



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI TERAMO

Il Tribunale ordinario di Teramo – Sezione civile - in composizione monocratica, in persona del giudice dott.ssa Daniela d’Adamo, nell’udienza del 9.10.2024, ha pronunciato

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 415/2017 del Ruolo generale affari contenziosi dell’anno 2017

tra

PARTE I [REDACTED], nata a [REDACTED] i [REDACTED], [REDACTED], nata a [REDACTED] il [REDACTED] e [REDACTED], nato a [REDACTED] il [REDACTED], nella loro qualità di eredi legittimi del Sig. [REDACTED], nato a [REDACTED] il [REDACTED] e deceduto il [REDACTED] tutti rappresentati e difesi dall’Avv. [REDACTED] e domiciliati presso il suo studio, in [REDACTED], via [REDACTED];

-Attori-

E

PARTE II [REDACTED], con sede legale in [REDACTED] (Partita IVA [REDACTED] – Cod. Fisc. [REDACTED]), in persona del legale rappresentante pro-tempore, rappresentata e difesa, unitamente come disgiuntamente, dall’Avv. [REDACTED] e Avv. [REDACTED] e dall’Avv. [REDACTED], domiciliata presso lo studio di quest’ultima, sito in [REDACTED]

-convenuto-

CONCLUSIONI:

per parte attrice:

“*Voglia l’Onorevole Tribunale adito, contrariis reiectis, premesse ed espletate le incombenze istruttorie, in accoglimento della domanda attorea e per le causali di cui in narrativa:*



accertato e dichiarato il diritto degli attori ad essere indennizzati per il decesso del Sig.

PARTE I ai sensi e per gli effetti della polizza vita assicurativa “**PARTE I**” n. **PARTE I** in essere con la **PARTE II** in persona del suo legale rapp.te p.t., condannare quest’ultima al pagamento in favore degli attori della somma di € **PARTE I** ovvero di quella maggiore o minore che risulterà in corso di causa o che apparirà di giustizia, in una con interessi moratori e/o legali e rivalutazione monetaria dalla data del decesso all’effettivo saldo, anche oltre i limiti del massimale.

rigettare le eccezioni e domande riconvenzionali proposte dalla **PARTE II** in quanto tardive, inammissibili e, comunque, infondate in fatto ed in diritto;

IN OGNI CASO:

con vittoria di spese, rimborso forfettario, diritti ed onorari di lite, da distrarre in favore del sottoscritto procuratore che si dichiara antistatario” per parte convenuta:
per parte convenuta:

“ NEL MERITO IN VIA PRINCIPALE

Compiuto ogni necessario accertamento, accertata e dichiarata la falsità e reticenza delle dichiarazioni circa il proprio stato di salute rese, con dolo o comunque colpa grave, da parte del Sig.

PARTE I al momento della stipulazione della polizza oggetto di causa, conseguentemente confermato l’intervenuto annullamento ai sensi dell’art. 1892 c.c. e/o comunque l’inefficacia della polizza n. **PARTE I** oggetto di causa, per l’effetto **rigettarsi integralmente** le pretese tutte di parte attrice in quanto infondate in fatto e diritto.

NEL MERITO IN VIA SUBORDINATA

In via subordinata, fermo il diritto di manleva da esercitarsi in separata ed autonoma sede nei confronti del Terzo **PARTE III** ove accertata la non genuinità delle sottoscrizioni fatte apporre dalla Terza chiamata al de cuius sulla polizza n. **PARTE I** qualora il Tribunale dovesse accertare una qualsivoglia obbligazione in capo ad **PARTE II** nei confronti degli eredi, **accertarsi** l’entità dell’indennità ritenuta eventualmente dovuta da **PARTE II** nella minor somma risultante dalla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il reale stato di salute del Sig. **PARTE I**, con rigetto di ogni diversa ulteriore pretesa”.

