

## **TI\_GERICHTE 34.2012.45 vom 3. April 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-04-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_34.2012.45](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2012.45)

FR: TI\_GERICHTE 34.2012.45 du 3 avril 2013

IT: TI\_GERICHTE 34.2012.45 del 3 aprile 2013

### **Regeste**

Rescissione per reticenza di una polizza di previdenza vincolata (Pilastro 3a). L'assicurato non aveva notificato delle problematiche lombo-vertebrali. Conferma del caso di reticenza (vecchio diritto)

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

pp. 524 ss, 122 III 279 consid. 3a p. 282, 120 II 20 consid. 3 p. 22). Un'azione di accertamento può segnatamente avere portata propria accanto a un'azione condannatoria se le posizioni delle parti divergono unicamente in punto all'esistenza di un diritto o di un obbligo, mentre la loro esecuzione ad avvenuto accertamento appare garantita, ad esempio poiché è diretta contro una corporazione di diritto pubblico (DTF 97II 371 consid. 2 p. 375 ss. con riferimenti). Nella fattispecie in esame, un'azione di accertamento ai sensi di quanto sopra non è proponibile visto che non si tratta di un'incertezza dei rapporti giuridici che impediscono al richiedente di prendere delle decisioni rendendo insopportabile tale situazione d'incertezza. La presente fattispecie concerne infatti una prestazione assicurativa già precedentemente definita, il cui versamento è stato interrotto per un dato motivo (reticenza) e di cui – come confermato dall'attore, su richiesta del TCA (cfr. consid. 1.7) – si chiede il ripristino (IX). Si tratta quindi piuttosto di un'azione condannatoria nei confronti di CV 1. Oggetto del contendere è pertanto sapere se la convenuta deve essere condannata a versare, oltre il 28 agosto 2011, la rendita per perdita di guadagno. Questo presuppone l'accertamento in via preliminare della validità della disdetta per reticenza, data il 30 settembre 2011, della polizza di assicurazione vita \_\_\_\_\_ del 2 aprile 1997 (doc. A).

2.2. Incontestato è il fatto che nella fattispecie concreta si tratti di una forma di previdenza vincolata (pilastro 3A) di cui all'art. 1 dell'Ordinanza sulla legittimazione alle deduzioni fiscali per i contributi a forme di previdenza riconosciute (OPP3) in relazione all'art. 82 cpv. 2 LPP. Infatti, non solo la polizza fa chiaro riferimento ad una assicurazione di previdenza vincolata secondo l'art. 82 LPP, ma dal tenore della stessa si rilevano alcuni tipici elementi di tale forma previdenziale: sono assicurati un capitale e una rendita pagabili in caso di vita dopo il 1° aprile 2030 (ossia l'anno del compimento del 65esimo anno di età dello stipulante, nato il 17 giugno 1965), di decesso, d'incapacità al guadagno; liberazione del premio in caso d'incapacità al guadagno; beneficiari sono, oltre allo stipulante, in caso di decesso i suoi eredi (coniuge, discendenti diretti, genitori, fratelli e sorelle). Giusta l'art. 73 cpv. 1 LPP ogni Cantone designa un tribunale che, in ultima istanza cantonale, decide sulle controversie tra istituti di previdenza, datori di lavoro e aventi diritto. Competente nel Canton Ticino è il Tribunale cantonale delle assicurazioni (art. 4 cpv. 1 della Legge concernente la vigilanza sugli istituti di previdenza professionale e sulle fondazioni, entrata in vigore il 1° gennaio 2012; RL 6.4.8.1). Con riferimento alla competenza territoriale,

