

Abstract. *Il contratto di assicurazione infortuni è annullabile, ex art. 1892 c.c., qualora l'assicurato abbia con dolo o colpa grave ommesso di riferire all'assicuratore informazioni aventi una effettiva influenza sul rischio assicurato. Ciò implica che nell'ipotesi in cui l'assicuratore inserisca nel contratto una clausola ad hoc che comporta a carico dell'assicurato l'onere di fornire informazioni corrette e veritiere in merito al suo stato di salute e, in particolare, all'esistenza di pregressi infortuni, le omesse o false dichiarazioni rese con coscienza e volontà dall'assicurando su specifiche circostanze rilevanti comporta una violazione del principio di buona fede contrattuale rilevante sulla formazione del consenso, con conseguente possibilità per l'assicuratore di chiedere l'annullamento del contratto. Una clausola che si componga di uno specifico questionario in cui venga richiesto con chiarezza ed ampia evidenza di indicare precedenti infortuni e sinistri non può, infatti, considerarsi vessatoria in quanto, contribuendo a formare il consenso negoziale, costituisce un elemento essenziale del contratto senza comportare alcuno squilibrio dei diritti e degli obblighi dallo stesso derivanti.*

REPUBBLICA ITALIANA
In nome del popolo italiano
LA CORTE DI APPELLO DI PERUGIA
sezione civile

composta dai seguenti Magistrati:

Dott.sa C.M.	Presidente
Dott.sa P. D.L.	Consigliere
Dott. E.C.	Giudice relatore

Ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa civile iscritta al n. (omissis)/2022 del ruolo generale promossa da:

Parte_1

Appellanti

(Avv. Daniele Leporoni)

Contro

Controparte_1

(Avv. Andrea Santarelli)

Appellate

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO E MOTIVI DELLA DECISIONE

Parte_1 stipulava in data 30/1/2028 con la Compagnia di Assicurazioni CP_1 una polizza infortuni. Il 30/5/2018 l'assicurato subiva un infortunio alla mano comportante l'amputazione del dito anulare denunciandolo tempestivamente alla Compagnia. La richiesta di indennizzo rimaneva inevasa stante la sussistenza di pregressi

infortunistici non denunciati in polizza. Parte attrice insisteva per la dichiarazione di efficacia e validità della polizza stante la diversità dei distretti corporei che avevano interessato i precedenti infortuni, nonché la nullità o comunque l'inefficacia per vessatorietà della clausola dichiarativa dei pregressi eventi dannosi e quindi l'inadempimento della Compagnia al rifiuto del ristoro; in subordine in ipotesi di annullamento della polizza disporsi la restituzione dei premi corrisposti dopo l'evento lesivo. D' altro canto la Controparte_2 insisteva per la validità ed efficacia della clausola dichiarativa dei pregressi infortuni e quindi chiedeva di annullare il contratto *ex art 1892 c.c.* eccependone l'inoperatività; di rigettare comunque la pretesa indennitaria ed in ipotesi dichiarare dovuta la sola somma determinata *ex art 1893 c.c.* con reiezione della domanda di restituzione dei premi versati. Istruita la causa con l'acquisizione della documentazione versata agli atti e svolta CTU la causa passava in decisione. Il Tribunale di Terni respingeva la domanda del Pt_1 con aggravio delle spese di CTU e di lite.

Il Pt_1 si duole della pronuncia di primo grado rilevando la mancata dichiarazione in dispositivo dell'annullamento del contratto di assicurazione nonostante in motivazione sia stata rilevata la sussistenza dell'ipotesi di cui art. 1892 c.c.

Insiste quindi per la:

- declaratoria di vessatorietà della clausola dichiarativa (omessa pronuncia);
- declaratoria di validità ed efficacia del contratto di assicurazione in particolare per conoscibilità del pregresso infortunistico da parte della Compagnia (omessa pronuncia carenza motivazionale).

