

No.

La reticenza del prenditore d'assicurazione è palese se risponde di no alla domanda intesa a sapere se aveva già sofferto di una delle malattie menzionate espressamente (e tra queste le malattie dei polmoni) o di altra malattia, quando invece è stato affetto da bronchiti catarrali spastiche recidivanti per ben cinque episodi in sette anni con l'aggravante di polmoniti che ne hanno richiesto persino il ricovero ospedaliero.

(Assicurazione sulla vita)
(Lebensversicherung)

Tribunale di Appello del Cantone del Ticino, 28 marzo 1995,
B. c. „Providentia“, Società Svizzera di Assicurazioni sulla Vita, Nyon

Fatti: Il 9 giugno 1988 B. ha sottoscritto una proposta con la Providentia per un'assicurazione temporanea in caso di decesso con capitale decrescente e per un'assicurazione in caso di incapacità di guadagno con liberazione dei premi e corresponsione di rendita annua. A seguito della proposta gli è stata rilasciata la polizza assicurativa no 634767 poi annullata e sostituita, nel giugno 1989, da altra polizza no 638410 con prestazioni assicurative inferiori: in particolare la rendita annua per invalidità veniva ridotta da Fr. 15'000.-- a Fr. 9'000.--.

Nel dicembre 1990 l'assicurato ha notificato alla compagnia assicuratrice una sua incapacità lavorativa. Tra gli attestati medici presentati all'assicurazione figurava quello del 15 febbraio 1991 del suo medico curante dr. Ba. il quale, oltre a spiegare lo stato clinico invalidante del momento del paziente, ricordava che il signor B. era già stato in sua cura medica nel periodo 1978/1988 per disturbi epato-gastrici e per episodi di bronchite e broncopolmonite influenzali stagionali.

Il 7 giugno 1991 la Providentia, riferendosi al certificato medico del 15 febbraio precedente, ha posto per iscritto al dr. Ba. precise e circostanziate domande riguardanti le malattie e le cure subite dall'attore. Il medico ha risposto al questionario in data 9 giugno 1991 indicando in particolare che l'attore era stato in sua cura, a diverse riprese, negli anni precedenti il giugno 1988 per problemi di natura gastro-epatica, per bronchite catarrale spastica e per polmonite con conseguenti periodi di inabilità lavorativa.

Il 21 giugno 1991 la Providentia, constatato che nella proposta d'assicurazione non erano stati indicati questi precedenti momenti di malattia, ha disdetto la polizza d'assicurazione per violazione dell'obbligo di notifica secondo l'art. 6 LCA.

In causa B. nega di aver commesso una reticenza nel compilare la proposta d'assicurazione poiché le malattie anteriori erano dei semplici disturbi passeggeri di stagione e non vere alterazioni della salute e poiché l'assicuratore ne era in ogni caso stato informato; contesta pure la tempestività della dichiarazione di rescissione del contratto d'assicurazione.

Di diverso avviso la Providentia le cui tesi sono state riconosciute e confermate dal Pretore che, con la sentenza impugnata, ha respinto le domande dell'attore intese ad annullare la disdetta ed a condannare la convenuta al versamento dell'indennità annua d'invalidità di Fr. 9'000.-- prevista nella polizza litigiosa. Il primo giudice ha considerato che l'assicurato, rispondendo negativamente alle domande del formulario di proposta intese a sapere se aveva sofferto di precedenti malattie e nelle quali figuravano menzionate espressamente le malattie dello stomaco e del polmoni, aveva commesso una chiara reticenza a fronte delle malattie, certificate dal suo medico curante, più volte ripetute nel tempo e per periodi di una certa durata che, oggettivamente, non poteva considerare senza importanza. Il Pretore ha pure considerato rispettato il termine di quattro settimane dell'art. 6 LCA dal momento che l'assicurazione ha avuto cognizione della reticenza al momento in cui ha ricevuto, nel giugno 1991, le risposte del dr. Ba. al questionario sottopostogli.

Con l'appello B. ripropone che il suo atteggiamento, in occasione della compilazione della proposta d'assicurazione, non può essere tacciato di reticente in particolare perché, nel formulario, non vi erano domande precise in merito alle specifiche malattie sopportate e perché ne aveva informato l'agente dell'assicurazione che non aveva ritenuto di doverle menzionare perché non importanti.

