

TI_GERICHTE 36.2005.9 vom 10. November 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-11-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2005.9

FR: TI_GERICHTE 36.2005.9 du 10 novembre 2005

IT: TI_GERICHTE 36.2005.9 del 10 novembre 2005

Regeste

Reticenza di un assicurato nella stipulazione di una polizza assicurativa. L'assicuratore ha 4 settimane di tempo dalla conoscenza positiva della reticenza per annullare il contratto. In concreto, l'assicuratore ha tardato a recedere dal contratto, perciò l'annullamento per reticenza non è valido

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 10.11.2005 36.2005.9 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 10.11.2005 36.2005.9 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 10.11.2005 36.2005.9

Reticenza di un assicurato nella stipulazione di una polizza assicurativa. L'assicuratore ha 4 settimane di tempo dalla conoscenza positiva della reticenza per annullare il contratto. In concreto, l'assicuratore ha tardato a recedere dal contratto, perciò l'annullamento per reticenza non è valido

Raccomandata Incarto n. 36.2005.9 TB Lugano 10 novembre 2005 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici con redattrice: Tanja Balmelli , vicecancelliera segretario: Fabio Zocchetti statuendo sulla petizione del 24 gennaio 2005 di AT 1 contro CV 1 in materia di assicurazione complementare contro le malattie ritenuto, in fatto che AT 1, 1948, il 26 settembre 2003 (doc. A) ha sottoscritto una proposta d'assicurazione e dichiarazione d'adesione per l'assicurazione obbligatoria di base per le cure medico-sanitarie (LAMal) e per alcune coperture complementari (LCA) presso CV 1, polizza n. _____; che le assicurazioni complementari scelte dall'assicurato, oggetto della vertenza in esame, sono regolarmente entrate in vigore il 1° gennaio 2004 ed hanno esplicato effetto (doc. 1); che il 3 settembre 2004 AT 1 è stato ricoverato d'urgenza presso la Clinica _____ di _____ per diverticolite acuta del sigma (doc. 6); che il 20 settembre 2004 (doc. 3) l'assicuratore malattia ha inviato al dr. med. _____ un questionario medico concernente la predetta ospedalizzazione, compilato il 23 settembre 2004 (doc. 5); che il 4 ottobre 2004 (doc. 4) anche il medico curante dell'assicurato, dr. med. _____, ha ricevuto un identico formulario relativo, però, ad una cura di convalescenza per dolori cervico-dorsali; che il 5 novembre 2004 (doc. 7) il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, ha diagnosticato all'assicurato una sindrome toraco-cervico-vertebrale recidivante, precisando che da diversi anni il paziente avvertiva dolenzia alla regione cervicale e che è nel 1991 che egli è venuto a conoscenza della diagnosi precisa della sua affezione, a cui ha fatto seguito il primo trattamento avvenuto il 22.11.91, ciò che ha comportato nel tempo due consulti reumatologici dal Dr. _____ nel 1999 e nel 2001 dal Dr. _____; tuttavia, l'assicurato non ha mai avuto perdite di giornate lavorative per questo problema specifico e per ora non si prevede un deterioramento importante; che

