

TI_GERICHTE 34.2006.46 vom 18. Juni 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-06-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2006.46

FR: TI_GERICHTE 34.2006.46 du 18 juin 2007

IT: TI_GERICHTE 34.2006.46 del 18 giugno 2007

Erwägungen

E. 1

I salariati e gli indipendenti possono dedurre anche i contributi per altre forme previdenziali riconosciute che servono esclusivamente e irrevocabilmente alla previdenza professionale.

E. 2

Per contratti di previdenza vincolata s'intendono i contratti speciali d'assicurazione di capitale e di rendite sulla vita o in caso d'invalidità o di morte, comprese eventuali assicurazioni complementari in caso di morte per infortunio o d'invalidità, che
a. _____ sono conclusi con un istituto d'assicurazione sottoposto alla sorveglianza delle assicurazioni o con un istituto d'assicurazione di diritto pubblico secondo l'articolo 67 capoverso 1 LPP e b. _____ sono destinati esclusivamente e irrevocabilmente alla previdenza.

E. 2.8

Eccezione di incompetenza "ratione loci" La convenuta ha altresì sollevato l'eccezione di incompetenza territoriale del TCA. Avendo CV 1 la propria sede a _____ (doc. G), a suo dire competente sarebbe il Tribunale di questo cantone, non quello ticinese. La fondatezza di questa eccezione viene esaminata unicamente in relazione alla polizza n. _____, per quella n. _____ non essendo questo giudice, come visto, competente a derimere la vertenza già dal punto di vista materiale. In proposito si osserva che, secondo l'art. 73 cpv. 3 LPP, " Il foro è nella sede o nel domicilio svizzeri del convenuto o nel luogo dell'azienda presso la quale l'assicurato fu assunto." Con luogo dell'azienda non si intende la sua sede, bensì il luogo in cui essa viene effettivamente gestita (H. R: Schwarzenbach/Hanhart, Die Rechtspflege nach dem BVG, SZS 1983 p. 178). Decisivo, inoltre non è il luogo dove l'assicurato è stato assunto, bensì quello in cui era assunto oppure era effettivamente attivo al momento in cui il rapporto di lavoro si è estinto rispettivamente nell'istante in cui la prestazione è divenuta esigibile (SZS 1994 p. 460 consid. 1). Se, quindi, il luogo dell'azienda muta, si modifica anche il foro. Nella specie, risulta che l'attore ha sempre esercitato la sua professione di docente in istituti scolastici aventi la propria sede nel nostro Cantone. Di principio dunque la competenza di questo Tribunale dal punto di vista territoriale sarebbe data in forza del foro alternativo previsto dall'art. 73 cpv. 3 LPP dianzi enunciato, considerato come il datore di lavoro dell'attore ha la sua sede nel Cantone Ticino. In proposito possono rimanere indecise le allegazioni della convenuta per la quale il foro alternativo di cui all'art. 73 cpv. 3 LPP non sarebbe in concreto applicabile in quanto al momento della sottoscrizione della polizza n. _____ 3, il 18 gennaio 1999, l'attore nemmeno poteva essere considerato assunto presso un'azienda giacchè per l'anno 1998-99 egli non era stato confermato come docente (cfr. VI p. 5), in quanto riferite esclusivamente alla polizza che esula dalla competenza di

questo TCA. Ora, è vero che l'ammissione della competenza di cui all'art. 73 cpv. 3 LPP in una vertenza non direttamente pertinente la previdenza professionale in senso stretto (2. Pilastro), bensì la previdenza individuale, potrebbe risultare discutibile. In effetti, contrariamente al 2. Pilastro, il Pilastro 3A non è (necessariamente) legato ad un rapporto di impiego, persone con attività indipendente potendo pure fare capo a tale forma di previdenza. In questo senso il foro del luogo d'assunzione di cui all'art. 73 cpv. 3 LPP potrebbe risultare privo di ragione di essere se si considera come il suo scopo sia quello di favorire il lavoratore dipendente, il quale, pur essendo tenuto ad assicurarsi per la previdenza professionale non ha praticamente influsso sulla scelta dell'istituto di previdenza e, quindi, né sulla sua sede né sull'eventuale foro del tribunale chiamato a dirimere eventuali divergenze, specie se quando viene assunto il datore di lavoro ha già un proprio istituto di previdenza (cfr. l'art. 11 LPP). Ora, considerato come attraverso il rapporto di lavoro l'assicurato è strettamente legato al luogo dell'azienda, la possibilità di poter far capo, alternativamente, anche al foro al luogo dell'azienda rappresenta una notevole facilitazione in termini processuali. Nel secondo pilastro esiste quindi una stretta connesità, voluta dalla legge, tra la competenza del Tribunale e il rapporto di lavoro (cfr. anche SZS 1994 p. 457). La situazione è invece completamente diversa nell'ambito del Pilastro 3A, la cui stipulazione non è, come detto, legata al rapporto lavorativo e dove la scelta dell'istituto assicurativo (con la sua sede) è lasciata senza restrizioni all'assicurato. Ne discende che il fine di protezione che persegue il foro alternativo previsto dalla norma in oggetto perde la sua ragione di essere nell'ambito del Pilastro 3A per cui potrebbe suscitare qualche perplessità la facoltà per l'assicurato di invocare questo foro speciale in tale ambito. Tale questione, rimasta sino ad oggi indecisa dalla giurisprudenza, può tuttavia in questa sede essere lasciata aperta, la competenza territoriale di questo Tribunale dovendo comunque essere ammessa per i motivi che seguono. Risulta dagli atti che all'art. 17.2 delle Condizioni generali d'assicurazione n. H _____ applicabili alla polizza n. _____ (cfr. doc. VIII/2), e alle quali nella polizza si rimanda, le parti hanno concordato quanto segue: " Se contro ogni aspettativa, sopravvenisse un litigio circa il presente contratto riconosciamo la competenza dei tribunali del domicilio del richiedente se si trova in Svizzera o nel Liechtenstein, nonché la competenza dei tribunali ginevrini." Ora, non vi è motivo per non ritenere valida detta proroga di foro, dal tenore chiaro ed inequivocabile, che fissa quale foro alternativo quello del domicilio del richiedente. Del resto, le riserve espresse da parte della dottrina con riferimento alle proroghe di foro nell'ambito della previdenza professionale in senso stretto (2. Pilastro) (cfr. in proposito Meyer-Blaser, in SZS 1995 p. 110; Riemer, *Das Recht der beruflichen Vorsorge in der Schweiz*, Berna 1985, p. 131; la giurisprudenza del TFA ha invece tuttora lasciato aperto la questione; cfr. STFA non pubblicate del 24 maggio 2006 nella causa M., B 126/05 e del 9 agosto 2005 nella causa M., B 93/04) non hanno pertinenza nella specie, trattandosi in concreto di vertenza relativa alla previdenza individuale. In effetti le perplessità sollevate dalla dottrina con riferimento alle proroghe di foro sono legate al precitato scopo dell'art. 73 cpv. 3 LPP quale è quello di facilitare le vie ricorsuali al lavoratore assicurandogli un foro al luogo dell'attività lavorativa nella presunzione che egli sia particolarmente legato a tale luogo. È quindi evidente che concedere la possibilità di concordare un altro foro equivarrebbe a vanificare tale facilitazione per l'assicurato impiegato voluta dal legislatore. Nell'ambito della Previdenza individuale, che per la sua stessa natura è maggiormente lasciata alla libera disposizione delle parti, pur nei succitati (cfr. consid. 2.4) limiti posti dalla legge, tali riserve risultano per contro prive di pertinenza venendo già meno in tale

settore un luogo di assunzione ed essendo come detto l'assicurato libero di scegliere l'istituto assicurativo che più gli aggrada. In quest'ambito, si tratta piuttosto di derogare al foro (generale) del convenuto, non al foro (alternativo) del luogo di assunzione a favore del lavoratore. Priva di fondamento, contraria al principio dell'affidamento e della buona fede, e al limite dell'abusivo, risulta infine l'allegazione della convenuta per la quale in sostanza la proroga di foro non sarebbe valida in quanto tale clausola sarebbe stata imposta a CV 1 dall'Ufficio federale delle assicurazioni private al fine di far ossequiare nelle condizioni contrattuali generali la legislazione imperativa applicabile in materia di foro (cfr. III, p. 6). Come detto, il testo della clausola in questione, contenuta peraltro in condizioni assicurative prestampate e il cui contenuto è quindi stato unilateralmente scelto e proposto dall'assicurazione - ente peraltro senza dubbio provvisto di notevole esperienza negli affari e di cognizioni giuridiche -, non è equivoco e la volontà dell'autore della rinuncia di sottoporsi eventualmente a un altro giudice è chiaramente e nettamente espressa, come previsto dalla giurisprudenza consolidata del TF (cfr., fra i tanti, DTF 109 Ia 55, 85 I 148). La stessa è quindi vincolante, i motivi per i quali la convenuta abbia optato per tale clausola essendo del tutto irrilevanti. Ne discende che nella specie, sempre con riferimento alla polizza n. _____ (doc. B), anche la competenza territoriale del TCA deve essere ammessa.

