

No.

**Per poter essere preso in considerazione, anche un nuovo motivo di reticenza addotto dall'assicuratore deve essere comunicato alla controparte entro quattro settimane da che la compagnia ne è venuta a conoscenza. La nuova dichiarazione è perciò tardiva e la rescissione del contratto non è possibile quando l'assicuratore dichiara soltanto dopo oltre due mesi dal momento in cui ha avuto conoscenza della reticenza che recede dal contratto**

(Assicurazione sulla vita)

(Lebensversicherung)

**Pour pouvoir être pris en considération, un nouveau motif de réticence allégué par l'assureur doit lui aussi être communiqué à l'autre partie dans les quatre semaines à partir du moment où l'assureur en a eu connaissance. La nouvelle déclaration est par conséquent tardive et il n'est pas possible à l'assureur de mettre fin au contrat lorsqu'il déclare vouloir s'en départir plus de deux mois après le moment où il a eu connaissance de la réticence.**

(Assurance sur la vie)

Tribunale di appello del Cantone del Ticino, 5 dicembre 1994,  
La Basilese, Compagnia d'Assicurazioni sulla Vita, Basilea c. M.S., A.S. e D.S.

**Fatti:** Il 25 ottobre 1978 il signor S. stipulò con la compagnia di assicurazione La Basilese la polizza N. 1.911.708, riferita ad un'assicurazione mista, che prevedeva tra l'altro il versamento di fr. 500'000.- in caso di suo decesso prima del 15.10.2016 e la liberazione dal pagamento dei premi in caso di incapacità lavorativa. Un'analoga polizza recante il N. 1.935.699, con le medesime condizioni, ma avente per oggetto il pagamento di fr. 1'000'000.- in caso di morte prima del 1.11.2016, venne sottoscritta il 31 ottobre 1979.

Le due polizze erano in relazione con una richiesta di finanziamento presentata da S. alla Basilese, relativa alla costruzione da parte degli eredi fu C.S. di tre blocchi di case di appartamenti a Mendrisio.

In seguito ad accertata totale incapacità lavorativa dello stipulante, la Basilese, a far tempo dal 18 gennaio 1982, mise lo stesso al beneficio della liberazione dei premi e del pagamento di una rendita.

Conformemente alla prassi assicurativa vigente per i casi di incapacità lavorativa totale dell'assicurato, la Basilese successivamente incaricò un proprio ispettore di prendere contatto con il S. al fine di verificare le sue condizioni di salute.

Sulla base delle informazioni assunte dall'ispettore, il 24 settembre 1982 la compagnia di assicurazione, in conformità con l'art. 6 LCA, rescisse le polizze N. 1.911.708 e 1.935.699, avendo accertato che il S., al momento della stipula delle menzionate assicurazioni, non aveva denunciato la propria inabilità al servizio militare per ragioni di salute. Tale presa di posizione venne prontamente contestata dal S., il quale precisò di essere stato esonerato dal servizio militare solo con decisione 10.6.1980, ovvero posteriormente alla sottoscrizione delle due polizze: il tutto a rendere ingiustificata la rescissione contrattuale operata dalla compagnia di assicurazioni.

La compagnia, prima di riesaminare la situazione dell'assicurato, ritenne tuttavia di assumere maggiori informazioni concernenti il suo stato di salute antecedente il perfezionamento dei contratti assicurativi, venendo così a conoscenza del fatto che già nel 1975 lo stipulante era stato convocato presso la CVS, nonché della preesistenza di malattie (colecisti cronica acuta, lombalgia e sciatica) non denunciate dall'interessato nei questionari, e confermate da numerosi certificati medici anteriori al 1978.

Nel novembre 1983, su proposta della Basilese, il S. sottoscrisse la rimessa in vigore dei due contratti in questione, con la condizione aggiuntiva che "la liberazione dal pagamento dei premi non viene accordata in caso di incapacità di lavoro in seguito alle affezioni della colonna vertebrale".

