

**Abstract.** *L'art. 1892 c.c. attribuisce alla compagnia assicuratrice la facoltà di chiedere l'annullamento del contratto qualora l'assicurato abbia reso, con dolo o colpa grave, dichiarazioni inesatte o reticenti rilevanti ai fini della reale rappresentazione e valutazione delle circostanze del rischio assicurato. Qualora il sinistro si verifichi dopo che l'assicuratore abbia appreso della reticenza o dell'inesattezza, ma prima che sia decorso il termine di tre mesi per l'impugnazione del contratto, la compagnia assicurativa non è tenuta al pagamento dell'indennizzo e, qualora sia convenuta in giudizio, può sempre eccepire 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. L'onere di denuncia delle circostanze rilevanti, tra cui lo stato di salute dell'assicurato al momento della stipula della polizza e l'assenza di malattie, sorge qualora l'assicurazione manifesti la volontà di conoscere gli stati rilevanti che possano condizionare il suo impegno contrattuale, interesse che è sufficientemente manifestato attraverso un generico questionario, volto a stimolare la dichiarazione della controparte. Ne consegue che la mancata comunicazione da parte dell'assicurato, al momento della dichiarazione, delle proprie pregresse e non lievi patologie configuri una grave violazione degli obblighi di buona fede e correttezza che gravano sulle parti contraenti, ivi compreso il consumatore-contraente debole nonché, allo stesso tempo, una reticenza in ordine al proprio stato di salute rilevante ai fini dell'art. 1892 c.c.*

\*\*\*\*\*

**TRIBUNALE DI PERUGIA  
SEZIONE SECONDA CIVILE**

nella persona del:  
Dott. - Giudice -  
ha pronunciato la seguente:

**SENTENZA**

nella causa iscritta al n. R.G. (...) /2015 tra:

P.M., B.B.B., B.B.M., tutte rappresentate e difese dall'avv. R.R., ed elettivamente domiciliate in Perugia, via (...) n. (...) (studio dell'avv. U.A.), giusta delega in atti;

- attori -

**contro**

CNP UNICREDIT VITA S.P.A., in persona del suo legale rappresentante *pro tempore*, rappresenta e difesa dall'avv. F.N.F., ed elettivamente domiciliata presso il proprio procuratore all'indirizzo PEC (...);

- convenuto -

CONCLUSIONI: le parti hanno concluso come da verbale di precisazione delle conclusioni del 25.11.2020 e da note di trattazione scritta depositate rispettivamente in data 16.11.2020 e in data 19.11.2020, entrambe qui da intendersi integralmente richiamate e trascritte.

### **RAGIONI IN FATTO ED IN DIRITTO DELLA DECISIONE**

1. Le sig.re P.M., B.B.B. e B.B.M. hanno convenuto in giudizio la CNP Unicredit Vita s.p.a. chiedendone la condanna al pagamento della somma di Euro 68.120,01 dovuta a titolo di liquidazione della polizza assicurativa rischio morte denominata (*Omissis*), e sottoscritta in concomitanza alla stipula del finanziamento.

1.1. A sostegno della propria domanda, le attrici hanno dedotto che in data 26.09.2012, il sig. B.B.G. aveva sottoscritto una polizza assicurativa con CNP Unicredit Vita s.p.a. rischio morte e IPT, denominata (*Omissis*), a copertura di un mutuo stipulato con Banca Unicredit.

Deducono, ancora, che la suddetta polizza prevedeva il pagamento in un'unica soluzione da parte della compagnia assicurativa del capitale residuo del mutuo in essere alla data del sinistro, in caso di decesso o invalidità permanente da infortunio o malattia dell'assicurato che dovessero verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della copertura assicurativa.

Riferiscono, ancora, le attrici che in data (*Omissis*) è deceduto il sig. B.B. e di aver pertanto formalmente denunciato la circostanza, aprendo il sinistro, alla CNP Unicredit Vita s.p.a. per ottenere, quali beneficiarie della polizza, la liquidazione dell'indennizzo.

Nondimeno, proseguono le attrici, in seguito alla denuncia l'assicuratore, con raccomandata del 25.02.2013, ha dichiarato di non poter dar corso alla liquidazione dell'indennizzo richiesto, essendo emerso che l'assicurato, al momento della sottoscrizione della polizza, non godesse di buona salute in base ai punti elencati nelle dichiarazioni dell'assicurato.

