

## **TI\_GERICHTE 34.2024.22 vom 26. Mai 2025**

TI Tribunale d'appello, 2025-05-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_34.2024.22](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_34.2024.22)

FR: TI\_GERICHTE 34.2024.22 du 26 mai 2025

IT: TI\_GERICHTE 34.2024.22 del 26 maggio 2025

### **Erwägungen**

#### **E. 26**

maggio 2025

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Marco Bischof, cancelliere

segretaria:

Stefania Cagni

statuendo sulla petizione del 24 settembre 2024 di

AT 1

contro

CV 1

in materia di previdenza professionale

ritenuto in fatto

1.2. A seguito della domanda di prestazioni AI per adulti compilata il 18 maggio 2022 dall'attrice, dopo aver accertato un'incapacità lavorativa del 100% dal 6 agosto 2021, del 50% dal 6 dicembre 2021 e del 100% dal 2 maggio 2022, con decisione 26 ottobre 2023 l'Ufficio AI ha posto al beneficio di una rendita intera dal 1° agosto 2022, con versamento della prestazione dal 1° novembre 2022 trattandosi di una domanda tardiva ex art. 29 cpv. 1 LAI (doc. C).

1.3. Visto il perdurare dell'incapacità al guadagno, in data 10 febbraio 2023 l'attrice ha chiesto a CV 1 l'esonero dal pagamento dei relativi premi (sub doc. 1A).

1.4. Nell'ambito dell'esame degli accertamenti del caso, con email del 19 aprile 2023 CV 1 ha comunicato ad \_\_\_\_\_ (in seguito: \_\_\_\_\_)

Non avendo ricevuto risposta, CV 1 ha sollecitato la richiesta con email del 19 giugno 2023 (doc. 1C), ricevendo diversa documentazione medica, sempre via email, il 10 luglio 2023 (doc. 1/D). Dalla stessa è risultato che, con riferimento alle perizie 27 novembre 2021

(doc.1/H), 3 marzo 2022 (doc. 1/G), 13 novembre 2022 (doc.1/F) e 4 giugno 2023 (doc. 1/E) del dr. med. \_\_\_\_\_, commissionate da \_\_\_\_\_, sin dall'infanzia l'attrice è stata seguita dal \_\_\_\_\_ e successivamente dagli psichiatri dr. med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med \_\_\_\_\_.

1.5. Con lettera 25 luglio 2023 CV 1 ha di conseguenza fatto presente all'attrice di aver risposto negativamente e non in modo veritiero alle domande no. 7.8 [Ha già sofferto o le sono state diagnosticate malattie cardiocircolatorie, un ictus, un diabete, malattie renali, patologie maligne (per. es. cancro) o un'emorragia cerebrale, sclerosi multipla odisturbi psichici?] e no. 7.12 (È stato mai stato/a consigliato/a da unopsichiatra, psicologo, psicoterapeuta?) del questionario sul suo stato di salute, compilato l'8 marzo 2019, allegato alla proposta assicurativa (sottolineature del redattore).

Non avendo indicato di aver in passato sofferto di patologie psichiatriche e di essere stata in trattamento dagli psichiatri dr. med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med. \_\_\_\_\_, la convenuta ha di conseguenza rescisso il contratto previdenziale per reticenza. Respingendo la domanda di prestazioni, la convenuta ha informato l'attrice del diritto al riscatto della polizza (doc. D).

1.6. Con lettera 12 settembre 2023 l'attrice, rappresentata dall'avv. RA 1, ha contestato in primo luogo la tempestività della rescissione del contratto di previdenza, ritenendo inoltre di non aver commesso alcuna reticenza poiché al momento della compilazione della proposta assicurativa non le erano state diagnosticate malattie psichiatriche e precisando che il motivo per cui a suo tempo si era rivolta a degli psichiatri (dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dr. med. \_\_\_\_\_) era legato all'infanzia difficile e non si trattava di un disturbo extra-somatico (doc. E).

1.7. Con la presente petizione l'attrice, sempre rappresentata dall'avv. RA 1, chiede al TCA di accertare la validità della polizza di previdenza conclusa con CV 1 e l'esonero totale dal pagamento dei premi retroattivamente dal 91esimo giorno, a far da tempo dal 6 agosto 2021 fino all'eventuale ripresa della capacità di guadagno.

