

Il Pretore del Distretto di Lugano, 12 ottobre 2000,
C. c. Winterthur-Assicurazioni, Lugano-Cassarate

Fatti: Il 18 febbraio 1992 il convenuto, di professione imbianchino/pittore, stipulò con la società attrice una polizza di assicurazione contro gli infortuni a complemento della LAINF. La polizza garantiva un'indennità completa in caso di infortunio calcolata su di un salario annuo di fr. 54'000.-.

Il formulario per l'assicurazione, compilato da un rappresentante dell'attrice e dal convenuto e da entrambi sottoscritto, contemplava un capitolo intitolato "stato di salute della persona da assicurare", con le seguenti domande:

- 1) Siete attualmente affetto da una malattia o siete inabile al lavoro?
- 2) Siete già stato vittima di un infortunio?
- 3) Recate le conseguenze di un malattia o di un infortunio, rispettivamente di una infermità congenita?
- 4) Avete già subito un'operazione o siete già stato ricoverato in un istituto di cura (ospedale, clinica psichiatrica, sanatorio), o avete già fatto una cura per motivi di salute?

A ciascuna di queste domande il convenuto ha risposto con un "no", e ciò sebbene all'età di 8 anni gli fosse stato asportato il bulbo dell'occhio destro a seguito di un'infezione (doc. N pag. 2, risposta pag. 3 ad 4b), malgrado egli fosse in cura presso un medico per problemi seri alla schiena sin dal 12 dicembre 1988 e malgrado che prima della stipulazione della polizza avesse subito numerosi infortuni. Basti pensare che il 15 aprile 1985 il convenuto, mentre lavava le finestre, subì un'ustione da ammoniacca all'occhio sinistro che lo rese inabile al lavoro al 100% fino al 1 ° maggio 1985 e inabile al 50% fino al 4 giugno 1985; che il 14 novembre 1986 gli scivolò dalle mani una cassa di bibite, ciò che gli procurò una contusione al piede destro che lo rese inabile al lavoro al 100% fino al 9 dicembre 1986; che il 18 gennaio 1988 cadde poi su un asse bagnato, procurandosi una contusione alla schiena che lo rese inabile al lavoro al 100% fino all'8 febbraio 1988; che il 12 settembre 1991, infine, egli cadde portando un secchio di vernice e subì una contusione - distorsione alla colonna lombosacrale e alla spalla destra - che lo rese inabile al 100% fino al 27 ottobre 1991.

Successivamente alla sottoscrizione della polizza il convenuto incorse nei seguenti infortuni:

- il 1 ° ottobre 1992 scivolò sul posto di lavoro riportando una contusione lombosacrale che lo rese inabile al lavoro al 100% sino al 15 novembre 1992 e percepì quindi dall'attrice un'indennità di fr. 5'662.-;

- il 26 agosto 1993 cadde dalla bicicletta procurandosi una contusione al ginocchio sinistro e una contusione lombare che lo resero inabile al lavoro in misura del 100% sino al 24 ottobre 1993, per cui l'attrice gli versò un'indennità di fr. 7'748.;

- il 21 settembre 1995, infine, scivolò sollevando delle travi su un terreno bagnato e in pendenza, riportando contusioni alla schiena che lo resero inabile al lavoro al 100% sino al 13 novembre seguente, percependo dall'attrice un'indennità di fr. 4'056.-.

A seguito di questi infortuni l'attrice ha quindi erogato al convenuto complessivamente fr. 17'646.-, già comprese le spese.

Frattanto, dando seguito a una sua domanda del 13 novembre 1992, il 30 dicembre 1993 l'assicurazione AI gli ha concesso una rendita di invalidità del 50% con effetto retroattivo al 1 ° novembre 1991.

Avvalendosi dell'art. 6 LCA, il 2 aprile 1995 l'attrice ha comunicato al convenuto di non ritenersi più vincolata dalla polizza di cui al doc. A e di recedere anzi dal contratto con effetto ex tunc, postulando inoltre il rimborso delle prestazioni assicurative versate in relazione ai tre suddetti infortuni, ossia fr.17'646.-.

Malgrado l'invio di alcuni solleciti di pagamento e la notifica di un PE in data 20/26 agosto 1996, il convenuto non ha dato seguito alla richiesta dell'attrice.

Da qui l'avvio della causa in esame, con le domande indicate in ingresso, alle quali si è opposto il convenuto, che ha postulato la reiezione integrale della petizione.