OGGETTO: assicurazione contro i danni

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE



Con atto di citazione ritualmente notificato, **PARTE I**,
PARTE I, in qualità di eredi del defunto **PARTE I**, hanno chiamato in giudizio **PARTE II** ivi deducendo:

- che in data **PARTE I** il de cuius, in vita al tempo, stipulava contratto di prestito personale con la **PARTE III**;
- che, in quel contesto, il personale dell'istituto bancario imponeva al **PARTE I** di contrarre una polizza per garantire la restituzione del finanziamento in caso di eventi avversi che avessero impedito di onerare alle prestazioni rateali periodiche;
- che la suddetta polizza, stipulata con la compagnia evocata in giudizio, prevedeva l'integrale copertura del debito residuo in caso di morte, invalidità permanente o invalidità temporanea totale;
- che, nell'ottobre dello stesso anno, il de cuius si ammalava di leucemia linfatica cronica che lo conduceva al decesso, avvenuto in data **PARTE I**;
- che gli attori, venuti a conoscenza dell'esistenza della polizza solo dopo la morte del congiunto, comunicavano l'evento infausto e chiedevano, contestualmente, l'interruzione del pagamento delle rate del premio assicurativo e comunicavano di voler avvalersi dei benefici della polizza, mediante la corresponsione, da parte della Compagnia, delle rate di finanziamento nei confronti dell'istituto di credito erogante;
- che **PARTE II** si rifiutava provvedere e, dunque, i medesimi erano onerati di far fronte al pagamento del residuo, pari ad euro **PARTE I**;
- che, in ogni caso, dovevano essere disconosciute le firme apposte sulle pagine da 2 a 9 del contratto di polizza, il quanto non autografe ex art. 214 co. 2 c.p.c.

Hanno, pertanto, chiesto di accertare il diritto al pagamento dell'indennizzo assicurativo, non erogato, indebitamente, dalla compagnia convenuta.

Si è costituita in giudizio tardivamente **PARTE II** la quale ha eccepito: a) che, nei documenti di Polizza, il **PARTE I** ometteva completamente di indicare di essere stato affetto da leucemia linfatica cronica, a fronte della quale, nel 2008, era stato sottoposto a chemioterapia; b) che, infatti, nel fascicolo informativo allegato al contratto di polizza, egli dichiarava di versare in buono stato di salute e, soprattutto, di non essere stato affetto da malattie psico-fisiche che avessero determinato postumi invalidanti od imposto la necessità di controlli periodici clinici o strumentali; c) che, pertanto, la Compagnia assicurativa sarebbe legittimata, ex art. 1892 c.c. co 3, a rifiutare il pagamento, stante le reticenze poste in essere dal *de cuius* circa il pregresso stato patologico, dal momento che l'assicuratore certamente non avrebbe prestato il proprio consenso se avesse saputo della compromissione dello stato di salute del **PARTE I**.



Chiedeva, pertanto, il rigetto della domanda attorea ed articolava eccezione di annullamento del contratto ex art. 1892 c.c facendo richiesta di chiamata in giudizio della Banca che aveva erogato il finanziamento.

Autorizzata la chiamata e costituitasi in giudizio la **PARTE III**, alla prima udienza ante-Cartabia, il precedente titolare del ruolo provvedeva alla separazione dei procedimenti e rinviava l'odierno giudizio per l'ammissione dei mezzi istruttori.

La causa veniva istruita mediante audizione di testimoni, CTU medico-legale e CTU grafologica. Pervenuta sul ruolo dell'odierno giudicante in data 16.2.2024 la stessa veniva trattenuta in decisione il 9.10.2024 con concessione dei termini per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

Con comparsa conclusionale parte attrice ha infine, per la prima volta, eccepito la nullità della clausola informativa contenuta nel prospetto allegato al contratto di polizza, a fronte della vessatorietà della stessa in quanto contenente indicazioni eccessivamente vaghe e generiche, come quelle inerenti allo stato di salute.

