

Incarto n.
12.2009.45

Lugano
19 luglio 2010/fb

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

La seconda Camera civile del Tribunale d'appello

composta dei giudici: Epiney-Colombo, presidente,
Walser e Lardelli

segretario: Bettelini, vicecancelliere

sedente per statuire nella causa inc. n. OA.2007.420 della Pretura del Distretto di Lugano, sezione 2 promossa con petizione 27 giugno 2007 da

AO 1
rappr. dall' RA 1

contro

AP 1
rappr. dall' RA 2

con cui l'attrice ha chiesto la condanna della convenuta al pagamento di fr. 5'000.- per l'anno 2005 e l'importo di fr. 20'000.- annui dal 1° gennaio 2006 sino al 30 aprile 2025, l'importo di fr. 3'235.90 a titolo di rimborso dei premi assicurativi pagati per il periodo ottobre 2003 - ottobre 2004 e l'importo di fr. 3'500.- a titolo di spese legali, domande avversate dalla convenuta e che il Pretore ha parzialmente accolto con sentenza 30 dicembre 2008, condannando la convenuta a pagare all'attrice l'importo di fr. 5'000.- per l'anno 2005, la rendita annua di fr. 20'000.- dal 1° gennaio 2006 sino al 30 aprile 2025 e l'importo di fr. 3'235.90 a titolo di rifusione di premi assicurativi;

appellante la convenuta con atto d'appello 16 febbraio 2009, con cui chiede la riforma dei dispositivi 1 e 2 della sentenza pretorile, nel senso di respingere integralmente la petizione, protestando spese e ripetibili di entrambi le sedi;

mentre l'attrice con osservazioni 18 marzo 2009 propone la reiezione del gravame, con protesta di spese e ripetibili;

letti ed esaminati gli atti ed i documenti prodotti,

ritenuto

in fatto:

- A.** AO 1 ha sottoscritto il 20 maggio 2003 una proposta di assicurazione all'indirizzo della compagnia assicuratrice _____ (già _____), la quale poi ha emesso la relativa polizza (doc. E), che prevedeva nel caso di incapacità al guadagno il pagamento di una rendita annua di fr. 20'000.- fino al 30 aprile 2025, dopo un periodo di attesa di 24 mesi, e la liberazione dall'obbligo del pagamento dei premi dopo un periodo di attesa di tre mesi. L'assicurata, consulente presso una banca privata, a seguito delle tensioni venutesi a creare sul posto di lavoro nell'ottobre 2003 è stata inabile al lavoro causa un'incipiente depressione (cfr. incarto AI, doc. T). Con lettera 21 gennaio 2004 la datrice di lavoro ha disdetto il contratto di lavoro con AO 1 per il 30 aprile 2004 (doc Q). Con scritto 2 agosto 2004 AO 1 ha comunicato ad AP 1 di essere inabile al lavoro al 100% dal mese di ottobre 2003 (doc. H). Il 23 novembre 2004 (doc. N) la compagnia assicuratrice ha annullato la polizza assicurativa, per il motivo che l'assicurata era da considerare reticente, visto che nel questionario relativo al suo stato di salute, compilato nel maggio 2003, non aveva risposto correttamente alla domanda n. 9 figurante nelle domande generali sullo stato di salute (doc. F, pag. 2), parte integrante della proposta, non avendo indicato le diverse consultazioni eseguite presso una psicologa negli anni 2002 e 2003. L'annullamento della polizza assicurativa è stato poi confermato con lettera 6 dicembre 2004 (doc. 5). Introdotta una domanda per l'ottenimento delle prestazioni AI, l'Ufficio AI ha riconosciuto a AO 1 una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° ottobre 2004 (doc. T).
- B.** Con petizione 27 giugno 2007 AO 1 ha chiesto al Pretore del Distretto di Lugano, sezione 2, la condanna di AP 1 al pagamento delle prestazioni assicurative previste dalla polizza, segnatamente fr. 5'000.- per l'anno 2005 e fr. 20'000.- annui a partire dal 1° gennaio 2006 e sino al 30 aprile 2025. Ella ha altresì chiesto di condannare la convenuta al rimborso di fr. 3'235.90 pari ai premi assicurativi pagati per il periodo ottobre 2003 - ottobre 2004 e di fr. 3'500.- a titolo di rimborso dell'acconto versato al patrocinatore a copertura delle spese legali. Da ultimo ella ha eccepito che la risoluzione del contratto è avvenuta intempestivamente. Con risposta 28 agosto 2007 la

convenuta ha chiesto la reiezione della petizione, adducendo l'esistenza di una reticenza da parte dell'attrice che le conferiva il diritto a rescindere il contratto, puntualizzando che la rescissione è avvenuta nei termini di legge.

