

di salute; precisano che la sottoscrizione del modulo "*dichiarazioni dell'assicurato*", esibito dalla compagnia in fase stragiudiziale, non fosse riconducibile a quella del I, espressamente disconoscendo dunque la firma ivi apposta, in seno alla relativa proposta di polizza datata 21 aprile 2007; deducono l'inapplicabilità degli artt. 1892 e 1893 c.c. per non aver raccolto l'assicuratore i dati relativi al pregresso stato di salute dell'assicurato e non aver informato il padre circa la rilevanza delle dette informazioni; affermano comunque il valido consenso dell'assicuratore, attesa la consapevolezza in capo all'agente della compagnia di assicurazioni circa lo stato di salute dell'assicurato, peraltro conosciuto personalmente dal procacciatore medesimo, così escludendosi il dolo o la colpa grave a carico del congiunto; rappresentano in ogni caso, in ipotesi di invalidità del contratto, il diritto al risarcimento del danno subito, quale consumatore, attesa anche la falsificazione della firma; ancora il diritto alla restituzione dei premi corrisposti.

Concludono chiedendo, previo disconoscimento della dichiarazione come sopra, la condanna della convenuta al pagamento dell'indennizzo di cui alle condizioni di polizza, per l'importo di euro 25.000,00 oltre interessi, in subordine la condanna al risarcimento dei danni in misura pari all'entità dell'indennizzo o comunque alla restituzione dei premi pagati e delle spese sostenute, oltre al maggiore risarcimento per lesione del legittimo affidamento per violazione dei doveri di buona fede.

La parte convenuta contesta ogni assunto rilevando il contenuto delle dichiarazioni inveritiere circa la preesistenza delle gravi patologie di cui era già sofferente l'assicurato, con conseguente dolo o colpa grave in sede di stipula; deduce l'irrilevanza del generico disconoscimento della firma apposta nella sezione "*dichiarazioni dell'assicurato*" di cui alla proposta di polizza in oggetto, in ogni caso parte integrante della polizza sottoscritta dall'assicurato, anche in ragione della regolare conoscenza delle condizioni generali del contratto e del fascicolo informativo relativo al prodotto, ricevuto in fase di stipula, con dettagliato obbligo di informativa circa la previa dichiarazione sulle effettive condizioni di salute e le relative conseguenze; contesta la conoscenza delle patologie da parte dell'agente dell'assicurazione, invero, neppure identificato dalla parte attrice; contesta la fondatezza delle domande subordinate.

Conclude chiedendo di dichiararsi l'annullamento del contratto di assicurazione e il rigetto della domanda; in subordine, di ridursi l'indennizzo a quanto dovuto nei limiti di cui al contratto o di legge.

Incardinato il giudizio, le patri attrici reiterano il disconoscimento della firma apposta in calce alla dichiarazione dell'assicurando circa lo stato di salute, esteso, giusta la medesimezza del segno grafico, alle ulteriori apposte in calce alla proposta di polizza; al disconoscimento, la convenuta non

svolge istanza di verifica secondo la procedura di cui all'art. 216 c.p.c. e deduce, altresì, l'impossibilità di produrre l'originale del documento, definitivamente distrutto nel corso di un incendio propagatosi nei locali degli archivi, come da denuncia all'autorità depositata.

A tenore degli atti, l'eccezione di disconoscimento deve ritenersi inammissibile.

Dalle allegazioni e relativi riscontri documentali emerge che il contraente assicurato abbia compiutamente dato esecuzione al contratto di polizza come in atti, provvedendo al versamento dei relativi premi dal 23.4.2007 al 1.4.2015 per un totale di euro 3.525,00.

L'esecuzione del contratto induce a ritenere la consapevolezza in capo all'assicurato della natura e del contenuto del rapporto assicurativo e dunque, della dichiarazione circa il positivo stato di salute, presupposto essenziale ed imprescindibile del contratto, come da espresse avvertenze contenute in seno alle condizioni generali di contratto.