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. Dal 1° gennaio 2005 ( 1 a revisione della LPP), a seguito dell'estensione della competenza del Tribunale di ultima istanza cantonale a controversie previdenziali con istituti (segnatamente fondazioni bancarie o istituti d'assicurazione) che garantiscono il mantenimento della previdenza ai sensi degli artt. 4 cpv. 1 e 26 cpv. 1 LFLP (art. 73 cpv. 1 lett. a LPP) e a controversie con istituti (segnatamente quelli che offrono forme di previdenza riconosciute ai sensi dell'OPP3), risultanti dall'applicazione dell'art. 82 cpv. 2 LPP (art. 73 cpv. 1 lett. b LPP), la competenza dei tribunali ex art. 73 LPP è riconosciuta anche per le liti concernenti la previdenza vincolata (pilastro 3A) (cfr. Messaggio concernente la 1a revisione della LPP del 1° marzo 2000, BBl 2000, p. 2386 seg; STF 9C\_1092/2009 del 29 aprile 2011 consid. 2; cfr. anche Stauffer, Berufliche Vorsorge, Zurigo 2005, n. 1655). Il TF ha ammesso per le contestazioni in materia di previdenza vincolata il foro alternativo del domicilio del proponente (STF 9C\_944/2008 del 30 marzo 2009 consid. 5.4; Schneider/Geiser/Gächter, Commentaire LPP et LFLP, 2010, art. 73, n. 98, in particolare nota a pie pagina n. 199, p. 1209). Essendo l'attore domiciliato nel Cantone Ticino e trattandosi in casu di una controversia in ambito di previdenza professionale vincolata (pilastro 3A) è data la competenza territoriale e materiale del TCA. nel merito 2.3. Nella fattispecie concreta tra le parti è stato sottoscritto un contratto di assicurazione di previdenza professionale vincolata. 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; 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 (DTF 138 III 415 consid. 4 con la giurisprudenza citata; cfr. pure SZS 2000 p. 62-63; SZS 1998 p. 308; STFA del 14 maggio 1997 in re G p. 6 consid. 3 pubbl. in SZS 1998 p. 372; DTF 119 V 283ss.). In questo ambito, quindi, i fondi di previdenza, rispettivamente le assicurazioni, possono far dipendere dallo stato di salute dell'assicurato la sua adesione all'assicurazione (SZS 2000 p. 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). A tale scopo e per potere apprezzare adeguatamente il rischio, gli istituti di previdenza sono in linea di massima legittimati a formulare domande ben precise sullo stato di salute del proponente alle quali quest'ultimo è tenuto a rispondere in maniera veritiera. Se ciò non avviene, l'assicurato incorre in una falsa dichiarazione e deve, se del caso, sopportare le conseguenze della reticenza. In assenza di specifiche disposizioni statutarie o regolamentari, nell'ambito della previdenza più estesa la reticenza e le sue conseguenze si determinano per analogia secondo le regole degli art. 4 segg. LCA ( DTF 138 III 415 consid. 4 con riferimento a SVR 2011 BVG n. 38 p. 140; 2009 BVG n. 12 p. 37; STF 9C\_1092/2009 del 29 aprile 2011; STF 9C\_80/2010 del 6 ottobre 2010 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2011 BVG nr. 19, con riferimento a DTF 130 V 9 consid. 2.1 p. 11). 2.4. L'art. 4 LCA dispone: " 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 o 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 equivocate." 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, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2005, stabilisce " 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." Questa disposizione consente all'assicuratore, in caso di reticenza, di rescindere il contratto con effetto retroattivo e di rifiutare le sue prestazioni (in casu: solo per la parte sovraobbligatoria) per un danno già realizzatosi, anche se questo non è correlato con il fatto all'origine della reticenza (DTF 136 III 335 consid. 2.2 con riferimenti; cfr. pure citata STF /2010 del 6 ottobre 2010 consid. 5.2 ). Essendo stata questa regola sovente giudicata troppo severa, il legislatore ha deciso di modificarla sancendo un diritto di recesso senza effetto retroattivo e consentendo all'assicuratore di liberarsi dall'obbligo di fornire la sua prestazione soltanto a condizione che esista un nesso causale tra il fatto taciuto o dichiarato in modo inesatto e il danno intervenuto in seguito. Di conseguenza, l'obbligo dell'assicuratore di fornire la prestazione rimane intatto se la reticenza non ha influito sull'insorgenza del sinistro o sull'estensione della prestazione da fornire. Negli altri casi tale obbligo viene meno e l'assicuratore ha diritto al rimborso delle prestazioni già effettuate (Messaggio del 9 maggio 2003 concernente una legge sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione e la modifica della legge federale sul contratto d'assicurazione, FF 2003 3249; cfr. DTF 136 III 335 consid. 2.2; cfr. pure citata SVR 2011 BVG nr. 19 consid. 5.2 ). Il nuovo art. 6 LCA, entrato in vigore il 1° gennaio 2006, ha il seguente tenore: " 1 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 e a proposito del quale era stato interpellato per scritto, l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto, in forma scritta. Il recesso ha effetto dal momento in cui perviene allo stipulante. 2 Il diritto di recesso si estingue quattro settimane dopo che l'assicuratore è venuto a conoscenza della reticenza. 3 Quando il contratto è sciolto per recesso in virtù del capoverso 1, l'obbligo dell'assicuratore di fornire la sua prestazione si estingue anche per i danni già intervenuti, se il fatto che è stato oggetto della reticenza ha influito sull'insorgere o la portata del danno. Se ha già fornito prestazioni per un siffatto sinistro, l'assicuratore ha diritto a restituzione. 4 In caso di recesso da un contratto d'assicurazione sulla vita, riscattabile secondo la presente legge (art. 90 cpv. 2), l'assicuratore fornisce la prestazione prevista in caso di riscatto. Va qui precisato che secondo una recente sentenza del TF, l'esistenza di un nesso causale fra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il sinistro intervenuto influisce unicamente sull'obbligo di fornire la prestazione a seguito di reticenza (art. 6 cpv. 3 LCA), ma non anche sulla validità della disdetta del contratto in quanto tale, disciplinata dall'art. 6 cpv. 1 e 2 LCA (DTF 138 III 416). Secondo l'art. 5.4 "Reticenza" delle Condizioni generali d'assicurazione di Helvetia assicurazioni (CGA; doc. B), se lo stipulante o persona assicurata, al momento della stipulazione del contratto, hanno risposto in modo inesatto ad una domanda scritta o se non hanno rispettato l'obbligo di denuncia conformemente all'art. 5.3, Patria può recedere dal contratto entro quattro settimane dal momento della conoscenza della reticenza. Riguardo all'art. 6 LCA, la nuova legge non contiene alcuna disposizione transitoria, per cui tornano applicabili le norme transitorie di cui all'art. 102 LCA, il cui cpv. 4 dispone che si applicano per analogia gli art. 882 e 883 vCO, nel frattempo sostituiti dagli art. 1 e segg. del Titolo finale del CC. L'art. 1 cpv. 1 Tit. fin. CC recita che gli effetti giuridici di fatti anteriori all'entrata in vigore del codice civile