Ribadendo la tardività della rescissione del contratto, contesta di non aver correttamente risposto alle domande no. 7.8 e 7.12 della proposta assicurativa.

1.8. Con la risposta di causa la convenuta postula invece la reiezione della petizione. Sostiene la tempestività della rescissione del contratto, come pure la validità del motivo di reticenza. Informa inoltre di aver chiesto all'attrice istruzioni relative al valore di riscatto della polizza, senza ricevere alcun riscontro.

1.9. Dopo la concessione di diverse proroghe, con scritto 19 novembre 2024 l'attrice ha comunicato al TCA di non avere altri mezzi di prova da notificare (IX).

1.10. Ricevuta il 20 gennaio 2025 dal legale dell'attrice l'autorizzazione a richiedere i suoi atti dall'Ufficio AI (XVI), il giorno successivo il TCA ha proceduto al richiamo dell'incarto AI, trasmesso il 24 gennaio 2025 (XVIII).

1.11. Il

## **E. 27**

gennaio 2025 questo Tribunale ha assegnato alle parti un termine per la consultazione dell'incarto AI, con facoltà di presentare eventuali osservazioni (XIX).

1.12. Il 4 febbraio 2025 la convenuta ha comunicato di non avere nulla da aggiungere (XXI).

1.13. L'11 febbraio 2025 questo TCA ha proceduto ad un accertamento presso l'Ufficio AI. Dallo stesso è risultato che, su richiesta di terzi, l'amministrazione trasmette unicamente gli atti AI (XXVII).

1.14. Il 17 febbraio 2025 l'attrice ha ribadito la non tempestività della notifica di rescissione per reticenza del contratto previdenziale (XXII), tesi contestata dalla convenuta con scritto 6 marzo 2025 (XXV).

1.15. Con presa di posizione 21 marzo 2025 in merito al succitato accertamento del TCA presso l'Ufficio AI, l'attrice sostiene come sia inverosimile che quest'ultimo abbia inviato alla convenuta un incarto non completo, senza cioè la relativa documentazione medica ed assicurativa. Ritene inoltre come la convenuta non abbia diligentemente e tempestivamente chiesto la documentazione mancante a \_\_\_\_\_ e. Ribadisce infine la non esistenza di un caso di reticenza (XXX).

1.16. In data 26 marzo 2025 questo TCA ha fra l'altro chiesto alla convenuta il motivo per cui ha atteso due mesi per sollecitare \_\_\_\_\_ e a trasmettere la documentazione richiesta (XXXII), ricevendo risposta il 7 aprile 2025 (XXXIII).

Preso atto del suddetto accertamento, con scritto 11 aprile 2025 l'attrice ha confermato le proprie allegazioni (XXXV).

considerato in diritto

in ordine

2.1. Oggetto del contendere è la rescissione da parte di CV 1i della polizza assicurativa no. \_\_\_\_\_ a causa di reticenza.

È incontestato che 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 in caso di vita dopo il 1° maggio 2056 (anno di compimento del 64esimo anno di età dell'attrice, nata il 9 luglio 1992), di decesso e d'incapacità al guadagno; è prevista la liberazione dal pagamento del premio in caso d'incapacità al guadagno; i beneficiari sono, oltre allo stipulante, in caso di decesso i suoi eredi (coniuge, discendenti diretti, genitori, fratelli e sorelle).

2.2. 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 852.100). 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 (1a 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 di 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'art. 82 cpv. 2 LPP (art. 73 cpv. 1 lett. b LPP), 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, BBI 2000, p. 2386 seg; STF 9C\_1092/2009 del 29 aprile 2011 consid. 2; cfr. anche Stauffer, Berufliche Vorsorge, 2012, n. 1933 pag. 732). Il TF ha ammesso per le contestazioni in materia di previdenza vincolata il foro alternativo del domicilio del proponente (STF 9C\_944/2008 del

### **E. 30**

marzo 2009 consid. 5.4; Ulrich und Laurenz, in Schneider/Geiser/Gächter, Kommentar zum BVG und FZG, 2019, art. 73 n. 105, pag. 1612).

Essendo l'attrice domiciliata nel Cantone Ticino e trattandosi di una controversia riguardante la previdenza professionale vincolata (pilastro 3A), è data la competenza territoriale e materiale del TCA (cfr. STF 9C-680/2011 del 11 maggio 2012 consid. 1.1; cfr. art. 4 cpv. 2 lett. b della Legge concernente la vigilanza sugli istituti di previdenza professionale e sulle fondazioni; RL 852.100).