*

Preliminarmente occorre evidenziare come, a seguito della separazione dell'odierno giudizio con quello inerente alla richiesta di manleva articolata da **PARTE II** nei confronti della **PARTE III** (proposta con autonoma domanda di garanzia impropria) disposta sulla scorta di quanto previsto dall'art. 103 c.p.c., l'odierno giudizio verta esclusivamente sulla azione originariamente introdotta dagli attori nei confronti della compagnia assicurativa.

In secondo luogo, e sempre in via preliminare, occorre pronunciarsi sulla dedotta eccezione, articolata da parte attrice, relativa alla tardiva costituzione di parte convenuta ed alla conseguente impossibilità, per la stessa, di articolare domande riconvenzionali od eccezioni in senso stretto.

Ebbene, è necessario chiarire, soprattutto a fronte di una certa erronea sovrapposizione di paradigmi giuridici differenti, che, nel costituirsi in giudizio tardivamente, l'assicuratore ha, da una parte, chiesto il rigetto della domanda attorea, e ciò in quanto le reticenze del **PARTE I** sul proprio stato di salute avrebbero legittimato, sulla scorta di quanto disposto dall'art. 1892 co. 3, il rifiuto di far fronte al pagamento dell'indennizzo una volta verificatosi il sinistro dedotto nel contratto assicurativo, e, dall'altra, ha proposto eccezione di annullamento di detto contratto deducendo che, qualora la **PARTE II** fosse stata a conoscenza del pregresso stato patologico del de cuius, non avrebbe prestato il proprio consenso alla stipula della polizza ovvero, quantomeno, non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni.

Paraltro, per orientamento assolutamente risalente e pacifico (conforme al dettato letterale della disposizione invocata), nel caso di inesatta descrizione del rischio compiuta con dolo o colpa



grave, l'assicuratore può: chiedere l'annullamento del contratto, se accerta il reale stato delle cose prima che si verifichi il sinistro, ovvero rifiutare legittimamente il pagamento dell'indennizzo, se accerta il reale stato delle cose dopo tale momento. In questa seconda ipotesi, se il sinistro si verifica prima che l'assicuratore abbia appreso della reticenza o dell'inesattezza, ovvero dopo tale momento, ma prima che sia decorso il termine di tre mesi per l'impugnazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento dell'indennizzo e, se convenuto in giudizio dall'assicurato, può sempre eccepire la sussistenza dell'inesattezza o della reticenza, senza necessità di previa impugnazione del contratto con l'azione di annullamento (Cass. 4 marzo 2003 n. 3165, Cass. 25 marzo 1999 n. 2815, Cass. 24 marzo 1997 n. 2576; Cass. 17 agosto 1990 n. 8373; in tali ipotesi, al fine di sottrarsi al pagamento dell'indennizzo, è sufficiente che l'assicuratore invochi, anche mediante eccezione, la violazione dolosa o colposa dell'obbligo posto a carico dell'assicurato di rendere dichiarazioni complete e veritiere sulle circostanze relative alla rappresentazione del rischio (cfr. cass. n. 16406/10).

Ebbene, appare evidente come l'eccezione di annullamento articolata dal convenuto sia inammissibile, trattandosi di eccezione in senso stretto passibile di essere introdotta nei termini decadenziali di cui all'art. 167 c.p.c.

È altresì evidente, in ogni caso, come la stessa non sarebbe stata comunque accoglibile dal momento che l'assicuratore, nel caso di specie, è venuto a conoscenza della reticenza solo a seguito della verifica della morte del **PARTE I**, quale elemento avverso dedotto nel contratto di polizza.

Con riferimento, invece, all'eccezione volta a paralizzare la debenza del pagamento dell'indennizzo assicurativo, di cui al co. 3 del medesimo art. 1892 c.c., occorre rilevare che, per giurisprudenza pressochè unanime, che si ritiene di condividere in questa sede, l'allegazione dell'assicuratore riguardante l'esclusione della garanzia secondo le previsioni contrattuali integra un'eccezione in senso lato, risolvendosi nella contestazione della mancanza di prova del fatto costitutivo, per cui è irrilevante, sotto questo profilo, la costituzione tardiva di **PARTE II**