sono regolati, anche posteriormente, dalle disposizioni del diritto federale e cantonale che vigevano al tempo in cui detti fatti si sono verificati. Perciò gli atti compiuti prima dell'entrata in vigore del codice sono regolati, per quanto riguarda la loro forza obbligatoria ed i loro effetti, anche per l'avvenire, dalle disposizioni vigenti quando vennero compiuti (cpv. 2). La compilazione errata di un formulario e la mancata comunicazione di fatti rilevanti per la valutazione del rischio costituiscono fatti ai sensi dell'art. 1 Tit. fin. CC, per cui ogni violazione dell'obbligo di notifica avvenuta prima del 31 dicembre 2005 va valutata secondo il diritto in vigore a quel momento, anche se tali fatti sono stati resi noti solo dopo il 1° gennaio 2006. In tal caso, l'assicuratore ha la possibilità di recedere dal contratto nell'estensione e con le conseguenze previste dall'art. 6 vLCA e di richiedere la restituzione delle prestazioni eseguite. Determinante è quindi unicamente il momento dell'avvenuta violazione dell'obbligo di dichiarare i fatti decisivi da parte del proponente (cfr. anche Pouget-Hänseler, Anzeigepflichtverletzung: Auswirkung der Revision auf die Praxis, in HAVE/REAS 2006, pag. 32; cfr. citate sentenze della II CCA del 17 dicembre 2007, inc. 12.2006.218 e del 19 febbraio 2008, inc. 12.2007.67), quindi il momento in cui il contratto d'assicurazione è stato stipulato (DTF 136 III 334 consid. 2.2. con riferimenti; cfr. SVR 2011 nr. 19 con sid. 5.1). Il TF ha poi precisato che se anche la precedente versione dell'art. 6 LCA è stata duramente criticata in dottrina ed è stata modificata dal legislatore, non costituisce per contro valido motivo per negarne l'applicazione. In effetti, come nel diritto civile, anche nel presente ambito non ci si può prevalere del principio della *lex mitior* altrimenti valido nel diritto penale (art. 2 cpv. 2 CP). Di conseguenza, una norma va di massima applicata a una fattispecie realizzatasi sotto l'imperio del previgente ordinamento anche se una regolamentazione entrata in vigore successivamente dovesse avere apportato dei vantaggi a favore di una parte, ma a scapito dell'altra (SVR 2011 nr. 19 consid. 5.1 con riferimenti; cfr. anche DTF 136 III 336 consid. 2.2). In concreto, si deve analizzare la fattispecie sotto l'egida dell'art. 6 LCA nel vecchio tenore in vigore sino al 31 dicembre 2005 in quanto la presunta reticenza sarebbe stata commessa il 23 marzo 1997, giorno in cui l'attore ha sottoscritto la proposta assicurativa (doc. 1) ritenuto che la polizza no.

