una domanda posta dall'assicuratore è precisa e non equivoca ai sensi dell'art. 4 cpv. 3 LCA, occorre interpretarla secondo il principio dell'affidamento ( DTF 116 II 338; 101 II 344 consid. 2b). Se una domanda è stata formulata dall'assicuratore, il fatto sul quale essa porta è reputato importante (art. 4 cpv. 3 LCA). L'assicurato può non di meno capovolgere questa presunzione, recando la prova che l'assicuratore avrebbe comunque concluso il contratto alle condizioni previste se non avesse conosciuto il fatto omesso o indicato erroneamente ( DTF 99 II 67; 92 II 352 consid. 5). In altri termini costui deve provare che la falsa o inesatta dichiarazione di questo fatto non avrebbe influenzato la determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto alle condizioni convenute ( Nef , op. cit., n. 56 all'art. 4; Carré , Loi fédérale sur le contrat d'assurance, pag. 141 all'art. 4).

## **E. 2**

In concreto l'appellante non può ragionevolmente contestare in buona fede la reticenza del fu signor \_\_\_\_\_. Alle domande sullo stato di salute prima di perfezionare il contratto di assicurazione, il signor \_\_\_\_\_ alla domanda n. 9 “ ha già sofferto di artrosi, malattie degli occhi ... omissis ... oppure altre malattie o disturbi non elencati ”, ha risposto negativamente. In questo modo ha parimenti risposto al quesito n. 11 per il quale veniva chiesto al proponente se egli era stato sottoposto ad “ esami medici speciali che non hanno avuto risultati normali (radiografie, ECG, test SIDA, esami dell'urina e del sangue o altri esami specifici) ”. Alla domanda n. 14, ove veniva chiesto al proponente quale fosse stata l'ultima consultazione, egli rispose: “ 1996 controllo generale ”.

### **E. 2.1**

Orbene, diversamente da quanto pretende l'appellante, questi quesiti non sono né ambigui, né equivoci, né tantomeno così tecnici da non poterne capire il senso o la portata. Il quesito n. 11 faceva riferimento non solamente alle malattie, ma anche a disturbi che non necessariamente erano stati annoverati nell'elenco. \_\_\_\_\_ non fece menzione alcuna del suo disturbo al fegato, il quale era già stato diagnosticato nel luglio del 1995 dai medici dell'ospedale regionale di Lugano (allegato al doc. 7). Come ha ricordato diligentemente il Pretore, \_\_\_\_\_ era portatore dell'Hbs antigene e gli era stato consigliato di eseguire dei controlli, come pure di eventualmente vaccinare il suo partner dall'epatite B. Gli esami eseguiti nel 1996 e negli anni successivi (1999) mostravano dei leggeri rialzi delle transaminasi che rientravano rapidamente nella norma con qualche attenzione nella dieta alimentare (doc. 7; teste \_\_\_\_\_, verbale di udienza 30 aprile 2003). Per il medico curante \_\_\_\_\_ aveva “ sviluppato delle infiammazioni croniche ma con dei momenti di normalizzazione delle sue transaminasi ”, nonostante “ i rischi di sviluppare una patologia più grave erano molto limitati ”, ossia “ vi era una piccolissima possibilità che il paziente “sviluppassse un'epatite cronica ”. Il disturbo alla salute era però cronico e il medico aveva suggerito al suo paziente di eseguire dei controlli, i quali, anch'essi, non sono stati segnalati all'assicurazione, benché il questionario che è stato sottoposto all'assicurato lo esigesse. La domanda n. 11 del formulario sullo stato di salute che è stato sottoposto al proponente richiedeva infatti se egli era stato sottoposto ad esami specifici del sangue che non avevano “ avuto risultati normali ”(doc. 5). La risposta non poteva essere altro che positiva, atteso che le transaminasi di \_\_\_\_\_ erano tenute costantemente sotto controllo e che le stesse avevano evidenziato dei valori leggermente superiori alla norma.

