



Incarico n.
OA.2001.00030

Locarno
25 gennaio 2002

Sentenza

In nome
della Repubblica e Cantone
del Ticino

Il Pretore della Giurisdizione di Locarno-Città

avv. Francesco Bertini

assistito dal segretario assessore,
vista la petizione promossa in data 25 maggio 2001 da

X
patr. da: avv. dr. Willy Pedrioli, Ascona,

contro

Cassa malati Y
patr. da: avv. Roberto Haab, Lugano,

- chiedente
- "1. La petizione è accolta.
§ Di conseguenza la compagnia assicurativa Cassa malati Y Bienne, è
condannata a riconoscere al signor X la copertura
per le prestazioni complementari stante la LCA in base all'offerta no.
XXXX del 21 giugno 1999.
§§ Di conseguenza la riserva di cui alla decisione del 18 maggio 2001 applicata
dalla Cassa malati Y Bienne, nei confronti del signor X
è annullata.
2. Protestate spese e ripetibili."

domande alle quali la convenuta si oppone integralmente;

letti ed esaminati gli atti;

fissato alle parti, avendo le stesse con il consenso del giudice rinunciato alla convocazione per il dibattimento finale, un termine al 14 dicembre 2001 per l'inoltro del rispettivo memoriale conclusivo scritto.

Ritenuto,

in fatto:

- A. Il 18 gennaio 1999, X sottoscriveva presso la Cassa malati Y di Bienne una proposta inerente una copertura assicurativa base secondo la LAMai ed una copertura complementare per cure medico-sanitarie e spese ospedaliere secondo la LCA.

Alle domande cifre 8 e 25 inerenti lo stato di salute, X forniva le seguenti risposte (cfr. doc. A):

"8. Siete già stati sottoposti a interventi chirurgici?

Sì, rottura del braccio (1966).

[...]

25. Nel corso degli ultimi 5 anni siete rimasti inabili al lavoro per più di 4 settimane?

Sì, per 6 settimane causa rottura del braccio.

[...]."

La proposta veniva accettata dalla Y e l'assicurazione entrava in vigore con il 1. gennaio 2000 (v. doc. A).

- B. Il 14 dicembre 2000 il qui attore comunicava alla Y la sua necessità di ricovero presso la Klinik im H . Ricovero ordinato dalla dr.ssa med. M (doc. B). Al fine dell'esame della pratica, la convenuta chiedeva il 12 dicembre 2000 all'attore la compilazione e l'invio di un formulario di "denuncia d'infortunio", ciò che veniva fatto dal Gambarini il 17 dicembre 2000. Nel documento, l'attore notificava la rottura della spalla e del braccio destro avvenuta in data 31 ottobre 1996 (v. doc. D). Con scritto 20 dicembre 2000 la Cassa malati Y rimproverava in sostanza all'assicurato una sua reticenza al momento della firma della proposta di assicurazione, ipotizzando una "sospensione retroattiva dell'assicurazione complementare" e

fissando un termine di dieci giorni per un'ulteriore presa di posizione (cfr. doc. E).

Presa di posizione che perveniva con lettera 5 gennaio 2001, in cui il X - tramite il proprio patrocinatore avv. Willy Pedrioli - contestava la reticenza evidenziando che nella proposta di assicurazione egli aveva citato la rottura del braccio subita (cifra 8 doc. A), trascrivendo però erroneamente, in modo involontario, come data dell'infortunio, quella del 1966 anziché quella del 1996, rispettivamente sottolineando di non essere più stato, al momento della firma della proposta, in cura medica in relazione alla rottura del braccio (cfr. doc. H).

- C. A mezzo lettera del 12 gennaio 2001, la Y invocando la reticenza, poneva espressamente una riserva retroattiva dell'assicurazione complementare, limitatamente ai trattamenti relativi all'infortunio al braccio del 1996 (doc. I).