\_\_\_\_\_ è stata emessa il 2 aprile 1997 (doc. A). Va infine rilevato che l'art. 4 LCA è una norma di diritto dispositivo (artt. 97 e 98 LCA), mentre l'art. 6 LCA è una norma semi imperativa, alla quale non è possibile derogare in sfavore dell'assicurato (art. 98 LCA).

2.5. Nel caso in esame, risulta che al momento dell'adesione al contratto di assicurazione di cui alla polizza in oggetto, l'attore ha compilato e sottoscritto, il 17 marzo 1997, un questionario sul suo stato di salute. Alle domande no. 1a ("Negli ultimi 3 anni si è mai sottoposto a visita o cura medica") e no. 10f ("Soffre o ha sofferto di reumatismi, sciatica, dolori alla schiena, malattia o lesioni alla colonna vertebrale") egli ha risposto negativamente (doc. 1). A seguito della richiesta 15 settembre 2011 di invio degli atti fatta all'Ufficio AI (doc. 33), documentazione ricevuta il 23 settembre 2011 (doc. 34) e poi consultata, CV 1 è venuta a conoscenza della perizia medica 27 luglio 2004 del dr.

\_\_\_\_\_ (doc. 58) dalla quale ha appreso – come si evince dal tenore della disdetta 30 settembre 2011 – della problematica cervico-lombare che le hanno impedito di valutare oggettivamente lo stato di salute dell'attore. Non avendo dichiarato suddetta affezione nel succitato questionario, l'assicurazione convenuta ha pertanto disdetto per reticenza la polizza. In primo luogo l'attore eccepisce la tardività della disdetta, sostenendo che la convenuta conosceva, rispettivamente doveva conoscere i fatti posti a fondamento della reticenza almeno otto anni prima della disdetta stessa. Egli contesta inoltre la reticenza sostenendo che, dalla documentazione medica da lui raccolta, nel periodo di tre anni