2.9. Sempre con riferimento all'eccezione di incompetenza "ratione loci" la convenuta sostiene altresì che la competenza del TCA dovrebbe essere negata anche in virtù della Legge federale sul foro in materia civile del 24 marzo 2000 in vigore dal 1 gennaio 2001. Ora, il richiamo alla LForo risulta privo di ogni pertinenza trattandosi in concreto, nel caso della polizza n. _____, come si è visto, di materia previdenziale relativa alla previdenza vincolata Pilastro 3A per la quale il legislatore ha previsto la competenza esclusiva del giudice ex art. 73 LPP mediante l'introduzione del cpv. 1 lett. b del medesimo art. 73 LPP (cfr. Messaggio sulla 1. Revisione della LPP, BBl 2000, p. 2386seg; cfr. anche Stauffer, Berufliche Vorsorge, Zurigo 2005, n. 1655; D. Piotet, in JDT 2001 III p. 35e 36). Ma a prescindere da questa considerazione, va detto che comunque la clausola di proroga di foro concordata dalle parti all'art. 17 delle Condizioni generali d'assicurazione applicabili alla polizza n. _____ (cfr. doc. VII/2) risulterebbe perfettamente efficace anche nell'eventualità dell'applicazione della LForo, la proroga risultando perfettamente compatibile con i requisiti posti dall'art. 9 LForo.

nel merito 2.10. Il TCA deve decidere se il 31 gennaio 2003 l'assicurazione convenuta ha correttamente disdetto, a causa di una reticenza e con effetto retroattivo, le assicurazioni complementari alla Polizza n. _____ sottoscritte dal proponente AT 1. L'assicurazione fa valere che nella compilazione del formulario concernente lo stato di salute, l'attore avrebbe omesso di dichiarare che già soffriva di disturbi psichici, tali da necessitare numerose consultazioni presso una psichiatra. Avendo l'attore sottaciato suddette circostanze importanti per la valutazione del rischio, legittimamente CV 1 ha disdetto le assicurazioni per reticenza. Inoltre, considerato come l'attuale stato depressivo fosse riconducibile ad un'epoca precedente la stipulazione dei contratti, una sua copertura risultava comunque essere esclusa giusta l'art. 9 LCA. D'avviso dell'attore invece non sussisterebbe reticenza, considerato come la terapia seguita presso gli psichiatri del Servizio cantonale di psichiatria e psicologia dal 1999 concerneva i problemi legati alla procedura di divorzio dalla moglie e non aveva nulla a che vedere con suoi presunti, ma, almeno per quanto riferito a quel periodo, contestati, disturbi psichiatrici. Comunque, egli non aveva mai subito episodi depressivi prima della stipula delle assicurazioni con CV 1. Controversa è quindi la questione a sapere se l'assicurato, nel compilare la proposta d'assicurazione-vita in data 16

ottobre 1996 e in particolare omettendo di indicare di aver sofferto di disturbi psichici o nervosi e di aver consultato degli psichiatri, abbia commesso reticenza (impedendo alla convenuta di introdurre una riserva) e quindi correttamente l'assicurazione convenuta abbia rifiutato di erogare le prestazioni che scaturiscono dalla polizza conclusa dall'attore. 2.11. In proposito va rilevato che, a differenza di quanto previsto per la previdenza professionale obbligatoria, nel cui ambito non è possibile introdurre delle riserve sulla copertura dei rischi morte e invalidità (RCC 1986 p. 525; U. Stauffer, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1996 p. 26; DTF 115 V 215 e 223 consid. 6), nella previdenza più estesa (sovra o preobbligatoria) così come, per analogia, nel 3. pilastro vincolato, gli istituti di previdenza o assicurativi, oltre ad avere la facoltà di assicurare la capacità residua di guadagno delle persone invalide, possono introdurre delle riserve (SZS 2000 pag. 62-63; SZS 1998 pag. 308; STFA del 14 maggio 1997 in re G p. 6 consid. 3 pubbl. in SZS 1998 p. 372; DTF 119 V 283ss.; DTF 116 V 218; RDAT I- 1993 p. 235 consid. 3a; DTF 115 V 215 e 223 consid. 6, citato in maniera errata in Stauffer; B. Carron, op. cit., p. 40). In questo ambito, quindi, i fondi di previdenza possono far dipendere dallo stato di salute dell'assicurato la sua adesione all'assicurazione (SZS 2000 pag. 62; STFA del 14 maggio 1997 in re G p. 6 consid. 3 pubbl. in SZS 1998 p. 372; vedi pure consid. 2.12 in fine). Per l'art. 4 LCA " 1 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, in quanto e come gli sono o gli devono essere noti alla conclusione del contratto. 2 Sono rilevanti i fatti che possono influire sulla determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto od a conchiuderlo alle condizioni convenute. 3 Si presumono rilevanti i fatti in merito ai quali l'assicuratore abbia formulato per iscritto delle questioni precise, non equivoche." Il mancato rispetto di questa norma, vale a dire dell'obbligo di notifica, comporta, o può comportare a determinate condizioni, una reticenza. Infatti, giusta l'art. 6 LCA in vigore fino al 31 dicembre 2005, applicabile alla fattispecie: " Se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione ha dichiarato inesattamente o sottaciuto 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." L'assicuratore può recedere dal contratto, ma può anche rinunciare, come prevede l'art. 8 cifra 5 LCA. La risoluzione del contratto ha effetti ex tunc, ossia gli effetti retroagiscono al momento in cui le informazioni erronee sono state date (RUA V n. 78). D'altra parte, secondo l'art. 9 LCA, riservati i casi di cui all'art. 100 cpv. 2 (nota: questo disposto si riferisce agli stipulanti disoccupati), il contratto di assicurazione è nullo se, al momento in cui fu concluso, il rischio era già accaduto (cosiddetto divieto dell'assicurazione retroattiva; cfr. DTF 127 III 21; sull'applicabilità di tale norma nella previdenza professionale cfr. DTF 118 V 158 e Carron, op. cit., p. 40). Le disposizioni summenzionate contenute nella legge federale sul contratto di assicurazione, si applicano per analogia anche alla previdenza professionale, in caso di carenza di norme statutarie o regolamentari analoghe (cfr. SZS 2000 pag. 63; STFA non pubbl. del 14 maggio 1997 in re G p. 6 consid. 3 pubbl. in SZS 1998 p. 372ss; SZS 1998 p. 309 consid. 2a; DTF 119 V 283; Carron, op. cit. p. 30; DTF 116 V 219, p. 225 consid. 4b, p. 226 consid. 5a; Riemer, *Berührungspunkte zwischen BVG und VVG*, SZS 1998 p. 346). Si osservi inoltre che l'art. 4 LCA è una norma di diritto dispositivo (artt. 97 e 98 LCA). Ne discende che le CGA possono contenere delle regole meno severe per lo stipulante rispetto a quelle previste dall'art. 4 LCA. Per esempio, l'assicuratore può rinunciare ad esigere che le risposte del proponente siano date per iscritto. Dal canto suo, l'art. 6 LCA è una norma semi imperativa