In seguito al suicidio perpetrato da S. il 22 novembre 1985, la Basilese, richiamandosi al disposto delle CGA § A art. 4 cifra 3, si è dichiarata disposta a corrispondere solo la riserva matematica riferita alle due polizze e non il capitale assicurato dalle stesse, non essendo ancora trascorsi tre anni dalla rimessa in vigore dei contratti assicurativi. Tale presa di posizione è stata contestata dagli eredi di S., i quali hanno per contro preteso la corresponsione della totalità degli importi assicurati.

Nonostante un ulteriore scambio di corrispondenza, le parti non hanno potuto trovare un accordo in merito. Di qui la presente vertenza.

Con petizione 24 luglio 1986 gli eredi del defunto S., ovvero la vedova M. e i figli minorenni A. e D. hanno chiesto la condanna della controparte al versamento di fr. 1'500'000.- oltre interessi, relativi alle somme di cui alle polizze assicurative ed in subordine, nel caso in cui la controparte avesse provveduto al pagamento delle somme relative alla riserva matematica, di fr. 1'337'585.60 più accessori.

A sostegno della propria iniziativa, gli attori ritengono che la dichiarazione di recesso notificata a S. il 24 settembre 1982 sia "priva di ogni rilevanza giuridica in quanto fondata su un fatto non vero, assolutamente inesistente, anzi addirittura inventato"; a loro dire, l'assicurato, compilando il formulario riferito alle dichiarazioni della persona da assicurare, non avrebbe inoltre commesso alcuna inadempienza, segnatamente non avrebbe sottaciuto alcuna informazione rilevante ai fini della stipulazione delle due polizze; le affezioni certificate altro non erano che stratagemmi per evitare il servizio militare. In ogni caso, l'eventuale reticenza attribuibile al defunto stipulante sarebbe stata irrilevante per la controparte, che era interessata alla conclusione dell'affare immobiliare.

Essendo il recesso da parte dell'assicurazione, dal quale per altro la stessa era receduta tacitamente - versando alla controparte le rendite arretrate di fr. 6'000.- complessivi - ingiustificato, il contratto originario continuava ad essere vincolante, indipendentemente dalla successiva rimessa in vigore delle polizze. L'art. 4 cifra 3 del punto A delle CGA non era pertanto opponibile agli attori.

Con risposta 10 novembre 1986 la Basilese ha postulato l'integrale reiezione della petizione.

Dopo aver preliminarmente contestato in limine litis la legittimazione attiva di D. e A.S., in quanto non beneficiari delle pretese oggetto della vertenza, la convenuta ha confermato come la rescissione fosse dovuta alla reticenza di S.; sottoscrivendo l'atto di rimessa in vigore delle polizze, dal quale iniziava a decorrere il termine triennale di cui all'art. 4 cifra 3 CGA, l'assicurato avrebbe del resto implicitamente riconosciuto la validità del recesso. In questa sede la convenuta si è detta tuttavia disposta a versare gli importi relativi alla riserva matematica, ciò che in seguito è avvenuto.

Con la replica e la duplice, e nei memoriali conclusivi, dopo che con scritto 18 novembre 1987 la convenuta aveva dichiarato di recedere a titolo cautelativo dai predetti contratti per aver scoperto ulteriori reticenze da parte del S., il quale avrebbe altresì taciuto di aver sofferto negli anni Settanta di turbe psichiche, le parti si sono sostanzialmente riconfermate nelle precedenti allegazioni contestando quelle di controparte. A seguito del pagamento da parte della convenuta della riserva matematica nei loro confronti, gli attori in quella sede si sono pertanto limitati a chiedere il saldo, di cui all'azione subordinata, pari a fr. 1'337'585.60.

Con sentenza 15 aprile 1994 il Pretore, dopo aver accolto in limine litis l'eccezione di carenza di legittimazione attiva degli attori A. e D.S., nei confronti dei quali la petizione è stata pertanto respinta, ha accolto la petizione per quanto riguardava M.S., condannando così la convenuta al pagamento del residuo di fr. 1'337'585.60 oltre interessi dalla data della petizione.