Nel corso del carteggio stragiudiziale, le attrici hanno rappresentato che in realtà il contraente, al momento della stipula, godeva di buona salute e non era sottoposto a nessun trattamento medico, rilevando, altresì, che il modulo firmato dal sig. B. non configurasse un valido questionario anamnestico con quesiti precisi, ma era un generico questionario di polizza, peraltro sottoscritto senza alcuna informativa al cliente.

Nondimeno, avendo l'assicurazione ribadito l'impossibilità di dare corso alla richiesta di liquidazione, sull'assunto l'assicurato aveva omesso di dichiarare, in sede di sottoscrizione, l'esistenza di patologie già diagnosticate che avrebbero determinato una differente valutazione del rischio da parte della compagnia assicurativa, le attrici si sono rivolte al Tribunale di Perugia, rassegnando le conclusioni di cui all'atto di citazione, e sopra sinteticamente compendiate.

1.2. Si è costituita la CNP Unicredit Vita s.p.a., contestando la fondatezza della domanda ed opponendo, innanzitutto, l'inoperatività del contratto assicurativo ai sensi dell'art. 1892 c.c., in quanto il sig. B.B., in occasione dell'adesione al contratto assicurativo, aveva omesso di precisare di essere affetto da diabete mellito e da ipertensione arteriosa.

In secondo luogo, la convenuta ha rilevato che la copertura non opererebbe in ragione dell'art. 7.1 del contratto assicurativo a mente del quale la copertura è esclusa se il decesso sia stato causato da malattie e/o sia conseguenza di situazioni patologiche o di lesioni già diagnosticate all'assicurato al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione; in questo caso, sostiene l'assicuratore, vi sarebbe una stretta correlazione tra le malattie, da cui era affetto l'assicurato, e il successivo il decesso avvenuto per shock cardiogeno.

1.3. La causa è stata trattata con lo scambio delle memorie di cui all'art. 183 c.p.c., comma 6, ed istruita mediante produzioni documentali e l'escussione di testi richiesti dalle parti ed ammessi nei limiti della loro rilevanza.

Quindi, mutato il giudice istruttore nella persona fisica, il procedimento è stato assegnato allo scrivente già per la precisazione delle conclusioni; disposto un differimento dell'udienza sia

in ragione di esigenze di calendarizzazione sia in ragione del sopraggiungere dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus Sar-Cov-2, la causa è stata chiamata dinanzi lo scrivente per la prima volta all'udienza del 25 novembre 2020 ove, precisate le conclusioni, è stata trattenuta in decisione, con assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c..

Sul piano della dinamica processuale, si osserva unicamente che all'incombente si è proceduto secondo le forme della cd. trattazione cartolare.

2. La domanda è infondata.

E', invero, pacifico che in data 26.09.2012, il sig. B.B. avesse concluso con Unicredit s.p.a. un contratto di mutuo chirografario dell'importo di 68.121,01 Euro, contraddistinto dalla numerazione (*Omissis*).

E' incontestato, altresì, che nella stessa giornata in cui è stata stipulato il mutuo, il sig. B.B. abbia aderito alla polizza Vita, identificata dal codice convenzione (*Omissis*) e denominata "*Creditor Protection* a Premio Unico"; in forza della predetta polizza, l'assicuratore si è impegnato a versare ai beneficiari, in caso di decesso o invalidità permanente da infortunio o malattia dell'assicurato, il capitale residuo del mutuo in essere alla data del sinistro.

Pacifico, ancora, è che il sig. B.B.G. abbia dichiarato di versare in buono stato di salute e di non essere affetto, in particolare, da tutta una serie di "malattie gravi" e, in generale, "di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato", sottoscrivendo la parte precompilata del modulo di adesione.

Non sembrano, poi, essere oggetto di contestazione le deduzioni svolte dalla compagnia assicurativa, che, nel contestare l'operatività della polizza invocando l'art. 1892 c.c., ha evidenziato che all'epoca della sottoscrizione della polizza il contraente soffriva di diabete e di ipertensione arteriosa, che assumeva la relativa terapia farmacologica per la cura del diabete mellito e dell'ipertensione arteriosa, che tali informazioni erano state tuttavia omesse al momento della stipula del contratto di assicurazione.

In particolare, dal questionario anamnestico inoltrato dal medico curante e datato 24.11.2013 (cfr. doc. 7 fasc. parte convenuta), è emerso che il sig. B.B. era in cura da circa dieci anni per tali patologie.

Sul punto, infatti, le deduzioni delle attrici si appuntano sul carattere generico delle richieste e l'inidoneità della formulazione delle stesse a rendere edotto il sig. B.B. di dover dichiarare tali

patologie nonché sul fatto che il trattamento farmacologico assunto non costituisca "trattamento medico".