Motivi: Stando all'attrice il convenuto avrebbe commesso nei suoi confronti una reticenza al momento della sottoscrizione della polizza 18 febbraio 1992, sottacendole i numerosi infortuni di cui era stato vittima prima di quella data, in particolar modo rispondendo negativamente alle domande contenute nel formulario doc. A. Essa avrebbe appreso l'esatta entità degli infortuni occorsi al convenuto per puro caso. In relazione a quello del 21 settembre 1995 fu cioè allestito il rapporto medico prodotto sub doc. G, dal quale la società attrice avrebbe appreso che l'assicurato beneficiava di una rendita AI. Essa avrebbe quindi richiesto alla Cassa AI l'intero incarto trasmessole il 21 marzo 1996 - sulla base del quale avrebbe poi scoperto - tra l'altro - l'esistenza dei numerosi incidenti avuti dal convenuto in data precedente alla conclusione della nota polizza. La dichiarazione di recesso dal contratto per reticenza sarebbe dunque fondata, oltre che tempestiva.

Il convenuto, dal canto suo, si oppone alla petizione, adducendo che il formulario prodotto sub doc. A sarebbe stato compilato direttamente da un agente della compagnia di assicurazione e non da lui medesimo, il quale gli avrebbe del resto pure assicurato che di per sé il formulario aveva scarsa importanza, perché il suo effettivo stato di salute sarebbe stato accertato in occasione di una successiva visita medica. Detto diversamente, mai nulla gli sarebbe stato chiesto in merito al proprio stato di salute, né tantomeno egli avrebbe sottaciuto alcunché al riguardo. Del resto i suoi problemi di salute sarebbero stati

visibili a chiunque e in particolar modo quelli relativi all'asportazione di un occhio all'età di 6 / 7 anni.

Stando al convenuto, ancora, la dichiarazione di recesso sarebbe pure tardiva, poiché le sue affezioni lombari precedenti alla conclusione del contratto di assicurazione risultavano già dai certificati medici prodotti all'epoca degli infortuni del 1 ° ottobre 1992 e del 26 agosto 1993 e l'attrice, peraltro, sarebbe stata al corrente della richiesta di rendita AI già dal 22 novembre 1992 e senza motivo avrebbe omesso di appurarne i motivi.

Infine, con riferimento all'art. 64 CO il convenuto adduce ancora, in subordine, che in nessun caso egli sarebbe tenuto a rifondere alcunché all'attrice, dato che non ne sarebbe più arricchito, avendo egli in buona fede usato l'importo rivendicato per mantenere la propria famiglia.

Secondo l'art. 4 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 quanto e come gli sono o gli devono essere noti dalla conclusione del contratto, ritenuto che sono rilevanti i fatti che possono influire sulla determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto o a conchiuderlo alle condizioni convenute.

Giusta l'art. 6 LCA, se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione ha dichiarato inesattamente o taciuto un fatto rilevante che conosceva o doveva conoscere, l'assicuratore non è vincolato al contratto purché ne sia receduto entro quattro settimane da quando ebbe cognizione della reticenza.

Con riferimento a queste norme di legge la dottrina ha già avuto modo di precisare che il proponente è tenuto a rispondere correttamente alle domande formulate in modo chiaro dall'assicuratore, indicando in particolare i fatti che gli sono o che gli dovrebbero essere noti, e suscettibili di influire sulla determinazione dell'assicuratore di concludere il contratto o di conchiuderlo alle condizioni avvenute (Carré, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Lausanne 2000, art. 4 pag. 125, 128). Il proponente è responsabile delle risposte, quand'anche le stesse siano date dall'agente assicurativo (Carré, *op. cit.*, pag. 127 seg., 129 seg.). Nel settore della salute, in particolare, dottrina e giurisprudenza reputano un fatto importante per la valutazione del rischio - segnatamente - l'indicazione dei vecchi incidenti, con relative conseguenze e indennità percepite, le incapacità lavorative precedenti ripetute e importanti, un soggiorno ospedaliero, o dei dolori dorsolombari di carattere cronico e trattati medicalmente sull'arco di più anni o dai quali il proponente ha dovuto essere alleviato mediante iniezioni (Carré, *op. cit.*, pag. 136 seg.). Compete poi all'assicurato dimostrare che un fatto non era di per sé importante, avuto riguardo del rischio, e di provare che l'assicuratore avrebbe concluso il contratto (o alle medesime condizioni) anche in caso di assenza di reticenza (Carré, *op. cit.*, pag. 141). La reticenza può essere sollevata anche dopo la sopravvenienza del rischio e addirittura dopo il pagamento dell'indennità (Carré, *op. cit.*, pag. 129). Il diritto dell'assicuratore di recedere dal contratto non richiede, infine, un legame di causalità tra la reticenza e l'eventuale danno occorso successivamente (Carré, *op. cit.*, pag. 135).