In sostanza, il giudice di prime cure ha ritenuto che a S. non potevano essere rimproverate particolari omissioni per quanto riguardava la compilazione del formulario riferito alle "dichiarazioni della persona da assicurare", laddove questi si era limitato a confermare di essere fumatore e consumatore di bevande alcoliche, rispondendo in pratica negativamente a tutti gli altri quesiti relativi ad eventuali disturbi alla salute o malattie sino ad allora patiti: dalle risultanze di causa si è infatti potuto appurare come egli, almeno sino alla stipulazione dei contratti di assicurazione, avesse goduto di buona salute, non lamentando mai affezioni di particolare rilevanza. L'insofferenza del S. nei confronti del servizio militare avrebbe indotto lo stesso a tutta una serie di stratagemmi per sfuggire gli obblighi di servizio, stratagemmi che implicavano pure il ricorso a consultazioni mediche nell'ottica di ottenere i relativi certificati di esenzione.

Le presunte patologie dell'assicurato, in virtù delle quali la convenuta si ritenne giustificata a rescindere dalle polizze, prima della loro rimessa in vigore, in realtà non erano tali: in particolare l'esistenza della lombalgia con sciatalgia destra, certificata dal dott. B. nel 1975, pur confermata dallo stesso medico nel corso della sua audizione testimoniale, non ha trovato riscontro negli atti di causa, segnatamente nelle dichiarazioni testimoniali di amici e conoscenti dell'assicurato, né tantomeno nel referto autoptico, per cui ben si può ritenere che la stessa in realtà non sussistesse, tanto è vero che - come riferito dal perito giudiziario - con quei termini si indicavano spesso dei sintomi e non tanto la malattia vera e propria; l'esistenza di una colecisti diagnosticata dal dott. R., che a giudizio del perito si sarebbe risolta intorno al luglio-agosto 1977, non risultava parimenti dall'esame autoptico, per cui ben si può ammettere, come indicato dal teste A., che il disturbo venne artificialmente provocato dal S. per evitare il servizio militare; la crisi anginosa sofferta dal S. nel 1979 risultava per contro riferibile esclusivamente ad un malessere passeggero o a un attacco di panico, per il quale l'assicurato non fu sottoposto ad alcun particolare trattamento; le turbe psichiche del S., infine, erano documentate solo dal gennaio 1982, mentre la depressione di cui egli

avrebbe sofferto in precedenza non risultava sufficientemente documentata né specificata.

Stando così le cose, il giudice ha escluso che S. avesse omesso informazioni tali da sostanziare la reticenza sanzionata dall'art. 6 LCA, concludendo pertanto che il recesso era ingiustificato.

A suo giudizio, l'art. 4 cifra 3 delle CGA non risultava applicabile in quanto la sottoscrizione avvenuta l'8 novembre 1983 non rientrava nei casi di rimessa in vigore previsti dall'art. 7 CGA o dalla LCA, trattandosi per altro nel caso specifico solo di ripristinare i due contratti, che la compagnia aveva illegittimamente rescisso; la situazione sarebbe stata analoga se si fosse ipotizzato che la nuova sottoscrizione costituiva una modifica del contratto originario. Del resto l'assicurato aveva sempre contestato il recesso operato dalla controparte, per cui ben si poteva ammettere che, apponendo la sua firma in calce ai due documenti, egli aveva unicamente inteso porre fine alla vertenza in essere con la controparte e non costituire una nuova relazione contrattuale, essendo per lui quella originaria sempre in vigore.

Non potendosi applicare la menzionata clausola contrattuale, le prestazioni assicurative andavano così riconosciute nella loro integrità.

Con appello 6 maggio 1994 la convenuta ha postulato la riforma della decisione pretorile nel senso di respingere integralmente la petizione.

L'appellante contesta innanzitutto la valutazione delle prove operata dal primo giudice, il quale, appoggiandosi a testimonianze di persone che non erano di formazione medica, avrebbe ritenuto che S. fosse stato sano, quando invece le dichiarazioni e i certificati rilasciati da parte di diversi medici attestavano il contrario. A suo giudizio, il Pretore sarebbe così giunto all'errata conclusione che S. avesse finto di soffrire di alcune patologie, mentre in realtà le stesse esistevano veramente: una corretta valutazione degli atti istruttori avrebbe permesso di accertare la veridicità delle affezioni riconducibili a lombalgia e sciatalgia, nonché della colecisti; l'esistenza di turbe psicologiche, contrariamente all'opinione del Pretore, che le riterrebbe non sufficientemente documentate, risulterebbero chiaramente dagli incarti medici e dalla testimonianza del dott. Ri.

