

TI_GERICHTE 34.2020.1 vom 14. Dezember 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-12-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2020.1_d20201214

FR: TI_GERICHTE 34.2020.1 du 14 décembre 2020

IT: TI_GERICHTE 34.2020.1 del 14 dicembre 2020

Regeste

Reticenza. L'assicurata ha omesso d'indicare che prima della conclusione del contratto di previdenza professionale vincolata aveva sofferto di un'affezione psichica e di aver seguito negli ultimi cinque anni una terapia medica. Conferma del rifiuto di erogazione di una prestazione d'invalidità

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Sono rilevanti i fatti che possono influire sulla determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto o a conchiuderlo alle condizioni convenute.

E. 2.10

La procedura è gratuita (art. 73 cpv. 2 LPP in relazione all'art. 20 cpv. 1 LPTCA). Seppur vincente, CV 1 non ha diritto a ripetibili già per il solo motivo che non è patrocinata da un avvocato (esterno). Ma anche se lo fosse stata, essa non avrebbe in ogni modo avuto 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; cfr. 68 cpv.3 LTF).

E. 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.

E. 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 la giurisprudenza federale l'esistenza di un nesso causale fra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il sinistro intervenuto (condizione prevista dal cpv. 3) 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). In altre parole: con la rescissione del contratto per reticenza ai sensi del cpv. 1 si estingue l'obbligo di prestazione non solo - come è logico che sia - per i sinistri non ancora verificatisi, ma anche - e qui risiede la particolarità - per quelli già intervenuti, a condizione però che l'insorgenza o l'estensione di questi ultimi (e nient'altro) siano connessi alla reticenza. Anche il Messaggio del Consiglio Federale sulla modifica dell'art. 6 LCA rileva in proposito che se il contratto è sciolto a seguito di un caso di reticenza (cpv. 1) l'assicuratore è libero dall'obbligo di prestazioni solo per i sinistri (già intervenuti) la cui insorgenza o l'estensione siano connessi alla reticenza (cpv. 3), mentre il suo obbligo di fornire la prestazione rimane intatto - nonostante la rescissione del contratto - se la reticenza non ha influito sull'insorgenza del sinistro o l'estensione della prestazione da fornire (cfr. FF 2003 3298 n. 2.2.2 ad art. 6 e 8). I due aspetti (diritto di recesso, da un lato, e necessità di un nesso causale, dall'altro) vanno dunque chiaramente distinti. Entrambi configurano dei presupposti necessari affinché l'assicuratore possa eccezionalmente essere esonerato dall'obbligo di fornire la propria prestazione in relazione a un evento già realizzatosi (art.