alla quale non è possibile derogare in sfavore dell'assicurato (art. 98 LCA). Il termine di quattro settimane per notificare la recessione dal contratto è termine di perenzione (DTF 119 V 287), che decorre dalla conoscenza completa di tutti i punti relativi alla reticenza. Inoltre, è compito dell'assicuratore apportare la prova della reticenza (DTF 72 II 124). Non bastano semplici sospetti, anche se gravi, di reticenza per stabilire la decorrenza del termine (DTF 118 II 333; SJ 1984 162; Olivier Carré : Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2000, pag. 148). L'assicuratore agisce in tempo utile anche quando cerchi delle informazioni precise e receda dal contratto solo nelle quattro settimane che seguono la loro ricezione. Il termine decorre unicamente dalla conoscenza positiva della reticenza e non dal momento in cui l'assicuratore avrebbe potuto sapere o conoscere dell'esistenza della reticenza (in questo senso: DTF 119 V 283; DTF 118 II 333 consid. 3; DTF 116 V 218); il legislatore non ha voluto creare un dovere di diligenza particolare per l'assicuratore. La reticenza può essere invocata anche dopo che sia subentrato l'evento assicurato (DTF 118 II 333; DTF 109 II 159; SJ 1984 164). Sul tema il Tribunale Federale si è espresso ancora recentemente in 5C.51/2006 del 17 luglio 2006. D'altra parte, nel caso in cui si realizzino più reticenze, per ognuna di esse decorre un nuovo termine di quattro settimane dalla conoscenza effettiva della stessa da parte dell'assicuratore (DTF 109 II 159). Come rammenta l'autore Olivier Carré (op. cit., pag. 148-149), il termine di 4 settimane decorre se l'assicuratore apprende di un soggiorno in ospedale di un assicurato ed era a conoscenza dell'esistenza della malattia che l'assicurato aveva ommesso di indicare nella sua proposta d'assicurazione, non costituendo il ricovero – quanto piuttosto la malattia – il fatto importante per l'apprezzamento del rischio (TF in RUA XVII n. 8). Ancora, agisce con ritardo l'assicuratore che, orientato verso la conferma della reticenza, va alla ricerca di nuove informazioni che nulla apportano di nuovo alle sue conoscenze e non rispetta così il termine di 4 settimane (Carré, op. cit., pag. 149; RUA XVII n. 8). La reticenza deve essere riferita a fatti rilevanti. La LCA presume importanti i fatti per i quali l'assicuratore abbia formulato delle domande scritte. Occorre comunque che le domande scritte poste siano precise e non equivocate. L'assicuratore è autorizzato a porre domande su tutte le circostanze che sono di natura ad influenzare seriamente la sua determinazione d'accettare o rifiutare la proposta d'assicurazione (DTF 68 II 328, JdT 1943 I 241). Spetta all'assicuratore formulare con precisione e senza equivoci le domande relative ai fatti che gli sembrano importanti, nei confronti di chi deve dichiararli (OG ZH in RUA XIII n. 16). Non esiste un obbligo generale per l'assicuratore di informarsi personalmente sui fatti importanti per l'apprezzamento del rischio ed esso ha il diritto d'ammettere che il proponente ha risposto correttamente. V'è del resto un principio generale che vuole che colui che si fonda sulle dichiarazioni della parte contraente possa fidarsi delle stesse, senza essere tenuto a controllarne l'esattezza mediante delle verifiche (DTF 118 II 333). Se l'assicurato non ha risposto ad una domanda, l'assicuratore non potrà prevalersi di questo fatto per rescindere il contratto, a meno che dal contesto particolare (altre risposte del proponente) la domanda lasciata in bianco possa essere ritenuta evasa in un determinato senso e che questa risposta costituisca una reticenza su un fatto importante (Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Ed. Universitaires Fribourg Suisse 1997, pag. 13 n. 37; DTF 110 II 499). Se delle circostanze importanti non hanno fatto oggetto di domande, in generale non se ne potrà dedurre una reticenza. Il proponente deve indicare i fatti che conosce o che dovrebbe conoscere (TF in RUA VI n. 51). Egli deve menzionare i fatti importanti per l'apprezzamento del rischio, ma non tutti quelli che sono oggettivamente conosciuti al momento della conclusione del contratto. Non è infatti tenuto a dichiarare i fatti in merito ai

quali non è stata posta nessuna domanda scritta (DTF 45 II 218) e nemmeno a fare delle dichiarazioni spontanee (DTF 116 V 218). Il proponente ha l'obbligo di rispondere soltanto alle domande che l'assicuratore ha formulato correttamente. Inoltre, egli non solo deve dichiarare i fatti che gli vengono in mente senza riflettere, ma anche quelli che non possono sfuggirgli se riflettesse seriamente alle domande dell'assicuratore (DTF 116 V 218; DTF 109 II 60). Il proponente può far capo alla sua ignoranza su un fatto non dichiarato solo se questa ignoranza non è dovuta ad una grave negligenza da parte sua (TF in RUA VI n. 51). La non attenzione o la negligenza del proponente danno luogo all'invocazione della reticenza da parte dell'assicuratore (sentenza ticinese pubblicata in RUA VII n. 50). Il proponente deve agire conformemente alle regole della buona fede, rispondendo alle domande poste (RUA VIII n. 41). Occorre quindi determinare in che misura il proponente poteva, in buona fede, dare una risposta negativa ad una domanda sottopostagli dall'assicuratore, secondo la conoscenza che egli aveva della situazione (DTF 96 II 204, JdT 1972 I 34). In merito all'esattezza delle risposte fornite, occorre considerare gli aspetti soggettivi connessi al proponente. In altri termini, il fatto di ignorare in maniera volontaria o per negligenza una circostanza può essere opposto al proponente. Come rammenta Carron (op. cit., pag. 23 n. 65), "Le propositant satisfait à son obligation de faire des déclarations lorsqu'il indique, outre les faits qui lui sont connus sans autre, ceux dont l'existence ne peut pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur.". Tuttavia, il proponente perde i suoi diritti anche quando ignora la falsità delle sue dichiarazioni, a condizione che questa ignoranza implichi un errore da parte sua. Per contro, non c'è un errore del proponente quando egli omette di dichiarare dei fatti conosciuti da parte di soli professionisti, oppure quando egli attribuisce in buona fede ad un termine il senso che assume correntemente, senza preoccuparsi del suo significato tecnico. Il proponente dell'assicurazione è quindi legittimato ad attribuire ai termini tecnici del questionario che non gli sono familiari e che non gli sono stati spiegati, il senso che normalmente si dà nel loro contesto ed in particolare il senso che hanno nel linguaggio comune (DTF 116 II 338) ed il senso che si dà loro nel luogo di domicilio (DTF 96 II 204, JdT 1972 I 34). Per verificare la conformità delle risposte, occorre determinare se il proponente conosceva o doveva conoscere la loro erroneità o la loro inesattezza, e si terrà conto, per questo, di tutto il contesto personale, ossia della sua intelligenza, della sua formazione e della sua esperienza (DTF 116 II 338), del grado della sua cultura (DTF 111 II 388) e della sua situazione (DTF 118 II 333).

2.12. A titolo esemplificativo, la giurisprudenza ha avuto modo di precisare che, nell'ambito di una assicurazione individuale contro gli infortuni, la domanda che porta su un trattamento medico di una certa durata, senza precisare cosa si intenda per "certa durata", dà luogo ad incertezza, apparendo generica e non può quindi fondare una reticenza (RUA XVII n. 7). Costituisce invece reticenza – nello stesso ambito – il fatto di tacere l'esistenza di una incapacità lavorativa al 50% (RUA XVI n. 5 citata da Benoit Carron, op. cit., pag. 12, nn. 34 e 35). In merito alla conclusione di una assicurazione sulla vita, costituisce reticenza negare di avere sofferto di male allo stomaco quando siano stati consultati due medici in proposito e ciò anche se gli esami non hanno rilevato l'esistenza di malattie gravi (RUA XV n. 22). Nell'assicurazione contro le malattie, la domanda a sapere se negli ultimi 5 anni sia stata eseguita una radiografia verte su di un fatto importante, non tanto per la radiografia come tale quanto per le indicazioni che se ne possono dedurre riferibili al rischio assicurabile (Carron, op. cit., pag. 15 n. 42), mentre l'assicuratore non può invocare la reticenza a fronte di risposta imprecisa a domanda non intelligibile per tutti e se il proponente non l'aveva compresa