L'esistenza di tali patologie, non comunicate a suo tempo da S., il quale avrebbe risposto inesattamente alle domande 6a, 10d, 10g, 10m e 14 della "dichiarazione della persona da assicurare" ed ai medesimi quesiti nel formulario "rapporto del medico esaminatore", configuravano una chiara reticenza che giustificava la rescissione ex art. 6 LCA.

Dalla rimessa in vigore delle polizze avvenuta l'8 novembre 1983 iniziava così a decorrere un termine di tre anni, durante il quale la convenuta in caso di suicidio dell'assicurato era tenuta a pagare solo la riserva matematica.

Con osservazioni e appello adesivo 9 giugno 1994 gli attori chiedono, a loro volta, la riforma del querelato giudizio nel senso di accogliere la petizione per l'importo di fr. 1'337'585.60 sia nei confronti di M.S., sia nei confronti dei figli A. e D.-.

Dopo aver riproposto gli argomenti, in base ai quali essi ritengono giustificato il riconoscimento dell'intera pretesa assicurativa - così come del resto ammesso dal primo giudice - gli attori chiedono che l'azione sia accolta anche nei confronti di A. e D.S.: a loro dire, questi ultimi sarebbero pacificamente interessati alle polizze in quanto eredi legittimi del padre e beneficiari di una rendita per superstiti da parte della convenuta di fr. 24'000.-, prevista dalla polizza; non va altresì dimenticato che gli stessi figli erano minori e perciò incapaci di discernimento, per cui spettava alla madre quale detentrica della patria potestà tutelarne gli interessi: la madre sarebbe però chiaramente venuta

meno ai doveri di rappresentanza sanciti dall'art. 304 CC se avesse avviato l'azione in questione a proprio nome e nel suo esclusivo interesse. I minori A. e D. devono pertanto essere considerati e trattati alla stessa stregua di M.S., per cui la causa si è conclusa positivamente anche nei loro confronti: gli stessi non possono quindi ritenersi soccombenti ed essere condannati a rispondere di impegni, che oltre tutto non potrebbero assolvere.

Delle osservazioni 12 settembre 1994 della convenuta con le quali si chiede la reiezione dell'appello adesivo, si dirà se necessario nei successivi considerandi.

**Motivi:** Nella fattispecie si tratta in sostanza di stabilire se gli attori abbiano diritto alla sola riserva matematica oppure alla totalità delle prestazioni assicurative previste dal contratto, detto altrimenti se l'art. 4 cifra 3 del capitolo A delle CGA possa o meno trovare applicazione.

La risposta a tale quesito presuppone però innanzitutto che si chiarisca se la convenuta a suo tempo potesse o meno recedere dal contratto, ascrivendo al defunto S. una reticenza: se infatti la rescissione fosse stata ingiustificata, la successiva rimessa in vigore delle polizze non potrebbe esplicitare effetti giuridici particolari, visto e considerato come i contratti originari sarebbero rimasti in vigore; in tal caso, infatti, la sottoscrizione da parte del S. della rimessa in vigore non avrebbe avuto che lo scopo di dirimere la controversia con l'assicurazione. La situazione sarebbe per contro diversa, se si dovesse accertare che la rescissione era giustificata.

Ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LCA il proponente deve dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario o in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio; in base al secondo capoverso dello stesso articolo sono rilevanti tutti quei fatti che possono influire sulla determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto o a concluderlo a determinate condizioni; giusta il terzo capoverso della norma in rassegna, infine, si presumono rilevanti i fatti in merito ai quali l'assicuratore abbia formulato per iscritto delle questioni precise, non equivoche.