E. 4.2

Secondo la giurisprudenza, richiamata anche nella pronunzia impugnata, il termine di quattro settimane inizia a decorrere dal momento in cui l'assicuratore è informato su tutti i punti che concernono la reticenza, ovvero dal momento in cui dispone di informazioni affidabili che gli permettono di acquisire la certezza che una reticenza è stata commessa; non bastano semplici sospetti (DTF 118 II 330 consid. 3a pag. 340). Il Tribunale federale ha comunque precisato che se l'assicuratore rifiuta scientemente di prendere conoscenza degli elementi costitutivi della reticenza, egli commette un abuso di diritto (art. 2 cpv. 2 CC) assimilabile alla conoscenza effettiva (DTF citato consid. 3c pag. 340; cfr. anche Roelli/Keller, Kommentar zum schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, vol. I, 2a ed., Berna 1968, pag. 139). Nonostante la reticenza, l'assicuratore non può neppure recedere dal contratto se la reticenza fu da lui provocata (art. 8 cifra 2 LCA), se lui conosceva o doveva conoscere il fatto taciuto (art. 8 cifra 3 LCA; circostanze, queste [cifra 2 e 3], che non ricorrono in concreto alla luce di quanto esposto sopra al consid. 3) o se ha rinunciato al diritto di recedere dal contratto (art. 8 cifra 5 LCA). Come correttamente evidenziato dalla Corte cantonale, spetta all'assicuratore dimostrare di aver rispettato il termine di rescissione di quattro settimane. Spetta per contro allo stipulante provare - in ragione dell'inversione dell'onere della prova creata dalla presunzione di cui all'art. 4 cpv. 3 LCA - che l'assicuratore avrebbe ugualmente concluso il contratto alle condizioni pattuite se avesse saputo della omessa o inesatta dichiarazione (consid. 2.4 non pubblicato in DTF 131 III 542, ma pubblicato in Pra 2006 n. 55 pag. 405).". Nella STF 4A_104/2018 del 12 giugno 2018 (pubblicata in SVR 2019 KV Nr. 2), la nostra Massima istanza ha ribadito che il diritto di disdetta si estingue quattro settimane dopo che l'assicuratore è venuto a conoscenza della reticenza (art. 6 cpv. 2 LCA) e che quello di quattro settimane è un termine di perenzione: la prova della sua osservanza incombe all'assicuratore. Il TF ha confermato che il termine inizia a decorrere soltanto quando l'assicuratore ha conoscenza di circostanze attendibili, sicure e inequivocabili, che gli consentono di concludere per l'esistenza di una violazione dell'obbligo di annunciare. Semplici presunzioni non sono atte a fare decorrere il termine. Per l'Alta Corte, una persona giuridica dispone di sufficienti conoscenze di una fattispecie, se il sapere in questione è disponibile all'interno della propria organizzazione (cfr. consid. 2.1). Nel caso in esame, l'assicuratore ha tempestivamente disdetto per reticenza il contratto. Nel questionario 24

gennaio 2019 la dr.ssa _____ aveva indicato il periodo di presa in cura dell'attrice, come pure per quali sintomi (sub doc. 1/J). L'assicurazione ha scritto all'attrice informandola del caso di reticenza l'8 febbraio 2019 (doc. 1), quindi entro le quattro settimane dalla conoscenza dei fatti configuranti, appunto, la reticenza. 2.9. Accertato che CV 1 ha validamente sciolto il contratto in parola, occorre esaminare se vi è un nesso causale tra il fatto taciuto e il danno alla salute verificatosi che ha causato l'incapacità lavorativa, questo affinché l'assicuratore possa validamente essere esonerato dall'obbligo di fornire le prestazioni assicurative. Va ricordato che con la presente petizione AT 1 ha chiesto l'esonero dal pagamento dei premi per incapacità lavorativa dal 1° dicembre 2018 (scaduto il termine di attesa di 720 giorni) e l'erogazione di una rendita d'incapacità al guadagno in seguito a malattia previsto dal contratto assicurativo. Tali richieste sono legate alla problematica psichiatrica invalidante [anoressia nervosa tipo purgativo (ICD 10; F 50.02); disturbo depressivo dovuto al grave sottopeso con manifestazioni simil depressive (ICD 10; F06.32)] per le quali l'assicurazione AI, sulla base della perizia _____ del 7 novembre 2018 ha riconosciuto un'incapacità lavorativa oscillante tra il 50%, l'80%, il 70% ed infine il 100%, dal 1° dicembre 2016, con diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita dal 1° gennaio 2019 (cfr. decisione 10 luglio 2020 menzionata al consid. 1.2). Va qui rimarcato che il danno alla salute causante l'incapacità lavorativa trae origine dalla problematica ansiosa sottaciuta, così come si evince dall'anamnesi psicopatologica di cui alla citata perizia psichiatrica. Essendo quindi dato il nesso causale, stante la valida rescissione del contratto per reticenza, l'CV 1 è liberata da fornire le succitate prestazioni. Ne consegue che la petizione dev'essere respinta.