Ed infatti: *“l'onere imposto dall'art. 1892 c.c. all'istituto assicuratore di manifestare, allo scopo di evitare la decadenza, la propria volontà di esercitare l'azione di annullamento del contratto, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto la causa di annullabilità, non sussiste nel momento in cui il sinistro si verifichi prima che sia decorso il termine ed ancor più nel caso in cui il sinistro si verifichi prima che l'assicuratore sia venuto a conoscenza dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione. Ed infatti, in siffatta ipotesi, è sufficiente per la compagnia di assicurazioni, al fine di sottrarsi al pagamento dell'indennità, che la medesima invochi, anche mediante eccezione, la violazione dell'obbligo posto a carico dell'assicurato”* (Cass. civ. sent. 17.02.2014, n. 3622).



Le contestazioni relative alla mancanza di copertura assicurativa costituiscono una mera difesa della compagnia di assicurazioni per contestare il diritto dell'attore di richiedere ed ottenere l'indennizzo e, come tali, sono state ritualmente proposte nella comparsa di costituzione e risposta per contestare i fatti costitutivi della pretesa attrice, non necessitando, ai fini della loro validità, una costituzione almeno venti giorni prima dell'udienza. L'eccezione, o meglio, le mere difese svolte dalla compagnia di assicurazioni, costituiscono una eccezione in senso lato, secondo la distinzione operata nella sentenza della Cassazione a Sezioni Unite n. 1099/1998 e, come tali, non soggette alle decadenze di cui all'art. 167 c.p.c.

D'altro canto, il sindacato sulla presenza di reticenze che escludono l'insorgenza del diritto ad ottenere l'indennizzo assicurativo non può che rientrare nel potere del Giudice di ponderare i fatti costitutivi del diritto azionato.

Ebbene, ciò premesso, nel merito la domanda va rigettata.

Indipendentemente dagli esiti della CTU grafologica – per vero priva di alcun rilievo istruttorio in questa sede, dal momento che l'eventuale accertamento della non autografia della firma avrebbe, semmai, determinato l'inoperatività della polizza e, quindi, l'assenza di alcun diritto a richiedere il pagamento dell'indennizzo – dalla documentazione versata in atti è emerso che il **PARTE I** abbia omesso di fornire informazioni dirimenti sul proprio antecedente stato di salute che, sulla scorta di un giudizio prognostico controfattuale, avrebbero indotto la stessa compagnia a non stipulare il negozio o, quantomeno, a stipularlo a condizioni diverse.

Ebbene, secondo il disposto dell'art. 1892 c.c., la reticenza dell'assicurato è causa di annullamento negoziale (e legittima il rifiuto al pagamento dell'indennizzo) quando si verificano cumulativamente tre condizioni: a) che la dichiarazione sia inesatta o reticente; b) che la dichiarazione sia stata resa con dolo o colpa grave; c) che la reticenza sia stata determinante nella formazione del consenso dell'assicuratore (cfr. Cass. n. 25582 del 30/11/2011; Cass. n. 12086 del 10/06/2015; Cass. n. 416\2017).

L'inesattezza delle informazioni fornite in sede di stipula è emersa per tabulas, avendo il de cuius omesso informazioni dirimenti sulla precedente complicata situazione patologica (pur oggetto di specifica richiesta).

È parso, altresì, irrilevante, a fini istruttori, l'espletamento della CTU medico legale, dal momento che il tema d'indagine non è e non doveva essere comprendere se la leucemia intervenuta nel 2014 avesse cagionato la morte, la circostanza è ovviamente incontestata, né, tantomeno, se al momento della stipula il **PARTE I** versasse in buono stato di salute ma, per quanto concerne l'odierno giudizio, se l'informativa inerente alla pregressa malattia fosse un dato



rilevante sul proprio stato patologico che necessitasse di essere portata a conoscenza dell'assicuratore.

