

Abstract. *Il termine di decadenza di cui all'art. 1892 c.c. che impone all'assicuratore di esercitare l'azione di annullamento del contratto entro tre mesi dal giorno in cui sia venuto a conoscenza delle dichiarazioni inesatte e delle reticenze dell'assicurato che abbia agito con dolo o colpa grave, determinanti e rilevanti nella formazione del suo consenso, non sussiste qualora il sinistro si verifichi anteriormente al decorso di tale termine, nonché nel caso in cui avvenga prima che l'assicuratore abbia avuto contezza dei suddetti comportamenti della controparte. In tali circostanze l'assicuratore potrà, al fine di far valere l'inoperatività della garanzia assicurativa e sottrarsi al pagamento dell'indennizzo, invocare la violazione dolosa o colposa dell'obbligo posto a carico dell'assicurato di informarlo, attraverso dichiarazioni complete e veritiere, in merito a tutte le circostanze che possano influire sul rischio. E ciò in quanto, secondo costante giurisprudenza di legittimità, l'assicuratore può fare legittimo affidamento sulle dichiarazioni rese dall'assicurando in sede di stipula non sussistendo a suo carico nessun obbligo di verificarne la veridicità pur avendo a disposizione i mezzi per farlo.*

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di PERUGIA
Seconda Sezione Civile

Il Tribunale di Perugia, Seconda Sezione Civile, in persona del Giudice Monocratico dott.ssa A.Z., ha pronunciato la seguente

Sentenza

nella causa civile iscritta al n. (*omissis*) del ruolo generale degli affari contenziosi dell'anno 2017, avente ad oggetto "assicurazione contro i danni"

Tra

Parte_1 (C.F. *omissis*) nato a Perugia, il (*omissis*), rappresentato e difeso dall'Avv. S.M., ed elettivamente domiciliato presso il suo studio in Perugia, Via (*omissis*) n. (*omissis*), come da procura rilasciata su foglio separato ma accluso all'atto di citazione

Attore

e

Controparte_1 (C.F. P.IVA_1), in persona del direttore dei sinistri Controparte_2 rappresentata e difesa dall'Avv. M.A.C., ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Roma, Via (*omissis*) n. (*omissis*), come da procura in calce alla relata di notifica dell'atto di citazione allegata alla comparsa di costituzione e risposta

Convenuta

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Parte_1 ha convenuto in giudizio Controparte_1 compagnia assicurativa con cui l'attore aveva stipulato la polizza infortuni n. 500289.31.000007, per ottenere la condanna della convenuta al pagamento della somma di euro 105.000,00, a titolo di indennità per le lesioni riportate a seguito dell'infortunio occorsogli.

A fondamento della domanda, Parte_1 ha rappresentato che in data 07/08/2016 cadeva dalla bicicletta e veniva trasportato presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Abbadia San Salvatore, ove gli veniva diagnosticato "trauma toracico con fratture costali scomposte, frattura clavicola scomposta, frattura del radio di dx, contusioni multiple", con indicazione di trattamento chirurgico di osteosintesi della frattura, che gli veniva praticato presso l'Ospedale di Terni in data 16/08/2016.

Parte attrice ha sostenuto, sulla scorta di una perizia medico-legale a firma del Dott. Per_1 di aver riportato a causa del predetto sinistro postumi invalidanti permanenti in misura del 20-21%, oltre ad una inabilità temporanea di circa 4 mesi.

Ha aggiunto che Controparte_1 ha negato la liquidazione del danno in sede stragiudiziale, ritenendo che i distretti corporei interessati dall'infortunio erano già gravati da precedenti.

In data 19/03/2018, si è costituita Controparte_1 chiedendo il rigetto della domanda attorea, sull'assunto che, alla sottoscrizione della polizza assicurativa avvenuta il 30/06/2016, Parte_1 aveva falsamente dichiarato di non avere minorazioni anatomiche o funzionali e di non essere portatore di imperfezioni fisiche, nonostante fosse emerso, in sede di istruttoria del sinistro, che il medesimo aveva subito in precedenza plurimi infortuni che avevano lasciato postumi invalidanti, nonché di non aver avuto polizze per gli stessi rischi garantiti anche da altre società poi annullate per sinistro, nonostante fosse emerso, in sede di istruttoria della pratica, che il Parte_1 aveva stipulato due polizze con Controparte_1 poi annullate per sinistro.