2.1. Tanto premesso in punto di fatto, prima di procedere all'esame del merito della controversia, lo scrivente reputa opportuno premettere alcune notazioni di carattere generale, richiamando i principi di diritto applicabili in materia.

La disposizione di cui all'art. 1892 c.c. consente l'annullamento del contratto di assicurazione qualora ricorrano tre presupposti, cioè a dire la dichiarazione reticente o inesatta, cui la legge equipara le dichiarazioni contrarie al vero; la circostanza che la dichiarazione sia frutto di dolo o colpa grave; infine, la rilevanza di tale dichiarazione ai fini della reale rappresentazione e valutazione delle circostanze del rischio.

L'onere probatorio in ordine alla sussistenza di tali condizioni è a carico dell'assicuratore (Cass. civ., sez. 3<sup>^</sup>, 10/06/2020, n. 11115; Cass. civ., sez. 3<sup>^</sup>, 10/06/2015, n. 12086; Cass. civ., sez. 3<sup>^</sup>, 10/06/2015, n. 12086).

Qualora l'assicurazione ritenga integrata la fattispecie in esame, la compagnia assicurativa può chiedere l'annullamento del contratto, se conosce delle dichiarazioni non veritiere prima della verifica del sinistro; l'assicuratore decade, però, dall'esperimento dell'azione se, entro tre mesi dal giorno in cui ha preso contezza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza, non comunica all'assicurato il suo intento di voler agire in giudizio.

Oltre a ciò, l'assicurazione può rifiutare il pagamento se apprende del mendacio dopo la verifica del sinistro.

In questa seconda ipotesi, possono verificarsi due situazioni: la prima è quella in cui l'assicuratore venga a conoscenza del reale stato delle cose dopo il pagamento dell'indennizzo, potendosi, in tali casi, promuovere nei confronti dell'assicurato l'azione di indebito, ai sensi dell'art. 2033 c.c. poiché il pagamento effettuato non è sorretto da una valida causa giustificatrice.

Nella seconda ipotesi, invece, se il sinistro si verifica prima che l'assicuratore abbia appreso della reticenza o dell'inesattezza, oppure dopo tale momento, ma prima che sia decorso il termine di tre mesi per l'impugnazione del contratto, la compagnia assicurativa non è tenuta al pagamento dell'indennizzo (art. 1893 c.c., comma 3). In questo caso, l'assicuratore, 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 (Cassazione civile, sez. 3<sup>^</sup>, 06/06/2014, n. 12831; Cass. Sez. 3<sup>^</sup>, Sentenza n. 16406 del 13/07/2010; Cass. Sez. 3<sup>^</sup>, Sentenza n. 3165 del 04/03/2003).

La costante giurisprudenza della S.C., infatti, ha affermato che in tema di assicurazione contro gli infortuni, l'onere imposto dall'art. 1892 c.c., all'assicuratore, di manifestare, allo scopo di evitare la decadenza, la propria volontà di esercitare l'azione di annullamento del contratto, per le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'assicurato, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto la causa dell'annullamento, non sussiste quando il sinistro si verifichi prima che sia decorso il termine suddetto ed ancora più quando il sinistro si verifichi prima che l'assicuratore sia venuto a conoscenza dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione, essendo sufficiente in tali casi, per sottrarsi al pagamento dell'indennizzo, che l'assicuratore stesso 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 (così, tra le altre, le sentenze 12 novembre 1985, n. 5519, 4 marzo 2003, n. 3165, 4 gennaio 2010, n. 11, 13 luglio 2010, n. 16406, e 6 giugno 2014, n. 12831).

In altri termini, in caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze dell'assicurato che siano rilevanti ai fini della manifestazione del consenso al contratto da parte dell'assicuratore, questi ha la possibilità di chiedere l'annullamento del contratto se tale reticenza venga scoperta prima che il sinistro si verifichi, oppure di "rifiutare il pagamento dell'indennizzo, anche lasciando in vita il contratto, se la reticenza venga scoperta dopo il sinistro, ovvero prima del sinistro, ma quando quest'ultimo si verifichi entro tre mesi" (così la sentenza n. 12831 del 2014; Cass. civ. sez. 3<sup>^</sup>, 19/06/2020, n. 11905).