precedenti la stipula contrattuale non sono attestati problemi specifici di salute, precisando che la problematica lombare è sorta nel mese di dicembre 1997, periodo successivo alla conclusione della polizza. 2.6. Per valutare l'esistenza o meno di un caso di reticenza la domanda formulata al proponente in merito ai fatti importanti ai sensi dell'art. 4 cpv. 2 LCA deve essere chiara e non equivoca (art. 4 cpv. 3 LCA). Non vi è reticenza se la domanda è ambigua nella misura in cui la risposta data appaia veritiera secondo la maniera in cui la domanda poteva essere compresa in buona fede dal proponente (DTF 136 III 336 consid. 2.3 con riferimenti). Nel caso in esame, le domande in discussione poste dall'assicurazione convenuta sono chiare ed univoche e non si prestano ad altra interpretazione. Né del resto l'attore ha sostenuto diversamente. 2.7. Secondo costante giurisprudenza, per potere giudicare se il proponente è incorso in una reticenza, non sono da considerare né dei criteri puramente soggettivi né dei criteri puramente oggettivi. La legge non si accontenta infatti che il proponente si limiti a comunicare all'assicuratore i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio di cui è effettivamente a conoscenza, ma gli impone pure di dichiarare quei fatti importanti che gli devono essere noti, indipendentemente dalla sua conoscenza effettiva del fatto concreto, ritenuto che nell'applicazione di questo secondo criterio si deve tenere conto delle cosiddette circostanze particolari del caso (DTF 136 III 337 consid. 2.3 con riferimento a DTF 118 II 333 consid. 2b, 116 II 338 consid. 1c, 96 II 204; per un caso in cui è stata negata una reticenza: cfr. STF 4A\_81/2011 del 28 aprile 2011, trattavasi di lombalgie croniche). Secondo costante giurisprudenza (STF 4A\_45/2008 del 23 aprile 2008, consid. 4.1.2; DTF 134 III 511, consid. 3.3.2 ), i fatti intesi dall'art. 4 LCA sono tutti gli elementi che devono essere presi in considerazione per l'apprezzamento del rischio e che possono aiutare l'assicuratore riguardo all'estensione del rischio da coprire, ossia tutte le circostanze che permettono di concludere all'esistenza di fattori di rischio (DTF 118 II 333 consid. 2a p. 336). Si tratta dunque dell'insieme dei fatti che sono di natura ad influenzare, nel caso particolare, il sopraggiungere, l'intensità e l'importanza del rischio, quindi non soltanto i fatti che fanno nascere il rischio, ma anche tutti quelli che permettono di dedurre retrospettivamente l'esistenza di un rischio (Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basilea 2001 , n. 12 ad art. 4 LCA). Non importa se tali fatti sono o no in rapporto di causalità con il danno (DTF 92 II 342; si osservi che la nuova normativa in vigore dal 1. gennaio 2006 mantiene invece il diritto alla rescissione del contratto e la liberazione dall'obbligo di prestazioni soltanto alla condizione che esista un nesso causale tra il fatto taciuto o dichiarato in modo inesatto e il sinistro intervenuto in seguito; cfr. sopra consid. 2.4). L'Alta Corte (STF 4D\_80/2008, consid. 2.1.3; DTF 134 III 511, consid. 3.3.4) ha stabilito che l'art. 4 cpv. 3 LCA istituisce la presunzione che i fatti a proposito dei quali l'assicuratore ha posto per iscritto delle domande precise, non equivocate, sono dei fatti importanti per l'apprezzamento del rischio ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 e 2 LCA, ossia dei fatti idonei ad influire sulla decisione dell'assicuratore di concludere il contratto o di concluderlo alle condizioni concordate. Questa presunzione tende a facilitare la prova dell'importanza di un fatto per la conclusione del contratto alle condizioni previste, rovesciando l'onere della prova (DTF 118 II 333 consid. 2a e riferimenti). Rimane comunque possibile, per il proponente, provare che l'assicuratore avrebbe concluso il contratto alle condizioni concordate anche se fosse stato a conoscenza del fatto che il proponente ha ommesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto (DTF 92 II 342 consid. 5; Nef, op. cit., n. 56 ad art. 4 LCA). Va aggiunto che, secondo la giurisprudenza federale, colui che omette di segnalare delle indisposizioni sporadiche che può ragionevolmente ed in buona fede considerare come senza importanza e passeggera, senza doverle ritenere causa di ricadute o