A tenore della polizza, prodotta da parte attrice, denominata "Assicurazione sulla vita" data 24.4.2007, risulta l'esplicito rimando alle condizioni di contratto di cui al fascicolo informativo della relativa polizza vita come sopra denominata.

Il contenuto dei detti documenti contrattuali non è in contestazione, ribadendo parte attrice la validità del contratto e delle condizioni generali di polizza, da cui appunto trae la domanda, come da espresse allegazioni esposte in seno all'atto introduttivo.

L'articolato contrattuale prevede intanto l'esplicito invito a "*leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relativa alla compilazione del questionario sanitario*". Ma più in particolare all'art. 8 ("*Modalità di perfezionamento del contratto*"), la previa "*autocertificazione del proprio stato di salute redatta a cura di chi intende assicurarsi tramite compilazione di un breve questionario sanitario riportati in proposta*" precisando che "*è nell'interesse del contraente che l'assicurato dichiari fedelmente il proprio effettivo stato di salute poiché in caso contrario si pone in dubbio la stessa validità del contratto*".

La dichiarazione circa le effettive condizioni di salute, dunque complete e veritiere, è palesemente rappresentata all'assicurato quale presupposto per la validità del contratto.

Deve pur osservarsi come lo schema della proposta di polizza, che riporta espressamente il contenuto delle dichiarazioni da rendersi, risulti riprodotto integralmente ed allegato alle condizioni del contratto, così da offrire all'assicurando ogni più immediata informazione al riguardo, in ossequio al compiuto dovere di correttezza e buona fede da parte della società.

Da un ponderato esame dei dati disponibili deve dunque ritenersi, in termini inequivocabili, la consapevolezza in capo al contraente di aver dato corso ad un rapporto assicurativo sul

presupposto di un buon stato di salute ed in assenza di malattie di una certa gravità, come da questionario appunto di cui al modello di proposta di polizza in esame.

Seguendo un ordinario canone di logica deve dedursi che il proponente abbia avuto compiuta coscienza che in difetto di una dichiarazione in detti termini, il contratto assicurativo ne sarebbe risultato inficiato da invalidità, come da chiare avvertenze indicate in seno alle condizioni generali; dunque, che abbia adempiuto alla propria prestazione, provvedendo al versamento dei premi, nella consapevolezza che quella condizione imprescindibile del contratto, appunto la dichiarazione in esame, fosse stata assunta in termini positivi dall'assicuratore ai fini della validità dell'accordo. Diversamente opinando dovrebbe ammettersi, infatti, che l'assicurato, pur convinto della invalidità del contratto per carenza di ogni qualsivoglia dichiarazione, abbia ritenuto di versare ugualmente i relativi premi, invero inutilmente ed in nulla garantito. Corollario evidentemente irragionevole.

Le superiori considerazioni portano a ritenere la consapevolezza ed il riconoscimento tacito della dichiarazione in esame, nei termini positivi sopra detti, ciò provato anche secondo il noto principio per cui detta circostanza rileva più probabile che non il suo contrario (Cass SSUU n. 582/2008).

Ciò posto, si richiama quello stabile orientamento della giurisprudenza di legittimità e di merito a ritenere che la condotta concludente che si esprime attraverso l'esecuzione del contratto, sia incompatibile con l'esercizio del disconoscimento in giudizio del contenuto del contratto, in quanto comportamento "oggettivamente, logicamente e giuridicamente incompatibile con quello precedentemente assunto", rilevando in termini di riconoscimento tacito della manifestazione di volontà su cui si controverte, nel caso in esame, appunto la dichiarazione di un buon stato di salute e di assenza di malattie gravi; la fattispecie "deve inquadrarsi nello schema della dichiarazione confessoria stragiudiziale ex art. 2735 c.c. ovvero della condotta concludente incompatibile con l'esercizio del disconoscimento della scrittura privata in giudizio (che si configura come eccezione in senso stretto: Corte Cass. Sez. L, Sentenza n. 11911 del 07/08/2003), ad incontrare, pertanto, i limiti imposti dall'art. 2732 c.c. alla revoca della confessione" (così Cass. n. 22460/2017; conforme Tribunale di Santa Maria Capua Vetere n. 3112/2023; Tribunale di Salerno n. 2278/2024; Tribunale di Como n. 55/2024 ed altri). Al riguardo si osserva incidentalmente come non osti alla fattispecie il valore confessorio reso da un soggetto diverso dalla parte attrice, trattandosi di un atto formatosi al di fuori del giudizio e dunque opponibile anche ai relativi eredi ed aventi causa (Cass. n.11851/1997).