Di conseguenza, il 17 gennaio 2001 la convenuta comunicava all'attore di riconoscere, per il ricovero presso la Clinica im H , unicamente una copertura secondo l'assicurazione di base per "*cura balneare ambulante di due settimane*" (v. doc. M).

Seguiva un ulteriore scambio di corrispondenza fra le parti, in cui l'attore chiedeva alla Cassa malati di rivedere la propria decisione e la Y la confermava (doc. N-P; cfr. anche doc. T).

- D. Tramite la presente azione giudiziaria, avviata il 25 maggio 2001, X postula che la convenuta venga astretta a riconoscere la copertura assicurativa complementare senza riserva alcuna.

La Cassa malati Y si oppone integralmente alla petizione, invocando la legittimità della riserva pronunciata il 12 gennaio 2001.

In merito alle argomentazioni sviluppate dalle parti si dirà, per quanto rilevanti ai fini del pronunciato, nei considerandi successivi.

Considerato,

in diritto:

1. La Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) disciplina l'assicurazione sociale contro le malattie, comprendente l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie e l'assicurazione facoltativa per le indennità giornaliere (art. 1 cpv. 1 LAMal). Le prestazioni della LAMal vengono fornite in caso di malattia, d'infortunio e di maternità (art. 1 cpv. 2 LAMal) dalle casse malati riconosciute o dalle istituzioni di assicurazioni private autorizzate dal Dipartimento federale degli interni (artt. 11 e 13 LAMal).

Le casse malati riconosciute hanno inoltre il diritto di offrire delle assicurazioni complementari all'assicurazione obbligatoria della LAMal, fondate sulla Legge federale sul contratto d'assicurazione (artt. 12 cpv. 2 e 3 LAMal, 13 OAMal).

Nel caso che ci occupa, le parti hanno precisamente sottoscritto un'assicurazione comprendente prestazioni per cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal e prestazioni complementari per cure e spese ospedaliere conformemente alla Legge sul contratto d'assicurazione, oggetto della vertenza odierna.

Sia di transenna evidenziato che agli atti non sono state prodotte le Condizioni generali d'assicurazione cui viene fatto accenno nella proposta di assicurazione 18 gennaio 1999 (doc. A pag. 2).

2. Secondo l'art. 6 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione in base all'art. 4 della medesima legge, 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. Il termine di quattro settimane è un termine di perenzione. Nel caso di più reticenze, per ognuna di esse decorre un termine autonomo di recesso, che inizia al momento in cui l'assicuratore ne ha avuto conoscenza e ciò indipendentemente dal fatto che quest'ultimo non abbia rispettato il termine per invocare una determinata altra reticenza (v. STF 109 II 160; Maurer, Schweiz. Privatversicherungsrecht, 3 ed., pag. 254).

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 alla conclusione del contratto (art. 4 LCA). Sono rilevanti i fatti che possono influire sulla determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto o a concluderlo alle condizioni convenute. Si presumono rilevanti ("*praesumptio iuris*") - con conseguente rovesciamento dell'onere della prova - i fatti in merito ai quali l'assicuratore abbia formulato per iscritto delle questioni precise, non equivoche (art. 4 cpv. 2 e 3 LCA; STF 118 II 336). Per giudicare se il proponente ha adempiuto o meno ai suoi obblighi dichiarativi, occorre adottare un criterio al tempo stesso oggettivo e soggettivo (STF 118 II 337); egli agisce conformemente a tale suo obbligo se dichiara, oltre ai fatti che gli sono noti senza ulteriori riflessioni, anche quelli la cui conoscenza non potrebbe sfuggirgli riflettendo seriamente alle domande postegli (cfr. STF 116 II 341). L'esame della questione relativa alla sussistenza di una reticenza, che pure necessita di approccio prudente, deve avvenire indipendentemente da una eventuale colpa del proponente (STF 118 II 338).