(DTF 101 II 339). Inoltre, se il questionario si riferisce ad uno stato di malattia, non c'è reticenza quando l'assicurato, profano in materia, in buona fede si crede non affetto da malattie dorso-lombari, e dopo un breve trattamento, da dolori susseguenti ad uno specifico infortunio. Diversa sarebbe la problematica se il questionario concernesse soltanto i dolori sofferti (DTF 101 II 339, JdT 1977 I 627). La giurisprudenza ha ammesso reticenza, con riferimento all'assicurazione contro le malattie, per domande alle quali non sia stata data veritiera o completa risposta relativa a precedenti patologie del tubo digerente (Carron, op. cit., pag. 23 n. 64). Non può essere inoltre ritenuta una reticenza laddove il proponente l'assicurazione ometta di segnalare dei sintomi di una malattia alla domanda tendente a sapere di quale malattia importante abbia sofferto, ciò se la malattia sia stata indicata (TA del Cantone Ticino, in RUA XVII n. 6). Come ricorda Carron (citando un giudizio del Cantone Svitto pubblicato in RUA XVI n. 9), "Comme la réticence ne peut être admise qu'avec la plus grande retenue, sa preuve n'est pas apportée lorsque les médecins traitants du preneur d'assurance n'étaient pas au courant d'un petit infarctus qu'il aurait subi et n'ont décelé aucune trace de troubles cardiaques.". È d'altra parte possibile per il proponente dell'assicurazione dimostrare che la domanda alla quale ha risposto con reticenza non sia stata determinante per la conclusione del contratto da parte dell'assicuratore (cfr. comunque l'art. 4 cpv. 3 LCA), e che l'assicuratore avrebbe comunque concluso il contratto se fosse stato a conoscenza del fatto (SJ 1986 557). 2.13. Nel caso di specie, l'attore ha, come detto, stipulato la polizza n. _____ sottoscrivendo uno specifico formulario nel quale gli sono state poste diverse domande circa il suo stato di salute. Il 16 ottobre 1996 l'attore ha compilato e sottoscritto questo questionario denominato "Proposta d'assicurazione-vita" (doc. 9). Con le risposte date, lo stipulante ha in sostanza affermato che il suo stato di salute era buono al momento della sottoscrizione e che non aveva avuto né aveva in corso né in previsione una cura medica od un'ospedalizzazione. Agli atti è stata prodotta fotocopia della "Proposta d'assicurazione-vita" e dichiarazione d'adesione, con al punto 8 le "Domande di salute", dalla quale si desume che l'assicurato ha garantito all'assicuratore, a fronte di specifiche e precise domande in merito, di non essere stato ospedalizzato ed in trattamento medico. In particolare, l'attore ha risposto negativamente alla domanda 8.9 lett. c del seguente tenore: "Soffrite o avete sofferto di malattie, di disturbi o d'affezioni: (...) c) del sistema nervoso o psichico (quali epilessia, depressione, altri)?" (doc. 9) L'attore ha pure risposto apponendo la croce sulla casellina "No" alla domanda 8.10 che recita come segue: "Siete stato sottoposto, negli ultimi cinque anni, a dei trattamenti o a dei controlli medici? Siete stato in trattamento da psicologi, chiroterapeuti o fisioterapisti?" (doc. 9) Va innanzitutto detto che le due clausole in questione sono, almeno per quanto di rilievo nella specie, chiare e inequivocabili nel loro contenuto e non abbisognano pertanto di interpretazione alcuna, tra le parti non sussistendo del resto alcuna divergenza in proposito (sull'interpretazione dei contratti d'assicurazione e dei relativi formulari sullo stato di salute cfr. il rinvio alle regole generali d'interpretazione del diritto privato all'art. 100 LCA; STF in RUA XIX n. 55; DTF 129 III 118 consid. 2.5; 128 III 265 consid. 3°; 127 III 444 consid. 1b; 126 III 59 consid. 5; 117 II 609 e riferimenti). Per l'avvertenza contenuta dopo la domanda numero 8.13, AT 1 non ha dovuto rispondere ad ulteriori domande relative agli eventuali disturbi denunciati. In effetti, avendo egli risposto negativamente al primo blocco di domande, a tali domande ha quindi implicitamente risposto per la negativa. Questo Tribunale rileva che la realtà delle cose è diversa da quella illustrata dall'assicurato. Dalla documentazione agli atti risulta infatti che AT 1 è al beneficio di una mezza rendita di invalidità a far tempo dal 1. febbraio 2001 per

un'incapacità lavorativa da ricondurre a problemi psichici ("sindrome depressiva ricorrente; depressione nevrotica", cfr. la perizia 12 gennaio 2002 del dr. _____ agli atti AI) che hanno causato anche due ricoveri successivamente al febbraio 2000 (cfr. doc. 54), risalente, secondo gli accertamenti dell'AI, al mese di febbraio 2000 allorquando l'assicurato manifestò uno scompensamento ansioso-depressivo importante. Nella perizia psichiatrica eseguita il 12 gennaio 2002 per conto dell'Ufficio AI, il dr. _____ del Servizio di psichiatria e psicologia medica dell'_____ segnala, tra l'altro, che AT 1 ha presentato "ripetuti episodi depressivi reattivi a partire dall'88 in concomitanza con fattori stressanti di ordine affettivo, a partire dal '96 nuovi episodi depressivi nell'ambito di problemi sul posto di lavoro con aggravamenti in concomitanza con il mancato rinnovo dell'incarico di insegnante di educazione per due anni scolastici consecutivi" (doc.

E. 3

Per convenzioni di previdenza vincolata s'intendono i contratti speciali di risparmio conclusi con fondazioni bancarie e destinate irrevocabilmente alla previdenza. Essi possono essere completati da un'assicurazione di previdenza rischio.

E. 4

I modelli di contratti di previdenza vincolata e quelli di convenzione di previdenza vincolata sono sottoposti all'amministrazione federale delle contribuzioni, la quale verifica se la forma e il contenuto sono conformi alle disposizioni legali e comunica il risultato."

2.4. La previdenza individuale è iscritta nella Costituzione Federale sin dal 1972 e costituisce uno degli elementi di concetto dei tre pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. In virtù di questo concetto la Confederazione, in collaborazione con i Cantoni, è invitata a incentivare la previdenza individuale, intesa quale complemento flessibile e individuale alla previdenza obbligatoria per colmare eventuali lacune previdenziali, tra l'altro mediante agevolazioni fiscali e una politica che faciliti l'accesso alla proprietà (cfr. anche sul tema DTF 124 II 383). I due tipi di previdenza individuali privata sono essenzialmente: - la previdenza individuale vincolata (Pilastro 3A) che costituisce la forma di previdenza che, conformemente alla Costituzione, merita di essere incoraggiata per il tramite di misure fiscali e tramite una politica che faciliti l'accesso alla proprietà. È orientata a lungo termine ed è soggetta a prescrizioni ben precise per quanto riguarda durata del contratto, versamenti e beneficiari. - la previdenza individuale libera (Pilastro 3B) che è per sua natura flessibile ed è costituita dai risparmi personali quali denaro contante, libretti di risparmio, assicurazioni vita, depositi bancari, ecc. La persona può disporre liberamente e in ogni momento di questi averi. Non sono date delle deduzioni fiscali. Il Pilastro 3A ha la sua base legale nel secondo pilastro e fa oggetto della citata OPP3 emanata in adempimento del mandato contenuto all'art. 82 cpv. 2 LPP. La caratteristica essenziale del Pilastro 3A risiede nei suoi privilegi fiscali: in virtù della legge i premi versati per il pilastro 3A sono fiscalmente deducibili mentre che le prestazioni sono imposte integralmente, come del resto è il caso per il secondo pilastro (cfr. art. 6segg. OPP3). Inoltre, altra caratteristica fondamentale, è quella che la persona non può disporre liberamente e in ogni tempo dei suoi averi di Pilastro 3A, gli stessi essendo, come recita l'art. 1 cpv. 2 lett. b OPP3, "destinati esclusivamente e irrevocabilmente alla previdenza". La legge riconosce solo due forme di previdenza vincolata e meglio, giusta il precitato art. 1 OPP3, il contratto di previdenza vincolata concluso con gli istituti di assicurazione e la convenzione di previdenza vincolata conclusa con le fondazioni bancarie. Si tratta dunque di assicurazioni sulla vita, conti o depositi di previdenza. Per il resto, le forme di previdenza