L'art. 6 LCA dispone per contro che, se la persona che era tenuta a rilasciare la dichiarazione di cui all'art. 4 LCA ha sottaciuto o dichiarato inesattamente un fatto rilevante che conosceva o doveva conoscere, l'assicuratore è legittimato a recedere dal contratto entro quattro settimane da quando ne ha avuto cognizione.

Il quesito a sapere se l'art. 4 LCA è stato violato o meno va esaminato senza riguardo ad un'eventuale colpa dell'assicurato (DTF 109 II 63 seg.; RUA XV N. 16), ritenuto altresì che l'importanza dei fatti che devono essere dichiarati non dipende dal loro rapporto di causa-effetto con il danno coperto dall'assicurazione (DTF 111 II 391, 92 II 352; RUA XIII N. 21, XIV N. 16).

Nella sentenza DTF 111 II 395 il Tribunale federale ha affermato che per poter giudicare se il proponente è incorso nella fattispecie della reticenza non ci si deve basare né su un criterio puramente soggettivo, né tantomeno puramente oggettivo, poiché la legge non si accontenta che l'assicurato si limiti a comunicare all'assicuratore i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio di cui è effettivamente a conoscenza, ma gli impone pure di dichiarare quei fatti importanti che gli devono essere noti, indipendentemente dalla sua conoscenza effettiva del fatto concreto. In questo senso, sempre secondo il Tribunale federale, la legge istituisce un criterio oggettivo, indi-

pendente dalla conoscenza effettiva che il proponente ha dei fatti concreti, ritenuto comunque che nell'applicazione di questo criterio occorrerà sempre tener conto delle cosiddette circostanze particolari: ciò significa che, ad esempio, dovrà essere presa in considerazione la situazione personale dell'assicurato, con particolare riferimento al suo grado di intelligenza e di formazione ed alla sua esperienza (DTF 109 II 63 seg.; Roelli/Keller, Kom. zum VVG, Berna 1968, Voi. 1, pag. 107), ritenuto che comunque il grado di diligenza nell'adempimento dell'obbligo di informazione va anche esaminato e giudicato sotto il profilo della buona fede, pure applicabile, ex art. 3 CC, anche nel campo assicurativo (Roelli/Keller, op. cit., pag. 105 e seg.; DTF 101 II 340).

In concreto, ha affermato ancora il Tribunale federale, in riguardo al principio della buona fede - che è posto alla base dell'art. 6 LCA - l'assicuratore può, in caso di risposta inesatta dell'assicurato alle domande relative alla portata del rischio, fondarsi sulla reticenza e recedere dal contratto solo se le domande che figurano nella proposta di assicurazione sono comprensibili per tutti. Ciò significa, a non averne dubbio, che più le domande sono specifiche e dettagliate, più è difficile per l'assicurato in caso di risposte insufficienti evitare le conseguenze ex art. 6 LCA, in particolare se si considera la presunzione stabilita dal menzionato art. 4 cpv. 3 LCA, secondo cui sono rilevanti i fatti in merito ai quali l'assicuratore abbia formulato per iscritto delle questioni precise, non equivoche (cfr. Il CCA 1 dicembre 1988 in re B./Ass. X; RUA XVIII N. 5).

Dal punto di vista prettamente formale, se l'assicuratore dichiara di recedere dal contratto sulla base di motivi che successivamente non si rivelano fondati, nulla gli impedisce in un secondo momento di modificare la motivazione o di addurre nuovi fatti a sostegno della presunta violazione dell'obbligo di notifica, purché le nuove circostanze da lui evocate siano state comunicate alla controparte entro il termine di quattro settimane da che egli ne è venuto a conoscenza (Roelli/Keller, op. cit., pag. 129, 130 e 133; DTF 109 II 159): in tal caso non è tuttavia necessario, ma può essere comunque utile, inoltrare una nuova dichiarazione di recesso (Roelli/Keller, op. cit., pag. 130; RUA VIII N. 51; DTF 109 II 159).

