

**Fatti:** L'attrice procede in qualità di cessionaria delle pretese di U. G., assicurato presso la convenuta dal novembre 1989 per il rischio di perdita di guadagno dovuta a malattia.

Secondo la procedente, il G. sarebbe inabile al lavoro fin dal 1° novembre 1991 per una "complicazione ai polmoni", diagnosticata come "asma asmatica", inabilità che perdurerebbe a tutt'oggi.

In conseguenza di questa affezione, la convenuta avrebbe corrisposto l'indennità giornaliera per perdita di guadagno solo fino al 30 aprile 1992.

Ne conseguirebbe un credito per l'assicurato di fr. 100.-- al giorno, ovvero di fr. 36'000.-- all'anno, per un totale di fr. 132'000.-- oltre interessi fino al 31 dicembre 1995, somma dedotta in causa.

Nella risposta del 25 settembre 1995 la convenuta si è opposta alla petizione. Nella compilazione della proposta di assicurazione il G. avrebbe fornito informazioni inveritiere circa la sua situazione di salute, così come risulterebbe dal formulario doc. 4. Vi sarebbe perciò stata da parte sua reticenza ai sensi dell'art. 6 LCA, il che avrebbe indotto la convenuta alla sospensione di ogni prestazione dopo il 30 aprile 1992. Il G. sarebbe addirittura al beneficio di una mezza rendita di invalidità fin dal 1973, e di una rendita intera dal 1° febbraio 1992, fatti sottaciuti alla convenuta e di sicura rilevanza nell'ottica della polizza in questione. In conseguenza della reticenza dell'assicurato la convenuta avrebbe tempestivamente dichiarato di recedere dal contratto, così che nulla sarebbe dovuto all'attrice, ma in ogni caso non l'importo da lui richiesto, manifestamente esagerato.

Nel giudizio qui impugnato il Pretore ha stabilito che U. G. avrebbe risposto a molte delle domande postegli dall'assicuratrice in occasione della sottoscrizione della nota polizza in maniera manifestamente errata, mentre l'istruttoria non avrebbe dimostrato che la convenuta era già a conoscenza della reale situazione dell'assicurato per avere ricevuto la dichiarazione doc. 2, allestita secondo l'attrice contestualmente alla stipulazione di una precedente polizza.

Dovendosi ammettere la reticenza dell'assicurato e la tempestiva rescissione del contratto da parte della convenuta, nulla sarebbe dovuto all'attrice.

Con l'appello l'attrice postula la riforma della sentenza pretorile nel senso di accogliere la petizione, e questo in conseguenza della sua contestazione dell'asserita reticenza dell'assicurato. In effetti, data l'età dell'assicurato al momento della stipula della prima polizza e vista l'alta copertura da lui desiderata, sarebbe stata prassi comune delle compagnie di assicurazione quella di subordinare la conclusione del contratto all'effettuazione di una visita medica e all'allestimento del formulario doc. 2, il che sarebbe avvenuto anche nella fattispecie, così come risulterebbe dalla deposizione del teste Pellanda.

Le domande contestate non sarebbero nemmeno state poste al G. in occasione della stipulazione del nuovo contratto, ma invece gli sarebbe stato detto che avrebbe fatto testo il rapporto del medico curante, ovvero il doc. 2.

L'invalidità dal G. sarebbe peraltro dovuta ad un'ernia discale, che nulla avrebbe a che vedere con l'inabilità all'origine della pretesa di causa, così che non esisterebbe reticenza.

Nelle osservazioni del 15 gennaio 1997 la convenuta ha chiesto la reiezione del gravame protestando spese e ripetibili sulla base di argomentazioni che, per quanto necessario, verranno riprese nei successivi considerandi.

**Motivi:** L'attrice ancora in questa sede procede per fr. 132'000.-- oltre interessi in conseguenza dell'asserito diritto ad un'indennità giornaliera di fr. 100.--, dopo che l'assicurato ha già percepito detta indennità dal 1° novembre 1991 al 30 aprile 1992.

La copertura è tuttavia limitata ad un massimo di 720 indennità pari a fr. 72'000.--, e all'assicurato sono già state corrisposte 174 indennità, ovvero fr. 17'400.--. Ne segue che nella per l'attrice migliore delle ipotesi la petizione potrebbe essere accolta solo fino a concorrenza di fr. 54'600.-- oltre accessori.