- C.** Con sentenza 30 dicembre 2008 il Pretore ha parzialmente accolto la petizione condannando la convenuta al pagamento delle prestazioni assicurative nella misura di fr. 5'000.- per l'anno 2005 e fr. 20'000.- annui dal 1° gennaio 2006 sino al 30 aprile 2025, nonché il rimborso dei premi assicurativi di fr. 3'325.90. Il primo giudice ha ritenuto non provata la reticenza dell'attrice. Constatata la nullità della rescissione del contratto ad opera della convenuta, egli ha quindi condannato la compagnia assicuratrice a erogare le prestazioni previste dalla polizza. Il Pretore ha per contro negato il risarcimento dell'acconto delle spese legali di fr. 3'500.-, considerato che tale importo era da intendere come anticipo spese e oneri per la causa che sarebbe poi stata avviata nel giugno 2007, e pertanto da ritenere compreso nell'indennità per ripetibili.
- D.** La convenuta è insorta con atto di appello 16 febbraio 2009, con il quale chiede la riforma del giudizio pretorile nel senso di respingere la petizione, con protesta di spese e ripetibili di entrambi le sedi. Nelle osservazioni all'appello, l'attrice postula la reiezione dell'appello sulla base delle considerazioni di cui si dirà, se del caso, nel seguito.

e considerato

in diritto:

- 1.** Nella fattispecie il Pretore ha ritenuto che l'attrice non aveva commesso reticenza ai sensi dell'art. 4 vLCA (nella sua versione in vigore sino al 31 dicembre 2005) per aver risposto negativamente alla domanda n. 9 del formulario compilato e sottoscritto il 20 maggio 2003, intesa a sapere se aveva già sofferto o al momento soffriva tra l'altro di disturbi o di malattie psichiche (doc. F). Accertato quindi che la compagnia assicuratrice convenuta aveva rifiutato a torto le prestazioni pattuite, l'ha condannata a erogare quanto previsto dalla polizza di assicurazione conclusa con l'attrice.
- 2.** La convenuta, dopo aver richiamato la giurisprudenza e la dottrina in materia di reticenza, rimprovera al Pretore di aver ritenuto che l'attrice non avrebbe infranto l'obbligo d'informare

l'assicuratore su fatti importanti secondo i disposti normativi dell'art. 4 vLCA e quindi di non aver commesso alcuna reticenza (art. 6 vLCA), sottacendo di essere stata in cura presso la psicologa e psicoterapeuta dr. ssa _____ almeno dal 25 maggio 2002 con trattamenti settimanali. L'appellante assevera che non è pertanto possibile che l'attrice fosse in buona fede il 20 maggio 2003, quando compilò il formulario relativo al suo stato di salute. Rimprovera al Pretore di avere ritenuto l'attrice non consapevole dei propri disturbi psicologici, sottolineando che egli avrebbe completamente ignorato la circostanza che quel malessere l'aveva spinta a farsi curare dalla psicologa già nel maggio 2002. A suffragio delle proprie tesi la convenuta sostiene che l'attrice era consapevole del proprio disturbo alla salute poiché sapeva che la Cassa malati a cui era affiliata aveva pagato tutte le prestazioni della psicologa, e aveva riconosciuto il proprio obbligo di coprire tali prestazioni in quanto si trattava di una malattia. L'appellante contesta inoltre la valutazione probatoria della testimonianza della psicologa curante asserendo, con riferimento a DTF 125 V 353, che per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante secondo la generale esperienza della vita il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente.