con scritto raccomandato del 22 novembre 2004 (doc. B), l'assicuratore ha informato AT 1 che dalle informazioni acquisite per il tramite del suo medico curante era possibile dedurre che egli soffriva di affezione della colonna vertebrale da alcuni anni ; che siccome tale affezione non sarebbe stata indicata dall'assicurato nell'apposita proposta d'assicurazione (con particolare riferimento alle domande n. 6b, 8 e 13 del predetto questionario), la dichiarazione d'adesione all'assicurazione complementare sarebbe inesatta e come tale configurerebbe una reticenza (doc. B); che in virtù dell'art. 6 LCA concernente la realizzazione di una situazione di reticenza, l'assicuratore è abilitato ad annullare retroattivamente il contratto d'assicurazione complementare; che nel caso di specie, l'assicuratore ha preferito concedere allo stipulante la possibilità di mantenere le sue coperture, ma a nuove condizioni (doc. B); che queste nuove condizioni prevedevano la sottoscrizione di una dichiarazione di consenso entro dieci giorni, trascorsi i quali l'assicuratore avrebbe ritenuto che l'interessato aveva rinunciato alle assicurazioni complementari stipulate (doc. B); che la dichiarazione di consenso, già compilata da CV 1, prevedeva che per le due coperture complementari scelte dall'assicurato, è esclusa dalla copertura complementare, a decorrere dal 1 gennaio 2004, l'affezione seguente: Affezione della colonna vertebrale ; la riserva è emessa per tutta la durata del contratto (doc. C); che il 1° dicembre 2004 (doc. D) il medico curante dell'interessato ha scritto all'assicuratore contestando l'operato di quest'ultimo, affermando in particolare che era stata una vostra collaboratrice a riempire in modo del tutto superficiale, mettendo una riga verticale nel casellario delle varie malattie e che il suo paziente aveva avuto soltanto problemi di lieve entità al Rachide e solo per scrupolo erano stati fatti controlli reumatologici. Infatti non ha mai perso un giorno d'attività lavorativa. Inoltre vi faccio notare che nonostante la proposta assicurativa del signor AT 1 fosse datata 26-09-2003, solo in ottobre 2004 avete chiesto il parere del medico curante, prassi che trovo estremamente scorretta ; che il 14 dicembre 2004 (doc. E) CV 1 ha comunicato all'assicurato di aver riesaminato il caso sulla scorta del nuovo referto del medico curante, ma che non vi erano i presupposti per modificare la propria posizione, per cui gli assegnava un ulteriore termine di cinque giorni per produrre la dichiarazione di consenso all'applicazione della citata riserva; che il 17 dicembre 2004 (doc. F) l'assicurato ha nuovamente contestato la presa di posizione dell'assicuratore ed ha chiesto di annullare la riserva retroattiva e, in caso negativo, di indicare almeno i rimedi di diritto per opporsi; che dopo aver sottoposto un'altra volta al proprio medico di fiducia la documentazione concernente l'assicurato, CV 1 ha confermato all'interessato di mantenere la riserva; che siccome entro il termine concesso l'assicurato non ha trasmesso per accettazione la dichiarazione d'adesione all'applicazione retroattiva della riserva sull'affezione della colonna vertebrale, il 24 dicembre 2004 (doc. G) l'assicuratore ha confermato l'annullamento del contratto d'assicurazione complementare con effetto retroattivo al 1° gennaio 2004; che con scritto del 24 gennaio 2005 (doc. I) AT 1 si è rivolto a questo TCA chiedendo l'annullamento della predetta riserva retroattiva, sostenendo di non aver mai sofferto di affezioni alla colonna vertebrale, ma solo di lievi disturbi, assolutamente di carattere ordinario nel vivere quotidiano e che soltanto per mero scrupolo il suo medico curante dr. med. _____ ha eseguito alcuni controlli reumatologici ; che questi lievi disturbi sono spariti, in quanto fattore di ordinaria amministrazione nel corso dell'esistenza, e gli esami reumatologici non sono stati (...) ritenuti di importanza fondamentale dal medico curante ; che questa riserva non sarebbe inoltre sufficientemente precisa e mirata, né circoscritta nei dettagli, non individuando la tipologia di affezione da ascrivere alla colonna vertebrale; che decidendo di annullare il contratto assicurativo per le