2.2. In generale, v'è da dire che la verifica dello stato di salute dell'assicurato al momento della stipula della polizza, attiene all'adempimento dell'obbligo di informazione nella fase precontrattuale e l'eventuale violazione, ove siano dimostrati dall'assicuratore il dolo, la colpa e l'incidenza sulla valutazione del rischio, determina una ragione di annullamento della polizza, che, pur essendo opponibile agli aventi causa dall'assicurato, non costituisce inadempimento agli stessi ascrivibile ai sensi dell'art. 1460 c.c., ma deve essere dedotto *ex art.* 1892 c.c. i cui principi di applicazione, con relativi oneri probatori, saranno ora ulteriormente precisati.

La pacifica e consolidata giurisprudenza del S.C. (cfr. ex multis Cass. civ. sez. 3<sup>^</sup>, 31 luglio 2015, n. 16284) ha affermato in più occasioni che, in tema di contratto di assicurazione, la reticenza dell'assicurato è causa di annullamento negoziale 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; a riguardo 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 (così, da ultimo, la sentenza 30 novembre 2011, n. 25582, in linea con le precedenti sentenze 29 marzo 2006, n. 7245, 21 luglio 2006, n. 16769 ed altre conformi).

E' stato anche affermato che l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze cui fanno riferimento gli artt. 1892 e 1893 c.c. non necessariamente presuppongono la consapevolezza, da parte del contraente, di essere affetto dalla specifica malattia che abbia poi dato luogo al sinistro, ma possono essere integrate da qualsiasi circostanza sintomatica del suo stato di salute che l'assicuratore abbia considerato potenzialmente rilevante ai fini della valutazione del rischio, domandandone di esserne informato dal contraente, se del caso tramite la compilazione di un questionario (sentenza 11 giugno 2010, n. 14069).

Quanto, poi, al punto specifico della reticenza, è stato affermato che il contratto di assicurazione è annullabile, ai sensi dell'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 (sentenza 19 gennaio 2001, n. 784; in quel caso, si trattava di una polizza sanitaria per la quale era stato chiesto il pagamento del costo di una operazione di protesi del ginocchio, pagamento rifiutato dall'assicuratore per avere l'assicurato sottaciuto, al momento della stipula, di soffrire di gonalgia).

2.3. Ancor più nel dettaglio, anche di recente (cfr. Cass. civ. sez. 3<sup>^</sup>, 5 ottobre 2018, n. 24563) si è osservato che 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..." (v. Cass. Sez. 3 -, Ordinanza n. 19520 del 04/08/2017, Rv. 645729 - 01, ove la S.C. ha confermato la decisione di merito che aveva ritenuto sussistere colpa grave del contraente che, al momento della stipula della polizza, pur non essendo consapevole di avere una patologia tumorale, aveva sottoscritto una dichiarazione attestante una circostanza non vera, ossia di non aver subito interventi chirurgici nei cinque anni precedenti).

Ed infatti, in tema di annullamento del contratto di assicurazione per reticenza o dichiarazioni inesatte *ex art.* 1892 c.c., sotto il profilo dell'elemento soggettivo, al fine di integrare l'elemento soggettivo del dolo non è necessario che l'assicurato ponga in essere artifici o altri mezzi fraudolenti, essendo sufficiente la 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 (v. Sez. 3 -, Ordinanza n. 19520 del 04/08/2017; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 12086 del 10/06/2015 - Rv. 635562 - 01-).

Ciò in quanto nel contratto di assicurazione gli obblighi informativi hanno la precipua funzione di garantire un giusto equilibrio tra i rischi che ogni parte si assume in ordine all'evento futuro e incerto che costituisce l'oggetto del contratto.

2.4. Come si diceva la valutazione sulla rilevanza delle dichiarazioni inesatte o reticenti del contraente appartiene al giudice del merito e per valutare la correttezza del comportamento assunto dall'assicurato in rapporto agli obblighi informativi cui era tenuto nello stipulare la polizza, lo stesso deve, dunque, 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.



Con maggior impegno esplicativo, l'onere di denuncia delle circostanze rilevanti (tra queste la malattia) sorge solo che l'assicurazione manifesti interesse a conoscere gli stati rilevanti che possano condizionare il suo impegno contrattuale, interesse che è validamente e sufficientemente manifestato attraverso un generico questionario, volto a stimolare la dichiarazione della controparte.

Correttamente è stato osservato che 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 (Cass. 4682/1999), così che è sufficiente che l'assicuratore chieda all'assicurato di denunciare ogni possibile situazione che possa aumentare il rischio o concretizzarlo del tutto (Cass. 27578/2011; Cass. civ. sez. 3<sup>^</sup>, 13/05/2020, n. 8895).