dei sintomi di una imminente malattia algica, non viola il suo obbligo di informazione (STF 136 III 338 consid. 2.4 con riferimento a DTF 116 II 338 consid. 1b p. 340 e citazioni; STF 5C.47/2003 del 7 luglio 2003 consid. 3.3.). 2.8. Nella fattispecie concreta, come risulta dalla disdetta 30 settembre 2011, l'assicurazione convenuta rileva che l'assicurato al momento della compilazione del questionario sul suo stato di salute, avvenuta il 17 marzo 1997, non aveva dichiarato le affezioni di natura lombare di cui già precedentemente soffriva. Di questa circostanza essa ne è venuta a conoscenza dopo la consultazione degli atti AI, in particolare dalla perizia 27 luglio 2004 eseguita dal dr. \_\_\_\_\_ per conto della AI (doc. 58), dai rapporti 18 dicembre 2002 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. 55) e 20 maggio 2003 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. 56). Così il 18 dicembre 2002 il dr. \_\_\_\_\_ scriveva che nel 1985 l'attore è stato vittima di un incidente della circolazione con contusione lombare, distorsione della caviglia, oltre a fratture delle dita di un piede a seguito di infortuni occorsi giocando a hockey, e che da diversi anni è in cura per sindrome cervicale e lombo-vertebrale recidivante. Si trattava "unicamente" di una contusione lombare, problematica che comunque si è in seguito acuitizzata. Infatti, come si legge nel rapporto 20 maggio 2003 del dr. \_\_\_\_\_, la sindrome cervicale e lombo vertebrale cronica con sciatalgia sinistra recidivante è presente da "oltre

#### **E. 10**

anni", quindi almeno dal 1992 ed è dovuta "... anche a diversi infortuni praticando dello sport e incidenti auto". Nella perizia 27 luglio 2004 il dr. \_\_\_\_\_, al capitolo anamnesi attuale, ha segnatamente rilevato che "si tratta di un paziente che già all'età di 22 anni (prime radiografie lombari datate del '87) lamenta dei dolori lombari bassi irradianti a sbarra, occasionali" e che "circa 7-8 anni fa [ossia nel 1996-1997, n.d.r.], primo episodio lombare senza causa scatenante particolare, il paziente rimane in incapacità lavorativa 2.3 settimane...". L'attore sostiene che la problematica alla colonna vertebrale è emersa solo nel mese di dicembre 1997 (cfr. rapporto radiologico del 4 dicembre 1997 del dr. \_\_\_\_\_ al dr. \_\_\_\_\_ in cui si pone la diagnosi di contusione lombare; sub doc. Q), quindi dopo la firma del suo stato di salute e della stipula contrattuale in parola. Questo TCA condivide invece la posizione dell'assicurazione convenuta. Se da un lato si può discutere se il primo blocco lombare, avvenuto secondo la perizia del 27 luglio 2004 circa 7-8 anni prima (vale a dire negli anni 1996-1997), sia effettivamente accaduto prima del marzo 1997, dall'altro va ricordato che le prime radiografie lombari risalgono al 1987, che dall'età di 22 anni (1987) l'attore lamenta dolori bassi irradianti a sbarra anche se occasionali e che tali dolori cronici e recidivanti risalgono almeno al 1992. In queste circostanze, alla domanda 10f: "se soffre o ha sofferto di reumatismi, sciatica, dolori alla schiena, malattie o lesioni alla colonna vertebrale", l'attore avrebbe dovuto rispondere affermativamente, tenuto conto che, contrariamente alla domanda no. 1a, non vi era alcun limite temporale di tre anni. Va poi ricordato che la rendita d'invalidità è stata assegnata proprio a seguito delle problematiche lombo vertebrale e cervico-scapolare alle spalle (cfr. al riguardo: perizia dr. \_\_\_\_\_ doc. doc. 57). Alla luce di queste circostanze, non si tratta di indisposizioni sporadiche che l'attore poteva ragionevolmente ed in buona fede ritenere senza importanza e passeggera che non dovevano essere segnalate. Questa Corte deve pertanto concludere che l'attore ha violato il suo obbligo di notifica nei confronti dell'assicuratore convenuto e, quindi, si deve ammettere una reticenza. In effetti non avendo l'interessato comunicato a CV 1 di soffrire da anni (o comunque di aver già sofferto) quantomeno di disturbi lombari e cervicali, egli ha sottaciuto fatti di rilievo ed importanza per la valutazione che incombe all'assicuratore al fine di concludere il contratto