Ha quindi sostenuto di aver accettato il rischio in base alle dichiarazioni dell'attore, aggiungendo che non lo avrebbe accettato ove avesse saputo dell'esistenza di una polizza che andava ad assicurare lo stesso rischio poi annullata per sinistrosità e avesse conosciuto il rilevante numero di sinistri recenti in cui l'attore era rimasto coinvolto e il suo reale stato psicofisico, con la conseguenza che le dichiarazioni false o comunque reticenti da parte dell'assicurato determinavano l'annullabilità del contratto di assicurazione ai sensi degli artt. 1892 ss. c.c. e, pertanto, la perdita totale del diritto all'indennizzo da parte dell'interessato.

Ha altresì eccepito il difetto di prova del sinistro e il difetto di allegazione delle circostanze in cui esso si verificava.

La compagnia assicurativa convenuta ha infine contestato il quantum domandato dall'attore, tenuto anche conto dei precedenti traumi riportati da

prima del preteso infortunio per cui è causa e ha evidenziato la necessità di tenere conto, ai fini della liquidazione, dei parametri contrattuali. Scambiate le ulteriori memorie di cui all'art. 183 comma 6, nn. 1), 2), 3) c.p.c., la causa è stata istruita a mezzo di C.T.U. medico-legale.

All'esito, mutata la persona del Giudice istruttore, all'udienza del 17/09/2024 fissata per la precisazione delle conclusioni, soltanto l'attore ha precisato le conclusioni come da atto di citazione, ovvero "Voglia l'Ill.mo Giudice adito, respinta ogni contraria istanza, eccezione e/o deduzione, così decidere: Nel merito: Accertata l'operatività della polizza infortuni versata in atti in relazione al sinistro che ha coinvolto il Sig. Parte_1, condannare la Controparte_1 al pagamento delle somme così come calcolate ai sensi della Polizza pari ad euro 105.000,00 o della minore somma che verrà accertata in corso di causa oltre ad interessi legali dal dovuto al saldo. Con vittoria delle spese di lite".

Le parti hanno depositato le comparse conclusionali e le memorie di replica.

1. La domanda di parte attrice non merita accoglimento, dovendosi ritenere fondate le contestazioni della compagnia assicurativa relative alle omissioni del Parte_1 nel rendere le dichiarazioni richieste dall'assicurazione in sede di stipula della polizza.

In punto di diritto, va premesso che lo scopo attribuito dalla legge, ai sensi dell'art. 1892 e 1893 c.c., alle dichiarazioni dell'assicurato sugli elementi di fatto determinanti il consenso dell'assicuratore è quello di portare a conoscenza di quest'ultimo, prima della stipulazione della polizza, tutte le circostanze che possano influire sul rischio, in modo da rendere possibile l'esatta individuazione del rischio medesimo (Cass. Civ., sez. III, n. 29894/2008).

L'art. 1892 c.c., in particolare, stabilisce che le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave e che l'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

Sotto questo profilo, però, 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 di tale annullamento, non sussiste quando il sinistro si verifichi anteriormente al decorso del termine suddetto e, ancora più, ove avvenga prima che l'assicuratore sia venuto a sapere dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione, essendo sufficiente, in questi casi, per sottrarsi al pagamento dell'indennizzo, che l'assicuratore stesso invochi, anche mediante eccezione, la violazione dolosa o colposa dell'obbligo, esistente a carico dell'assicurato, di rendere dichiarazioni complete e veritiere sulle circostanze relative alla rappresentazione del rischio (Cass. Sez. 3, 21/01/2020, n. 1166, Rv. 656584).

Per l'operatività della norma in questione devono, poi, verificarsi tre condizioni: 1) la dichiarazione inesatta o reticente; 2) il dolo o la colpa grave; 3) che la reticenza sia stata determinante nella formazione del consenso dell'assicuratore.