3. Ciò posto, in punto di diritto, deve, anzitutto essere disattesa l'eccezione di decadenza formulata dall'attrice: come anticipato, la CNP Unicredit s.p.a. ha infatti appreso che l'assicurato fosse affetto da diabete mellito e da ipertensione arteriosa, solo dopo che il sig. B.B. ha aderito alla polizza e, segnatamente, dopo aver ricevuto il questionario anamnestico compilato dal medico curante di quest'ultimo (vd all. n. 7 comparsa di costituzione e risposta) e, sul piano processuale, ha posto la questione sollevando l'eccezione di inoperatività della polizza.

3.1. Ne' può condividersi l'assunto di parte attrice secondo cui, nell'ottica di una tutela della buona fede dell'assicurato, il documento sottoscritto non conterebbe un sufficiente richiamo in ordine alle informazioni utili alla valutazione del rischio e del conseguente valore determinante del consenso dell'assicuratore.

Anzitutto, risulta dal materiale documentale che al contraente sia stato sottoposto un documento che, pur non avendo la forma di un vero e proprio questionario - intendendo con tale termine, cioè, la formulazione di vere e proprie domande - recava comunque non semplicemente una informazione in ordine al "buono stato di salute" ma la dichiarazione,

sottoscritta dal sig. B.B., in cui lo stesso riferiva di non essere affetto da tutta una serie di patologie né da malattie gravi che necessitassero di un trattamento medico regolare e continuato.

Riservandoci di tornare a breve sul significato del trattamento medico regolare e continuato, non è dubitabile che tale documento manifestasse l'inequivoca richiesta di denunciare circostanze rilevanti ed incidenti sul rischio, e tale adempimento è sufficiente a manifestare interesse dell'assicuratore per situazioni rilevanti ai fini del concretizzarsi dell'evento e che, se del caso, il contraente non avrebbe dovuto sottoscrivere o non avrebbe dovuto sottoscrivere in quei termini, viepiù ove si consideri che vi era anche il richiamo - anch'esso sottoscritto - alle eventuali conseguenze della dichiarazione inesatta o reticente.

3.1.1. D'altro canto, il questionario, inteso come strumento volto a sollecitare l'attenzione dell'assicurato sui suoi doveri informativi, costituisce uno strumento per la concreta applicazione da parte delle imprese assicuratrici del disposto dell'art. 6, comma 2, del Regolamento Isvap n. 35/2010 (c.d. "regolamento trasparenza", attuativo degli artt. 183 e 185 cod. ass.), in base al quale "nei contratti che prevedono prestazioni per il caso di morte o altre coperture che comunque postulano l'acquisizione di informazioni sullo stato di salute dell'assicurato, le imprese debbano richiamare nella proposta, con caratteri grafici di particolare evidenza, l'avvertenza, relativa alla compilazione del questionario, e che le eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita del diritto alla prestazione, proprio in virtù degli artt. 1892 e 1893 c.c.".

La compilazione del questionario permette all'assicuratore di venire a conoscenza di tutte quelle circostanze che possono influire sul rischio, in modo da rendere possibile l'esatta individuazione del rischio medesimo, che difficilmente l'assicuratore potrebbe desumere da elementi attinti aliunde. Le dichiarazioni dell'assicurando hanno quindi valore essenziale, sia perché la conclusione del contratto e la determinazione del premio costituiscono la logica conseguenza della stessa valutazione del rischio, sia perché la corrispondenza tra rischio reale e rischio rappresentato dal contraente è considerata un presupposto per la validità del contratto, stabilito a tutela e nell'interesse dell'assicuratore.

Sicché, la completa ed esatta rappresentazione del rischio costituisce un onere imposto dalla legge per l'acquisto e la conservazione del diritto, onere al quale l'assicurando ha il dovere di conformarsi con la maggiore possibile sincerità e precisione.

Del resto, nelle assicurazioni sulla vita, come è intuitivo, lo stato di salute dell'assicurando è circostanza fondamentale per la valutazione del rischio.

In proposito, per conoscere il reale stato di salute, non è necessario che l'assicuratore predisponga sempre un questionario nel quale siano riepilogate nel dettaglio tutte le possibili patologie da cui può essere affetto l'assicurando.

Il contenuto del questionario può, infatti, variare a seconda delle circostanze sussistenti nel caso concreto.