3. Orbene. Foss'anche che l'errata dichiarazione di X relativa all'anno dell'infortunio al braccio e alla spalla (1966 anziché 1996) sia stata espressa involontariamente, per pura svista di trascrizione, non può essere negato che la stessa debba venir qualificata come reticenza (art. 6 LCA: "... *ha dichiarato inesattamente...*"). Come testé indicato (v. consid. 2 in fine), l'esistenza o meno di un'eventuale colpa del dichiarante è ininfluenza (STF 109 II 64; Nef, in: Kommentar VVG, Basilea 2001, ad art. 6, n. 9 e segg.: tale autore preconizza però, essendo le conseguenze dell'applicazione dell'art. 6 LCA molto incisive, una sua applicazione solo in caso di reticenza intenzionale o gravemente negligente).
4. Ai sensi dell'art. 8 LCA ("*lex specialis*" rispetto all'art. 6 LCA, v. Nef, op. cit., ad art. 8, n. 1), nonostante la reticenza, l'assicuratore non può recedere dal contratto, segnatamente, se egli conosceva o doveva conoscere il fatto taciuto (cifra 3) o se egli conosceva o doveva conoscere esattamente il fatto inesattamente dichiarato. Si tratta di una norma, che ha come fondamento il principio della buona fede (art. 2 CC; Nef, op. cit., ad art. 8, n. 2), applicabile indipendentemente dal fatto che l'obbligo dichiarativo sia stato violato colpevolmente dall'assicurato (Nef, op. cit., ad art. 8, n. 3 e 36).

I concetti di "conoscenza" rispettivamente di "dovere di conoscenza" di cui all'art. 8 cifre 3 e 4 LCA sono gli stessi indicati all'art. 4 cpv. 1 LCA per il comportamento del proponente. Entrambe le parti contrattuali debbono infatti adottare l'attenzione che può da loro essere pretesa secondo il principio della buona fede (v. **Nef**, op. cit., ad art. 8, n. 22; **STF** 111 II 388 e segg.).

All'assicuratore viene imputata al momento della stipulazione del contratto la conoscenza di tutti gli elementi di rischio ai quali, nella veste di corretto, ragionevole e leale partner contrattuale, non potrebbe sottrarsi. In particolare, l'assicuratore è tenuto a chiarire contraddizioni e questioni oscure risultanti dalle risposte del proponente, interpellando se del caso quest'ultimo (**Nef**, op. cit., ad art. 8, n. 23 e 24; **Maurer**, op. cit., pag. 257).

5. Nella fattispecie, è opinione di questo Pretore che la Y non possa recedere dal contratto nonostante la reticenza dell'attore. In effetti, non vi è chi non veda la palese, macroscopica contraddittorietà esistente fra le risposte fornite da Luciano X alle cifre 8 e 25 della proposta d'assicurazione. Anche una persona sprovveduta e inesperta (quale la convenuta però non è) avrebbe in buona fede dovuto approfondire - sarebbe bastata una telefonata all'interessato - la discrepanza insita nelle citate risposte: da un lato, rispondendo in esteso al quesito 8 (ove era comunque stata omessa l'indicazione - richiesta - circa il luogo, il periodo e la conclusione o meno del trattamento), X ha indicato il 1966 quale data di rottura del braccio; dall'altro lato, rispondendo al quesito 25 (volto a sapere se nel corso degli ultimi 5 anni il proponente fosse rimasto inabile al lavoro per più di quattro settimane), egli ha dichiarato una inabilità di sei settimane (nel lustro antecedente al 1999) "causa rottura del braccio". Il dubbio in merito ad un'erronea indicazione della data di rottura del braccio doveva e poteva quindi legittimamente sorgere, per cui la convenuta avrebbe dovuto sincerarsi circa la congruenza delle affermazioni fornite. Del resto, a dare atto e ad ammettere la, evidente, ambiguità e poca chiarezza delle dichiarazioni del proponente è la stessa Y, laddove nel memoriale conclusivo (pag. 4 e 5) parla di *"tre possibili modi di interpretazione delle risposte 8 e 25"*. Non vi può essere remora nel ritenere che siffatti dubbi interpretativi la convenuta dovesse o potesse porsi già nel 1999, al momento della ricezione della proposta di assicurazione. Inconferente, oltre che non rispondente alla realtà, è peraltro l'asserzione della Y (conclusioni pag. 5) secondo cui un suo

obbligo di chiarimento non era dato ritenuto che *"l'esame delle proposte di assicurazione è un lavoro di massa"*.