L'onere probatorio in ordine alla sussistenza di tali condizioni, che costituiscono il presupposto di fatto e di diritto dell'inoperatività della garanzia assicurativa, è a carico dell'assicuratore. (Cass. Civ., Sez. III, 10/06/2020, n. 11115, Rv. 658096; Cass. Civ., sez. III, n. 25457 del 2022).

Quanto alla dichiarazione, essa è inesatta qualora il contraente riferisca all'assicuratore una circostanza inesistente; è, invece, reticente quando il contraente omette di riferire all'assicuratore circostanze rilevanti di cui è a conoscenza.

La dichiarazione reticente o inesatta ex art. 1892 c.c. deve, inoltre, avere ad oggetto circostanze rilevanti ai fini della formazione del consenso dell'assicuratore (Cass. Civ., sez. III, n. 416/2017).

Ad avviso della giurisprudenza di legittimità, la circostanza che l'assicuratore inserisca una domanda nel questionario sottoposto all'assicurato prima della stipula del contratto è da considerarsi indice del fatto che la conoscenza di quella circostanza è particolarmente importante per l'assicuratore per la formulazione del suo consenso alla stipula del contratto (Cass. Civ., sez. III, n. 24907/2021; Cass. Civ., sez. III, n. 12831/2014).

Quanto al dolo o alla colpa grave, secondo l'orientamento espresso dalla giurisprudenza di legittimità, 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, mentre rispetto alla colpa grave occorre 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 (Cass. Civ. sez. III, n. 12086/2015; Cass. Civ., sez. III, n. 29894/2008).

Nel caso di specie, la compagnia assicuratrice ha eccepito l'inoperatività della polizza per invalidità della stessa, in conseguenza della violazione dolosa o comunque colposa dell'obbligo, esistente a carico dell'assicurato, di rendere dichiarazioni complete e veritiere sulle circostanze relative alla rappresentazione del rischio.

L'eccezione, pur contestata sotto il profilo della sua ammissibilità da parte dell'attore per non aver la compagnia rispettato il termine decadenziale di tre mesi previsto dal secondo comma dell'art. 1892 c.c., merita di essere vagliata, atteso che, come detto, la decadenza non opera se il sinistro si è verificato prima che l'assicuratore sia venuto a sapere dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione.

Infatti, non rileva quanto argomentato sul punto da parte attrice circa la necessità per la compagnia, per non incorrere in decadenza, di far valere la falsità delle dichiarazioni entro il termine di tre mesi dalla richiesta stragiudiziale di indennizzo e non solo con la comparsa di costituzione e risposta.

Come visto, la giurisprudenza di legittimità riconduce la decadenza solo all'ipotesi in cui la compagnia di assicurazione abbia conosciuto la mendacità delle dichiarazioni prima del verificarsi del sinistro, mentre ove il sinistro preceda la scoperta della falsità, non opera alcuna decadenza per la compagnia, la quale può validamente rifiutarsi di pagare l'indennizzo.

Ciò posto, la società convenuta ha evidenziato come il Parte_1 avesse falsamente dichiarato di non aver avuto polizze per gli stessi rischi garantiti anche con altre società poi annullate per sinistro, nonostante avesse in passato con la medesima compagnia stipulato almeno una polizza assicurativa infortuni che era stata poi annullata, e di non avere minorazioni anatomiche o funzionali né di non essere portatore di imperfezioni fisiche, nonostante fosse emerso, in sede di istruttoria del sinistro, che il medesimo aveva subito in precedenza plurimi infortuni che avevano lasciato postumi invalidanti.

La circostanza relativa alla precedente stipula di una polizza volta a garantire i medesimi rischi annullata per sinistro, oltre che non contestata, risulta documentalmente provata.

Non solo.

