

## Corte D'Appello di Reggio di Calabria

## Sezione Civile

## VERBALE DI UDIENZA

All'udienza collegiale del 18 febbraio 2016, dinanzi alla Sezione Civile della Corte di Appello di Reggio Calabria, composta dai sigg. magistrati:

- |             |         |         |                  |
|-------------|---------|---------|------------------|
| 1) dott.ssa | Marina  | MOLETTI | Presidente       |
| 2) dott.    | Gaetano | AMATO   | Consigliere      |
| 3) dott.ssa | Anna    | ADAMO   | Consigliere rel. |

viene chiamata la causa iscritta al n. 40 dell'anno 2015 del Ruolo Generale degli affari contenziosi, vertente

tra

rappresentato e difeso dagli avv.ti Filippo e Francesco Garaffa (con pec indicate), per procura in calce all'atto di appello, elettivamente domiciliato in Reggio Calabria, via Arghillà Sud n. 40, presso lo studio dei predetti difensori,

APPELLANTE

e

ALLEANZA ASSICURAZIONI s. p. a. (già ALLEANZA TORO s. p. a.), in persona del legale rappresentante *p. t.*, con sede legale in Milano, Piazza Fidia n. 1, rappresentata e difesa dagli avv.ti Cesare Caracciolo e Antonio Porcelli,

APPELLATA

E' comparso, per l'appellante, l'avv. Garaffa e per l'appellata l'avv. Alessandro Borruto per delega.

La CORTE

Visto l'art.281*sexies* c. p. c.,

dispone

che si proceda alla discussione orale.

I procuratori delle parti hanno discusso la causa riportandosi alle conclusioni già prese in atti.

La CORTE

rientrata in aula dopo essersi ritirata in camera di consiglio, pronuncia sentenza ai sensi dell'art. 281*sexies* c. p. c., come da separato atto che fa parte integrante del presente verbale e di cui dà immediata lettura.

Dot. Fabio NERI

Giudice

Il Presidente

(segue verbale d'udienza) proc. n. 40/2015 R.G.



REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
La Corte di Appello di Reggio Calabria

*Sezione civile*

riunita in camera di consiglio e composta dai magistrati:

- |             |         |        |                  |
|-------------|---------|--------|------------------|
| 1) dott.ssa | Marina  | MOLETI | Presidente       |
| 2) dott.    | Gaetano | AMATO  | Consigliere      |
| 3) dott.ssa | Anna    | ADAMO  | Consigliere rel. |

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nel procedimento iscritto al n. 40 dell'anno 2015 del Ruolo Generale degli affari contenziosi, avente ad oggetto: *appello avverso la sentenza del Tribunale di Reggio Calabria – Seconda Sezione n. 1024 del 17 giugno 2014* in materia di indennizzo assicurativo, vertente

tra

rappresentato e difeso dagli avv.ti Filippo e Francesco Garaffa (con pec indicate), per procura in calce all'atto di appello, elettivamente domiciliato in Reggio Calabria, via Arghillà Sud n. 40, presso lo studio dei predetti difensori,

APPELLANTE

e

ALLEANZA ASSICURAZIONI s. p. a. (già ALLEANZA TORO s. p. a.), in persona del legale rappresentante *p. t.*, con sede legale in Milano, Piazza Fidia n. 1, rappresentata e difesa dagli avv.ti Cesare Caracciolo e Antonio Porcelli,

APPELLATA

**MOTIVI della DECISIONE**

Con la sentenza impugnata (indicata in epigrafe) il Tribunale di Reggio Calabria, Seconda Sezione Civile, ha respinto la domanda proposta da \_\_\_\_\_ volta ad ottenere il pagamento dell'indennizzo assicurativo in forza della polizza n. 21245638 stipulata con l'Alleanza Assicurazioni da Branca Giuseppina, dichiarando compensate tra le parti le spese del giudizio.

Ha proposto appello \_\_\_\_\_, con citazione notificata il 27 gennaio 2015, affidandosi a tre motivi e chiedendo che, in riforma della sentenza gravata, fossero accertati e dichiarati il proprio diritto al pagamento del premio assicurativo per premorienza dell'assicurato, nonché

la vessatorietà e la conseguente nullità della clausola di cui all'art. 15 delle condizioni generali di contratto, ed ancora la nullità della procura conferita dalla società (allora) convenuta e che, per l'effetto, fosse condannata la Alleanza Assicurazioni s. p. a. al pagamento in suo favore della somma di Euro 56.424.59 (ovvero di quell'altra ritenuta giusta). Con il favore delle spese e competenze anche del presente grado.