Il termine di quattro settimane previsto nell'art. 6 LCA è unanimemente considerato un termine di perenzione, per cui il suo mancato ossequio comporta l'estinzione del diritto dell'assicuratore a chiedere il recesso dal contratto (RUA V N. 198, VII N. 53). L'esistenza di un'eventuale perenzione va esaminata d'ufficio dal giudice (Gauch/Schluemp/Jäggi, Schweizerisches Obligationenrecht, Allgemeiner Teil, 3. Ed., Zurigo 1983, N. 2139 con riferimenti; Engel, Traité des obligations en droit suisse, Neuchâtel 1973, pag. 537).

Nella presente fattispecie, come vedremo, la convenuta non ha ossequiato alle esigenze formali indicate al punto precedente, per cui la rescissione dai contratti di assicurazione risulta già per questo motivo ingiustificata.

Prendendo spunto dal rapporto del 1° settembre 1982 del proprio ispettore signor H., il quale aveva comunicato alla compagnia che S. nel corso di una discussione gli aveva riferito di essere stato esonerato dagli obblighi militari da almeno 6 anni, la convenuta con scritto 24 settembre 1982 ha rescisso le due polizze assicurative, rimproverando all'assicurato di non aver menzionato tale circostanza al momento della stipula dei contratti.

Ora, mentre la dichiarazione di rescissione risultava pacificamente tempestiva, in quanto formulata entro le quattro settimane dacché il fatto era stato reso noto alla compagnia di assicurazione, i motivi che stavano alla base della stessa, ovvero che S. fosse stato esonerato dal servizio militare prima della sottoscrizione dei contratti, si rivelarono successivamente infondati, tanto è vero che dal suo libretto di servizio

risultava senz'ombra di dubbio che l'esonero avvenne solo nel 1980. La rescissione era pertanto, a quel momento, ingiustificata.

Con la lettera 27 ottobre 1982 il patrocinatore di S. chiariva alla controparte che il motivo addotto per la rescissione era infondato, ed allegava a sostegno della propria tesi una copia delle pagine del libretto di servizio dell'assicurato, dalle quali risultava in particolare che l'esonero avvenne nel 1980, ma che in precedenza, nel 1975, S. era già stato convocato dalla CVS, la quale tuttavia a quel momento lo aveva ritenuto abile al servizio. Dopo alcune lettere interlocutorie, in cui la convenuta si riservava di assumere ulteriori informazioni, con scritto 30 dicembre 1982 la stessa rimproverava all'assicurato di aver sottaciuto di essere stato convocato dalla CVS nel 1975.

Per poter essere preso in considerazione, il nuovo motivo di reticenza addotto dall'assicuratore - come accennato in precedenza - avrebbe dovuto essere comunicato alla controparte entro quattro settimane da che la compagnia ne era venuta a conoscenza: in realtà, nel caso concreto, tale comunicazione a S. avvenne dopo oltre due mesi dalla lettera 27 ottobre 1982 e pertanto tardivamente. La nuova circostanza, per cui questi avrebbe sottaciuto la visita presso la CVS, non poteva pertanto giustificare la rescissione.

In seguito, la Basilese effettuò tutta una serie di altre indagini e, per quanto ci interessa, il 15 febbraio 1983 ricevette una comunicazione da parte dell'Ufficio federale militare della sanità, dalla quale risultava che S. dal 1975 al 1977 era stato in cura presso i dott. B., O. e R., e che in quelle occasioni gli erano stati diagnosticati tra l'altro una lombalgia con sciatalgia, una colecisti e problemi depressivi. Nelle quattro settimane successive al ricevimento di tale scritto, la convenuta non ritenne tuttavia di comunicare alla controparte l'esito delle ricerche e quindi neppure di voler motivare la rescissione delle polizze per aver scoperto che S. avesse sofferto di quelle malattie. Tali motivazioni, non sollevate tempestivamente, risultano pertanto perentorie.

Il 3 maggio 1983 il dott. R. confermava alla convenuta che S. nel dicembre 1976, nel gennaio, luglio ed agosto 1977 aveva sofferto di una dispepsia epatica per colecisti esclusa radiologicamente. Anche in quell'occasione la compagnia di assicurazione non ha ritenuto di rimproverare l'assicurato entro il termine di quattro settimane, per avergli sottaciuto tali circostanze.