Orbene, neppure lo stesso convenuto nega che le risposte date in particolare alle domande n. 2, 3 e 4 del formulario della proposta di assicurazione siano sbagliate. La circo

stanza è del resto pacifica, se appena si considera che malgrado i precedenti infortuni elencati al considerando B. - che hanno richiesto trattamenti e cure e hanno comportato pure delle inabilità lavorative per periodi anche prolungati - e i dolori lombari preesistenti e curati sin dal 1988, è stato risposto negativamente alle seguenti domande: "siete già stato vittima di un infortunio (2), recate le conseguenze di una malattia o di un infortunio, rispettivamente di un'infermità congenita (3), e avete già subito un'operazione o siete già stato ricoverato in un istituto di cura o avete già fatto una cura per motivi di salute (4)? "

In proposito il teste P. M. - che ha assistito il convenuto nella stesura della domanda di assicurazione - ha dichiarato di avergli posto le domande in questione, alle quali egli avrebbe risposto negativamente, senza peraltro accennare a problemi di salute o trascorsi infortunistici. Tale dichiarazione - della cui autenticità non vi sono motivi di dubitare - smentisce tra l'altro la tesi del convenuto secondo cui l'agente avrebbe compilato la polizza in maniera sbrigativa, senza neppure porgli le relative domande. Senza considerare che, come sopra esposto, il proponente è comunque responsabile delle risposte fornite dall'agente.

Giovi ancora ricordare in proposito che, contrariamente all'assunto del convenuto, non è decisivo il fatto che sul suo viso sarebbero visibili i segni dell'asportazione di un occhio avvenuta in tenera età. Avesse anche l'agente potuto rendersene conto, ciò ancora non libererebbe il convenuto dalle sue responsabilità, avendo egli comunque sottaciuto alla controparte tutta una serie di altri infortuni e problemi di salute, tra l'altro ben più recenti.

Ciò premesso, non avendo il convenuto dimostrato contrariamente all'onere probatorio a suo carico - che i fatti da lui sottaciuti non erano importanti per l'attrice alla luce della tipologia del rischio da assicurare, e che essa avrebbe cioè concluso il contratto in questione alle medesime condizioni e quand'anche egli avesse fornito delle risposte corrette, ne segue che il convenuto ha commesso reticenza nei confronti dell'attrice, sicché essa era in principio autorizzata a recedere dal contratto nelle quattro settimane successive da che ne ebbe conoscenza.

Litigiosa tra le parti è pure la tempestività della dichiarazione di recesso formulata dall'attrice.

Secondo dottrina e giurisprudenza il termine di quattro settimane di cui all'art. 6 LCA è un termine di perenzione. Esso comincia a decorrere solo da quando l'assicuratore è completamente orientato su tutti i punti relativi alla reticenza e non già a partire dai primi sospetti, anche se gravi. Detto diversamente, il termine inizia a correre dalla conoscenza positiva, oggettiva della reticenza e non dal momento in cui l'assicuratore avrebbe dovuto averne conoscenza (Carré, op. cit., pag. 148 e numerosi rif. giurisprudenziali cit.). Il relativo onere probatorio incombe all'assicuratore (Carré, op. cit., pag. 150 e rif. cit.).

Ora, è vero - come sostiene il convenuto - che i certificati medici relativi agli infortuni del 1 ° ottobre 1992 e del 26 agosto 1993 attestano che già in precedenza egli aveva subito delle contusioni lombari, che erano poi guarite, e che con lettera del 20 novembre 1992 la Cassa cantonale Al aveva richiesto all'attrice l'invio dell'incarto relativo all'assicurato, informandola che costui aveva presentato una domanda di prestazioni Al. Sulla scorta di queste informazioni, in effetti, l'attrice avrebbe potuto avere dei sospetti di reticenza. A quello stadio, tuttavia, l'attrice non era ancora informata su tutti i punti che concernevano

la reticenza. Basti pensare che i certificati medici citati attestavano semplicemente l'esistenza, in data imprecisata, di non meglio specificate contusioni lombari, nel frattempo guarite e che dalla lettera della Cassa AI citata risultava unicamente che il convenuto aveva presentato una domanda di prestazioni AI, ma che dalla stessa nulla traspariva in particolar modo in merito ai motivi e al possibile esito della domanda. Ne segue che - alla luce della dottrina succitata questi semplici sospetti, che avrebbero sì potuto indurre l'attrice a verificare le dichiarazioni del convenuto, non erano però di per sé ancora sufficienti per fare decorrere il termine di quattro settimane per recedere dal contratto.