previdenziale. Né del resto l'attore ha fornito la controprova che non si trattava di fatti importanti ai sensi della giurisprudenza citata al consid. 2.8. Nella risposta di causa la convenuta ritiene che AT 1 avrebbe dovuto segnalare, precisamente alla domanda no. 11 ("È già stato sottoposto a un trattamento in ospedale, in sanatorio, in clinica o un'altra casa di cura?"), l'intervento a seguito di varicocele eseguito all'età di 22-28 anni (quindi tra il 1987 ed il 1993), l'appendicite (1990) e le operazioni eseguite negli anni ottanta alle due caviglie a seguito delle distorsioni elencate nella citata perizia del dr. \_\_\_\_\_, come pure le altre affezioni e gli interventi relativi ai tre anni precedenti la stipula contrattuale enumerati dall'attore stesso nella lettera 17 agosto 2012 (doc. P). Tale questione può rimanere aperta dal momento che, come visto sopra, la validità della reticenza per l'omessa indicazione dei problemi lombari è da confermare. Per quel che concerne invece la risposta alla domanda no. 1a ("Negli ultimi 3 anni si è sottoposto a visita o cura medica"), dagli atti AI, in particolare dalla perizia del dr. \_\_\_\_\_, non risulta che nel periodo 1994-1997 l'attore si sia rivolto ad un medico e tantomeno abbia seguito una cura. Su questo punto, pertanto, non vi è reticenza. Ammessa comunque una reticenza ai sensi dell'art. 4 vLCA dell'attore e il conseguente diritto della convenuta alla rescissione dal contratto di assicurazione nell'estensione prevista all'art. 6 vLCA, applicabile alla fattispecie, rimane da esaminare se la rescissione sia avvenuta tempestivamente.

2.9. 2.9.1. 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 vLCA). Si tratta di un termine di perenzione, il cui rispetto dev'essere provato dall'assicuratore (DTF 119 V 287, 118 II 338 consid. 3), e la risoluzione del contratto può intervenire anche dopo la sopravvenienza del sinistro. Deve essere osservato che nella specie il termine di sei mesi sancito dall'art. 57 cpv. 3 del Regolamento non può trovare applicazione a sfavore dell'assicurato, trattandosi, nel caso dell'art. 6 v.LCA, di una norma semi-imperativa (art. 98 v. LCA). 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 compagnia assicurativa 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, ovvero dal momento in cui dispone di informazioni affidabili che gli permettono di acquisire la certezza che una reticenza è stata commessa, rispettivamente allorché egli ne ha una conoscenza certa e effettiva; come accennato, dei semplici sospetti, anche se gravi, sono insufficienti (DTF 119 V 287/288, 118 II 340, 116 V 229 consid. 6a, 109 II 160 consid. 2a; cfr. anche la già citata STF 9C\_1092/2009 del 29 aprile 2011 consid. 4.2 come pure STF 4A\_54/2011 del 27 aprile 2011 consid. 2.4 pubblicata in JdT 2012 II 136 : « Ce délai ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assureur a eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence, et non pas à partir du moment où il aurait pu en avoir connaissance» e 4A\_285/2009 consid. 3.1). Col che si deve ritenere che il termine inizia a decorrere in questi casi quando tutte le questioni mediche sono state chiarite (Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2000, p. 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, il che è assimilabile alla conoscenza effettiva (DTF 118 II 340 consid. 3c; II CCA, sentenza inc. n. 12.2004.78 del 23 giugno 2005, consid. 8; SJ 1984 162; Carré, op. cit., p. 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, 118 II 333 consid. 3, 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, 109 II 159; SJ 1984 164).