E. 6

cpv. 3 LCA). L'esistenza del nesso causale non può però in alcun modo condizionare anche la validità della disdetta in quanto tale (DTF 138 III 416 consid. 6.4). La validità in quanto tale della disdetta di un assicuratore - disciplinata dai cpv. 1 e 2 dell' art. 6 LCA - non può quindi essere vincolata anche alla condizione - posta dall'art. 6 cpv. 3 LCA - che il fatto oggetto della reticenza abbia influito sull'insorgere o la portata del sinistro. Tale condizione può tutt'al più incidere sull'obbligo dell'assicuratore di fornire la sua prestazione per gli eventi assicurati già realizzatisi. 2.4. Siccome, come esposto, l'esistenza di un nesso causale tra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il danno alla salute intervenuto influisce unicamente sull'obbligo dell'assicuratore 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, occorre nel caso concreto in primo luogo verificare se siano dati i presupposti, come sostiene l'assicuratore, per riconoscere l'esistenza di una reticenza e disdire il contratto. Occorre poi verificare, in caso di confermata reticenza, se vi è un nesso causale tra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il danno alla salute già verificatosi che ha causato l'incapacità lavorativa. Solo in caso positivo l'assicurazione è liberata da fornire le prestazioni contrattuali. 2.5. Secondo CV 1 l'attrice avrebbe risposto negativamente e non in modo veritiero alle domande no. 8 ("Soffre o ha mai sofferto di problemi di salute dovuti a malattie e infortuni del sistema nervoso (per es. paralisi, epilessia, disturbi nervosi) degli occhi o della psiche (per es. depressione o stati di ansia o di astenia) o ha mai tentato il suicidio") e no. 13 ("Negli ultimi 5 anni si è sottoposto/a terapie mediche di durata superiore a 4 settimane per problemi di salute fin qui non citati dovuti a malattia, infortunio o patologia congenita o la sua capacità lavorativa è attualmente limitata?") del questionario sul suo stato di salute compilato il 25 giugno 2012. L'assicurazione sostiene che l'attrice ha ommesso di indicare

che al momento della stipula del contratto soffriva di una problematica alla psiche (disturbi alimentari) e che, con riferimento allo scritto 5 febbraio 2019 della dr.ssa _____, dal 2010 seguiva una psicoterapia (doc. 1/J). L'attrice sostiene in sintesi che al momento della compilazione del questionario di salute non era consapevole della sua problematica della psiche e che la terapia seguita non era medica essendo stata fornita da una psicologa (dr.ssa _____) e non da una psichiatra. Per questi motivi ritiene pertanto di aver risposto in modo veritiero alle domande no. 8 e 13 del questionario.

2.6. Secondo il TF, 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, trattasi di lombalgie croniche). Ciò significa, ad esempio, che occorre prendere in considerazione la situazione personale dell'assicurato, con particolare riferimento al suo grado di intelligenza e di formazione, nonché alla sua esperienza (DTF 118 II 333 consid. 2b; DTF 109 II 60 consid. 2b) e della situazione del proponente, ritenuto comunque che il grado di diligenza nell'adempimento dell'obbligo d'informazione va anche esaminato e giudicato sotto il profilo della buona fede, pure applicabile in campo assicurativo. In altri termini, ciò che conta non è l'esattezza oggettiva, ma la correttezza soggettiva della dichiarazione che il proponente è in grado di rendere ritenuta la sua situazione personale. 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 equivoche, 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 omesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto (DTF 92 II 342 consid. 5). 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 9C_768/2016 del 15 marzo 2017 consid. 6.2; DTF 136 III 334 consid. 2.4; DTF 134 III 511 consid. 3.3.4; DTF 116 II 338 consid. 1b).