previste nel quadro del Pilastro 3A sono accessibili a tutte le persone che esercitano un'attività lucrativa, costituendo un complemento al 1. e al 2 pilastro, ritenuto che i contributi massimi versabili sono stabiliti dalla legge. I dettagli relativi ai beneficiari (il cui ordine è fissato dalla legge al fine di assicurare lo scopo previdenziale) e al pagamento delle prestazioni sono regolati agli art. 2segg. OPP3. Con riferimento al pagamento è importante sottolineare che le prestazioni di vecchiaia possono essere versate al più presto cinque anni prima del raggiungimento dell'età ordinaria della rendita AVS e al più tardi al momento della stessa (art. 3 cpv. 1 OPP3). Un versamento anticipato di tali prestazioni (vale a dire un riscatto) è ammissibile solo in precisi casi enumerati esaustivamente dall'art. 3 cpv. 2 e 3 OPP3 (inizio di un'attività lavorativa indipendente, emigrazione, acquisto di anni di contribuzione nel 2. pilastro, finanziamento dell'abitazione, in determinate circostanze in caso di invalidità). Uno scioglimento del contratto non è altrimenti possibile prima dell'età AVS. Altro aspetto importante riguarda il divieto di principio (pena la nullità del relativo negozio) di cedere, costituire in pegno (possibile unicamente per la proprietà abitativa destinata all'uso proprio) o compensare diritti alle prestazioni (art. 4 OPP3 in relazione all'art. 39 LPP). Inoltre, il diritto a prestazioni dall'assicurazione non può essere pignorato né incluso nella massa fallimentare prima della scadenza (cfr. art. 92 LEF; cfr. Guisan, *Le contrat de prévoyance liée conclu avec des établissements d'assurance, in prévoyance professionnelle et fiscalité*, Cedidac n. 7 p. 70segg; cfr. Stauffer, *op. cit.*, n. 1772- 1793; cfr. anche DTF 121 III 285). Si parla invece di previdenza libera (Pilastro 3B) in presenza di risparmi individuali ordinari (risparmi, titoli, fondi di investimento, proprietà abitativa) oppure polizze assicurative (assicurazioni sulla vita) che non sono irrevocabilmente destinate ad uno scopo di previdenza e di cui il beneficiario (non necessariamente attivo professionalmente) può quindi disporre liberamente in ogni momento, anche sotto forma di cessione a terzi o messa in pegno (per qualsiasi scopo) o di anticipi sulla polizza (cfr. Guisan, *op. cit.* e DTF 121 III 285). Mentre che nell'ambito della previdenza vincolata la cerchia e/o l'ordine delle persone beneficiarie è stabilito dalla legge (art. 2 OPP3), i beneficiari nell'ambito della previdenza libera possono essere designati liberamente, nel rispetto unicamente della porzione legittima. Non essendoci in linea generale alcun privilegio sul piano fiscale, non vi è alcuna limitazione quanto all'entità dei premi versabili. Inoltre, uno scioglimento anticipato del contratto è di principio possibile e la durata del rapporto previdenziale così come la data del versamento delle prestazioni possono essere scelte liberamente.

2.5. Nella fattispecie le parti si danno incontestatamente atto che la polizza n. _____ (doc. B) rientra nelle forme di previdenza vincolata di cui all'art. OPP3. In effetti, risulta che con la stessa (sottoposta alle condizioni di assicurazione (CA) H 197.3.10.95; 200.3.10.95; 153.3.01.89, 151.3.06.92; doc. 2 e 3, B; doc. VIII/2) sono assicurati un capitale o una rendita in caso di vita pagabili dal 1.12. 2020 (vale a dire al compimento del 64esimo anno di età dello stipulante) rispettivamente la restituzione dei premi in caso di decesso oltre a prestazioni in caso di incapacità lavorativa, fra cui una rendita di fr. 6'000 annui (cfr. art. 1 delle CA; doc. B). Emerge che annualmente la convenuta ha emesso la necessaria dichiarazione ai fini della deduzione fiscale dei premi pagati, deduzione di cui in concreto AT 1 ha effettivamente usufruito (XXI-doc. 1-7 e VIII/2). Inoltre, il riscatto della polizza è possibile solo alle rigorose condizioni poste dall'art. 3 OPP3, sono esclusi ogni concessione del prestito su polizza, così come la costituzione in pegno o la cessione della stessa (cfr. l'art. 3 delle CA; cfr. XXIII). Infine, la designazione dei beneficiari in caso di decesso della persona assicurata può avvenire solo nel rispetto della norma della OPP3 (cfr. art. 4 delle CA, doc. B e VIII/2; cfr. anche XXIII e

allegati). Relativamente a questa polizza risulta quindi inequivocabilmente data, sotto questo aspetto e riservato l'esame delle altre eccezioni processuali, la competenza del TCA.

2.6. In proposito si osserva ancora che priva di pertinenza risulta l'allegazione della convenuta per la quale l'art. 73 cpv. 1 lett. b LPP non sarebbe in concreto applicabile giacchè la disdetta per reticenza intimata a AT 1 risale al 31 gennaio 2003 e, quindi, ad un'epoca anteriore all'entrata in vigore della 1. revisione della LPP (1. gennaio 2005). Competente a dirimere la vertenza sarebbe quindi (ancora) il giudice civile. Va detto in proposito che a differenza delle norme di diritto materiale per le quali nel diritto delle assicurazioni sociali vale il principio per cui determinanti sono quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (cfr. DTF 130 V 329; DTF 129 V 1 consid. 1.2.; DTF 127 V 466 consid. 1; DTF 128 V 315=SVR 2003 ALV Nr. 3; SVR 2003 IV Nr. 25 consid. 1.2.), le norme di procedura entrano in linea di principio, vale a dire in difetto di contrarie disposizioni transitorie, immediatamente in vigore (cfr. SVR 2004 AHV Nr. 3 consid. 3.2.; SVR 2003 IV Nr. 25, consid. 1.2., p. 76; DTF 117 V 93 e riferimenti; STFA del 27 gennaio 2004 nella causa P., I 474/03; STFA del 23 ottobre 2003 nella causa K., H 73/03; STFA del 23 ottobre 2003 nella causa J., K 55/03; STFA del 20 marzo 2003 nella causa E., I 238/02; DTF 117 V 93 consid. 6b, DTF 112 V 360 consid. 4a, RAMI 1998 KV no 37 p. 316 consid. 3b). Nella specie, osservato come le norme transitorie della modifica della LPP entrata in vigore il 1. gennaio 2005 non prevedano altrimenti, nulla osta all'applicazione immediata, al 1. gennaio 2005, dell'art. 73 cpv. 1 lett. b LPP. Tale conclusione si giustifica, oltre che per le richiamate regole intertemporali, anche avuto riguardo allo scopo di tale modifica legislativa che si prefigge di facilitare l'assicurato dal punto di vista dell'onere della prova (di fronte al Tribunale ex art. 73 LPP essendo applicabile la massima inquisitoria) e dei costi procedurali (cfr. Stauffer, op. cit., n. 1653). In proposito vale la pena di menzionare la STFA non pubblicata del 30 marzo 2006 nella causa Z., B 10/05, dove la massima Corte federale ha ritenuto data la competenza ex art. 73 cpv. 1 seconda frase LPP nella sua versione in vigore dal 1. gennaio 1997 fino alla fine del 2004 in una vertenza di regresso ex art. 56a LPP promossa nell'aprile 2000 anche se i fatti erano tutti antecedenti al gennaio 1997 (cfr. anche DTF 130 V 279, 128 V 126; SZS 2003 p. 524; cfr. anche STFA del 11 luglio 2002 nella causa B., B 76/01). Considerato dunque come la petizione di AT 1 sia stata inoltrata al TCA in data 12 settembre 2006, alla stessa tornano applicabili le norme procedurali introdotte con la prima revisione della LPP, fra le quali, quindi, anche l'art. 73 cpv. 1 lett. b 3 LPP. Resta ancora in proposito da aggiungere che l'eccezione di inapplicabilità dell'art. 73 cpv. 1 lett. b 3 LPP dal punto di vista del diritto intertemporale sollevata dalla convenuta rasenta la temerarietà, se si considera come di fronte al Pretore di _____ CV 1 abbia sostenuto in merito proprio il contrario, vale a dire l'inammissibilità della via civile e l'ammissibilità per contro di quella amministrativa.