Dette premesse inducono a dover disattendere lo spiegato disconoscimento, a fronte di una positiva manifestazione di volontà dell'assicurato circa la dichiarazione controversa.

Incidentalmente si osserva, peraltro, come risulti in sé inconducente ammettere gli effetti del disconoscimento, così inizialmente riferito alla sottoscrizione apposta in calce alla dichiarazione della sottoscrizione, ma esteso all'intera polizza come da successiva allegazione. Allegazione da cui dovrebbe derivarne l'inesistenza della proposta di polizza, appunto *tamquam non esset*, posto che non potrebbe riferirsi al contranete ogni relativa manifestazione di volontà. Correlativamente il documento denominato "Assicurazione sulla vita -

prodotto in atti, da qualificarsi in termini di accettazione della proposta di polizza - quale dichiarazione unilaterale sottoscritta soltanto dall'assicuratore - in ragione dell'inesistenza del suo antecedente negoziale, la proposit appunto, non potrebbe assumersi ai fini della conclusione dell'accordo, ponendo nel nulla il rapporto. Conclusione tuttavia non sostenibile, che trova smentita dalla vicenda contrattuale, attesa la consapevole esecuzione del rapporto per come sopra spiegato ed a cui, comunque, osterebbe il principio di conservazione del contratto.

Ciò rilevato, a tenore delle emergenze processuali, la domanda per cui è causa non potrà essere riconosciuta, dovendo trovare accoglimento quella di annullamento spiegata dalla società assicuratrice convenuta.

La documentazione sanitaria prodotta e non contestata, attesta che il contraente risultava affetto da diabete di "tipo 2" già dall'anno 2001, nonché da altre patologie di rilievo tra cui alcune cardiopatie.

La circostanza, per quanto in atti evidentemente sottaciuta dall'assicurato, integra i postulati richiesti ai fini dell'annullamento del contratto secondo il paradigma di cui all'art. 1892 c.c., incidendo negativamente sulla valida formazione del consenso da parte dell'assicuratore.

Nel contratto assicurativo gli obblighi informativi precontrattuali hanno la funzione di garantire un giusto equilibrio tra i rischi che ogni parte si assume in ordine all'evento futuro e incerto che costituisce l'oggetto del contratto. La ratio di cui all'art. 1892 c.c., che stigmatizza le omissioni relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, è infatti connessa alla rilevanza dell'esatta e completa figurazione del rischio, che, nell'ambito del sistema fondato su un processo di ripartizione dei costi all'interno di una categoria omogenea di assicurati, rappresenta un dato cruciale al fine di consentire all'assicuratore la compiuta valutazione e, dunque, la consapevole decisione circa la relativa assunzione o meno.

Le dichiarazioni dell'assicurando circa lo stato di salute costituiscono dunque un requisito essenziale, dirette ad incidere sulla formazione e conclusione del contratto, collocandosi, inevitabilmente, come fattore eziologico della manifestazione del consenso dell'assicuratore e del valido perfezionamento dell'accordo.