Anche la circostanza relativa alla sussistenza di una storia infortunistica importante del Parte_1 che aveva lasciato postumi invalidanti, oltre che non contestata in ordine alla cronologica dei sinistri e delle menomazioni riportate (lesione cervicale in data 06/05/2013; trauma organi toracici in data 29/03/2013; frattura spalla destra in data 5/02/2012; frattura avambraccio sinistro in data 6/10/2012, lesioni alla spalla sinistra in data 4/10/1990) e comunque risultante dal casellario infortuni CP_3, è anche dimostrata dalla consulenza tecnica d'ufficio svolta che ha dato atto che il Parte_1 aveva subito, in passato, lesioni con esiti invalidanti in parte sovrapponibili con quelli riportati nell'infortunio del 7/08/2016 (cfr. pag. 12 della relazione peritale).

È, altresì, documentalmente accertato che il Parte_1, nello stipulare il contratto di assicurazione, ha dichiarato di non aver avuto polizze per gli stessi rischi garantiti dalla polizza, anche con altre società, annullate per sinistro e di non essere affetto da minorazioni anatomiche o funzionali o da imperfezioni fisiche. Sussiste, quindi, la reticenza del Parte_1 sia per non aver riferito di precedenti polizze stipulate per assicurare i medesimi rischi garantiti dalla polizza, che per non aver reso Pt_2 la compagnia delle proprie minorazioni funzionali derivanti dai precedenti sinistri occorsi.

Sotto questo profilo, il Parte_1 assume che la polizza precedentemente stipulata e poi annullata per sinistro era intercorsa con la stessa Controparte_1 per il tramite della medesima agenzia, con la conseguenza che la circostanza avrebbe potuto facilmente essere conosciuta dalla compagnia assicurativa mediante consultazione della propria banca dati.

Argomenta il Parte_1, quindi, che alcuna reticenza deve al medesimo imputarsi, se non a costo di legittimare un comportamento – questo sì – scorretto della compagnia che, pur conoscendo la causa di invalidità del contratto, abbia comunque stipulato per incassare i premi, salvo poi negare l'indennizzo.

Ebbene, la tesi del Parte_1, seppur suggestiva, non convince.

In primo luogo, non risulta provato che la compagnia assicuratrice, al momento della stipula, fosse a conoscenza della polizza con la stessa contratta e precedentemente annullata.

Anche a voler considerare che le polizze sono state entrambe stipulate con la medesima agenzia, non vi è prova alcuna – né può, in difetto di altri elementi, presumersi – che l'agente che ha materialmente impostato la pratica avesse la rappresentanza dell'ente o fosse, comunque, a conoscenza della precedente polizza poi annullata per esperienza diretta o per aver consultato la banca dati e avesse poi comunicato alla propria mandante le conoscenze acquisite in relazione al rischio assicurato (cfr. Cassazione civile sez. III, 21/04/1999, n. 3962).

Non è né dedotto né provato che l'agente fosse il medesimo che aveva già provveduto ad impostare la pratica relativa alla precedente polizza poi annullata o che, comunque, avesse proceduto alla consultazione della banca dati per verificare la sussistenza di precedenti polizze al momento della stipula di quella per cui è causa.

Non vi è prova, in definitiva, dell'effettiva conoscenza da parte dell'agente e, per il suo tramite, dell'assicuratore, al momento della conclusione del contratto, della sussistenza di una precedente polizza stipulata con la medesima compagnia poi annullata.

In secondo luogo, come evidenziato dalla giurisprudenza di legittimità, nel contratto di assicurazione la descrizione del rischio è un onere dell'assicurato e del contraente, i quali, in caso di falsità o reticenze, sopportano le conseguenze previste dagli artt. 1892, 1898 o 1909 c.c.

Ne consegue che l'assicuratore può legittimamente fare affidamento sulle circostanze dichiarate dall'assicurato o dal contraente, non avendo alcun obbligo di attivarsi per verificarne la verità (Cass. Civ., Sez. III, 24/07/2024, n. 20658, Rv. 671826).

Ciò sta a significare che l'assicuratore ben può basarsi sulle dichiarazioni rese dall'assicurato in sede di stipula, con la conseguenza che in difetto di prova della conoscenza da parte dell'assicuratore delle circostanze del rischio, non è possibile imputare a quest'ultimo di non aver provveduto ad informarsi autonomamente avendone a disposizione i mezzi.

La dichiarazione resa dal Parte_1 riguardava l'assenza di precedenti polizze per gli stessi rischi garantiti dalla polizza "anche con altre società" annullate per sinistro.

