

Assicurativo.it**Cassazione civile sez. III, 11 giugno 2010, n. 14069**

di Asaps - altalex

*E' stata, dunque, del tutto pretermessa la considerazione che le indagini del **** avevano fatto seguito ad una colica addominale e che, in ragione di quel sintomo, erano state effettuate.*

Malattia taciuta e polizza assicurativa

del 2010-07-28 su Assicurativo.it, oggi e' il 03.07.2024

Svolgimento del processo

1.- Il **** G.L. concluse con SAI Assicurazioni s.p.a. (in seguito Fondiaria-SAI s.p.a.) un contratto di assicurazione decennale prevedente, con effetto dalla mezzanotte dello stesso giorno, anche il rimborso delle spese per i ricoveri resi necessari da malattie e infortuni. Il **** venne ricoverata d'urgenza presso una clinica privata romana per sospetta subocclusione intestinale. Dopo l'intervento chirurgico cui fu sottoposta il giorno **** successivo risultò che era affetta da carcinoma ovarico con metastasi peritoneali diffuse.

Il 24.3.1998 convenne in giudizio la SAI domandandone la condanna al pagamento dell'indennizzo. La società assicuratrice resistette sostenendo la non indennizzabilità del sinistro ex art. 1892 cod. civ. per avere l'assicurata sottaciuto, al momento della conclusione del contratto, circostanze rilevanti ai fini della rappresentazione del rischio; chiese in via riconvenzionale che il contratto fosse annullato ai sensi della disposizione citata.

2.- Con sentenza n. 30552 il tribunale di Roma rigettò la domanda.

Ritenne che erano ravvisabili reticenze ed inesattezze nelle dichiarazioni rese dall'assicurata; che le circostanze sottaciute erano idonee ad incidere sulla valutazione del rischio da parte dell'assicuratore; che non v'era prova del dolo, ma che la colpa grave dell'assicurata poteva comunque desumersi dalla vicinanza temporale tra un precedente sottaciuto ricovero ed il momento della conclusione del contratto, nonché dalla natura degli accertamenti eseguiti in occasione del ricovero stesso.

La decisione è stata totalmente riformata dalla corte d'appello di Roma che, accolto il gravame della soccombente e rigettato quello della Fondiaria-SAI s.p.a., con sentenza n. 3382, depositata il 21 luglio 2005, ha condannato la società assicuratrice al pagamento di Euro 35.611,67, oltre agli accessori ed alle spese del doppio grado.

3.- Avverso detta sentenza ricorre per cassazione la società Fondiaria-SAI, affidandosi a due motivi cui G.L. resiste con controricorso.

La ricorrente ha depositato anche memoria illustrativa.

Motivi della decisione

1.- La sentenza Ã censurata, col primo motivo di ricorso, per violazione e/o falsa applicazione dell'art. 1892 cod. civ. e, col secondo, per omessa o insufficiente motivazione su un punto decisivo della controversia.

Sostiene la ricorrente societÃ assicuratrice che la corte d'appello Ã incorsa in un errore giuridico di fondo laddove ha conferito rilevanza alla circostanza che l'assicurata aveva avuto conoscenza della malattia da cui era affetta solo a seguito del ricovero del ****, quindi in epoca successiva alla conclusione del contratto del ****. La societÃ di assicurazione aveva infatti rifiutato il pagamento perchÃ non posta in condizione di valutare il rischio in relazione alle inveridiche risposte dell'assicurata alle domande contenute nel questionario anamnestico (non era stato infatti dichiarata la radiografia addominale per stipsi eseguita dall'assicurata il ****), mentre la corte d'appello aveva conferito rilievo alla circostanza che ella non fosse a conoscenza della specifica malattia da cui era affetta, costituente causa dell'evento per il quale aveva chiesto di essere indennizzata. Tanto perchÃ il solo nesso preso in considerazione dall'art. 1892 cod. civ. Ã quello che intercorre tra le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze ed il consenso prestato dall'assicuratore.

Un ulteriore errore - sostiene ancora la ricorrente - Ã costituito dall'aver la corte territoriale ritenuto che la reticenza era irrilevante in ragione dell'esito negativo del non menzionato esame, giacchÃ la ratio dell'art. 1892 cod. civ., costituente una specifica applicazione del piÃ¹ generale principio di cui all'art. 1337 cod. civ., Ã quella di garantire che l'assicuratore sia informato il piÃ¹ esattamente possibile del rischio che viene ad assumere; e non lo era stato, avendo la contraente omesso sia di specificare a quali esami si era sottoposta sia la patologia per la quale aveva ritenuto di effettuare accertamenti il ****, poco prima di concludere il contratto di assicurazione.