2.7. Nell'evenienza concreta, occorre pertanto esaminare se correttamente l'attrice aveva risposto negativamente alle domande no. 8 e no. 13 del questionario sul suo stato di salute, compilato il 25 giugno 2012, allegato alla proposta assicurativa. Va in primo luogo osservato che la problematica alimentare di cui l'attrice soffre era presente molto prima del giugno 2012. In particolare la psichiatra dr.ssa med. Tomissich, attiva presso l'Ospedale _____ di _____ (in seguito: _____), riferisce che il disturbo alimentare era sorto all'età di 15 anni ("Ha iniziato all'età di 15 anni a mangiare e vomitare

tutti i giorni dopo i pasti senza che i suoi genitori se ne accorgessero. Ciò che spinge AT 1 a vomitare è il suo bisogno di liberare l'ansia che avverte nello stomaco"; cfr. rapporto 19 settembre 2013, pag. 102 inc. AI = doc. 1/L) e che pertanto tale problematica " sussiste da molti anni "(cfr. rapporto 30 gennaio 2014, pag. 96 inc. AI = doc. 1/M). Il medico curante, dr.ssa med. _____, rileva che " la paziente presenta un disturbo alimentare dall'età adolescenziale " (cfr. rapporto 20 novembre 2013, pag. 79 inc. AI = doc. 1/N), che "(...) presenta da due decenni un grave disturbo alimentare (anoressia/bulimia) " (cfr. rapporto 18 aprile 2018, pag. 192 inc. AI = doc. 1/O). Nella perizia 31 ottobre 2014 del _____ si legge che: " Con l'aiuto del medico curante, al rientro in Ticino, emerge o per lo meno viene evidenziata la problematica che la affligge da diversi anni e viene indirizzata a frequentare il gruppo _____ di _____ dove è presente la Dr.ssa _____. L'assicurata sembra essere giunta quindi all'attenzione clinica dopo molti anni dal disturbo alimentare, di fronte ad una condizione divenuta oramai cronica. Frequentare gli incontri del gruppo le avrebbero permesso di "accettare consapevolmente" la malattia che oramai la affliggeva da tanto tempo." (pag. 156 inc. AI = doc. 1/T). Va qui rilevato che la dr.ssa. _____ è fra l'altro specializzata in adulti affetti da problematiche nella sfera ansiosa e depressiva - affettiva e in adulti affetti da disturbi alimentari (anoressia, bulimia) e dal 2009 è psicologa e psicoterapeuta FSP-ATP presso i). Inoltre, la dr.ssa _____ ha avuto in terapia l'attrice dal 6 maggio 2010 al 21 gennaio 2013 e dal 6 giugno 2017 in avanti, fra l'altro per "umore depresso, disturbo alimentare e disturbi della sfera ansiosa ", come risulta dalle risposte date dalla stessa psicologa al questionario 24 gennaio 2019 di CV 1 (sub doc. 1/J). Nello scritto 14 febbraio 2019 all'assicurazione CV 1 la dr.ssa med. _____, medico curante, ha precisato che " nel 2010 ho consigliato alla paziente un supporto psicologico a causa di problematiche lavorative e familiari, consiglio che la paziente ha seguito " (sub doc. 1/K). Il 15 febbraio 2019 la psicologa ha, fra l'altro, fatto presente che " i primi due anni e mezzo della presa a carico sono stati focalizzati su disagi familiari-lavorativi. Successivamente, nell'ultimo trimestre del 2012 sono emerse problematiche di tipo alimentare" (sub doc. 1/K). Nella perizia di decorso del 7 novembre 2018 del _____ si legge: " L'esordio del disturbo della condotta alimentare viene fatto risalire verso i 15-16 anni quando inizia a procurarsi il vomito all'insaputa dei genitori, a restringere sempre di più l'alimentazione fino a quando il suo peso raggiunge i 47-48 kg. Non viene seguita da nessuno fino a quando nel 2012 si rivolge al Dr. _____, nutrizionista, il quale l'affida alla psicologa _____ con la quale inizia a compilare un diario alimentare e l'assicurata afferma che vergognandosi molto del fatto che si autoprocureva il vomito, per non scrivere questo, inizia a restringere ancora di più per paura di aumentare troppo di peso e lì vi è un ulteriore dimagrimento con netto sottopeso. Viene quindi ricoverata all'unità dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), presso l' _____ di _____ dal 21.1.2013 al 30.8.2013" (rapporto 7 novembre 2018, pag. 350 = doc. 1/Q). Contrariamente a quanto riportato nella perizia _____ del 2018, l'attrice si era rivolta alla dr.ssa _____ prima del 2012, vale a dire già nel 2010 – come dichiarato dalla psicologa stessa nel succitato questionario 24 gennaio 2019 di CV 1 (con inizio della terapia al 6 maggio 2010; doc. 1/J) – su indicazione della dr.ssa med. _____ (cfr. rapporto medico 14 febbraio 2019 all'assicurazione, sub doc. 1/K). Quindi, almeno due anni prima della sottoscrizione della proposta assicurativa (25 giugno 2012) l'attrice aveva iniziato una psicoterapia. L'assicurazione CV 1 rileva che AT 1 nella prima domanda di prestazioni AI (il 27 giugno 2013) aveva indicato di soffrire da anni di anoressia nervosa (cfr. pag. 9 inc. AI) e quindi sostiene che l'attrice aveva coscientemente omesso d'indicare nel questionario la malattia