2.9.2. Ritornando al caso in esame, come detto, la convenuta fa in particolare riferimento alla perizia del 27 luglio 2004 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. 58) quale fonte di informazioni per l'accertamento del caso di reticenza. Va ricordato che l'assicuratore convenuto ne ha avuto conoscenza dopo la ricezione in data 23 settembre 2011, su propria richiesta del 15 settembre 2011 (doc. 33), degli atti inviati il 20 settembre 2011 dall'Ufficio AI (doc. 34). Certo che al momento della disdetta erano trascorsi oltre sette anni dalla perizia, ma quello che conta è la conoscenza effettiva della reticenza. Va al riguardo ricordato che per la giurisprudenza riportata al consid. 2.8.1. la conoscenza della reticenza non è fatta dipendere dalla data in cui l'assicurazione avrebbe potuto conoscerne il motivo prestando una certa attenzione e diligenza, ritenuto come dei semplici sospetti, anche se gravi, che potrebbero indurre la compagnia assicurativa a verificare le dichiarazioni del proponente e assicurato non sono sufficienti. Del resto, in casu non vi erano ragioni per l'assicuratore convenuto di richiedere prima l'intero incarto. Come da prassi, l'assicuratore ha regolarmente chiesto all'Ufficio AI aggiornamenti sull'esito delle revisioni della rendita e sul grado d'invalidità, ricevendo da quest'ultimo le necessarie conferme del grado d'incapacità al guadagno pari al 50% (cfr. scritti 28 febbraio 2007, doc. 20 ; 20 agosto 2007, doc. 21; comunicazione 9 maggio 2008, doc. I; scritto 23 febbraio 2009, doc. 70; comunicazione 23 agosto 2011, doc. L). Certo che, come rilevato in sede di ricorso (p. 8), la convenuta aveva una procura sottoscritta e firmata da Roberto Quanchi l'8 giugno 2004 che l'autorizzava a richiedere tutte le informazioni alle diverse assicurazioni sociali (doc. 16), motivo per cui l'assicuratore poteva liberamente accedere agli atti dell'Ufficio AI. Tuttavia non vi erano indizi concreti che avrebbero dovuto spingere l'assicuratore convenuto a procedere ad approfondite indagini, ritenuto come le indicazioni fornite dall'assicurato (cfr. formulari "Dichiarazioni concernenti l'incapacità pratica di guadagno" compilati l'8 giugno 2004, il 26 gennaio 2008 ed il 9 settembre 2011) collimassero con le conferme di cui sopra. Forte delle citate conferme, Helvetia Assicurazioni ha sempre agito in buona fede anche se nel 2004, precisamente il 17 giugno 2004, aveva posto solo delle domande (per altro non concernenti lo stato di salute dell'attore) senza farsi inviare l'incarto (doc. 64). La convenuta non aveva pertanto alcun elemento che potesse far pensare ad una reticenza. È vero che qualche settimana dopo aver ricevuto la comunicazione 23 agosto 2011 di conferma della rendita d'invalidità immutata, come detto, il 15 settembre 2011 l'assicuratore ha chiesto gli atti AI. I motivi di questo agire non sono rilevanti, né del resto l'attore ha sostenuto un agire in mala fede dell'assicurazione. Non si può tuttavia escludere che dopo sette anni di erogazione di prestazioni CV 1 volesse accertare più dettagliatamente i margini di un eventuale miglioramento della capacità lavorativa. Dopo una settimana dalla ricezione degli atti AI, con scritto 30 settembre 2011 l'assicurazione convenuta ha tempestivamente rescisso la polizza per reticenza rispettando il termine di quattro settimane previsto dall'art. 6 v.LCA e dall'art. 5.4 CGA. 2.10. Essendo la presente procedura gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP in relazione all'art. 20 cpv. 1 LPTCA), non sono accollate tasse e spese di giustizia, contrariamente a quanto richiesto dall'assicuratore convenuto. Quest'ultimo, seppur vincente e rappresentato da un avvocato, non ha inoltre diritto a ripetibili. Infatti, conformemente alla giurisprudenza, nessuna indennità per ripetibili è di regola assegnata

alle autorità vincenti o agli organismi con compiti di diritto pubblico (DTF 126 V 149 consid. 4, 118 V 169 consid. 7; per le eccezioni: DTF 112 V 362; RAMI 1992 p. 164; per un caso di previdenza vincolata cfr. SVR 2011 BVG n. 38, p. 140 consid. 5 ed il consid. 7 non pubblicato della citata DTF 138 III 416).

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