È allora chiaro che il Parte_1 avrebbe dovuto rendere la dichiarazione tanto con riferimento alle polizze intercorse con la medesima compagnia che alle polizze intercorse con altre compagnie, non avendo altrimenti senso l'utilizzo dell'"anche". In altri termini, a differenza di quanto sostenuto dall'attore, il dato letterale della dichiarazione è chiaro, essendo chiesto all'assicurando di dichiarare se avesse avuto altre polizze stipulate anche con altre compagnie annullate per sinistro e, per implicito, anche con la medesima compagnia con cui si accingeva a stipulare il contratto.

Ne discende che la mancata dichiarazione di aver intrattenuto con la Contr_1 altra polizza per i medesimi rischi annullata per sinistro è senz'altro qualificabile come reticenza, senza che si possa imputare alla compagnia di non aver verificato tramite la consultazione della propria banca dati la sussistenza di una circostanza che era onere dell'assicurando dichiarare.

Ma non solo.

Rileva anche e soprattutto l'omessa dichiarazione di avere minorazioni anatomiche o funzionali, a cui il Parte_1 replica che siffatte minorazioni non sussistevano al momento della stipula del contratto, atteso che lo stesso svolgeva normalmente l'attività di carrozziere e le attività sportive amatoriali.

Quanto dedotto dall'attore, però, trova smentita nella relazione medico-legale che, come detto, dà conto di precedenti lesioni con esiti invalidanti comportanti, quindi, minorazioni funzionali.

Le suddette dichiarazioni omesse si appalesano, inoltre, rilevanti.

Il fatto che la compagnia di assicurazioni avesse richiesto, al momento della stipula del contratto, all'assicurando di rendere tali dichiarazioni è, infatti, chiaro indice che, per la compagnia, sapere se l'assicurando avesse avuto precedenti polizze per i medesimi rischi poi annullate e se fosse affetto da minorazioni anatomiche o funzionali era rilevante ai fini della valutazione del rischio e, pertanto, ai fini della stipula o meno del contratto o comunque ai fini della stipula del contratto alle condizioni offerte.

Sussiste, inoltre, anche l'elemento soggettivo sotto il profilo della colpa grave.

È chiaro, infatti, che il Parte_1 fosse consapevole di aver stipulato con la Contr una polizza poi annullata per sinistro e di aver subito dei postumi invalidanti in conseguenza dei precedenti sinistri subiti.

Sapeva, allora, al momento della stipula del nuovo contratto di rendere dichiarazioni reticenti.

Non può, poi, nemmeno escludersi la consapevolezza dell'importanza delle dichiarazioni reticenti, atteso che il Parte_1 era stato chiamato proprio a specificare, in sede di sottoscrizione del contratto, se aveva stipulato in passato polizze poi annullate per sinistro e se aveva minorazioni anatomiche o funzionali, ciò dimostrando l'importanza di tali informazioni per la compagnia.

Per tutte le ragioni esposte, allora, la domanda attorea non può trovare accoglimento.

2. Le spese di lite seguono la soccombenza ai sensi dell'art. 91 c.p.c. e sono liquidate come da dispositivo ai sensi del d.m. 55/2014 e s.m.i., tenuto conto dello scaglione corrispondente al valore della causa determinato sulla base del *disputatum* e dell'attività difensiva svolta, con la sola precisazione che ci si discosterà, per difetto, dalla

liquidazione ai valori medi, tenuto conto del fatto che il valore della causa è più vicino al limite minimo dello scaglione e tenuto conto del pregio dell'attività difensiva.

Anche le spese di CTU devono essere poste a carico di parte attrice, in forza del principio della soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale di Perugia, in composizione monocratica, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, definitivamente pronunciando, così provvede:

- Rigetta la domanda attorea;
- Condanna Parte_1 al pagamento delle spese di lite che liquida in euro 9.500,00 oltre rimborso forfettario spese generali al 15%, IVA e CPA come per legge;
- Pone definitivamente a carico di Parte_1 le spese di CTU come liquidate con separato decreto.

Così deciso, in Perugia il 9 aprile 2025