Ne consegue che lo scrivente Tribunale è l'autorità giudiziaria competente a trattare la presente petizione.

2.3. L'art. 73 cpv. 1 LPP consente di proporre un'azione di accertamento (DTF 128 V 48, 119 V 13, 118 V 102, 117 V 320; SZS 1992 pag. 234 e 294; Vetter-Schreiber, BVG-Kommentar, 2021, art. 73 n. 24, pag. 367). Tuttavia, in analogia alle condizioni alle quali la legge e la giurisprudenza sottopongono la ricevibilità di un'azione di accertamento in materia amministrativa (DTF 114 V 202, 110 Ib 215; RCC 1990 pag. 469 e 1989 pagg. 33s) e in materia civile (DTF 115 II 482, 114 II 255, 110 II 253; Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, n. 1.3.2.8 ad art. 43 LOG), un'azione di accertamento è proponibile solo se l'istante si avvale di un interesse degno di protezione alla constatazione immediata di un rapporto giuridico litigioso (Vetter-Schreiber, ibidem; Stauffer, ibidem; DTF 119 V 13, 118 V 102, 117 V 320).

L'interesse non deve essere necessariamente giuridico. Non è cioè necessario che l'interesse fatto valere sia compreso nella norma invocata, ossia che vi sia corrispondenza tra l'interesse privato e gli interessi protetti dalla norma (DTF 108 Ib 92, 104 Ib 245). Un interesse di fatto è sufficiente, purché si tratti di un interesse attuale e immediato (DTF 117 V 320, 115 V 373 e 114 V 202; STF 9C\_298/2010 del 28 febbraio 2011 consid. 1.1.1).

In materia di prestazioni future, l'esistenza di un interesse degno di protezione è ammesso quando l'assicurato sarebbe incline, in ragione della sua ignoranza quanto all'esistenza, all'inesistenza o all'estensione di un diritto o di un obbligo di diritto pubblico, a prendere delle disposizioni o, al contrario, a rinunciarvi, con il rischio di subire un pregiudizio da questo fatto (STF B 42/05 del 20 settembre 2005 e riferimenti; DTF 122 III 282, 118 V 102; SZS 1992 pag. 234; STF B 37/04 del 26 aprile 2005).

La giurisprudenza ha avuto modo di precisare che il giudice ammette l'esistenza di un interesse ad agire quando i rapporti giuridici tra le parti sono incerti. Non basta tuttavia qualsiasi in-certezza. Occorre infatti che il perdurare dell'incertezza impedisca al

richiedente di prendere le sue decisioni e che per tale motivo l'incertezza sia per lui insopportabile (DTF 131 III 319 consid. 3.5, 120 II 20 consid. 3, 114 II 253 consid. 2a; STF 9C\_298/2010 del 28 febbraio 2011 consid. 1.1.1, 5A\_311/2007 del 29 febbraio 2008 consid. 2.2, 5C\_246/2002 del 26 febbraio 2002; STAF B-7957 del 4 novembre 2008 consid. 5).

Non sussiste un interesse degno di protezione quando l'azione di accertamento è volta all'esame astratto o teorico di norme previdenziali (DTF 110 Ib 215, 108 Ib 22; Vetter-Schreiber, op. cit., art. 73 n. 26, pag. 367; Stauffer, op. cit., n. 2346, pag. 775). L'interesse degno di protezione fa pure difetto quando è proponibile un'azione condannatoria (DTF 128 V 48 consid. 3a, 120 V 302 consid. 2a, 119 V 11 consid. 2a).

Nell'ambito di una domanda di accertamento l'interesse degno di protezione dev'essere dimostrato, ovvero, nel settore del diritto delle assicurazioni sociali, essere reso verosimile (Kölz/Häner/Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2013, n. 342 pag. 122; LVGE 1995 II n. 31 consid. 4b; cfr. anche art. 49 cpv. 2 LPGA e art. 63 cpv. 1 LPAm in relazione con l'art. 31 Lptca; cfr. anche, per il procedimento civile, Schenker, ZPO, 2010, art. 88 n. 5 pag. 378). Nel caso in cui un ciò non avvenga, l'azione di accertamento dev'essere dichiarata irricevibile per carenza di legittimazione (LVGE 1995 II n. 31 consid. 4b).