Con comparsa depositata il 21 aprile 2015 si è costituita la ALLEANZA ASSICURAZIONI s. p. a. resistendo all'impugnazione, della quale ha preliminarmente rilevato la inammissibilità ai sensi dell'art. 342 c. p. c., e contestandone analiticamente i motivi. Ha chiesto che ne fosse dichiarata la inammissibilità ovvero, in subordine, l'infondatezza, con rigetto integrale del gravame e vittoria di spese e compensi.

Incardinato il giudizio, all'udienza di trattazione del 28 maggio 2015 la Corte ha riservato la decisione per il vaglio di ammissibilità *ex art. 348bis* c. p. c. e, all'esito, con ordinanza del 9 giugno 2015, ha fissato l'udienza odierna per la precisazione delle conclusioni, la discussione orale e la decisione nelle forme di cui all'art. 281*sexies* del codice di rito.

Va preliminarmente osservato che è infondata la eccezione di inammissibilità dell'atto di appello per violazione dell'art. 342 c. p. c. formulata dalla appellata, posto che, contrariamente a quanto si deduce in comparsa, sono state debitamente indicate dall'appellante le modifiche richieste alla ricostruzione del fatto compiuta in prime cure ed inoltre, con riferimento a ciascun motivo di appello, sono state allegate le circostanze fattuali dalle quali deriverebbe la violazione di legge, corredate della indicazione della rispettiva rilevanza ai fini della decisione gravata.

Su tale ultimo aspetto va detto che ciò che rileva, ai fini della specificità dei motivi di appello, è la esposizione delle critiche in concreto mosse alla sentenza impugnata, in modo tale che si possa estrapolare dall'atto di impugnazione una parte argomentativa che, contrapponendosi alla motivazione della sentenza impugnata, con censura chiara e motivata, miri ad incrinare il fondamento logico-giuridico: situazione che ricorre nel caso di specie in relazione a ciascun motivo di gravame, come è facilmente evincibile dalla disamina dell'atto di appello secondo quanto si andrà ad illustrare da qui a breve.

Tanto premesso, occorre in via prioritaria valutare il motivo di appello illustrato per ultimo, il quale si pone logicamente come un *prius* rispetto alle altre doglianze, riguardando la validità (o meno) della procura alle liti rilasciata in primo grado al difensore della compagnia di assicurazioni convenuta (allora la ALLEANZA TORO s. p. a.) dal suo procuratore generale (dr. Giancarlo Fusco) – e dunque la valida costituzione del rapporto processuale -. Assume a riguardo l'appellante che costui, non avendo mai dimostrato la fonte dei propri poteri, non

avrebbe avuto alcuna legittimazione a conferire all'avv. Caracciolo il mandato difensivo, né ad attribuire a lui la facoltà di nominare altri procuratori, anche *extra districtum*.

L'argomento di parte appellata secondo cui il presente motivo di gravame sarebbe inammissibile perché tardivamente proposto, non avendo la controparte sollevato la questione in primo grado in maniera tempestiva (ma solo nelle note di replica alla comparsa conclusionale della compagnia assicuratrice convenuta), è da disattendere dal momento che è pacifico che in tema di rappresentanza processuale, l'accertamento della sussistenza del potere rappresentativo, con la correlativa facoltà di nomina dei difensori e conferimento di procura alla lite, attenendo alla verifica della regolare costituzione del rapporto processuale e concernendo il presupposto processuale della cd. *legitimatio ad processum*, può essere effettuato anche d'ufficio in ogni stato e grado del giudizio, compreso quello di legittimità (cfr. *Cass. Sez. Un. n. 24179/2009*; in senso conforme recentemente *Cass. Civ. n. 16274/2015*).