L'aver la corte conferito rilievo all'esito negativo dell'esame radiografico del **** la aveva poi indotta a pretermettere il vaglio delle numerose deduzioni dell'assicuratore, costituite:

- a) dalla predisposizione di uno specifico questionario anamnestico, sintomatica della rilevanza attribuita dall'assicuratore alle dichiarazioni del contraente circa l'esistenza o meno di precedenti accertamenti medici;
- b) dal rilievo che la patologia che l'assicurata non aveva dichiarato in sede di compilazione era costituita da una grave forma di stipsi, evidentemente ricollegata alla subocclusione intestinale per la quale, a distanza di meno un mese, era stata sottoposta all'intervento chirurgico dal quale era risultata la presenza del carcinoma che a sua volta aveva determinato l'occlusione intestinale;
- c) che le reticenze concernevano eventi assai vicini nel tempo ed aventi cause identiche a quello per il quale aveva richiesto l'indennizzo.

2.- Il ricorso Ã fondato.

Il giudice di primo grado aveva ravvisato reticenza dell'assicurata per avere la stessa dichiarato di essere stata ricoverata l'ultima volta nel **** e di essersi sottoposta ad analisi di routine nel ****, mentre era documentalmente risultato che il **** la G. "era stata ricoverata per una colica addominale e sottoposta a mammografia bilaterale, radiografia dell'addome e del tubo digerente: tutti esami che non costituiscono "esami di routine".

La corte d'appello ha escluso che il **** vi fosse stato un ricovero e, in relazione alla dichiarazione dell'assicurata di avere eseguito nel **** esami routinari, ha negato la sussistenza di una reticenza rilevante sulle determinazioni dell'assicuratore in quanto "la mammografia Ã un accertamento ormai prescritto in via preventiva per le donne con scadenza anche annuale, e l'altro esame, radiografia addominale, effettuato lo stesso giorno per stipsi, si era rivelato irrilevante, avendo dato esito negativo".

Ha soggiunto che "pertanto, anche se fosse stata evidenziata dall'assicurata l'esecuzione del detto esame, con esito negativo, non si vede quale incidenza avrebbe avuto sulla stipula del contratto, nÃ vi era nel questionario alcuna piÃ¹ specifica richiesta piÃ¹ dettagliata e circostanziata".

E' stata, dunque, del tutto pretermessa la considerazione che le indagini del ** avevano fatto seguito ad una colica addominale e che, in ragione di quel sintomo, erano state effettuate.**

Se, poi, il loro esito negativo, avrebbe o meno creato allarme nell'assicuratore e lo avrebbe in ipotesi indotto a valutare diversamente il rischio "se avesse conosciuto il vero stato delle cose" (come testualmente recita l'art. 1892 c.c., comma 1), Ã questione di fatto che avrebbe dovuto essere, tuttavia, valutata alla luce della ragione - una colica addominale e non un controllo routinario - che aveva indotto i medici a disporre le analisi effettuate e dall'assicurata sottaciute.

Tale valutazione non Ã stata compiuta dalla corte d'appello, che ha apoditticamente ritenuto che la dichiarazione dell'assicurata di aver compiuto esami routinari fosse, in sostanza, equivalente alla non effettuata dichiarazione di essere stata sottoposta, pur se con esito negativo, a specifiche (e non indicate) indagini a seguito di colica addominale.

Improprio Ã, del pari, il determinante rilievo conferito dalla corte di merito alla circostanza che, al momento della conclusione del contratto (****), l'assicurata fosse inconsapevole del carcinoma ovarico con metastasi peritoneali diffuse da cui era risultata affetta dopo il ricovero del **** e l'intervento chirurgico del successivo giorno ****. Tanto perchÃ "l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze cui fanno riferimento gli artt. 1892 e 1893 cod. civ. non necessariamente presuppongono, in una

polizza che copra le spese per ricoveri da malattia, la consapevolezza da parte del contraente di essere affetto dalla specifica malattia che abbia poi dato luogo al sinistro (cfr. Cass., n. 13918/2005, in motivazione), ma possono essere integrate da qualsiasi circostanza sintomatica del suo stato di salute che l'assicuratore abbia considerato potenzialmente rilevante ai fini della valutazione del rischio, domandandone di esserne informato dal contraente tramite la compilazione di un questionario".

3.- La sentenza va dunque cassata con rinvio alla stessa corte d'appello in diversa composizione perch" , nel rispetto dell'enunciato principio di diritto, effettui una nuova valutazione del fatto.

Al giudice del rinvio " demandata anche la regolazione delle spese del giudizio di cassazione.

P.Q.M.

LA CORTE DI CASSAZIONE

accoglie il ricorso, cassa e rinvia, anche per le spese, alla corte d'appello di Roma in diversa composizione.

- Asaps - *altalex*

Hai letto: Cassazione civile sez. III, 11 giugno 2010, n. 14069

Approfondimenti: [Cassazione](#) > [Salute](#) > [Civile](#) >

[Commenti](#) - [Segnalazioni](#) - [Home Assicurativo.it](#)