Sulla scorta di tali rilievi domanda:

In via principale:

In accoglimento dei capi tutti dell'atto di citazione in appello, in riforma dell'impugnata sentenza, accogliere le conclusioni formulate in I° grado qui da intendersi trascritte e per l'effetto condannare la compagnia convenuta al pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi della polizza stipulata, giusta la esperita CTU, per la complessiva somma di €15.350,00 o a quella minore che riterrà equa e di giustizia oltre al pagamento delle altre voci indicate in atti difensivi del I grado

- €48,80 per rimborso del compenso versato all'OdMF di Terni;
- €753,48 per compenso professionale di questa difesa sia per la partecipazione alla fase di mediazione che alla fase stragiudiziale;
- alla somma da liquidarsi equitativamente in favore del Dr. Persona_1 n.q. di CTP della parte istante per la redazione della cml nonchè per la partecipazione alle o.p. della CTU *ex art. 1226 c.c.*;
- Spese della CTU da porsi a carico della compagnia convenuta;

In via gradata in riforma dell'impugnata sentenza, in accoglimento del motivo d'appello *ex art. 1893 c.c.* e in adesione alla domanda della compagnia convenuta proposta nel giudizio di I grado qui da intendersi trascritta, condannare la compagnia convenuta, giusta la esperita CTU, al pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi della polizza stipulata, riducendo la somma dovuta di €15.350,00 *ex art. 1893 c.c.* e/o secondo equità e/o giustizia *ex art. 1226 c.c.* oltre le ulteriori voci di condanna al pagamento *ut supra*.

Con vittoria di spese e compensi dei due giudizi.

In via ulteriormente gradata

- in denegatissima ipotesi, accertato e dichiarato l'annullamento del contratto di assicurazione intercorso tra le parti, per l'effetto dichiarare indebiti i pagamenti svolti come in atti e condannare la appellata compagnia assicurativa al pagamento, in favore dell'appellante, della somma di €6.050,00 a titolo di restituzione dei n.11 ratei di premio assicurativo corrisposti dal 29/07/2018 all'attualità o a quella che sarà ritenuta equa e di giustizia *ex art.* 1226 c.c. e

- per l'effetto accertare e dichiarare la soccombenza parziale della appellata convenuta nel giudizio di I grado riformando la soccombenza totale per le spese graduandole al giusto.

Con vittoria di spese e compensi del presente giudizio.

Resiste al gravame la Compagnia di Assicurazione CP_1 che, rilevandone l'infondatezza, domanda la conferma della pronuncia appellata col favore delle spese di lite.

Preliminarmente si osserva che parte appellante ha correttamente adempiuto ai dettami afferenti l'indicazione delle parti del provvedimento che si intendono appellare e delle modifiche che vengono richieste alla ricostruzione del fatto compiuta dal Giudice di primo grado; nonché le indicazioni delle circostanze da cui deriva la violazione, donde la sua ammissibilità.

Sui rilievi di contraddittorietà tra la motivazione ed il dispositivo della pronuncia gravata si rileva, come appare di tutta evidenza dalla lettura della stessa, che il Giudice di primo grado, nel rigettare la domanda proposta, abbia implicitamente dichiarato l'annullamento del contratto di assicurazione, ritenendo applicabile l'art. 1892 c.c. al caso concreto come dettagliatamente argomentato in parte motiva.

La Corte ritiene che in caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze dell'assicurato che siano rilevanti ai fini della manifestazione del consenso alla stipula dell'atto 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". 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 inoperatività che appare spiegata in via di eccezione da parte convenuta. Correttamente è stato osservato come la predisposizione di una clausola *ad hoc* dell'assicuratore, evidenzia l'intenzione dello stesso 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 quanto al 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.

Nel caso che ci occupa l'assicurato non ha dichiarato la sussistenza di ben sei infortuni precedenti la stipula della polizza in disamina, alcune peraltro che hanno comportato rilevanti percentuali di invalidità; tale contegno negoziale assunto dell'assicurato ben può essere qualificato quale dolo, in quanto identificabile con l'atteggiamento di voler occultare la realtà dei fatti. Esso ha un significato più ampio rispetto alla disciplina generale dei vizi del volere; infatti, ai fini dell'annullamento del contratto assicurativo, la legge non richiede gli artifici e raggiri di cui all'art. 1439, comma 1, c.c., risultando sufficienti la coscienza e la volontà di rendere dichiarazioni inesatte o