della psiche. Occorre tuttavia precisare che solo in occasione del ricovero di gennaio 2013 presso l'_____ è stata diagnosticata un'anoressia nervosa di tipo bulimico (ICD 10 F 50.0) e che sino a quel momento l'attrice non ne era consapevole. A tal riguardo va fatto riferimento allo scritto 13 febbraio 2019 della psichiatra dr.ssa med. _____ (che l'aveva in cura durante il ricovero all'_____ del gennaio 2013) ad CV 1, in cui la specialista ha in particolare evidenziato: " Il ricovero è stato effettuato nel mese di gennaio 2013 e in quell'occasione è stata fatta la diagnosi Anoressia Nervosa di tipo bulimico (disturbo alimentare psicogeno). Fino ad allora la paziente non era consapevole della malattia e in seguito non riusciva ad accettare di avere una diagnosi di tipo psichico. Desidero informarvi che vi sono alcune patologie come l'anoressia, dove la persona che ne soffre non è consapevole di avere tale problema e continua a negarlo perché non si rende conto della situazione. Sono malattie che si insinuano gradualmente nelle quotidianità della persona la quale impara a convivere ignara di soffrire di un disturbo importante e gravemente dannoso per la salute." (Sub doc. 1/K). Anche nel già citato scritto 14 febbraio 2019, sempre all'assicurazione CV 1, la dr.ssa med. _____ ha sostenuto che fino al ricovero presso l'_____ la sua paziente " non era consapevole del problema alimentare di cui ha avuto, solo allora la diagnosi " (doc. 1/K). Quanto riportato sopra, trova conferma nella perizia 3 ottobre 2014 del _____ dove, con riferimento al rapporto di degenza presso l'_____, si legge: " durante il percorso effettuato presso l'ospedale sono state affrontate grosse difficoltà psicologiche legate a difficoltà nell'instaurare rapporti e difficoltà nel continuare il percorso nell'acquisizione della consapevolezza della malattia" (pag. 102 inc. AI). Nella stessa perizia si rileva che " del "problema" per decenni non ha [la peritanda, n.d.r.] avuto consapevolezza, riferisce di non essersi mai interrogata del fatto che questo potesse, per lei, rappresentare un disturbo" (pag. 156 inc. AI). Tuttavia, con riferimento all'accertamento del TCA – volto a sapere i motivi delle assenze, rispettivamente delle incapacità lavorative per malattia negli anni scolastici 2010/2011 e 2011/2012 risultanti dal questionario del datore di lavoro del 17 ottobre 2013 (doc. 31 inc. AI = doc. 1/I) –, nello scritto 30 ottobre 2020 il medico curante ha segnatamente precisato che nel periodo 16 aprile 2012 – 6 giugno 2012 vi è stato un " peggioramento psicologico, la paziente lamentava astenia, difficoltà di concentrazione, crisi di ansia, era allora seguita da una psicologa ed in seguito anche dal Dr. _____ e da una dietista", indicando che " in quel periodo era chiaramente evidente per i suoi terapisti un disturbo alimentare. La signora AT 1 per contro negava questo problema " e che " secondo la paziente il malessere da lei lamentato allora era da ricondurre a un esaurimento (stanchezza, apatia, insonnia, ansie...)" (XX1). Orbene, anche se al momento della compilazione del questionario l'attrice, nonostante il continuo "autoprocurarsi il vomito", non fosse effettivamente consapevole del suo disturbo alimentare e tantomeno della diagnosi posta, ciò non è tuttavia rilevante poiché secondo il tenore della domanda no. 8 del questionario andavano indicati " problemi di salute dovuti a malattie (...) del sistema nervoso (per es. paralisi, epilessia, disturbi nervosi) degli occhi o della psiche (per es. depressione o stati di ansia o di astenia)". L'attrice non avrebbe quindi dovuto rispondere negativamente. Infatti, il proprio malessere l'attrice l'ha segnatamente attribuito, come rilevato dal medico curante, alle crisi di ansia. Va poi ricordato che l'attrice prima della sottoscrizione della proposta assicurativa (25 giugno 2012) era stata reduce da un periodo di malattia di oltre 4 settimane, come riportato dalla dr.ssa med. _____ nel succitato scritto del 30 ottobre 2020, dovuto al " peggioramento psicologico, la paziente lamentava astenia, difficoltà di concentrazione, crisi di ansia " (sottolineatura del redattore). Va poi ricordato che dal 2010 l'attrice seguiva una