Secondo un condivisibile e consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, "in materia di assicurazione contro i danni sussistono i requisiti dell'essenzialità e rilevanza delle dichiarazioni reticenti dell'assicurato, nonché quello della colpa grave, come richiesti dall'art. 1892 c.c., come pure il nesso eziologico tra gli stessi ed il consenso dell'assicuratore alla conclusione del contratto, ancor più nel caso in cui l'assicurando ometta di fornire informazioni espressamente richieste dalla società assicuratrice" (Cass. n. 24907/2021). Si avverte anche come sia sufficiente che l'assicuratore ponga all'assicurato una generica richiesta circa l'esistenza di stati morbosi in atto al momento della stipula, con la conseguenza che "per escludere la reticenza di cui agli artt. 1892 e 1893 c.c., non può essere dall'assicurato sottaciuta l'esistenza di una patologia preesistente, anche se non singolarmente indicata nel questionario anamnestico" (Cass n. 27578/2011).

La fattispecie per cui è giudizio e la condotta tenuta dall'assicurato, per quanto sopra chiarito, rileva evidentemente nei termini enunciati.

Tenuto conto anche delle competenze professionali proprie (tecnico di radiologia), ma in ogni caso secondo comune esperienza, deve ritenersi la consapevolezza in capo al contraente che la patologia di cui già da tempo sofferente, appunto il diabete, fosse da riferirsi alla generale dizione di "malattie di una certa gravità" come da questionario inserito nelle condizioni di contratto, incidendo negativamente sullo stato di salute.

L'omissione depone in termini di grave negligenza, in evidente pregiudizio alla compiuta valutazione del rischio morte da parte dell'assicuratore. Rischio assunto evidentemente considerando l'età non certo avanzata al momento della stipula (54 anni) a fronte della durata del contratto (15 anni). Ai fini della previsione dell'evento-morte al termine del rapporto (69 anni), dunque, un iniziale compromesso stato di salute, come invero taciuto, gioca incontrovertibilmente un ruolo decisivo sulla valutazione.

Al riguardo deve pur annotarsi come l'obbligo di preventiva informazione in capo all'assicuratore, anche secondo i canoni di buona fede e collaborazione richiamati da parte attrice, anche a norma dell'art. 183 del codice delle assicurazioni, deve giudicarsi positivamente assolto, attese le chiare e reiterate avvertenze rese in seno alle condizioni di generali di contratto in ordine alla necessità della "*previa autocertificazione*" dell'assicurando circa il proprio stato di salute.

Giova anche annotare come le condizioni medesime prevedano che *“la valutazione da parte dell'assicuratore viene effettuata con visita medica...qualora chi intenda assicurarsi dichiara di avere precedenti sanitari di una certa gravità”* oppure *“senza visita medica”*, qualora non ricorra appunto la detta condizione.

Il contraente era dunque ben consapevole che, qualora il quadro patologico fosse stato adeguatamente espresso e dichiarato, l'assicuratore avrebbe richiesto dati sanitari e specifiche visite mediche al fine di ottenere un'indicazione completa sullo stato di salute, così da consentire una concreta valutazione del rischio. Facoltà evidentemente elusa per effetto della lamentata omissione.

Per il resto, tenuto conto delle allegazioni al riguardo spiegate dalla società assicuratrice, sul conforto dei dati sanitari disponibili deve ritenersi come l'informazione sanitaria sottaciuta, qualora comunicata, avrebbe indotto l'assicuratore a non concedere la copertura assicurativa.

Ciò peraltro sul rilievo che, come da casistica ricorrente in giurisprudenza, il diabete rientra certamente nella nozione comunemente percepita di "malattia", e presenta un carattere di indubbia rilevanza proprio per la oggettiva gravità della patologia, che espone al rischio di complicanze tali da incidere, direttamente o indirettamente, sul rischio assicurato (tra le altre Cass n. 27578/2011).

Dunque l'omessa comunicazione di una patologia come il diabete deve giudicarsi tale da aver alterato in modo decisivo il consenso dell'assicuratore comportando una modificazione sostanziale del rischio assunto, così da far presumere che l'assicuratore medesimo non avrebbe concluso il contratto se fosse stata nota la circostanza.