Con riferimento alla tempestività della disdetta la contesta dal momento che già attraverso il certificato medico del 15 febbraio 1991, ricevuto il 21 febbraio successivo, si attestavano i pregressi disturbi epato-gastrici e gli episodi di bronchite e broncopolmonite e che, di conseguenza, a quel momento la situazione era nota all'assicurazione; il termine di quattro settimane decorreva quindi dal 21 febbraio 1991 mentre si rivela inconciliabile con la sicurezza del diritto aspettare oltre tre mesi per ottenere chiarimenti e completazioni non, del resto, necessari. Aggiunge ancora che l'unico motivo addotto con la disdetta è quello che al momento della sottoscrizione della proposta d'assicurazione il proponente era in cura medica e questo fatto risultava chiaramente dal certificato del febbraio 1991 e non abbisognava così di alcuna completazione. Altri motivi di reticenza non sono indicati nella comunicazione della disdetta.

Con le osservazioni all'appello la Compagnia d'Assicurazioni convenuta ripropone la conformità giuridica del proprio atteggiamento e la validità della disdetta dal contratto d'assicurazione per i motivi che, se del caso, verranno ripresi nei considerandi che seguono.

Motivi: 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, indipendente 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, Vol. I, pag. 107), ritenuto che comunque il grado di diligenza nell'adempiimento 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. IICCA 1 dicembre 1988 in re B./Ass. X; RUA XVIII N. 5).

La reticenza dell'attore nel compilare il formulario di proposta d'assicurazione è palese e questo suo comportamento non può, come si vorrebbe far intendere, essere dovuto al consiglio dell'agente assicuratore S. il quale, nella sua deposizione testimoniale, ha escluso qualsiasi comunicazione di malattia pregressa da parte dell'attore. Non si può

altrimenti considerare l'atteggiamento di chi risponde di no alla domanda intesa a sapere se aveva già sofferto di una delle malattie menzionate espressamente (e tra queste le malattie dei polmoni) o di altra malattia, quasi fosse una persona che ha avuto la fortuna di mai doversi rivolgere ad un medico, quando invece è stato affetto da bronchiti catarrali spastiche recidivanti per ben cinque episodi in sette anni (dal 1981 al 1988 come appare dalla risposta del dr. Ba.) con l'aggravante di polmoniti che ne hanno richiesto persino il ricovero ospedaliero. Sono questi, nella vita di una persona, dei fatti importanti che correttamente devono essere esplicitati quando, nell'ambito della conclusione di un contratto d'assicurazione, viene chiesto se ha sofferto di malattie non solo genericamente (e ci sarebbe già reticenza rispondendo un semplice ma categorico no) ma indicando partitamente nel questionario proprio anche le malattie polmonari.

Le affezioni alla salute subite dal signor B. non possono, nemmeno per un profano e facendo astrazione dal parere medico, essere considerate quali semplici influenze stagionali, quali semplici disturbi passeggeri, ma invece, proprio anche per chi le aveva subite, dovevano apparire, per il loro ripetersi e la loro gravità dimostrata dalla necessità del ricovero ospedaliero, quali vere gravi alterazioni della salute.

La risposta "no" di fronte ad un tale stato di cose rappresenta ingiustificata ed ingiustificabile reticenza ai sensi dell'art. 4 LCA (DTF 110 II 499).

Il termine di quattro settimane previsto dall'art. 6 LCA è unanimemente considerato un termine di perenzione, per cui il suo mancato ossequio comporta l'estinzione del diritto dell'assicuratore di chiedere il recesso dal contratto (RUA V N. 198, VII N. 53; DTF 116 V 229 consid. 6). Questo termine comincia a decorrere unicamente dal momento in cui l'assicuratore è informato su tutti i punti che concernono la reticenza e ne ha conoscenza effettiva, dei semplici dubbi essendo insufficienti (DTF 109 II 160 consid. 2a), ed agisce in tempo utile l'assicuratore che, quando ha sospettato una reticenza, ha tentato di ottenere delle indicazioni precise ed è retrocesso dal contratto appena le ha ricevute (DTF 118 II 333). Ritardando l'accertamento degli elementi costitutivi della reticenza l'assicuratore non ne porta conseguenze, con riferimento alla decorrenza del termine di quattro settimane, a meno che tale suo atteggiamento non si scontri con l'interdizione dell'abuso di diritto (DTF 118 II 333 consid. 3c e 3d).