Con le proposte di rimessa in vigore delle polizze, allegate allo scritto 5 agosto 1983 e ripresentate il 1° novembre 1983, la convenuta rimproverava implicitamente all'assicurato di aver sottaciuto l'esistenza di affezioni alla colonna vertebrale, tant'è che le nuove proposte di assicurazione prevedevano una riserva nel caso l'assicurato avesse sofferto di tali patologie. Tale comunicazione non poteva tuttavia giustificare a posteriori la rescissione del contratto avvenuta il 24 settembre 1982, dato che la relativa circostanza era già nota all'assicuratore da quasi sei mesi e meglio dal mese di febbraio 1983.

L'atto di rimessa in vigore delle polizze non poteva quindi esplicitare alcun effetto giuridico. La rescissione era infatti ingiustificata, ritenuto come la sua prima motivazione fosse infondata, ancorché formulata tempestivamente, mentre quelle successive, quand'anche fossero state fondate nel merito - questione che può rimanere irrisolta - non vennero sollevate e comunicate alla controparte nei termini di legge.

E chiaro che nel novembre 1983 S. accettò le nuove proposte solo per por termine alla vertenza che lo opponeva all'assicuratore, il quale insisteva nel voler considerare nulle per reticenza le due polizze. Se egli avesse saputo, come del resto ha sempre sostenuto che la rescissione era ingiustificata, evidentemente non avrebbe mai consentito ad accettare delle condizioni assicurative per lui più svantaggiose.

Non potendosi attribuire alcun effetto giuridico all'atto di rimessa in vigore delle polizze, è altresì chiaro che non risulta neppure applicabile l'art. 4 cifra 3 del capitolo A delle CGA, che appunto fa decorrere un termine triennale dalla rimessa in vigore di una polizza, durante il quale l'assicuratore è tenuto a versare solo la riserva matematica in caso di suicidio dell'assicurato.

Non potendosi applicare l'art. 4 cifra 3 del capitolo A delle CGA e ritenuto che in questa sede la convenuta non può validamente far valere che le polizze sono state rescisse successivamente nel 1987, è chiaro che quest'ultima è tenuta al pagamento della totalità del capitale assicurato.

Con l'appello adesivo gli attori hanno innanzitutto chiesto che la petizione fosse accolta non solo nei confronti di M.S., ma anche nei confronti dei figli A. e D.

Le motivazioni addotte per il riconoscimento della legittimazione attiva di questi ultimi risultano tuttavia assolutamente infondate.

Il fatto che i figli A. e D. fossero interessati alle polizze, essendo gli eredi legittimi del padre e beneficiari di una rendita per superstiti da parte della convenuta di fr. 24'000.-, prevista dalla polizza N. 1.911.708, è irrilevante dato che nel caso specifico beneficiaria delle polizze di cui si tratta è unicamente la loro madre: come correttamente rilevato dal primo giudice, nelle polizze è stata prevista una "clausola beneficiaria secondo proposta", che fa un chiaro riferimento a quanto stabilito nelle proposte, ove è detto che in caso di decesso dell'assicurato, beneficiari saranno "il coniuge, in mancanza i figli, in mancanza i genitori, in mancanza gli eredi dell'assicurato"; altrettanto correttamente, il giudice di prime cure ha confermato che i figli dell'assicurato potevano pretendere dall'assicuratore una rendita per superstiti ma la stessa non era oggetto della presente vertenza.

## I. Inhaltsverzeichnis

V, 2 (Verletzung der Anzeigepflicht)

## II. Gesetzesregister

VVG 4, 6

ZGB 3

## III. Sachregister

Reticenza

quando le domande sono fatte su malattie anteriori  
esonero dal servizio militare  
molteplicità di dichiarazioni del recesso dal contratto  
termine per il recesso dal contratto in caso di -

Verletzung der Anzeigepflicht

Befreiung vom Militärdienst  
bei Fragen nach früheren Krankheiten  
Frist für die Rücktrittserklärung bei -  
Vielzahl von Rücktrittserklärungen