Ebbene, a tal proposito, nel modulo allegato al contratto, relativo alle dichiarazioni dell'assicurato, emerge inequivocabilmente come fosse interesse della Compagnia avere informazioni circa la storia clinica del de cuius, e dei dati inerenti al proprio stato di salute che avessero avuto impatto determinante, cagionato postumi invalidanti e che avessero richiesto l'espletamento di specifici controlli periodici, stante la loro evidente attitudine ad incidere sul margine di rischio assicurato (a fronte della possibilità, ben nota, che molte patologie, fisiche e psichiche, possano recidivare o determinare complicanze). Tali informazioni sono state omesse dal contraente, avendo egli dichiarato, nell'apposito modulo, di non dover fornire elementi in tal senso.

Ad ogni buon conto , occorre precisare che: *“per valutare la correttezza del comportamento assunto dall'assicurato in rapporto agli obblighi informativi cui era tenuto nello stipulare la polizza, il giudice deve porre la sua attenzione sugli elementi denotanti le condizioni di salute, presenti al tempo della sottoscrizione della polizza, già noti o conoscibili da parte dell'assicurato in base a un criterio di ordinaria di diligenza, senza tener conto di quanto accaduto ex post se non in termini di ulteriore elemento di riscontro circa il collegamento logico -temporale con lo stato pregresso di salute”* (cfr. Cassazione civile sez. III - 05/10/2018, n. 24563); ed ancora: *“in tema di annullamento del contratto di assicurazione per reticenza o dichiarazioni inesatte ex art. 1892 cod. civ., non è necessario, al fine di integrare l'elemento soggettivo del dolo, che l'assicurato ponga in essere artifici o altri mezzi fraudolenti, essendo sufficiente la sua coscienza e volontà di rendere una dichiarazione inesatta o reticente; quanto alla colpa grave, occorre invece che la dichiarazione inesatta o reticente sia frutto di una grave negligenza che presupponga la coscienza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza in uno con la consapevolezza dell'importanza dell'informazione, inesatta o mancata, rispetto alla conclusione del contratto ed alle sue condizioni”* (cfr. Cassazione civile sez. III - 10/06/2015, n. 12086).

Ebbene, sulla scorta di un vaglio presuntivo, è possibile ritenere che l'omissione di un'informazione così dirimente circa il proprio pregresso stato di salute, non possa che essere ricondotta ad una grave negligenza dell'assicurato, sia per la pregnanza dell'omissione (trattandosi di una patologia molto grave, tale per cui si esclude che essa potesse essere oggetto di mera dimenticanza) e anche perché, sia nel contratto di polizza che nel modulo allegato, veniva esplicitata e specificata l'importanza delle informazioni fornite in quella, tale per cui non può che ritenersi gravemente colposa la condotta del contraente non avvedutosi delle stesse (si veda la sezione AVVERTENZE del contratto, in cui si esplicita che l'informativa reticente o non veritiera



avrebbe potuto compromettere l'operatività della polizza, ovvero, ancora, la medesima indicazione contenuta nel modulo allegato, alla lett. b) appositamente evidenziata e sottolineata). D'altro canto, in ordine all'ultimo requisito, di ordine controfattuale, volto ad accertare se, qualora l'assicuratore avesse avuto conoscenza dell'informazione omessa non sarebbe addivenuto alla stipula ovvero avrebbe stipulato a condizioni diverse, occorre precisare come: *“la predisposizione di un questionario da parte dell'assicuratore, benché non abbia la funzione di “tipizzare” le possibili cause di annullamento del contratto di assicurazione per dichiarazioni inesatte o reticenti, evidenzia tuttavia l'intenzione dell'assicuratore di annettere particolare importanza a determinati requisiti e richiama l'attenzione del contraente a fornire risposte complete e veritiere sui quesiti medesimi e, quindi, dev'essere valutata dal giudice in sede di indagine sul carattere determinante, per la formazione del consenso, dell'inesattezza o della reticenza (cfr. Cass. 12\5\1999 n. 4682). In altri termini, il contratto di assicurazione è annullabile per reticenza o dichiarazioni inesatte ex art. 1892 c.c. quando l'assicurato abbia con coscienza e volontà omesso di riferire all'assicuratore, nonostante gli sia stata rivolta apposita domanda, circostanze suscettibili di esercitare una effettiva influenza sul rischio assicurato, non essendo necessaria anche la consapevolezza di essere affetto dalla specifica malattia che abbia poi dato luogo al sinistro (ex multis, Trib. Salerno, sent. n. 618/2020).*