psicoterapia presso la psicologa dr.ssa _____, la quale, come riportato sopra, è specializzata nel trattamento di problematiche alimentari. Certo, nello scritto 15 febbraio 2019 all'assicurazione (sub doc. 1/K) la specialista aveva sostenuto che i primi due anni e mezzo della presa a carico erano "focalizzati su disagi familiari-lavorativi" e che solo nell'ultimo trimestre 2012 (quindi successivamente alla compilazione del questionario) erano "emerse problematiche di tipo alimentare" ancorché, come visto, le menzionate problematiche fossero presenti sin dall'adolescenza. Non va tuttavia dimenticato che l'attrice, come specificato dalla dr.ssa med. _____ nel citato rapporto 30 ottobre 2020, durante il periodo 16 aprile 2012 – 6 giugno 2012 presentava una totale incapacità lavorativa (quindi per oltre 4 settimane e poco prima della compilazione del questionario dello stato di salute) ed era in cura dalla citata psicologa ma pure dal dr. med. _____, nutrizionista. Si trattava pertanto di terapie mediche. In queste circostanze, l'attrice non avrebbe dovuto rispondere negativamente alla domanda no. 13 (Negli ultimi 5 anni si è sottoposto/a terapie mediche di durata superiore a 4 settimane per problemi di salute fin qui non citati dovuti a malattia, infortunio o patologia congenita). Certo, come evidenziato dall'attrice, la dr.ssa _____ non è un medico psichiatra. Volendo pertanto escludere, per ipotesi di lavoro, dall'interpretazione "terapia medica" la psicoterapia (come anche le cure seguite dal dr. med. _____) e pertanto negare una reticenza, l'esito della vertenza non cambierebbe. Non va infatti dimenticato che è sufficiente sottacere un solo fatto rilevante per conferire all'assicuratore il diritto di recedere dal contratto per reticenza, come è il caso in esame in relazione alla risposta alla domanda no. 8. 2.8. Altra condizione perché l'assicuratore possa validamente disdire un contratto quando si è in presenza di una reticenza, è il rispetto del termine di quattro settimane impartito dall'art. 6 cpv. 2 LCA per esercitare il diritto di recedere dal contratto. In un caso ticinese reso in ambito di previdenza professionale (STF 9C_1092/2009 del 29 aprile 2011), il Tribunale federale si è pronunciato sul termine di quattro settimane per potere disdire un contratto assicurativo in caso di reticenza: " (...)

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