coperture complementari, l'assicuratore avrebbe illecitamente peggiorato la sua situazione; considerato in diritto che la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove), per cui il TCA può decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00); che secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal in vigore dal 1° gennaio 2003, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa; che la LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono diventate di diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA); che alla netta divisione materiale fra assicurazione sociale contro le malattie e assicurazioni complementari operata dalla LAMal, corrisponde un'altrettanto netta cesura dei rimedi giuridici: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa, per le seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile (SPIRA, *Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire*, *Revue suisse d'assurances / Schweizerische Versicherung-Zeitschrift*, 1995, N. 7/8, pagg. 192-200; SPIRA, *Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie*, *Sécurité sociale* 5/1995, pagg. 256-259; GREBER, *Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie*, in: *Revue de droit administratif et de droit fiscal*, 3/4, 1996, pagg. 225-251); che l'art. 75 della LCAMal prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA; che il TCA deve decidere se il 24 dicembre 2004 l'assicuratore ha correttamente annullato a causa di reticenza e con effetto retroattivo al 1° gennaio 2004, l'assicurazione complementari sottoscritte il 26 settembre 2003 dal proponente AT 1; che l'assicuratore fa valere che nella compilazione del formulario concernente lo stato di salute dell'attore, quest'ultimo avrebbe intenzionalmente omesso di dichiarare che già soffriva di un'afezione alla colonna vertebrale. La conoscenza di questo disturbo da parte del proponente precedentemente alla firma della proposta d'assicurazione costituirebbe una reticenza, che renderebbe nullo il contratto assicurativo in virtù dell'art. 6 LCA; che secondo l'art. 4 LCA, il proponente l'assicurazione deve dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario ed in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio, in quanto e come gli sia noto o debbano essergli noti alla conclusione del contratto; che il mancato rispetto di questa norma comporta, o può comportare a determinate condizioni, una reticenza; che secondo l'art. 6 LCA, infatti, 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; che l'art. 4 LCA è una norma di diritto dispositivo (artt. 97 e 98 LCA), per cui le CGA possono contenere delle regole meno severe per lo stipulante, come, per esempio, l'assicuratore può rinunciare ad esigere che le risposte del proponente siano date per iscritto; che, dal canto suo, l'art. 6 LCA è una norma semi imperativa alla quale non è possibile derogare in sfavore dell'assicurato (art. 98 LCA); che il termine di quattro settimane per notificare la recessione