Dagli atti di causa si evince poi che l'attrice ha dato incarico al dottor C. di esaminare il convenuto e di allestire un rapporto medico. Dal referto del medico, del 30 ottobre 1995, è emerso tra l'altro che il convenuto era affetto da una sindrome lombosacrale cronica, per la quale egli era al beneficio di un'invalidità al 50%. Sulla base di tale documento l'attrice ha dunque chiesto al convenuto, il 7 novembre seguente, di fornirle maggiori ragguagli in merito alla rendita AI da lui percepita e il 7 marzo 1996 ha chiesto all'Istituto delle assicurazioni sociali di trasmetterle l'incarto del convenuto, pervenutole poi il 21 marzo successivo. Essa ha così potuto allora prendere conoscenza, in particolar modo, del rapporto medico del 17 maggio 1993 del dottor Z. e di quello del 20 novembre 1992 del dottor S., dai quali risultavano i numerosi infortuni occorsi al convenuto prima della sottoscrizione della polizza assicurativa, come pure l'esistenza di lombalgie recidivanti, di osteocondrosi e delle discopatie Th 12/L1 L1/L2. In base a questa documentazione soltanto, l'attrice ha quindi potuto prendere conoscenza in modo completo di tutti i punti che concernevano la reticenza. La successiva comunicazione 2 aprile 1996 dell'attrice al convenuto di recedere dal contratto, avvalendosi dell'art. 6 LCA, è dunque tempestiva.

Il rimborso delle prestazioni versate erroneamente dall'assicurazione soggiace alla normativa relativa all'indebito arricchimento (art. 62 segg. CO). Secondo l'art. 62 CO chi senza causa legittima si trovi arricchito a danno dell'altrui patrimonio è tenuto a restituire l'arricchimento, ritenuto che si fa luogo alla restituzione specialmente di ciò che fu dato o prestato senza valida causa, o per una causa non avveratasi o che ha cessato di sussistere. Giusta l'art. 64 CO chi si è indebitamente arricchito non è però tenuto a restituire ciò di cui provi che, al momento della ripetizione, non è più arricchito, a meno che se ne sia spossessato di mala fede o che dovesse prevedere la domanda di restituzione.

Nel caso concreto è indubbio che l'attrice ha corrisposto le note prestazioni trovandosi in errore, dato che essa ha appreso della reticenza del convenuto solo in data posteriore ai pagamenti effettuati. Quanto al convenuto, egli è in malafede, essendogli noto, o dovendo egli sapere, che dette prestazioni assicurative gli sono state versate "senza causa legittima", rispettivamente dovendo egli perlomeno contare con l'obbligo di restituzione in ragione della reticenza a lui imputabile (Honsell/Vogt/Wiegand, Obligationenrecht I, 2a edizione, Basilea 1996, art. 64 n. 10).

Ciò posto la pretesa dell'attrice è fondata e deve dunque essere ammessa. Sull'importo di fr. 17'646.- corrono ancora gli interessi di mora al tasso legale del 5% a far tempo dal 31 maggio 1996.

Gli oneri processuali seguono la soccombenza (art. 148 CPC) e sono dunque posti a carico del convenuto, pure tenuto a rifondere alla controparte un adeguato importo a titolo di ripetibili.

P. Q. M. richiamati in particolare l'art. 8 CC, gli art. 4 e 6 LCA, 62 e 64 CO, per le spese Part. 148 CPC e la LTG;

DICHIARA E PRONUNCIA

1. La petizione è parzialmente accolta.

Di conseguenza C. C. è condannato a versare alla Wintethur Assicurazioni l'importo di fr. 17'646.- più interessi del 5% a far capo dal 31 maggio 1996.

2. La tassa di giustizia di complessivi fr. 1'000.- e le spese, da anticipare come di rito, sono poste a carico del convenuto, pure tenuto a rifondere alla controparte l'importo di fr. 2'000.- a titolo di ripetibili.

3. Intimazione alle parti per il tramite dei loro patrocinatori.