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 e segg.; RUA, raccolta XV, n. 39), ritenuto altresì che l'importanza dei fatti che devono essere dichiarati non dipende dal loro rapporto di causa e effetto con il danno coperto dall'assicurazione (DTF 111 II 391; RUA, raccolta XIII, n. 21; raccolta XIV, n. 16).

E' perciò del tutto inconferente, e come tale va respinta, l'argomentazione difensiva dell'attrice, secondo cui l'eventuale reticenza dell'assicurato sulla sua ernia discale non sarebbe rilevante ai fini dei suoi successivi problemi alle vie respiratorie per i quali ha richiesto le indennità oggetto della contestazione. Dato l'oggetto della polizza, va al contrario sottolineata la sicura rilevanza, a prescindere dalla predetta presunzione legale di cui all'art. 4 cpv. 3 LCA, di tutte quelle domande volte all'accertamento delle condizioni di salute del proponente (così anche in: Il CCA 28 marzo 1995 in re B./P.).

Non vi è ombra di dubbio sul fatto che U. G. nel 1989 ha risposto contrariamente a verità alle domande di cui al formulario doc. 4 volte all'indagine sulle sue condizioni di salute, ed in particolare sulla capacità lavorativa, sottacendo una situazione di parziale invalidità, la cui particolare rilevanza ai fini del contratto in questione è addirittura evidente. E' perciò pacifico che in questo modo, come rettamente accertato dal Pretore, egli è stato reticente ai sensi dell'art. 4 LCA.

Ciò premesso, secondo l'attrice il punto di questione della causa risiederebbe nella questione a sapere quando la convenuta è venuta a conoscenza del contenuto del formulario doc. 2, datato 19 settembre 1988 e contenente le informazioni esatte circa lo stato di salute del G. Da tale questione dipenderebbe infatti il giudizio sulla tempestività ex art. 8 LCA del recesso contrattuale pronunciato dalla convenuta.

Il dott. B. P. ha dichiarato in sede di audizione testimoniale che U. G. venne nel suo studio il 19 aprile 1988 per compilare un formulario della compagnia convenuta, e meglio il doc. 2, riconosciuto e confermato dal teste. Il teste ha altresì ricordato che il documento in questione venne ritirato dal G., mentre non ha saputo dire se egli compilò ed inviò alla convenuta il diverso formulario riguardante lo stato di salute dell'assicurato. Lo stesso U. G., sentito anch'egli come testimone, ha affermato, senza però poterne avere conoscenza sicura, che "il dottore fece la sua relazione all'assicurazione", mentre del doc. 2 ha unicamente asserito di averlo sottoscritto in presenza del signor L. C. -circostanza che non collima con la deposizione del medico- ma non anche di averlo fatto pervenire alla convenuta. Il teste R. P., dipendente della

convenuta, ha infine dichiarato di avere ricevuto il doc. 2 dai patrocinatore dell'assicurato in data 2 dicembre 1992.

Stanti questi elementi, si deve concordare con la valutazione effettuata dal Pretore, secondo la quale non si può ritenere provata l'asserzione dell'attrice del fatto che la convenuta avrebbe ricevuto le esatte informazioni circa la situazione di salute dell'assicurato al momento della sottoscrizione della prima polizza.

A favore della tesi della precedente depone pertanto un mero elemento di verosimiglianza, in virtù del quale stupisce che l'assicurazione abbia comunque stipulato la prima polizza, nonostante la mancata ricezione delle richieste informazioni circa la situazione di salute dell'assicurato.

Tale elemento, che coincide nella sostanza con il richiamo alla prassi interna delle compagnie di assicurazione fatto dall'attrice, non è comunque sufficiente per poter giungere alla conclusione di misconoscere la manifesta reticenza dell'assicurato.

Del resto, se proprio si vuole argomentare in base a elementi di verosimiglianza e secondo la comune esperienza delle cose, ci si potrebbe anche chiedere che motivo aveva nella fattispecie il G. di essere reticente con la propria assicuratrice se davvero egli in una precedente occasione l'aveva correttamente informata sui propri malanni.

Ne deve pertanto conseguire la reiezione del gravame.

Tassa di giustizia, spese e ripetibili seguono la soccombenza (art. 148 CPC).

Per i quali motivi, richiamati gli art. 148 CPC e la TG

dichiara e pronuncia

I. L'appello 27 novembre 1996 di UCM Federazione Utenti Casse Malati è respinto.