3. L'art. 4 cpv. 1 vLCA disponeva che il proponente doveva 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. Il secondo capoverso del medesimo articolo precisava che erano rilevanti tutti quei fatti che potevano influire sulla determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto o a concluderlo a determinate condizioni. Secondo il terzo capoverso della norma in rassegna, si presumevano rilevanti i fatti in merito ai quali l'assicuratore aveva formulato per iscritto delle domande precise e non equivoche. L'art. 6 vLCA disponeva poi che se la persona, la quale era tenuta a rilasciare la dichiarazione di cui all'art. 4 vLCA, aveva sottaciuto o aveva dichiarato inesattamente un fatto rilevante che conosceva o doveva conoscere, l'assicuratore era legittimato a recedere dal contratto entro quattro settimane da quando ne aveva avuto cognizione.
4. Secondo costante giurisprudenza per poter giudicare se il proponente è incorso in reticenza sono da considerare sia il criterio soggettivo sia quello oggettivo. La legge non si accontenta infatti che il proponente 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, ritenuto che nell'applicazione di questo secondo criterio si deve tenere conto delle cosiddette circostanze particolari del caso (DTF 118 II 333 consid. 2b; 116 II 338 consid. 1c; 96 II 204). Ciò significa, ad esempio, che occorre prendere in considerazione la situazione particolare dell'assicurato, con particolare riferimento al suo grado di intelligenza e di formazione, nonché alla sua esperienza (DTF 118 II 333 consid. 2b; 109 II 60 consid. 2b), ritenuto comunque che il grado di diligenza nell'adempimento dell'obbligo d'informazione va anche esaminato e giudicato sotto il profilo della buona fede, pure applicabile in campo assicurativo (NEF, Basler Kommentar, n. 26 ad art. 4 LCA, pag. 98 in fine con numerosi riferimenti). In virtù dell'art. 8 CC, l'onere di dimostrare che il proponente ha disatteso i propri doveri di informazione spetta all'assicuratore (DTF 108 II 550 consid. 2b; ROELLI/KELLER/TÄNNLER, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, vol. I, 2^a ed., pag. 105).

Il proponente deve indicare i fatti che conosce o che dovrebbe conoscere. Egli deve menzionare i fatti importanti per l'apprezzamento del rischio, ma non tutti quelli che sono oggettivamente conosciuti al momento della conclusione del contratto. Non è infatti tenuto a dichiarare i fatti in merito ai quali non è stata posta nessuna domanda scritta (DTF 45 II 218) e nemmeno a fare delle dichiarazioni spontanee (DTF 116 V 218). Il proponente ha l'obbligo di rispondere soltanto alle domande che l'assicuratore ha formulato correttamente (DTF 116 V 218; DTF 109 II 60). Per contro, non c'è un errore del proponente quando egli attribuisce in buona fede a un termine il senso che assume correntemente, senza preoccuparsi del suo significato tecnico (DTF 116 II 338; 96 II 204). La reticenza deve essere riferita a fatti rilevanti. La legge presume importanti i fatti per i quali l'assicuratore abbia formulato domande scritte. Occorre comunque che le domande scritte poste siano precise e non equivoche. Spetta all'assicuratore formulare con precisione e senza equivoci le domande relative ai fatti che gli sembrano importanti, nei confronti di chi deve dichiararli. Se le domande sono imprecise e equivoche, il proponente non commette una reticenza rispondendo inesattamente (CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition commentée, 2000 ad art. 4). Infine, e a titolo sussidiario, le clausole ambigue devono, secondo la

regola dell'*Unklarheitsregel* essere interpretate a sfavore del loro autore (DTF 122 III 118; 119 II 368; 118 II 342; 117 II 609).