Vieppiù che, anche laddove l'assicuratore scelga di somministrare al contraente un questionario anamnestico per la valutazione del rischio, è sufficiente che egli ponga all'assicurato la generica richiesta di dichiarare ogni stato morboso in atto al momento della stipula (cfr. Cass. sez. 3<sup>a</sup>, sent. n. 27578/11), sicché deve ritenersi equipollente una generica richiesta posta in altra forma in ordine all'esistenza di patologie di qualsivoglia natura che possa incidere sull'aspettativa di vita giacché nessun atto normativo, regolamentare o comunque avente valore vincolante per le compagnie assicuratrici impone allo stato di sottoporre all'assicurando un questionario anamnestico, di talché la ricorrenza dei presupposti di cui all'ampia formulazione dell'art. 1892 c.c., unica fonte diretta di regolamentazione della fattispecie, resta riservata al prudente apprezzamento del giudice di merito.

A ciò si aggiunga che, la dichiarazione in ordine all'esistenza o meno di patologie in atto - sia quelle espressamente e nominativamente elencate al punto b) sia quelle più genericamente richiamate al punto a) ed accomunate dalla necessità di trattamenti medici regolari e continuati - non implica alcuna valutazione discrezionale del dichiarante (diversamente da quella sul generico "buono stato di salute", rispetto alla quale correttamente la giurisprudenza si interroga sulla capacità della parte di rispondere in modo veritiero) ma attiene ad un fatto obiettivamente conosciuto e verificabile.

E, come detto, nel caso in esame, benché menzionato, il "buono stato di salute" veniva, per l'appunto, identificato nell'assenza di patologie che richiedessero trattamenti medici regolari e continuati.

3.2. Alla luce di quanto prece, deve ritenersi fondata l'eccezione di inoperatività della polizza, per avere l'assicurato, all'atto della stipula del contratto, reso una dichiarazione reticente relativa a circostanze tali che hanno impedito all'assicuratore di formare in maniera consapevole il proprio consenso, impedendogli di negarlo ovvero prestarlo ma non alle medesime condizioni, con conseguente integrazione della fattispecie di cui all'art. 1892 c.c..

Ed infatti, se è vero che, secondo parte della giurisprudenza, non sarebbero sufficienti ad integrare la colpa grave dell'assicurando dichiarazioni generiche rese sulla scorta di richieste di informazioni altrettanto generiche sul proprio di salute (come quelle che si limitano alla richiesta di attestare il "buono stato di salute"), è altrettanto vero che è incontroverso che l'assicurato abbia dichiarato al momento della sottoscrizione delle polizze, sottoscrivendo il modulo precompilato, nell'un caso di non essere affetto da patologie e di non essere sottoposto ad un trattamento medico continuativo e regolare, nell'altro, di non essere affetto da tutta una serie di patologie indicate alla lettera b.

Nel caso in esame, l'indiscutibile conoscenza e la mancata comunicazione da parte dell'assicurando, al momento della dichiarazione, delle proprie pregresse e non lievi patologie (come già precisato, diabete mellito ed ipertensione arteriosa e relativi trattamenti farmacologici) configura, pertanto, una grave violazione degli obblighi di buona fede e correttezza che gravano su ciascuna delle parti contraenti, ivi compreso il consumatore-contraente debole nonché, al contempo, una reticenza in ordine al proprio stato di salute rilevante ai fini dell'art. 1892 c.c..

3.3. Nel dettaglio, il sig. B.B., in occasione dell'adesione alla polizza assicurativa denominata "Creditor Protection a premio unico", ha sottoscritto delle dichiarazioni precompilate in forza delle quali ha riferito di:

- essere in buono stato di salute ovvero di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- di non aver mai sofferto di una delle patologie menzionate nella dichiarazione precompilate;
- di non essere mai stato ricoverato in case di cura ed ospedali per le suddette malattie.

Nel questionario anamnestico, prima richiamato, il Dott. C.R. ha riportato che il suo paziente da circa dieci anni assumeva tre farmaci il "Glibomet", lo "Januvia" e il "Coverlam": si tratta di farmaci impiegati per la cura del diabete e dell'ipertensione arteriosa.

A ciò si aggiungano quanto emerge dalla cartella clinica redatta dal personale medico dell'ospedale (*Omissis*) nonché le dichiarazioni rese dallo stesso Dott. C. sentito quale testimone (cfr. verbale d'udienza del 9.11.2016).

Invero, dalla pagina della cartella clinica denominata "Anamnesi Patologica remota", si evince che il sig. B.B. fosse affetto da diabete mellito e che per questa malattia assumesse "Glibomet" e che soffrisse anche di ipertensione arteriosa per la quale ha assunto per circa quattro/cinque anni il "Coverlam".

A sua volta, il Dott. C.R. ha riferito che "il B. era affetto da ipertensione e diabete mellito; preciso che prendeva regolarmente i farmaci".