Nel caso in esame, l'attrice ha un interesse degno di protezione nell'accertamento della validità o meno della disdetta della polizza in discussione. Da questa vertenza dipende se essa potrà beneficiare ■ datene le condizioni ■ del chiesto esonero dal pagamento dei premi e delle eventuali future prestazioni di invalidità, di vecchiaia e, i suoi successori, di decesso.

Pertanto, la presente azione di accertamento è ricevibile.

nel merito

2.4. Nel caso concreto, 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 pilastro 3A 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 (e quindi nella previdenza

del pilastro 3A; cfr. STF 9C\_702/2018 del 16 maggio 2019 consid. 3.2), 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).

2.5. 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 concluderlo 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 questo obbligo da parte del proponente, vale a dire di 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 comporta, o può comportare a determinate condizioni, una reticenza.

Infatti, l'art. 6 LCA stabilisce:

"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 di assicurazione sulla vita, riscattabile secondo la presente legge (art. 90 cpv. 2), l'assicuratore fornisce la prestazione prevista in caso di riscatto.

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. 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.

2.6. Siccome, come esposto al considerando precedente, 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 la convenuta, per riconoscere l'esistenza di un caso di reticenza, valida per disdire il contratto previdenziale (cfr. consid. 2.7).

Occorre poi verificare, in caso di confermata rescissione del contratto per reticenza, se vi è un nesso causale tra il fatto taciuto o inesattamente dichiarato ed il danno alla salute che ha causato l'incapacità lavorativa. Solo in caso positivo l'assicurazione è liberata da fornire le prestazioni contrattuali, in particolare l'esonero dal pagamento dei premi (cfr. consid. 2.12).

2.7. Nel caso concreto la convenuta rileva che, nell'ambito dell'esame della richiesta di esonero premi, ha chiesto con email 19 aprile 2023 (doc. 1B) ad \_\_\_\_\_ la documentazione concernente l'attrice, ricevuta, sempre via email, il 10 luglio 2023. Dalla stessa è risultato che, con riferimento alle perizie 27 novembre 2021 (doc.1/H), 3 marzo 2022 (doc. 1/G), 13 novembre 2022 (doc.1/F) e 4 giugno 2023 (doc. 1/E) del dr. med. \_\_\_\_\_, commissionate da \_\_\_\_\_, sin dall'infanzia l'attrice è stata seguita dal \_\_\_\_\_ e successivamente dagli psichiatri dr. med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med \_\_\_\_\_.

Secondo la convenuta l'attrice avrebbe tuttavia risposto negativamente e non in modo veritiero alle seguenti domande (sottolineatura del redattore):

del questionario sul suo stato di salute, compilato l'8 marzo 2019, allegato alla proposta assicurativa.

L'attrice ritiene invece di non aver commesso alcuna reticenza poiché al momento della compilazione della proposta assicurativa non le erano state diagnosticate malattie

psichiatriche. Inoltre essa rileva che il motivo per cui è stata visitata dagli psichiatri dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dr. med. \_\_\_\_\_ era legato a problematiche inerenti all'infanzia difficile e non al trattamento di patologie extra-somatiche.

2.8. 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 ritiene sufficiente 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 ommesso 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 passeggere, 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).

Infine va detto che l'onere della prova che si è verificata una violazione dell'obbligo di informazione, a seguito della quale è stata emessa una disdetta legalmente valida entro il termine, spetta alla compagnia di assicurazione (DTF 118 II 333 consid. 3 citato in BSK VVG, Zedtwitz/Maisano, 2023, art. 6 n. 43).

2.9. Ritornando alla fattispecie, con riferimento al consid. 2.7, dalla documentazione richiamata da \_\_\_\_\_ e si evince che in giovane età l'assicurata era stata in cura

presso il \_\_\_\_\_ P prima e dagli psichiatri dr. med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med. \_\_\_\_\_ poi, così come riportato nell'anamnesi delle perizie 27 novembre 2021 (doc.1/H), 3 marzo 2022 (doc. 1G), 13 novembre 2022 (doc.1/F) e 4 giugno 2023 (doc. 1/E) del dr. med. \_\_\_\_\_.

Pertanto, l'attrice risultano aver risposto in modo veritiero (almeno) alla domanda no. 7.12 (È stato mai stato/a consigliato/a da uno psichiatra, psicologo, psicoterapeuta?). Questo, indipendente dal motivo del trattamento.