5. Nella fattispecie la compagnia assicurativa appellante ha chiesto alla proponente di rispondere alla domanda n. 9 del seguente tenore: "Ha già sofferto [negli ultimi 10 anni trascorsi] o soffre abitualmente di artrosi, asma, malattie degli occhi, bronchite, epilessia, ulcere, gotta, malattie del cuore, pressione arteriosa troppo alta, cancro, paralisi, sclerosi multipla, diminuzione della vista o dell'udito che è stata corretta interamente, calcoli renali, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi alla tiroide od ad altre ghiandole, colpo apoplettico, disturbi alla colonna vertebrale, diabete oppure altre malattie e altri disturbi non elencati?" (doc. F, 1). La risposta è stata negativa. L'appellante ritiene che l'attrice, consapevole di essere ormai da tempo in cura presso una psicologa e psicoterapeuta, avrebbe dovuto rispondere positivamente alla domanda n. 9, poiché il fatto di essere in cura presso una psicologa deve intendersi come conseguenza dell'essere afflitta da malattie di natura psicologica. Dall'istruttoria è emerso che l'attrice vedeva dal 25 febbraio 2002 la psicologa FSP e psicoterapeuta FSP dott. _____ (doc. 2, deposizione testimoniale 9 aprile 2008) per un trattamento consistente in incontri settimanali, dapprima individuali e poi di gruppo. Si tratta quindi di stabilire se il fatto di sottoporsi a terapia psicologica e psicoterapeutica non prescritta da un medico psichiatra equivalga a presentare un disturbo o una malattia psichica. L'attrice ha addotto di essersi rivolta alla psicologa per avere un aiuto nella gestione della relazione con la madre, sottolineando che al quell'epoca non era consapevole di soffrire di depressione. La medica curante, dott. C _____, ha riferito di aver suggerito alla paziente nel 2000 di rivolgersi a uno psicoterapeuta in quanto la riteneva bisognosa di un supporto, precisando altresì che la riteneva una persona equilibrata (deposizione testimoniale 24 aprile 2008) e ha precisato che nell'epoca in cui era stata in sua cura, fino al settembre 2003, la paziente era in buona salute e in grado di svolgere perfettamente il suo lavoro e non presentava alcun rischio di invalidità prematura o di malattia prolungata. La psicologa e psicoterapeuta dott. _____, dal canto suo, ha indicato nella sua audizione testimoniale (verbale 9 aprile 2008) che la paziente si era rivolta a lei per problemi professionali e "già che c'era" per problemi interrelazionali con la madre e che le sedute erano dapprima individuali e poi di gruppo. Nell'attestato rilasciato il 12 luglio 2007 (doc. FF, cfr. anche doc. 2), confermato nella deposizione testimoniale, la psicologa aveva precisato che la paziente si era rivolta a lei per una consulenza

professionale e per un aiuto nella gestione della relazione con la madre, molto malata e molto impegnativa e che non soffriva all'epoca di depressione o di attacchi di panico. La psicologa ha ribadito sia nel suo attestato doc. FF sia nella deposizione testimoniale che la paziente era ignara della diagnosi di depressione latente, che non le era stata comunicata dalla terapeuta, e che non aveva coscienza di avere un disturbo psichico fino all'estate del 2003, quando sono iniziati gli attacchi di panico al rientro dalle vacanze. La psicoterapeuta ha inoltre precisato che secondo la sua esperienza l'attrice non aveva coscienza di essere affetta da una depressione latente al momento in cui ha sottoscritto la proposta di assicurazione.

6. A detta dell'appellante nell'apprezzamento della testimonianza resa dalla psicologa curante il Pretore avrebbe dovuto tener conto del fatto che costei, con riferimento a DTF 125 V 353, tende a deporre in favore del proprio paziente. Se non che, la giurisprudenza evocata dall'appellante si riferisce al caso in cui il giudice delle assicurazioni sociali si trova confrontato a rapporti medici contraddittori, ciò che non è il caso nella fattispecie, dove la deposizione della psicologa non è in contrasto con altri rapporti clinici e dove, a ogni modo, non vi sono motivi che inducano a ritenerla inveritiera e poco credibile. A ragione, quindi il Pretore ha ritenuto che il contenuto dell'audizione della psicologa risulta veritiero e credibile, non essendo stato smentito da altre prove.
7. L'appellante ritiene che l'attrice non poteva essere considerata in buona fede al momento della sottoscrizione della proposta assicurativa anche per il fatto che le prestazioni della psicoterapeuta le erano state rimborsate dalla Cassa malati, a dimostrazione della circostanza che si trattava di un caso di malattia. Se non che, non ogni prestazione sanitaria rimborsata dalla Cassa malati si riferisce a un caso di malattia, potendo anche trattarsi, per la comune esperienza della vita, di misure e trattamenti terapeutici preventivi e non curativi. Da tale circostanza non è quindi possibile dedurre che l'attrice era cosciente del proprio stato di salute il 20 maggio 2003.
8. Infine l'appellante afferma che la sentenza del Pretore sarebbe errata poiché l'attrice non ha risposto in buona fede alle domande n. 8 a 12 della proposta di assicurazione 20 maggio 2003, avendo sottaciuto l'esistenza dell'ulcera e della sindrome lombo vertebro lombare e vertebro toracale, emerse dalle deposizioni testimoniali e dai documenti agli atti. La circostanza decisiva, ribadisce l'appellante, non è tanto la diagnosi della