Si annota che, secondo l'orientamento prevalente, non assume rilevanza la natura delle circostanze taciute o dichiarate in modo inesatto, né il relativo apporto quali cause o concause dell'evento, venendo meno l'obbligo di prestazione anche qualora il sinistro si verifichi per ragioni diverse rispetto alle circostanze taciute dall'assicurato in sede di stipulazione della polizza. Indipendentemente dalla sussistenza di un rapporto causale tra le dichiarazioni dell'assicurato e la verifica del sinistro, ciò che rileva è infatti il collegamento oggettivo tra la carente dichiarazione e l'alterata percezione da parte dell'assicuratore del rischio dedotto nel contratto (tra le altre Cass. n. 19520/2017).

Né al riguardo potrà condividersi l'assunto secondo cui l'assicuratore al momento della stipula abbia saputo dell'infermità dell'assicurato perché conosciuto personalmente dal procacciatore dell'affare, così consentendo, da un lato, di escludere la responsabilità del proponente e, dall'altro, dar conferma della previa consapevolezza in capo alla compagnia dello stato morboso.

La giurisprudenza pronunciata anche sul punto ha ritenuto infatti che *“la conoscenza da parte dell'impresa assicuratrice della reticenza dell'assicurato o dell'inesattezza delle sue*

dichiarazioni, rilevante ai fini dell'annullamento del contratto di assicurazione, non può essere confusa con quella dei soggetti che non hanno il potere di rappresentarla, il cui stato soggettivo è irrilevante ai sensi dell'art. 1391 c.c" (Cass n. 25011/2008). Potere di rappresentanza in ogni contestato dalla compagnia, sul quale la deducente parte attrice non ha offerto dati di riscontro, né prova.

Il rifiuto di pagare l'indennità da parte dell'assicurazione è pertanto legittimo ai sensi dell'art.1892 c.c.

La domanda di annullamento del contratto deve ritenersi ritualmente spiegata dalla convenuta atteso che "l'onere imposto dalla norma di manifestare la propria volontà di esercitare l'azione di annullamento del contratto, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto la causa dell'annullamento, non sussiste quando il sinistro si verifichi prima che l'assicuratore sia venuto a conoscenza dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione" (Cass n. 5519/1985; n. 3165/2003; n. 11/2010; n. 12831/2014).

Dovrà essere disattesa la subordinata domanda di parte attrice per danni per violazione del dovere di correttezza e buona fede nelle trattative precontrattuali, di cui alle regole di comportamento enunciate in seno all'art. 183 del codice delle assicurazioni. Non è dato ravvisare, anche in ragione di quanto sopra esposto, violazione alcuna ascrivibile in tal senso all'assicuratore. Nessun dato processuale, né indizio di sorta, consente inoltre di poter imputare al medesimo il colpevole utilizzo di una proposta di polizza falsificata, circostanza invero neppure verificata.

Parimenti non potrà accedersi alla richiesta di restituzione delle somme versate dall'assicurato.

A norma del terzo comma dell'art. 1892 c.c. in ipotesi di dichiarazione inesatte o reticenti, è fatto salvo il diritto dell'assicuratore a trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento.

In conclusione le domande spiegate da parte attrice dovranno esser disattese, trovando accoglimento la domanda di annullamento opposta dalla società assicuratrice.

Le spese del giudizio, determinate ai sensi delle vigenti disposizioni normative, secondo lo scaglione tabellare per valore e le fasi svolte, si liquidano in favore della parte convenuta, in misura dei valori minimi per l'assenza di peculiari questioni di fatto o diritto.

P.Q.M.

Il g.o.p. del Tribunale di Barcellona P.G. definitivamente pronunciando, così decide:

Rigetta la domanda di parte attrice.

Dichiara l'annullamento del contratto di assicurazione sulla vita, polizza n.

Condanna e l in solido fra loro, al pagamento in favore di parte convenuta delle spese del giudizio liquidate in euro 2.540,00 per compensi professionali, oltre spese generali in misura del 15%, c.p.a. ed i.v.a. sui compensi, come per legge se dovute

Sentenza provvisoriamente esecutiva come per legge.

Barcellona P.G., 12 luglio 2025

Il g.o.p.
Pietro Longo