dal contratto è un termine di perenzione (DTF 119 V 287), che decorre dalla conoscenza completa di tutti i punti relativi alla reticenza; che è compito dell'assicuratore apportare la prova della reticenza (DTF 72 II 124). Non bastano semplici sospetti, anche se gravi, di reticenza per stabilire la decorrenza del termine (DTF 118 II 333; SJ 1984 162; OLIVIER CARRÉ: *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, 2000, pag. 148). L'assicuratore agisce in tempo utile anche quando cerchi delle informazioni precise e receda dal contratto solo nelle quattro settimane che seguono la loro ricezione. Il termine decorre unicamente dalla conoscenza positiva della reticenza e non dal momento in cui l'assicuratore avrebbe potuto sapere o conoscere dell'esistenza della reticenza (in questo senso: DTF 119 V 283; DTF 118 II 333 consid. 3; DTF 116 V 218); il legislatore non ha voluto creare un dovere di diligenza particolare per l'assicuratore; che la reticenza può essere invocata anche dopo che sia subentrato l'evento assicurato (DTF 118 II 333; DTF 109 II 159; SJ 1984 164); che nel caso in cui si realizzino più reticenze, per ognuna di esse decorre un nuovo termine di quattro settimane dalla conoscenza effettiva della stessa da parte dell'assicuratore (DTF 109 II 159); che come rammenta Olivier Carré (op. cit., pag. 148-149), il termine di 4 settimane decorre se l'assicuratore apprende di un soggiorno in ospedale di un assicurato ed era a conoscenza dell'esistenza della malattia che l'assicurato aveva ommesso di indicare nella sua proposta d'assicurazione, non costituendo il ricovero – quanto piuttosto la malattia – il fatto importante per l'apprezzamento del rischio (TF in RUA XVII n. 8); che agisce con ritardo l'assicuratore che, orientato verso la conferma della reticenza, va alla ricerca di nuove informazioni che nulla apportano di nuovo alle sue conoscenze e non rispetta così il termine di 4 settimane (CARRÉ, op. cit., pag. 149; RUA XVII n. 8); che la reticenza deve essere riferita a fatti rilevanti. La legge presume importanti i fatti per i quali l'assicuratore abbia formulato domande scritte. Occorre comunque che le domande scritte poste siano precise e non equivoche; che l'assicuratore è autorizzato a porre domande su tutte le circostanze che sono di natura ad influenzare seriamente la sua determinazione d'accettare o rifiutare la proposta d'assicurazione (DTF 68 II 328, JdT 1943 I 241); che spetta all'assicuratore formulare con precisione e senza equivoci le domande relative ai fatti che gli sembrano importanti, nei confronti di chi deve dichiararli (OG ZH in RUA XIII n. 16); che il proponente deve indicare i fatti che conosce o che dovrebbe conoscere (TF in RUA VI n. 51). Egli deve menzionare i fatti importanti per l'apprezzamento del rischio, ma non tutti quelli che sono oggettivamente conosciuti al momento della conclusione del contratto. Non è infatti tenuto a dichiarare i fatti in merito ai quali non è stata posta nessuna domanda scritta (DTF 45 II 218) e nemmeno a fare delle dichiarazioni spontanee (DTF 116 V 218). Il proponente ha l'obbligo di rispondere soltanto alle domande che l'assicuratore ha formulato correttamente. Inoltre, egli non solo deve dichiarare i fatti che gli vengono in mente senza riflettere, ma anche quelli che non possono sfuggirgli se riflettesse seriamente alle domande dell'assicuratore (DTF 116 V 218; DTF 109 II 60); che il proponente può far capo alla sua ignoranza su un fatto non dichiarato solo se questa ignoranza non è dovuta ad una grave negligenza da parte sua (TF in RUA VI n. 51). La non attenzione o la negligenza del proponente danno luogo all'invocazione della reticenza da parte dell'assicuratore (sentenza ticinese pubblicata in RUA VII n. 50); che il proponente deve agire conformemente alle regole della buona fede, rispondendo alle domande poste (RUA VIII n. 41). Occorre quindi determinare in che misura il proponente poteva, in buona fede, dare una risposta negativa ad una domanda sottopostagli dall'assicuratore, secondo la conoscenza che egli aveva della situazione (DTF 96 II 204, JdT 1972 I 34); che, tuttavia, il proponente perde i suoi diritti anche quando ignora la falsità delle sue dichiarazioni, a condizione che