2.7. Litigiosa è invece la natura della polizza n. _____ stipulata tra le parti con effetto dal 1. gennaio 1999. Mentre AT 1, unitamente al Pretore di _____, ritengono che anche tale polizza rientri nella previdenza vincolata 3A, la convenuta ne eccepisce la natura libera. Emerge dagli atti che tale polizza costituisce un'assicurazione temporanea in caso di decesso con capitale fisso e partecipazione alle eccedenze: la prestazione assicurata a titolo principale è rappresentata dal capitale in caso di decesso (fr. 150'000); in aggiunta all'assicurazione principale le parti hanno stipulato due assicurazioni complementari prevedenti prestazioni assicurative in caso di incapacità al guadagno quali una rendita trimestrale di fr. 12'000 e la liberazione dal pagamento dei premi (cfr. doc. C). Unicamente i due contratti complementari sono stati rescissi dalla convenuta invocando la reticenza. Tali

assicurazioni sono rette dalle condizioni generali versate agli atti e richiamate esplicitamente nella polizza assicurativa (H _____; V, VIII/5 e 6; doc. 4). Ora, valutando le varie disposizioni contrattuali applicabili a tale polizza oltre anche alle sue assicurazioni complementari, questo TCA deve concludere che a ragione la convenuta invoca la natura “libera” di tale polizza previdenziale. In effetti, la stessa presenta numerose caratteristiche che tipicamente contrastano con quelle, dianzi enumerate al consid. 2.4, che sono (necessariamente) proprie della polizza vincolata 3A così come è stata voluta dal legislatore. Innanzitutto risulta chiaramente dagli atti che in relazione a questa polizza l’attore, diversamente che per la polizza n. _____, non ha beneficiato di alcuno sgravio fiscale. Non risulta infatti che egli abbia mai dedotto i relativi premi dal reddito imponibile. Del resto la convenuta ha confermato di non aver mai emesso la relativa attestazione ai fini della deduzione fiscale dei premi (cfr. XXIII e XXXIV). Anzi, dagli atti risulta che Allianz ha compilato il formulario di “notifica di rendite di pilastro 3b” all’attenzione dell’autorità fiscale (doc. VIII/5). Inoltre, tale polizza può, in base alle condizioni assicurative, essere riscattata totalmente o parzialmente in ogni momento dopo i primi tre anni (art. 4 e 10 delle condizioni H _____ e art. 4 delle _____, doc. VIII/5; cfr. anche XXIII e allegati), mentre che le assicurazioni complementari, che non hanno valore di riscatto, si estinguono di conseguenza con l’assicurazione principale (art. 4 e 4.2 doc. VIII/5). Risulta inoltre che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione possono essere ceduti o costituiti in pegno (art. 10 e 10.2 condizioni H _____ doc. VIII/5), contrariamente a quanto stabilito perentoriamente, per il Pilastro 3A, dall’art. 4 OPP3. Infine l’assicurato può indicare liberamente i beneficiari della polizza (cfr. art. 11.2 condizioni H _____ doc. VIII/5; cfr. invece quanto stabilito dall’art. 2 OPP3). Alla luce di tutti questi elementi, contrariamente a quanto stabilito dal Pretore nella sentenza 26 ottobre 2005 (al cui giudizio di non entrata nel merito questo Tribunale non è vincolato; cfr. Vogel, Grundriss des Zivilprozessrechts, Berna 2006, p. 133), risulta evidente la natura non vincolata della polizza n. _____. Per quanto concerne quindi questa polizza, e alle relative assicurazioni complementari oggetto della vertenza tra le parti, la competenza materiale del TCA non può essere ammessa. Questo Tribunale non può pertanto entrare nel merito delle richieste formulate da AT 1 nella misura in cui esse siano riferite a questa polizza assicurativa. Le stesse sono invece di competenza del giudice civile. Nella misura in cui il litigio pertiene alla polizza n. _____, non essendo questo TCA competente a statuire nel merito dell’azione, la stessa deve quindi essere dichiarata irricevibile per carenza di competenza “ratione materiae”. Gli atti devono quindi essere trasmessi al Pretore di _____ per i suoi incombenti (cfr. VSA 1995 p. 199 consid. 3b e riferimenti; cfr. pure sentenze del TFA del 25 gennaio 2000 nella causa B., H 363/99 e del 19 novembre 2002 nella causa B., B 10/02; cfr. anche II CCA del 4 settembre 1996, 12.1996.35).

E. 7

p. 49 e 51). Ora, se è vero – come adduce AT 1 - che il periodo di frequentazione del Servizio psico-sociale di _____ (dal 29 gennaio 1993 all’ottobre 1994; cfr. lettere 31 gennaio e 12 febbraio 2003 del dr. _____ del SPS, doc. VIII/2) così come i consultati presso il dr. _____, specialista FMH in psichiatria, appaiano effettivamente essere stati legati direttamente alla procedura di divorzio in essere con la ex moglie e ai conseguenti problemi relativi all’affidamento e alla cura della figlia più che al trattamento di problemi psichici dell’interessato (cfr. doc. I, T, AD-AF, 8), l’attore non può negare di essere anche stato in cura, nel periodo dal 27 gennaio 1989 al 28 aprile 1993, sottoponendosi a ben 70 consultazioni (di cui alcune anche a carattere d’urgenza), presso il

dr. _____, spec. FMH in psichiatria, il quale ne ha altresì certificato l'inabilità lavorativa, per problemi psichici, dal 20 dicembre 1991 per tempo indeterminato oltre che dal 9 marzo fino al maggio 1992 (doc. U, 12). Nel suo scritto dell'11 febbraio 2003 alla convenuta il dr. _____ ha affermato quanto segue: " Ich antworte auf Ihre Fragen vom 05.02.2003. 1.

Für welche Beschwerden haben Sie Herrn AT 1 bis zum 03.12.1998 ? Herr AT 1 kam zu mir wegen seinen Auseinandersetzungen mit der Ehefrau. Diese Auseinandersetzungen führten schliesslich zur Scheidung. Herr AT 1 wollte die damals dreijährige Tochter _____ zugesprochen bekommen. 2. Datum und Dauer der Behandlung? 27.01.1989 bis 28.04.1993. Insgesamt sieben Konsultationen. 3. Haben Sie die versicherte Person arbeitsunfähig geschrieben? Wenn ja, für welche Perioden? 20.12.1991 Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit (Zeugnis von Dr. med. _____, _____) auf unbestimmte Zeit. 50% arbeitsunfähig ab 09.03.1992 bis Mai 1992. 4. Wurde eine Therapie verordnet? Wenn ja, welcher Art., seit wann, wie lange? In unseren Besprechungen ging es vorwiegend um seine Auseinandersetzungen mit seiner Frau, Herr AT 1 bekam eine Stütztherapie Reaktive Angstsymptomatik und reaktive depressive Zustände sowie Schlafstörungen wurden punktuell mit Medikamenten angegangen, jedoch immer nur sehr kurzfristig.

5. Wurde der Versicherte noch von anderen Ärzten behandelt? Wenn ja, durch wen? Meines Wissens von Dr. med. _____, _____." (Doc. 12) Ai quesiti sottoposti dal legale dell'attore, il 10 febbraio 2003 il medesimo specialista ha invece risposto nel seguente modo: " In risposta alle sue richieste, posso risponderle quanto segue. 1. Quando il Signor AT 1 è stato in cura da lei? Dal 27.01.1989 al 28.04.1993. 2. Per quanto tempo lo è stato e per quali ragioni il Signor AT 1 è stato in cura presso di lei? Ho avuto una settantina di incontri con il Signor AT 1, la maggior parte dei quali, per una durata di quaranta-sessanta minuti e alcuni d'urgenza anche per un tempo inferiore. Motivo di questi incontri era una lunga procedura di divorzio e soprattutto la lotta del Signor AT 1 affinché gli venisse assegnata la patria potestà di sua figlia _____.