Per quel che concerne la domanda no. 7.8 (Ha già sofferto o le sono state diagnosticate malattie cardiocircolatorie, un ictus, un diabete, malattie renali, patologie maligne (per. es. cancro) o un'emorragia cerebrale, sclerosi multipla o disturbi psichici?), la convenuta sostiene come l'attrice abbia ommesso d'indicare di aver sofferto di disturbi psichici. L'attrice lo nega, sostenendo che il trattamento ricevuto presso il \_\_\_\_\_ e presso il dr. med. Quirici e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ era legato a (non meglio) precisate difficoltà inerenti alla sua infanzia.

Ora, non è dato a sapere se già in giovane età l'attrice soffriva di disturbi psichici. In effetti, nella succitata perizia 27 novembre 2021 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha posto per la prima volta una diagnosi psichiatrica di disturbo dell'adattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10 F.43.22), allorquando l'attrice (nata il 9 luglio 1992) aveva 29 anni. Anche nel rapporto 18 agosto 2022 la psichiatra curante dr.ssa med. \_\_\_\_\_, come verrà esposto più in dettaglio (cfr. consid. 2.12), ha fatto presente un malessere ansioso-depressivo, quindi dopo il compimento del trentesimo anno di età. Inoltre, entrambi gli specialisti non hanno proceduto ad una valutazione medica retrospettiva.

Orbene, se da una parte non risultano disturbi psichici durante la giovane età, dall'altra in quel periodo l'attrice si era comunque rivolta a degli psichiatri. In tal senso va segnalata la STF 4A\_338/2022 del 19 dicembre 2022 pubblicata in SVR 2023 KV ove, fra l'altro, l'Alta Corte aveva stabilito che il fatto che un'assicurata minorenni, da giovane, fosse stata in cura da uno psicologo per sei anni non portava automaticamente alla conclusione che all'epoca soffriva di un disturbo psichico o di una malattia psichiatrica. Nel caso concreto, invece, diversamente dal succitato caso esaminato dal TF, da giovane l'attrice è stata seguita da uno psichiatra e quindi da un medico, circostanza che potrebbe far concludere per l'eventuale presenza di un disturbo psichico. Ciononostante la questione di sapere se, con riferimento alle cure psichiatriche ricevute prima della compilazione del formulario sullo stato di salute da parte dell'attrice (8 marzo 2019), vi sia stata reticenza o meno può rimanere aperta.

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. 7.12 che chiedeva all'attrice d'indicare se fosse stata consigliata da una psichiatra, psicologo o psicoterapeuta.

Va poi rilevato che nella disdetta 25 luglio 2023 la convenuta ha evidenziato che se fossimo stati a conoscenza del Suo reale stato di salute non l'avremmo assicurata alle condizioni suddette (1D), motivo per cui il fatto sottaciuto è da considerare rilevante ai fini della conclusione del contratto in parola. Inoltre, l'attrice in ragione dell'inversione dell'onere della prova creata dalla presunzione di cui all'art. 4 cpv. 3 LCA non ha provato che la convenuta avrebbe ugualmente concluso il contratto alle condizioni pattuite se avesse saputo della omissa o inesatta dichiarazione (STF 9C\_1092/2009 del 29 aprile 2011 consid.

4.2 con riferimenti, pubblicata in SVR BVG 2011 nr. 38).

In conclusione, la convenuta legittimamente poteva disdire per reticenza il contratto previdenziale in discussione.

2.10. Altra condizione affinché 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.

Nella STF 4A\_104/2018 del 12 giugno 2018 (pubblicata in SVR 2019 KV Nr. 2), l'Alta Corte 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 il TF, 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).

Il termine di cui all'art. 6 cpv. 2 LCA essendo un termine perentorio, esso non può essere né sospeso né interrotto. Data la natura relativamente obbligatoria dell'art. 6 LCA (cfr. art. 98 LCA, fatte salve le eccezioni di cui all'art. 98 LCA), il termine non può essere validamente prorogato nemmeno su base contrattuale. Se la compagnia di assicurazione non comunica formalmente la disdetta entro il termine, non ha alcuna possibilità di ripetere la disdetta o di ripristinare il termine. In questo caso, il contratto di assicurazione rimane invariato. In base alla chiara formulazione della legge, l'applicazione dell'art. 45 cpv. 3 LCA (secondo cui quando il contratto o la presente legge vincoli l'esistenza di un diritto derivante dall'assicurazione all'osservanza di un termine lo stipulante o l'avente diritto può compiere l'atto omesso senza colpa non appena l'impedimento sia tolto) non è possibile. Tuttavia, se la compagnia di assicurazione è venuta a conoscenza in modo attendibile di diverse violazioni, con la conoscenza di ciascuna violazione inizia a decorrere un nuovo termine indipendentemente dal fatto che i termini siano già scaduti o meno (BSK ad. art. 6 VVG n. 16).