Del pari era inesatto riferire all'assicurazione che l'ultimo controllo effettuato nel 1996 era "generale" (doc. 5 risposta n. 14). Già a quell'epoca gli accertamenti erano mirati soprattutto a tenere sotto controllo i valori del fegato, i quali avevano indotto il dott. \_\_\_\_\_ ad accertare le cause di questi disturbi. Stante questo quadro clinico che era noto al proponente, costui non poteva ragionevolmente e in buona fede ritenere che il suo disturbo – ormai cronico – fosse sporadico, passeggero e senza importanza al fine della valutazione del rischio per poterlo sottacere all'assicurazione. Come ha precisato il Pretore, il fatto che questa patologia gli imponeva di vivere con morigeratezza per evitare che i valori delle transaminasi aumentassero, come pure che egli doveva adottare delle cautele a livello sessuale per evitare di trasmettere il virus dell'epatite B, erano motivi sufficienti che lo avrebbero dovuto indurre ad informare l'assicurazione. Non va poi misconosciuto che un rischio, seppur minimo, di contrarre patologie più serie (epatite cronica), non era escluso.

### **E. 2.2**

L'appellante sostiene che l'aver sottaciuto questi fatti non è rilevante, perché nel questionario precedente e concernente la polizza n. \_\_\_\_\_ conclusa il 19 aprile 1989 e scadente il 1° marzo 1999 (doc. O), una domanda sulle malattie dell'apparato digerente e segnatamente sul fegato era stata posta al proponente (doc. N punto 10.3), mentre nulla è stato chiesto in quella qui in contestazione. Ciò significava che le malattie al fegato non potevano essere ritenute di alcuna utilità per l'assicurazione al fine di valutare l'estensione del rischio. Il nuovo contratto non sarebbe poi stato altro che il rinnovo della polizza precedente. La critica è priva di fondamento, perché il questionario sullo stato di salute che è stato sottoposto al proponente nel 1999 chiedeva delle informazioni non solo sulle malattie, ma anche su eventuali disturbi alla salute. Parimenti esso chiedeva all'assicurato di determinarsi non solo sulle affezioni e i disturbi che erano stati indicati sul formulario, ma anche su altri che erano noti al proponente. In concreto non si può neppure ritenere che al contratto perfezionato nel 1999 ineriva natura di rinnovo del negozio precedente concluso nel 1989. La durata è un elemento essenziale del contratto e, essa era determinata. Il contratto d'assicurazione spiegava i suoi effetti dal 1° marzo 1989 sino al 28 febbraio 1999. La sua durata era di 10 anni e, per legge, era impossibile che il contratto potesse prorogarsi sino al 1° marzo 2003. A norma dell'art. 47 LCA il patto di tacita rinnovazione ha effetto per un solo anno. L'assicurazione, in considerazione dello stato di salute dell'assicurato, ma soprattutto dell'età e dell'inflazione nel frattempo intervenuta, ha aumentato il premio di assicurazione annuo da fr. 859.-- (doc. O) a Fr. 1'064.20 (doc. G). Anche la sua durata non era più di 10 anni, ma di soli 5. Del resto dottrina e giurisprudenza hanno già avuto modo di precisare che la modifica del premio e della durata comporta la conclusione di un nuovo contratto e non una semplice modifica della polizza ( Carré , op.cit. pag. 117 all'art 2). Il nuovo contratto era quindi indipendente da quello pregresso e l'assicurato era tenuto a fornire all'assicurazione tutti quegli elementi essenziali, che lui, in parte, ha sottaciuto.

### **E. 2.3**

L'appellante sostiene ancora che l'assicurazione non avrebbe dimostrato che se un assicurato avesse segnalato in buona fede di essere portatore sano dell'antigene HBS avrebbe rifiutato la polizza. Questo argomento, proposto per la prima volta in appello, è irricevibile (art. 321 lett. b CPC). Per completezza occorre comunque rilevare che, come si è ricordato qui sopra, l'onere della prova competeva all'assicurato e non all'assicurazione. Agli atti non v'è però alcun indizio dal quale si può arguire che la convenuta avrebbe

comunque concluso il contratto alle condizioni previste se avesse saputo del disturbo al fegato cui era affetto l'attore.