Trattasi di circostanza di cui il sig. B.B. era evidentemente consapevole al momento della conclusione del contratto assicurativo con la CNP Unicredit s.p.a. e che, di conseguenza, avrebbe dovuto riferire onde consentire alla propria controparte negoziale di fare le proprie valutazioni circa rischio assicurato.

3.4. Ed allora, ricordato in punto di diritto che in tema di annullamento del contratto di assicurazione per reticenza o dichiarazioni inesatte *ex* art. 1892 c.c., non è necessario, al fine di integrare l'elemento soggettivo del dolo (Il dolo, innanzitutto, non richiede artifici o raggiri, ma la mera coscienza e volontà di rendere una dichiarazione inesatta o reticente (cfr. Cass. 2086/2015; Cassazione civile, sez. 3<sup>a</sup>, 06/06/2014, n. 12831). In ordine 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 insieme alla consapevolezza dell'importanza dell'informazione, inesatta o mancata, rispetto alla conclusione del contratto ed alle sue condizioni (Cass. 12086/15)), 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 mentre, che 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, e che la configurabilità di dichiarazioni inesatte o reticenti va comunque riscontrata in relazione a dati di fatto oggettivi e non alla valutazione di tali dati, considerato che la norma di cui all'art. 1892 c.c. fa riferimento a circostanze e situazioni di fatto che poi l'assicuratore ha il potere-dovere di apprezzare autonomamente al fine di valutare il rischio sulla base degli elementi oggettivi, nella specie si osserva che il sig. B.B. sapeva di essere affetto da due patologie, essendo da tempo sottoposto a trattamento farmacologico, non poteva che essere consapevole, proprio alla luce delle parti "precompilate" del modulo contrattuale e dell'espresso richiamo alle conseguenze di dichiarazioni reticenti, dell'importanza che la compagnia assicurativa attribuiva alla sussistenza di eventuali patologie.

Ne' poteva essere equivocado cosa dovesse intendersi per buono stato di salute: nel documento sottoscritto viene infatti precisato il senso della locuzione "buono stato di salute", dal momento che si precisa proprio la circostanza "... di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato".

3.5. Ancora alcune precisazioni si rendono in proposito necessarie.

Parte attrice ha richiamato, al fine di escludere la rilevanza delle informazioni omesse, un precedente in cui era stata escluso il rilievo delle di tali omissioni in quanto le informazioni non rientravano tra quelle specificamente richieste dal questionario.

Deduce, ancora, parte attrice che l'elemento soggettivo, sia nelle forme del dolo che della colpa grave, sarebbe da escludersi tutte le volte in cui ci si trovi in presenza di sintomi ambigui e non specifici.

Reputa il Tribunale che entrambi gli assunti non possano essere condivisi.

3.5.1. Muovendo proprio da quest'ultimo l'assunto non può avere seguito, essendo agevole osservare che il sig. B.B. abbia omesso di dichiarare non già sintomi generici o non specifici o non allarmanti ma due patologie e l'assunzione dei relativi trattamenti farmacologici.

3.5.2. Quanto al primo aspetto, richiamando quanto osservato nei punti che precedono, se da una parte è vero che al sig. B.B. non fossero state sottoposte domande specifiche, ad esempio, in relazione all'assunzione di farmaci, si ribadisce che nel modulo di adesione al contratto di assicurazione veniva richiamata l'attenzione sull'importanza di rendere dichiarazioni veritiere (cfr. modulo di adesione "creditor protection a premio unico" pag. 2, ove si legge "dichiaro di essere consapevole che le informazioni inerenti allo stato di salute

devono corrispondere a verità ed esattezza"), impegnandosi altresì ad indicare eventuali variazioni inerenti le condizioni di salute (cfr. sempre modulo di adesione "creditor protection a premio unico" pag. 2).

Ancora, la rilevanza delle condizioni di salute la si ricava, poi, dal richiamo ai pregressi stati patologici e al ricovero presso case di cura o ospedali a causa di quelli (cfr. modulo di adesione "creditor protection a premio unico" pag. 3, ove si "dichiaro inoltre di: non aver mai sofferto di alcune delle seguenti malattie gravi (...); di non essere mai stato ricoverato in case di cura ed ospedali per le suddette malattie").

Infine, nel modello precompilato è rinvenibile un'apposita sezione dedicata allo stato di salute inteso, come detto, non in termini generiche - e che dunque potevano lasciare un margine di discrezionalità al contraente - ma in cui si chiedeva al cliente di dichiarare di non essere affetto da malattie che comportino trattamenti medici regolari e continuati, ribadendo le conseguenze scaturenti da eventuali dichiarazioni non veritiere.