3. Lei ha mai diagnosticato al Signor AT 1 episodi depressivi, ansiosi o di altro tipo spiegandone conseguentemente gli estremi al paziente? Se sì, quando? Se sì, in quanto e quali occasioni? Non ho mai esplicitamente diagnosticato un episodio depressivo o una qualsivoglia forma di ansietà al Signor AT 1. È evidente che egli ha comunque dimostrato reazioni depressive e a volte anche ansiose, in seguito alle vicissitudini in pretura. Ha anche sofferto di insonnia. Tentativi di aiutarlo anche farmacologicamente con sonniferi, non davano risultati apprezzabili. Ci tengo a ribadire che tutta la sintomatologia era chiaramente reattiva a quanto gli stava succedendo in quel periodo." (Doc. U) Alla luce di tali circostanze, il fatto che AT 1, nel formulario compilato il 16 ottobre 1996, abbia risposto negativamente ai quesiti 8.9 lett. c e 8.10 del formulario di proposta assicurativa integra a non averne dubbio gli estremi della reticenza ai sensi dell'art. 6 LCA. Indipendentemente infatti dalla circostanza che egli avesse effettivamente avuto coscienza del fatto di essere sofferente di una sindrome ansioso-depressiva - questione questa che può essere lasciata aperta ma che risulta quantomeno verosimile alla luce di quanto da lui stesso dichiarato al dr. _____ in occasione del colloquio peritale avuto il 7 gennaio 2002 nell'ambito dell'erezione della perizia per conto dell'Ufficio AI del 12 gennaio 2002 (doc. 7 p. 46segg.) -, resta il fatto che aver subito 70 consultazioni della durata di quaranta-sessanta minuti l'una (dal 27 gennaio 1989 al 28 aprile 1993, doc. U), di cui alcune a carattere d'urgenza, presso uno specialista in

malattie psichiatriche con relativa somministrazione di medicinali nella forma di sonniferi e ansiolitici (cfr. doc. U) e certificazione di due periodi di prolungata (l'ultimo dal 9 marzo al maggio 1992) inabilità lavorativa (doc. 12), non poteva essere sottovalutato dall'interessato e doveva comunque senza ombra di dubbio indurlo ad indicare di aver quantomeno avuto "disturbi del sistema nervoso o psichico" ai sensi della cifra 8.9. lett. c del formulario di proposta (doc. 9). Inoltre, indipendentemente dalla causa dei disturbi lamentati dall'attore, che senz'altro può, come l'interessato adduce, essere riconducibile alla procedura di divorzio pendente in pretura, e dal fatto che lo psichiatra avesse o meno specificato la relativa diagnosi, resta il fatto che AT 1, sottacendo la (prolungata) frequentazione del dr. _____, ha altresì risposto in modo non corretto al quesito 8.10 del formulario di proposta inteso, in modo esplicito e non equivoco, ad appurare eventuali visite presso medici. Alla luce di queste circostanze, il TCA deve concludere che AT 1 ha violato il suo obbligo di notifica nei confronti di CV 1 e, quindi, si deve ammettere una reticenza. Bisogna peraltro considerare che le patologie nervose, come le depressioni di cui è affetto AT 1, sono notoriamente recidivanti. L'interessato non ha comunicato all'assicuratore di soffrire da anni (o comunque di aver già sofferto) di "disturbi" depressivi e non ha segnalato i trattamenti medici cui si è sottoposto perlomeno nel corso degli ultimi cinque anni precedenti la proposta d'assicurazione. Con tale comportamento, egli ha sottaciuto fatti di tutto rilievo ed importanza per la valutazione che incombe all'assicuratore, soprattutto a fronte di una patologia che, notoriamente, comporta frequenti ricadute. A titolo abbondanziale si rileva come da un attento esame del fascicolo processuale emerge come in epoca precedente alla stipulazione dell'assicurazione vita in oggetto l'attore abbia sofferto anche di problemi addominali/intestinali con consulti medici nel periodo dal 23 settembre al 16 ottobre 1996 (doc. VIII/2), oltre che di affezioni polmonari e di una periartropatia omeroscapolare per le quali si era rivolto al Pronto soccorso nell'ottobre 1991 e nel gennaio 1992 rispettivamente nel marzo 1996 (VIII/2). Anche di tali disturbi o affezioni e dei relativi consulti medici non vi è traccia alcuna nelle risposte alle apposite domande sullo stato di salute contenute nella proposta di Assicurazione Vita compilata il 16 ottobre 1996 (doc. 9). 2.14. Le conclusioni appena esposte non possono essere modificate dalle ulteriori allegazioni dell'attore. In particolare, a nulla serve la produzione del certificato medico del 11 febbraio 2003 redatto dal dott. _____, specialista FMH in psichiatria e medico curante dell'attore dal 3 febbraio 2000, in cui si afferma che in almeno il 30% dei casi la diagnosi di depressione non viene posta, che tale diagnosi viene in questi casi spesso desunta solo retrospettivamente sulla base dei dati anamnestici forniti dal paziente stesso e che è possibile che pur avendo sofferto di precedenti episodi depressivi il paziente non se ne sia reso conto e non ne fosse quindi a conoscenza (doc. M). Queste affermazioni infatti nulla tolgono nella specie al fatto che quantomeno il fatto di essersi recato in consultazione psichiatrica presso il dr. _____ per 70 volte nel periodo dal gennaio 1989 all'aprile 1993 non poteva evidentemente sfuggire alla percezione dell'attore, e questo indipendentemente o meno dal fatto che egli si sia o meno reso conto di soffrire di depressione. Alla relativa precisa domanda posta sul formulario di proposta d'assicurazione-vita della convenuta (in particolare la n. 8.10 che intende unicamente verificare l'esistenza di eventuali "trattamenti o controlli medici", cfr. sopra consid. 2.13) l'attore avrebbe quindi dovuto rispondere positivamente. L'addotta mancata percezione di essere affetto da una depressione non poteva inoltre impedirgli di quantomeno rendersi conto di aver sofferto di "disturbi" nervosi, ai sensi di quanto richiesto al quesito n. 8.9 lett. c della proposta d'assicurazione, se

si considera altresì che il dr. _____ gli aveva pure prescritto dei medicinali e certificato dei periodi di prolungata inabilità lavorativa (cfr. Doc.U, 12). Va quindi ammessa comunque una reticenza poiché, come confermano le dichiarazioni del dr. _____, l'assicurato presentava quantomeno disturbi – ripetuti nel tempo –, quali reazioni depressive e ansiose oltre che insonnia, che hanno comportato una importante serie di consultazioni presso uno specialista, dei periodi di incapacità lavorativa, la somministrazione di medicinali, circostanze queste che, tutte, sono state sottaciute alla convenuta. Infine, essendo esclusivamente relativa alla polizza non oggetto del presente contendere (la n. _____; cfr. petizione, doc. I, pag. 6 e doc. VIII, 4-6), non merita ulteriore esame l'allegazione attorea – che di primo acchito sembra tuttavia priva di fondamento – per cui costituirebbe nella sostanza e per atti concludenti una concreta rinuncia da parte dell'assicuratore ad avvalersi della pretesa reticenza il fatto che la convenuta, malgrado la rescissione dal contratto intimata, abbia continuato a versare le rendite trimestrali sino al mese di ottobre 2003 per complessivi fr. 18'000 (doc. C) (cfr. I pag. 5,6 e 9) (cfr. in proposito la giurisprudenza in merito alla rinuncia dell'assicuratore giusta l'art. 8 cifra 5 LCA: RUA XVI n. 31; RUA VIII n. 41/55 e n. 46/54; RUA III n. 42/56; cfr. anche Carré, op. cit., p. 158). Né del resto merita di essere considerato l'accenno dell'attore ad una presunta, ma non minimamente sostanziata o comprovata, fattispecie di cui all'art. 8 cifra 2 LCA, ovverosia di una reticenza provocata dall'assicuratore (cfr. I pag. 12). 2.15. Poiché l'assicurato ha commesso reticenza, e considerata pacificamente data e peraltro ammessa dalla controparte (cfr. I p. 8) la tempestività con cui l'assicurazione ha comunicato all'assicurato di volere recedere dal contratto assicurativo ai sensi dell'art. 6 LCA mediante lettera del 31 gennaio 2003 (doc. H e 6-11; cfr. consid. 2.13), egli non può avvalersi delle prestazioni derivanti dalla polizza n. _____ oggetto della presente procedura. Legittimamente quindi la convenuta ha rifiutato l'erogazione delle prestazioni scaturenti dalla polizza n. _____. Considerato come, per le motivazioni che precedono, la petizione va respinta avendo questo TCA appurato la legittimità della disdetta per reticenza intimata dalla convenuta all'attore, può restare irrisolta la questione di sapere se, come sostenuto da CV 1 alternativamente (cfr. risposta di causa, p. 11 e 12), la copertura dell'assicurato risultava comunque esclusa essendo il contratto assicurativo nullo giusta l'art. 9 LCA giacché stipulato in un momento in cui il sinistro era già da considerarsi verificato (cfr. sopra consid. 2.11). Per i motivi che precedono, la petizione deve essere respinta. A titolo abbondanziale va precisato che non è tema del presente contendere l'eventuale credito di restituzione verso AT 1 vantato da CV 1 in relazione alle prestazioni assicurative già versate e per l'incasso delle quali l'interessata ha già avviato la procedura esecutiva n. _____ dell'UE di _____ (cfr. VII/5), la convenuta non avendo formulato in proposito, segnatamente in via riconvenzionale, alcuna domanda. 2.16. Quanto infine alle richieste di prove formulate dalle parti, va innanzitutto sottolineato che le parti hanno avuto ampia possibilità di esprimersi e fornire la necessaria documentazione in corso di procedura. AT 1, più volte interpellato durante l'istruttoria, ha del resto solo parzialmente dato seguito alle richieste di informazioni indirizzategli dal TCA (cfr. XVIII, XXI, XXII, XXIV). In ogni modo, la giurisprudenza ha già avuto modo di precisare che, nell'ambito delle assicurazioni sociali, si applica il principio indagatorio (SVR 1998 UV Nr. 1; DTF 117 V 263 consid. 1b), secondo cui incombe all'autorità – che non è vincolata né alle dichiarazioni né alle richieste di prova delle parti – stabilire i fatti rilevanti ai fini del giudizio. Alle parti incombe tuttavia l'obbligo di collaborare all'accertamento dei fatti (SVR 1998 UV Nr. 1 e giurisprudenza ivi citata; DTF 121 V 210 consid. 6c; T. Locher,

Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1997, p. 340). In particolare è imposto loro l'obbligo di motivare in relazione a quei fatti, su cui fondano le presunte pretese (SZS 1989 p. 92). L'obbligo di collaborare riveste inoltre particolare importanza nel caso in cui, senza l'aiuto della parte interessata, i fatti non possono essere accertati (Locher, op. cit., p. 341). Quindi, se una parte rifiuta la necessaria e ammissibile collaborazione, l'autorità può decidere in base agli atti e dovrà sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 n. 57 p. 164; RAMI 1993 p. 158; DTF 117 V 264 e 108 V 230 consid. 2; Locher, op. cit. p. 341). Inoltre, per un principio giurisprudenziale consolidato, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (RCC 1986 pag. 202 consid. 2 d; sentenza TFA del 3 dicembre 1993 in re M.T., sentenza TFA del 27 ottobre 1992 in re A.B.P., sentenza TFA del 13 febbraio 1992 in re M.O., sentenza TFA del 13 maggio 1991 in re A.A., sentenza TCA del 25 novembre 1991 in re G.M.; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° ed., pag. 274). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito sancito dalla Costituzione federale (RCC 1986 pag. 202, consid. 2 d; RAMI 1985 pag. 238 consid. 2d; DTF 106 Ia 162 consid. 2b; Walter, "Il diritto alla prova in Svizzera" in Rivista trimestrale di diritto e procedura civile, 1991, pag. 1292). Nel caso in esame, questo TCA ritiene sufficiente la documentazione agli atti, inclusa quella richiamata dal Tribunale, per cui l'assunzione di ulteriori mezzi di prova non è necessaria ai fini dell'esito della vertenza (sul cosiddetto apprezzamento anticipato delle prove, cfr. fra le tante DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 120 Ib 229). 2.17. Per quel che riguarda l'addebito di tasse e spese relative alla presente procedura, si osserva che secondo la legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in materia di assicurazioni sociali (LPTCA art. 20 cpv. 1), applicabile in virtù dell'articolo 8 LALPP, la procedura è di principio gratuita. Quanto invece infine all'eventuale rifusione delle ripetibili, il tema non è regolato dalla LPP. L'art. 73 cpv. 2 LPP si limita a delegare ai Cantoni l'istituzione di una procedura di ricorso semplice, spedita e di regola gratuita, in cui il giudice accerta d'ufficio i fatti. Il principio, enunciato dall'art. 61 cpv. 1 lett. g LPG (in vigore dal 1. gennaio 2003), secondo cui il ricorrente vittorioso ha diritto a ripetibili, non trova applicazione in materia LPP (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo 2003, ad art. 1 n. 7, ad art. 61 n. 4; Meyer-Blaser, Die Rechtspflegebestimmungen des ATSG, in: HAVE 2000 pp. 328, 332); lo stesso valeva per gli artt. 85 cpv. 2 lett. f LAVS (estensibile all'AI, PC, IPG, AF contadini di montagna) e 108 cpv. 1 lett. g LAINF, nel loro tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002. E neppure, per costante giurisprudenza (DTF 114 V 228ss, 112 V 111 con riferimenti), il diritto a ripetibili poteva essere dedotto dall'art. 4 vCF così come non è deducibile dall'art. 6 CEDU. Spetta ai cantoni prevederlo (DTF 117 V 403). Vi ha provveduto, nel Ticino, la LPTCA che all'art. 22 cpv. 1 prevede per il ricorrente il "diritto nella misura stabilita dal giudice al rimborso delle spese processuali, dei disborsi e delle spese di patrocinio". Il diritto è dunque riservato, analogamente alle norme di diritto federale sopraccitate, al solo ricorrente rispettivamente attore. Il motivo di questo privilegio è esposto dal TFA in STFA 7 dicembre 1989 nella causa D.W., pubblicata in RAMI 1990 U 98 pag. 195 a proposito dell'art. 108 LAINF, precisando che scopo della norma è di consentire all'assicurato, spesso socialmente debole, di far valere in giustizia le sue pretese a prestazioni assicurative senza esserne trattenuto dal timore di dover sborsare, in caso di soccombenza, un'indennità alla controparte. Motivi analoghi presiedono all'esclusione del

diritto a ripetibili a favore di organismi adempienti funzioni di diritto pubblico, sancito dall'art. 159 cpv. 2 OG in fine (DTF 112 V 49). In materia di LPP il diritto a ripetibili dev'essere esclusivamente riservato all'assicurato vittorioso in causa: le ripetibili sono in tale ipotesi accolte all'assicuratore che ha introdotto la causa e l'ha persa (DTF 126 V 150). Per contro, l'assicuratore che vince la causa, ancorché rappresentato da un legale, non ha, di regola, diritto a ripetibili (DTF 128 V 133 consid. 5, 126 V 150 consid. 4, 112 V 361s; SZS 2001 p. 174; STCA del 9 marzo 1992 in re F.P. c. S.SA). Se però il comportamento processuale della controparte si dimostra temerario o quest'ultima abbia agito con leggerezza, gli assicuratori sociali, vincenti in causa e patrocinati da un avvocato o da una persona qualificata hanno diritto alle ripetibili. In assenza di una tale rappresentanza, devono, in aggiunta alla temerarietà e alla leggerezza, essere realizzate le ulteriori condizioni (cumulative) richieste per l'assegnazione di ripetibili ad una parte non patrocinata (la causa deve cioè essere complessa, avere valore litigioso elevato e richiedere un notevole impiego di tempo, e gli sforzi profusi devono essere ragionevolmente proporzionati ai risultati ottenuti (DTF 128 V 133s consid. 5, 323 consid. 1, 127 V 207, 126 V 150 consid. 4b, 110 V 135 consid. 4d; AHI Praxis 2000 p. 337; RCC 1984 p. 278). Nel caso concreto, considerata l'assenza di un comportamento temerario o di leggerezza imputabile all'attore (cfr. sul concetto di temerarietà DTF 124 V 287s; AHI Praxis 1998 p. 189; STFA del 13 luglio 1998 in re T.), un'indennità per ripetibili ai sensi della giurisprudenza federale non può essere riconosciuta alla parte convenuta, ancorché vittoriosa e patrocinata in causa.

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