psicologa, quanto piuttosto il fatto che la proponente era stata in cura per specifiche affezioni che ha omesso di segnalare. Se non che, l'appellante perde di vista che essa era stata messa al corrente dell'esistenza delle varie affezioni evocate nell'appello già il 29 maggio 2003 dalla dott. C_____, che aveva compilato il rapporto medico confidenziale richiesto proprio dalla compagnia assicuratrice (doc. G). A quel momento la convenuta sapeva dunque che la proponente non aveva compilato correttamente la proposta di assicurazione, quanto meno per la gastrite e i dolori alla colonna vertebrale, ma ciò nonostante ha concluso la polizza assicurativa. Non può dunque più prevalersi delle affezioni di cui era al corrente per fondare il rifiuto delle sue prestazioni sulla reticenza dell'assicurata al riguardo. A maggior ragione se si considera che il recesso dalla polizza è stato dichiarato esclusivamente per la reticenza sull'esistenza di disturbi o malattie psichiche di cui alla domanda n. 9 (doc. 4). Le pertinenti considerazioni del Pretore al riguardo reggono pertanto alla critica, invero generica e ai limiti della ricevibilità.

9. Per quanto precede si deve giungere alla conclusione che l'attrice era in buona fede quando ha risposto negativamente alla domanda n. 9 della proposta di assicurazione, non avendo ella coscienza di essere affetta da una depressione latente ed essendo all'oscuro della diagnosi formulata dalla psicologa e psicoterapeuta FSP. Non vi è quindi stata reticenza e la compagnia di assicurazione ha negato a torto le prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione. L'appello si rivela dunque infondato e deve essere respinto. La tassa di giustizia e le spese, commisurate al valore di causa di fr. 385'000.-, seguono la soccombenza dell'appellante (art. 148 CPC), tenuta inoltre a rifondere all'appellata un'adeguata indennità per ripetibili d'appello.

Per i quali motivi, richiamati gli art. 148 CPC, la vigente LTG e il regolamento sulle ripetibili,

dichiara e pronuncia:

1. L'appello 16 febbraio 2009 di AP 1 è **respinto**.

2. Gli oneri processuali di appello, consistenti in
- | | |
|----------------------|------------------|
| a) taxa di giustizia | fr. 2'500.- |
| b) spese | <u>fr. 100.-</u> |
| totale | fr. 2'600.- |

già anticipate dall'appellante, restano a suo carico, con l'obbligo di versare all'attrice fr. 6'000.- per ripetibili di appello.

3. Intimazione:

-
-

Comunicazione alla Pretura del Distretto di Lugano, sezione 2

Per la seconda Camera civile del Tribunale d'appello

La presidente

Il segretario

Rimedi giuridici

Contro la presente sentenza è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione (art. 100 cpv. 1 LTF). Nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile se il valore litigioso ammonta a fr. 15'000.- nelle vertenze in materia di diritto del lavoro e di locazione e a fr. 30'000.- negli altri casi. Per valori inferiori il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale o se una legge federale prescrive un'istanza cantonale unica (art. 74 cpv. 2 LTF). Qualora non sia ammissibile il ricorso in materia civile è dato, entro lo stesso termine, ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113, 117 LTF). La legittimazione a ricorrere è disciplinata in tal caso dall'art. 115 LTF.