Ora il contenuto del certificato medico del 15 febbraio 1991 fa espresso riferimento alla malattia ed alla cura medica del 1990 per la quale l'attore ha chiesto l'indennità di invalidità ed indica anche che "precedentemente era stato in mia cura medica dal 1978 al 14.6.1988 per disturbi epato-gastrici non scompensati e per episodi di bronchite e broncopolmonite influenzali stagionali". Da ciò l'appellante deduce che già in febbraio 1991 e non solo in giugno 1991, al momento delle risposte del dr. Ba. al questionario della Providentia che prendeva spunto dal certificato del febbraio, l'assicurazione conosceva la reticenza per cui la disdetta intervenuta solo il 21 giugno 1991 è tardiva ed inefficace.

Avantutto va subito chiarito che, contrariamente all'assunto dell'appellante, non appare che l'assicurazione abbia dato la disdetta per il solo motivo che al momento in cui il signor B. ha sottoscritto la proposta era in cura medica. La lettera di disdetta non indica questa situazione (la cura medica) come riferita al momento della sottoscrizione della proposta ma invece come riferita a "prima di firmare la proposta". Se ne può dedurre che la dizione prima si riferisca al periodo di tempo precedente negli anni e durante i

quali l'attore è stato ammalato e ricoverato. Ma anche se effettivamente l'intenzione dell'assicurazione era quello di far valere la reticenza sul fatto che durante la presentazione della proposta o immediatamente prima il signor B. era in cura medica, avendo il medico riferito di averlo curato sino al 14 giugno 1988 ben si può ammettere che la sola informazione di cui al certificato medico del febbraio 1991 poteva far nascere dubbi su di un'eventuale reticenza e poteva, in buona fede, suscitare la necessità di ottenere notizie più dettagliate per poter decidere, in perfetta conoscenza di causa, se la reticenza si era realizzata. Le indicazioni del febbraio 1991 parlavano di affezioni polmonari influenzali stagionali e di conseguenza - per sapere se si trattava di disturbi di cui tutti, bene o male, vanno soggetti ed il cui obbligo di notifica, in funzione della reticenza, è relativo oppure di malattie la cui esistenza può influenzare la decisione di accettare la proposta d'assicurazione - un'ulteriore più approfondita indagine si rivelava senz'altro necessaria per evitare una disdetta più sollecita ma ingiustificata. Dopo le spiegazioni del dr. Ba. del 9 giugno 1991 l'assicurazione ha potuto conoscere che la cura medica immediatamente precedente la sottoscrizione della proposta si riferiva ad una malattia che da diversi anni a quella parte colpiva con recidiva e con momenti di gravità non comuni (polmoniti con ricovero ospedaliero) l'assicurato. Da questo momento ha così avuto conoscenza completa e precisa di tutta la fattispecie che riguardava la reticenza.

La disdetta significata il 21 giugno 1991, entro le quattro settimane dal 12 giugno 1991, è quindi tempestiva ed operante.

Aspettando tre mesi e mezzo per ottenere informazioni più precise la compagnia assicurazione non ha certamente violato i principi della buona fede dal momento che questo suo atteggiamento non ha di certo danneggiato l'assicurato e nemmeno le ha consentito di trarre vantaggi da quel contratto d'assicurazione che ha in seguito disdetto. Il fatto di attendere può essere giustificato da motivi di organizzazione interna della Compagnia e, in ogni caso, non può essere assimilato ad un rifiuto cosciente di informarsi sugli elementi costitutivi della reticenza che potrebbe allora, perché costitutivo dell'abuso di diritto, essere assimilato alla conoscenza effettiva (DTF 118 II 333 consid. 3c e 3d).

L'appello, infondato in ogni suo punto, deve essere respinto e la sentenza del Pretore confermata.

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
termine per il recesso dal contratto in caso di -

Verletzung der Anzeigepflicht

bei Fragen nach früheren Krankheiten
Frist für die Rücktrittserklärung bei -