### **E. 3**

agosto 2001 (cfr. documentazione acquisita in via di edizione), benché il modulo fosse stato compilato il 16 luglio 2001 dal dott. \_\_\_\_\_ (doc. Y). La ricezione di questo documento indusse l'assicurazione ad approfondire il caso, sottoponendo al dott. \_\_\_\_\_ (medico curante del defunto), il 9 agosto 2001, una serie di domande tese a sapere quando era insorta la malattia al fegato (doc. 6). Il questionario fu compilato dal medico il 13 agosto 2001 e l'assicuratore lo ha ricevuto il giorno 17 agosto 2001. Fatte queste premesse è a partire da questa data che l'assicuratore ha avuto tutte le informazioni necessarie per avvalersi della reticenza. La conoscenza della data della morte dell'assicuratore non era sufficiente per conoscere il motivo della reticenza (inizio del mese di luglio 2001), né dall'assicurazione si poteva pretendere che essa agisse più speditamente per approfondire il caso prima di erogare al beneficiario la prestazione assicurata. La risoluzione del contratto, intervenuta con lettera del 30 agosto 2001 (doc. DD) è quindi tempestiva, perché è giunta nella sfera giuridica del destinatario il 5 settembre 2001 (doc. EE), ossia entro le 4 settimane prescritte dalla legge.

#### **E. 3.1**

Secondo la giurisprudenza costante del Tribunale federale l'assicuratore non è vincolato al contratto, purché ne sia receduto entro 4 settimane da quando ebbe conoscenza della reticenza (art. 6 LCA). Si tratta di un termine di perenzione e la risoluzione del contratto può intervenire anche dopo la sopravvenienza del sinistro. Il rispetto del termine deve essere provato dall'assicuratore ( DTF 118 II 338 consid. 3). Secondo la sentenza appena citata, la conoscenza della reticenza non è fatta dipendere dalla data in cui l'assicurazione avrebbe potuto conoscere il motivo della reticenza prestando una certa attenzione e diligenza. Dei semplici sospetti che potrebbero indurre la compagnie assicurative a verificare le dichiarazioni del proponente e assicurato non sono sufficienti. Il termine inizia a decorrere solo quando l'assicuratore è completamente orientato su tutti i punti che vertono sulla reticenza, rispettivamente allorché egli ne ha una conoscenza effettiva; dei semplici sospetti sono insufficienti ( DTF 119 V 287/288; 118 II 340; 116 V 229 consid. 6a; 109 II 160 consid. 2a). Col che si deve ritenere che il termine inizia a decorrere in questi casi quando tutte le questioni mediche sono state chiarite ( Carré , op. cit. pag. 150 all'art. 6). È però evidente che se l'assicurazione rifiuta scientemente di prendere conoscenza degli elementi costitutivi della reticenza, essa commette un abuso di diritto che è assimilabile alla conoscenza effettiva stessa ( DTF 118 II 340 consid. 3c).

#### **E. 3.2**

Dalla lettura degli atti non traspare alcun elemento dal quale si può ritenere che l'assicurazione è venuta meno agli obblighi che discendono dalla buona fede e il ricorrente nemmeno lo pretende. In concreto la convenuta ha ricevuto l'attestato medico sui motivi del decesso del signor \_\_\_\_\_ il

### **E. 4**

L'appello, infondato in ogni punto, deve essere respinto con carico di spese e ripetibili all'appellante. Per i quali motivi richiamati per le spese l'art. 148 CPC, la LTG e la TOA dichiara e pronuncia: 1. L'appello

**E. 9**

ottobre 2003 del signor \_\_\_\_\_ APPE1 è respinto. 2. Le spese della procedura di appello consistenti in: a) tassa di giustizia Fr. 650.- b) spese Fr. 50.- totale Fr. 700.- già anticipate dall'appellante sono poste a suo carico, con l'obbligo di rifondere alla parte appellata Fr. 1'500.- a titolo di ripetibili. 3. Intimazione: - - Comunicazione alla Pretura del Distretto di Lugano, sezione 1 terzi implicati Per la seconda Camera civile del Tribunale d'appello Il presidente II segretario

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