E' fatto notorio che, soprattutto oggi - nell'ambito della esistente lotta di accaparramento delle Casse malati dei cosiddetti "rischi buoni" - l'esame delle proposte è tutt'altro che frutto di improvvisazione e superficialità di approccio.

Dovendosi riconoscere l'adempimento della fattispecie di cui all' art. 8 cifra 4 LCA, l'assicuratore - malgrado la reticenza - rimane vincolato al contratto stipulato (v. **Nef**, op. cit., ad art. 8, n. 35).

In realtà ci si potrebbe addirittura porre il quesito a sapere se la dichiarazione di recesso della Y, stante quanto sopradescritto, non possa ritenersi tardiva (art. 6 LCA).

Alla domanda, che può rimanere aperta (stante il carattere di "lex specialis" dell'art. 8 LCA), tenuto conto di quanto espresso da dottrina e giurisprudenza, dovrebbe comunque verosimilmente essere risposto per la negativa (v. **Nef**, op. cit., ad art. 6, n. 21 e segg.).

6. Va da ultimo osservato che la parte convenuta, al fine di giustificare eventualmente la nullità della copertura in relazione all'affezione lamentata di cui al ricovero presso la Clinica im H, non si è - rettamente - appellata all'art. 9 LCA (articolo peraltro applicabile d'ufficio, v. **Nef**, op. cit., ad art. 9, n. 27).

Tale disposto, che sancisce il divieto dell'assicurazione retro-attiva, presuppone che l'assicurato - prima della conclusione del contratto - abbia sofferto di una malattia o abbia subito un infortunio soggetti, in base all'esperienza medica, a probabili ricadute, così da poter ritenere che il *"sinistro si sia già verificato e che le ricadute non siano assicurabili"* (v. **STF** 127 III 21). Ciò non è però il caso - e comunque la convenuta non lo ha né addotto né tantomeno provato - per la semplice rottura di un braccio.

Da cui l'inapplicabilità dell'art. 9 LCA al caso che ci occupa.

7. In esito, la petizione deve essere accolta, con conseguente accertamento della piena e integrale validità (senza riserve) del contratto di assicurazione, di cui all'offerta n. XXXX di data 21 giugno 1999 (doc. A), stipulato fra X e la Cassa malati Y.

Tasse, spese e ripetibili seguono la soccombenza (art. 148 CPC), ritenuto un valore di causa di fr. 15'728.80 (v. ordinanza 4 settembre 2001 di questo Giudice).

Per questi motivi,
richiamati

gli artt. 1 e segg. CO, 1, 11 e 13 LAMal, 4, 6, 8 e 9 LCA, l'art. 148
CPC per le spese e le ripetibili, la LTG e la TOA,

pronuncia:

1. La petizione è **accolta**.

§ Di conseguenza è accertata la integrale validità (senza riserve)
del contratto di assicurazione, di cui all'offerta n. XXXX di
data 21 giugno 1999 (doc. A), stipulato fra X e
la Cassa malati Y di Bienne.

2. Le spese di fr. 90.-- e la tassa di giustizia di fr. 900.--, da
anticipare dall'attore, sono poste a carico della Cassa malati
Y, la quale rifonderà a X l'importo di fr.
1'200.-- a titolo di ripetibili.

3. Notificazione ai patrocinatori delle parti.

Il Pretore



Il Segretario assessore