Infine, l'assicuratore ha l'onere di dimostrare che il termine di prescrizione previsto dall'art. 6 cpv. 2 LCA è stato rispettato (STF 4A\_288/2022 del 20 agosto 2020 consid. 4.1 con riferimenti).

2.11. Nel caso in esame, come visto (cfr. consid. 1.5), in data 25 luglio 2023 la convenuta ha disdetto per reticenza il contratto, sostenendo di aver avuto conoscenza delle perizie del dr. med. \_\_\_\_\_, decisive per l'accertamento del caso di reticenza, al più presto il 10 luglio 2023 allorquando ha ricevuto via email da \_\_\_\_\_ la documentazione richiesta (doc. 1/D). Pertanto, secondo la convenuta il termine delle 4 settimane di cui all'art. 6 cpv. 2 LCA è stato rispettato.

Per contro, dopo aver visionato l'incarto AI richiamato dal TCA, nelle osservazioni 17 febbraio 2025 l'attrice ha rilevato che il 27 febbraio 2023 la convenuta aveva chiesto all'Ufficio AI la trasmissione degli atti (doc. 30 inc. AI), ricevuti tramite CD il 31 marzo 2023 (doc. 37 inc. AI), fra cui le menzionate perizie del dr. med. \_\_\_\_\_. Quindi, continua l'attrice, al momento della ricezione della documentazione AI (31 marzo 2023) la

convenuta aveva tutti gli elementi per accertare il caso di reticenza, senza ricorrere alla (successiva) richiesta di documentazione nei confronti di \_\_\_\_\_. Di conseguenza, secondo l'attrice, la disdetta datata 25 luglio 2023 è manifestamente tardiva e pertanto il contratto previdenziale è valido.

In risposta, con lettera 6 marzo 2025 la convenuta, contestando quanto sostenuto sopra dall'attrice, ha rilevato che (sottolineatura del redattore):

In effetti, nel dossier AI ricevuto il 31 marzo 2023 (XXV/1-93) non risultano i succitati rapporti del dr. \_\_\_\_\_, ma solo l'email 27 novembre 2022 inviata da \_\_\_\_\_ ne all'Ufficio AI ove è stato indicato che con la presente vi trasmettiamo per vostra informazione i rapporti del dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (doc. 26 incarto AI ricevuto da CV 1i).

Con scritto 21 marzo 2025 (cfr. consid. 1.15) l'attrice ritiene improbabile che l'Ufficio AI, sulla base di una procura sottoscritta dall'assicurata, invii l'incarto a quest'ultima o al suo rappresentante senza la relativa documentazione medica e assicurativa (XXX). Ora, la versione della convenuta è stata confermata dalla verifica effettuata da questa Corte presso l'Ufficio AI (cfr. consid. 1.13), il cui funzionario, tramite email del 14 marzo 2025, ha precisato che "generalmente, ai terzi vengono trasmessi solo gli atti AI" (cfr. doc. XXVII). In considerazione di quanto riportato sopra, questa Corte non ha motivo di dubitare che la convenuta, in quanto "terzo", abbia ricevuto la sola documentazione AI e non anche quella medica di \_\_\_\_\_.

L'attrice, nel già citato scritto 21 marzo 2025, sostiene inoltre che la convenuta era comunque al corrente dell'esistenza di documentazione \_\_\_\_\_ e pertanto avrebbe dovuto farsi parte diligente e chiedere tempestivamente la documentazione mancante a quest'ultima, qualora non risultante dagli atti AI a lei trasmessi (XXX).

Va qui ricordato che il termine di quattro settimane 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, ritenuto che semplici presunzioni non sono atte a fare decorrere il termine (STF 4A\_104/2018 del 12 giugno 2018 pubblicata in SVR 2019 KV Nr. 2 in consid. 2.10).