questa ignoranza implichi un errore da parte sua. Per contro, non c'è un errore del proponente quando egli omette di dichiarare dei fatti conosciuti da parte di soli professionisti, oppure quando egli attribuisce in buona fede ad un termine il senso che assume correntemente, senza preoccuparsi del suo significato tecnico (DTF 116 II 338, DTF 96 II 204, JdT 1972 I 34); che, nel caso concreto, CV 1 ha espressamente chiesto al medico curante dell'attore di fornire informazioni sulla cura di convalescenza per dolori cervico-dorsali (doc. 7); che non v'è modo di sapere quando questo questionario, compilato il 5 novembre 2004 dal dr. med. _____, sia pervenuto all'assicuratore e quindi quando quest'ultimo abbia preso conoscenza della sindrome di cui è affetto l'attore; che tuttavia la questione non impone verifica dettagliata siccome, al più tardi, la risposta del dott. _____ è giunta all'assicuratore il 22 novembre 2004; che il 22 novembre 2004 (doc. B) l'assicuratore ha comunicato all'attore di aver saputo, per il tramite del citato dr. _____, che egli soffrirebbe di problemi alla colonna vertebrale; che questa informazione può essere ritenuta topica, poiché definisce con certezza il momento dal quale decorrono le quattro settimane previste dall'art. 6 LCA, entro le quali l'assicuratore deve recedere dal contratto assicurativo nell'ipotesi in cui venga a conoscenza della reticenza dell'assicurato; che è vero che con il successivo scritto del 14 dicembre 2004 (doc. E) l'assicuratore ha nuovamente avvisato l'attore delle conseguenze a cui andava incontro, nell'eventualità in cui non avesse accettato l'introduzione nel contratto assicurativo di una reticenza riguardante le affezioni della colonna vertebrale; che, ciò nonostante, è soltanto con l'ultimo scritto del 24 dicembre 2004 (doc. G) che CV 1 ha effettivamente rescisso il citato contratto d'assicurazione complementare, annullandolo con effetto retroattivo al 1° gennaio 2004; che anche ipotizzando che è solo dal 22 novembre 2004 che l'assicuratore è venuto a conoscenza della reticenza imputata all'attore, il tempo intercorso da questo istante fino al momento della decisione di recedere effettivamente dal contratto è superiore alle quattro settimane previste dalla legge e perfino dall'art. 10 CGA, che riprende testualmente la lettera dell'art. 6 LCA; che, pertanto, non tutti gli elementi costitutivi del summenzionato disposto art. 6 LCA sono adempiuti; che, di conseguenza, parte convenuta non è legittimata a recedere dal contratto assicurativo stipulato con AT 1 per reticenza per quanto concerne le due coperture complementari; che, quindi, il contratto d'assicurazione complementare derivante dalla polizza n. _____ è validamente in vigore dal 1° gennaio 2004; che, stante le considerazioni che precedono, la petizione dell'attore va integralmente accolta; che non si fa luogo all'attribuzione di ripetibili all'attore, non essendo patrocinato; che l'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. L'OG contempla in particolare la possibilità di adire il Tribunale Federale contro giudizi cantonali (art. 48 OG) in procedure di carattere non pecuniario in ambiti specifici (art. 44 OG). Rispettivamente è ammissibile il ricorso per riforma in procedure pecuniarie in specifici ambiti del diritto senza riguardo al valore pecuniario (art. 45 OG); che l'art. 46 OG precisa che "Nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora 8'000 franchi almeno."; che nella fattispecie, il valore litigioso è rappresentato dall'importo massimo complessivo che l'attore è chiamato a versare alla convenuta fino al 31 dicembre 2008 - ossia per la durata minima di cinque anni del contratto prevista dall'art. 13 cpv. 1 CGA; che sono fatti salvi, prima di allora, un eventuale sinistro o un eventuale aumento dei premi LCA che permetterebbero allo stipulante di rescindere

anticipatamente il contratto assicurativo in essere (art. 13 cpv. 2 CGA rispettivamente art. 29 CGA); che per il 2004 l'attore ha pagato un premio mensile di Fr. 239,10 (Fr. 204.- + Fr. 35,10), per cui il limite massimo dei premi LCA che egli dovrà versare a CV 1 per gli anni 2004-2008 è superiore ai succitati Fr. 8 ' 000.-; che sono quindi dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna; che, infine, secondo l'art. 47 cpv. 4 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; che con lettera del 14 agosto 2003 l'UFAP ha rammentato al TCA l'obbligo di trasmettere tutte le sentenze inerenti il diritto privato emesse, precisando che l'Ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le stesse; che alla luce della citata Legge e dello scritto dell'UFAP, s'impone quindi di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. La petizione è accolta. § Di conseguenza il contratto assicurativo concluso fra AT 1 e CV 1, polizza n. _____ esplica i suoi effetti senza riserva alcuna. 2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non si attribuiscono ripetibili. 3. Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna. Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna ai sensi degli artt. 43 segg. della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG). terzi implicati Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice delegato Il segretario Ivano Ranzanici Fabio Zocchetti

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