Ebbene, nel caso di specie, risulta evidente come il complessivo stato di salute (attuale e progressivo) fosse un dato dirimente ai fini della stipula del contratto alle condizioni pattuite; ciò è reso inequivocabile dalla espressa indicazione, sia nel contratto assicurativo che nel modulo informativo allegato, che la reticenza sugli elementi inerenti allo stato di salute avrebbe avuto, quale conseguenza, la mancata attivazione dell'indennizzo e la vanificazione degli effetti del contratto.

Peraltro, il giudizio sulla rilevanza delle dichiarazioni inesatte o sulla reticenza del contraente, implicando un apprezzamento di fatto, è riservato al giudice di merito ed è censurabile in sede di legittimità solo se non sia sorretto da una motivazione logica, coerente e completa (Cass. 2011, n. 25582, Cass. 2006, n. 7245).

Da quanto sopra esposto è possibile concludere, a parere dell'odierno giudicante, che l'informazione reticente fosse assistita da dolo e/o colpa grave e che la stessa fosse stata determinante del consenso prestato rispetto alla stipula del contratto assicurativo.

Con riferimento all'eccezione articolata dagli attori in comparsa conclusionale, la stessa può essere oggetto di vaglio, trattandosi di questione (di nullità) passibile di rilievo officioso, ma è infondata nel merito, dal momento che, in primis, quella in esame non è propriamente una clausola contrattuale, ma integra un quesito contenuto in un modulo informativo compilato dal contraente,



e, dall'altro lato, non è dato comprendere in che modo la stessa avrebbe limitato la responsabilità contrattuale del professionista.

L'informazione richiesta nell'ambito di detto modulo, infatti, appare sufficientemente concisa nella misura in cui specifica, nel prosieguo della casella deputata ad acquisire l'informazione, cosa si intendesse per "buono stato di salute", attuale o pregresso, esulando da ciò: i postumi invalidanti che avessero ridotto l'integrità psico-fisica (con conseguente invalidità o inabilità) nonché quelli (come nel caso di specie) che avessero imposto controlli clinici o strumentali periodici ed avessero condotto all'assunzione continuativa di farmaci.

Con riferimento, poi, all'ultima deduzione, surrettiziamente introdotta da parte attrice solo con comparsa conclusionale, impedendo, anche in questo caso, di esercitare validamente il contraddittorio sul punto, il dato dell'omesso deposito dell'originale del contratto in sede di CTU è irrilevante, dal momento che l'accoglimento di detta doglianza condurrebbe, come è logico, a considerare inoperante la polizza e, pertanto, a rigettare la stessa domanda attorea.

Visto l'esito del giudizio è da rigettare la domanda articolata ex art. 96 c.p.c.

Le spese di lite seguono la soccombenza e devono essere liquidate sulla scorta del *disputandum*, prendendo in considerazione i parametri medi dello scaglione di riferimento e sono liquidate come in dispositivo.

Le spese delle espletate CTU sono poste definitivamente a carico degli attori soccombenti.

Per Questi Motivi

Il Tribunale di Teramo, sez. civile, in persona del giudice, dott.ssa Daniela d'Adamo, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da **PARTE I**,
PARTE I nei confronti di **PARTE II**

- rigetta la domanda articolata;
- condanna gli attori in solido al pagamento delle spese di lite, che si liquidano in euro **PARTE I** a titolo di compensi professionali, oltre spese generali IVA e CPA come pe legge;
- pone definitivamente a carico degli attori in solido le spese delle CTU espletate, liquidate come da separato decreto.

Così deciso in Teramo, 31.12.2024

**Il giudice Dott.ssa
Daniela d'Adamo**