3.5.3. Non è, pertanto, condivisibile l'assunto secondo cui l'omesso riferimento all'assunzione di farmaci configuri un disinteresse riguardo le condizioni di salute in cui versasse il sig. B.B.

Al di là delle osservazioni svolte ai punti che precedono, l'espressione malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato non può avere altro significato che quello di ricomprendere anche la sottoposizione a trattamento farmacologici, come reso palese dal predicato della regolarità e continuità che deve caratterizzare tali trattamenti e che, dunque, consente di riferire l'ambito della dichiarazione al punto A) proprio alle condizioni patologiche stabili che richiedono cure costanti.

Trattasi, dunque, dell'ipotesi in cui rientrava il quadro clinico del sig. B.B. essendo questi sottoposto da diverso tempo ad un trattamento farmacologico essendo affetto da diabete e ipertensione arteriosa, non essendo revocabile in dubbio che la regolare assunzione di due farmaci, "Glibomet" e "Coverlam", allo scopo di tenere sotto controllo due patologie, il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa, rientri nella nozione di trattamento medico.

3.6. Non è poi condivisibile l'assunto secondo cui non sia stata fornita alcuna informativa al cliente: nella polizza assicurativa, il sig. B., oltre a essere stato edotto circa le conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, ha sottoscritto una dichiarazione dalla quale si deduce

di aver ricevuto, prima dell'adesione alla polizza, il fascicolo informativo - redatto secondo le prescrizioni ISVAP - contenente la Nota Informativa, le condizioni contrattuali, il Glossario e l'Informativa sulla *Privacy*.

3.7. Da ultimo, si osserva, quanto al requisito dell'incidenza causale sulla determinazione del consenso, ulteriore requisito richiesto dall'art. 1892 c.c., che esso può ritenersi senza dubbio sussistente avuto riguardo al numero e alla natura delle patologie pregresse ed occultate (diabete, ipertensione arteriosa, e sottoposizione a relativi trattamenti farmacologici) evidentemente idonee ad incidere sulla valutazione del rischio.

4. L'accoglimento di tale eccezione impone il rigetto della domanda, risultando il assunto il profilo legato all'eccezione di inoperatività della polizza fondata sull'art. 7.1. delle condizioni contrattuali secondo cui il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa di decesso, salvo nei casi in cui il decesso sia stato causato da malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già diagnosticate all'assicurato al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Sia consentito solo notare che l'assunto non sarebbe stato certamente condivisibile non essendovi evidenza alcuna che il decesso sia stato provocato dalle patologie pregresse da cui era affetto il sig. B.B. ove si consideri che il decesso, in base al questionario anamnestico redatto dal Dott. C.R., è stato provocato da *shock* cardiaco e né dalle cartelle cliniche allegate né dal questionario risulta precisato cosa abbia determinato il suddetto arresto.

5. La domanda è, dunque, rigettata atteso che, se da un lato non vi sono elementi per ritenere che la patologia che ha portato al decesso del sig. B.B. sia causalmente ricollegabile alle patologie da cui lo stesso era affetto, dall'altro, deve, invece, ritenersi che lo stesso sig. B.B. abbia, invece, violato la previsione di cui agli artt. 1892,1893 e 1894 c.c., non dichiarando patologie da cui era affetti e trattamenti medici cui era sottoposto, omettendo di rappresentare un quadro sanitario di cui non poteva non essere edotto: data la generale rilevanza attribuita al complessivo quadro sanitario dell'assicurato, siccome emergente dalle disposizioni sopra richiamate, che richiedeva informazioni complete e veritiere, tali dati rappresentavano un elemento da evidenziare in sede di stipula di una polizza, con violazione certamente ascrivibile a colpa grave.

Le spese di lite seguono la soccombenza.



Le stesse vengono liquidate tenuto conto del valore della controversia e della assenza di particolari questioni in fatto e diritto che consente di fare applicazione dei parametri minimi di liquidazione.

**P.Q.M.**

Il Tribunale di Perugia, definitivamente pronunciando sulla causa di cui in epigrafe, ogni altra istanza, eccezione e deduzione disattesa, così provvede:

- rigetta la domanda;
- Condanna parte attrice alla refusione delle spese di lite che si liquidano in Euro 5.456,50, oltre accessori fiscali e previdenziali e rimborso forfetario come per legge (15%).

Così deciso in Perugia, il 4 giugno 2021.

Depositato in Cancelleria il 10 giugno 2021