Occorre piuttosto rilevare che la determinazione del momento da cui decorre il termine di perenzione si verifica quando è data una condizione puramente oggettiva e non dipende in alcun modo dalla questione se, prestando la consueta attenzione, l'assicuratore avrebbe dovuto conoscere prima il fatto

su cui l'assicurato ha taciuto. In altre parole, il termine decorre solo dal momento in cui l'assicuratore ha avuto conoscenza oggettiva della reticenza, e non dal momento in cui l'assicuratore avrebbe potuto venirne a conoscenza se avesse esercitato l'ordinaria diligenza. Il punto di partenza del termine dipende da un elemento strettamente oggettivo (la conoscenza della reticenza) e non da un elemento soggettivo (il dovere di esercitare la dovuta diligenza) (Brulhart/Frésard-Fellay/Subilia, op.cit., n. 170 pag. 175/6).

Nel caso concreto, dunque, che la convenuta abbia atteso due mesi per sollecitare \_\_\_\_\_ a trasmettere la chiesta perizia non ha alcuna influenza sul diritto di recesso ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 LCA.

2.12. Occorre ora verificare, ai sensi dell'art. 6 cpv. 3 LCA, se vi è un nesso causale tra il fatto taciuto (in casu l'omessa indicazione da parte dell'attrice di essere stata in

trattamento presso gli psichiatri dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dr.med. \_\_\_\_\_) dall'attrice ed il danno alla salute (il disturbo dell'adattamento con reazione mista ansioso - depressiva) che ha causato l'incapacità lavorativa, presupposto affinché l'assicuratore sia liberato dall'obbligo di fornire le prestazioni contrattuali (l'esonero dal pagamento dei premi) antecedenti allo scioglimento il 25 luglio 2023 del contratto previdenziale.

Secondo la convenuta, nella risposta di causa, per la recessione contrattuale da noi effettuata a causa della reticenza, è sufficiente per la sua validità che vi sia una certa connessione tra il fatto dichiarato erroneamente e l'attuale incapacità lavorativa, cosa che è chiaramente presente in questo caso.

Tuttavia, sulla base degli atti all'inserto, secondo questa Corte una certa connessione o meglio un nesso causale ai sensi dell'art. 6 cpv. 3 LCA non può essere ammessa. Questo per i motivi che seguono.

Innanzitutto, anche volendo ammettere per ipotesi di lavoro disturbi psichici già in età adolescenziale e quindi ammettere un motivo di reticenza con riferimento al trattamento ricevuto dall'attrice presso gli psichiatri dr. med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med. Züllig (cfr. consid. 2.9) non è dato sapere quale sia stata la diagnosi posta da entrambi (la convenuta non ha al riguardo prodotto alcuna refertazione). Dall'anamnesi della perizia 27 novembre 2011 del dr. \_\_\_\_\_ si evince unicamente che l'attrice riferisce che a causa della sua infanzia difficile sarebbe stata seguita per qualche tempo, quando era minorenne, presso il \_\_\_\_\_. Era poi stata presa a carico dallo psichiatra dr. \_\_\_\_\_ per alcune volte e poi era stata seguita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ (allora attiva anche a \_\_\_\_\_) (sottolineatura del redattore; doc. 1/H pag. 4), anamnesi ripresa dallo stesso psichiatra nelle già menzionate perizie del 3 marzo 2022, 13 novembre 2022 e 4 giugno 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_.

Solo decenni dopo, nel 2021, è emersa una problematica extra-somatica (invalidante). A tal proposito, nel rapporto 18 agosto 2022 la psichiatra curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, presso la quale è in cura dal 12 ottobre 2021, ha fatto presente che la paziente mi viene segnalata dal medico curante in quanto in seguito ad una possibile diagnosi di sclerosi multipla (processo diagnostico non ancora ultimato al momento della segnalazione), presenta un malessere ansioso-depressivo (pag. 59 inc. AI). Successivamente, nella citata prima perizia 27 novembre 2021 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha in effetti diagnosticato un disturbo dell'adattamento con reazione mista ansioso-depressiva (doc. I/H).

Di conseguenza, non può essere ammessa l'esistenza di un nesso causale tra l'omessa indicazione da parte dell'attrice di essere stata in trattamento dal dr. med. \_\_\_\_\_ e dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, rispettivamente dei motivi della presa a carico, e l'attuale invalidità psichiatrica.

In tal senso la petizione va accolta parzialmente.

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