reticenti. La condotta omissiva del Pt_1 il quale non ha comunicato importanti informazioni riguardanti il suo stato di salute, integra una condotta dolosa idonea ad impedire alla Compagnia di venire a conoscenza di fatti rilevanti nella valutazione del rischio, trattandosi di polizza infortuni. Si ritiene pertanto annullabile il contratto assicurativo oggetto di contestazione, a nulla rilevando le allegazioni dell'assicurato circa la possibilità dell'assicuratore di svolgere indagini e, quindi, per conoscere i pregressi sinistri del contraente. Le dichiarazioni rese e sottoscritte dall'assicurando non possono che essere imputabili allo stesso; pertanto, il silenzio del Pt_1 deve essere qualificato come volontaria reticenza su circostanze in grado di incidere sull'identificazione del rischio da assicurare e, quindi, sulla consapevole formazione della volontà contrattuale. La decisione gravata, nell'affermare la centralità della clausola nella fase propedeutica alla conclusione del contratto assicurativo, asseconda un indirizzo giurisprudenziale noto, in ragione del quale, la dichiarazione sugli infortuni antecedenti pur non determinando una tipizzazione delle possibili cause di annullamento del contratto per dichiarazioni inesatte o reticenti, dimostra la rilevanza delle richieste informazioni ai fini della consapevole formazione del consenso negoziale. Ne discende la sicura rilevanza, ai fini dell'invalidazione del contratto assicurativo, delle omesse o false dichiarazioni rese dall'assicurando su specifiche rilevanti circostanze.

Quanto alla denunciata vessatorietà della clausola dichiarativa dei precedenti sinistri, si osserva come la doglianza non abbia pregio atteso che la polizza in esame, si compone di uno specifico questionario nel quale, insieme ad altre informazioni, veniva chiesto, in un riquadro separato dallo schema negoziale e con caratteri di ampia evidenza, se il contraente avesse "minorazioni funzionali, malattie, difetti fisici, precedenti infortuni e sinistri". Quindi tale clausola, nel contribuire alla formazione del consenso negoziale, non determina a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi discendenti dal contratto ma ne costituisce elemento essenziale. Comunque, nella valutazione della domanda, il Tribunale ha correttamente assunto la decisione sul "principio della ragione più liquida", in base al quale la pronuncia è emessa sulla base di un'unica ragione, a carattere assorbente, che da sola è idonea a dirimere la controversia.

Non assume rilievo neppure la conoscibilità dei pregressi infortuni da parte della Compagnia di assicurazione in quanto la concreta possibilità di poter accedere a banche dati dalle quali si possa rilevare il dato infortunistico non esclude l'onere per il contraente di rilasciare dichiarazioni negoziali veritiere circa pregressi sinistri; d'altro canto non si rileva alcun onere per l'assicuratore di svolgere indagini sugli assicurati per ricercare la sussistenza di precedenti infortuni. Il contegno del Pt_1 ha sicuramente violato il principio di buona fede contrattuale rilevante sulla formazione del consenso. Non appare di pregio la doglianza che sottolinea la carenza motivazionale sul punto in quanto la pronuncia gravata testualmente recita: "l'istituto assicuratore ha pertanto legittimamente rifiutato il pagamento dei danni riportati atteso che non ha avuto conoscenza, al momento della stipula, delle condizioni dell'assicurato sulle quali calibrare il premio della polizza o comunque valutare la sottoscrizione del contratto con le condizioni di cui alla polizza".

In conclusione si ritiene di condividere le scelte motivazionali del Tribunale ove si rileva, in adesione a costante giurisprudenza, che il contratto di assicurazione infortuni 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 un'apposita e specifica domanda, circostanze suscettibili di esercitare una effettiva influenza sul rischio assicurato.

Per le esposte causali la pronuncia di primo grado merita integrale conferma.

Ogni ulteriore rilievo è assorbito sulla scorta del principio di diritto, consolidato nella giurisprudenza di legittimità, in base al quale la figura dell'assorbimento, che esclude il vizio di omessa pronuncia, ricorre, in senso proprio, quando la decisione sulla domanda cd. assorbita diviene superflua, per sopravvenuto difetto di interesse della parte, che con la pronuncia sulla domanda cd. assorbente ha conseguito la tutela richiesta nel modo più pieno e, in senso improprio quando la decisione assorbente esclude la necessità o la possibilità di provvedere sulle altre domande Cass.11547/2013).

Le spese di lite seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo nei valori minimi professionali con riduzione per assenza di questioni in fatto e diritto.

P.Q.M.

Respinge l'appello e conferma la pronuncia gravata.

Condanna l'appellante a rifondere all'appellata le spese di questo grado di giudizio che si liquidano per competenze professionali in €.2.034,20 oltre rimborso forfettario 15%, Iva e CA come per legge.

Dichiara parte appellante sottoponibile al pagamento della somma pari al contributo unificato *ex art. 13 comma 1 quater DPR 30/5/2002 n.115*.

Così deciso in Perugia il 25/3/2024