Potendosi e dovendosi perciò verificare in questa sede, ora per allora, la fondatezza (o meno) della questione del difetto di rappresentanza sostanziale (e dunque processuale) in capo al dr. Giancarlo Fusco, quale procuratore generale della ALLEANZA TORO s. p. a., evidenzia la Corte che risulta versato in atti (nel presente grado) l'atto notarile del 20 ottobre 2009, in Notaio Giovanna Ioli in Torino, i cui estremi erano stati indicati puntualmente nella epigrafe della comparsa di costituzione in primo grado, contenente il conferimento (tra gli altri) al dr. Giancarlo Fusco, da parte dell'ALLEANZA Toro s. p. a., di procura generale che comprendeva - per quanto qui di specifico interesse - il potere di "rappresentare" la società "davanti a qualsiasi autorità giudiziaria", nonché quello di "nominare avvocati e procuratori alle liti per rappresentare la società davanti a qualsiasi autorità giudiziaria".

Detta produzione documentale può ammettersi nel presente grado poiché trattasi in realtà di un documento già menzionato nei suoi estremi nella comparsa di costituzione in primo grado, la cui necessità di materiale allegazione è sorta solo in questa sede a seguito della contestazione specifica di parte appellante.

D'altra parte, a mente dell'art. 182 c. p. c., il giudice (compreso quello di appello), in sede di verifica officiosa della legittimazione processuale della parte, ha il potere-dovere di invitarla, se del caso, a completare o regolarizzare atti e/o documenti mancanti o irregolari con effetto sanante *ex tunc*: è soprattutto in questa prospettiva che può e deve ammettersi la disamina del predetto documento allegato da parte appellata, anche se prodotto per la prima volta in appello, trattandosi di un atto che la parte avrebbe potuto e dovuto produrre *ex novo* in questa sede, ove all'uopo invitata dalla Corte in virtù dei predetti poteri officiosi espressamente disciplinati dal citato art. 182 c. p. c. (per l'applicabilità dell'art. 182 c. p. c. anche in sede di appello, si veda di recente *Cass. Civ. n. 11359/2014*).

Va respinto perciò, alla luce di quanto sin qui esposto, il terzo motivo di appello formulato da Plutino Pietro, essendosi verificato che il dr. Giancarlo Fusco, all'epoca della sua costituzione in giudizio quale rappresentante della allora convenuta ALLEANZA TORO s. p. a., era regolarmente munito dei relativi poteri rappresentativi sostanziali e processuali, con correlata facoltà di nominare avvocati e procuratori alle liti per il patrocinio davanti alla autorità giudiziaria.

E' opportuno esaminare ora il secondo motivo di appello, logicamente prioritario rispetto al primo, per le ragioni che si espongono di seguito.

Al n. 2 dell'atto di impugnazione Plutino Pietro si duole della decisione di prime cure che ha ritenuto infondata la eccezione di nullità, per vessatorietà, della clausola di cui all'art. 15 delle condizioni generali di polizza ed assume in proposito che detto articolo, ponendo a carico del contraente particolari oneri, avrebbe dovuto essere oggetto di trattativa individuale ed approvato per iscritto dalla contraente Branca Giuseppina; cosa mai avvenuta in concreto. Deduce inoltre che la clausola era tale da ingenerare un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto e pertanto, non essendo stata approvata per iscritto, avrebbe dovuto essere ritenuta nulla ai sensi degli artt. 33 e segg. del D. Lgs. n. 206/2005.

La censura è fondata.

L'art. 15 delle condizioni generali di polizza (riguardante "assicurazione sulla vita mista rivalutabile a premi annui") - documento prodotto agli atti in primo grado dalla compagnia assicuratrice convenuta - espressamente stabilisce, al comma 3, per quanto qui di specifico interesse: *"in considerazione di particolari esigenze istruttorie la società può richiedere: - documentazione clinica sanitaria; referti autoptici e necroscopici; dichiarazione dell'Autorità Giudiziaria sulla dinamica dell'incidente; eventuale giornale che riporti notizia dell'incidente; risultanze di eventuali indagini giudiziarie"*; al comma 5 poi prevede: *"la Società effettua ogni pagamento entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione necessaria ..."*.

E' un dato di fatto pacifico (oltre che documentalmente dimostrato da parte attrice) che, deceduta in data 17 febbraio 2009 Branca Giuseppina - contraente la polizza anzidetta -, il Plutino, beneficiario indicato in polizza in caso di premorienza della assicurata, ha comunicato alla compagnia assicuratrice l'evento ed ha chiesto il pagamento delle somme spettantigli in virtù del contratto *de quo*; invitato dalla compagnia a produrre documentazione varia (tra cui copia delle cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri ospedalieri subiti dalla Branca), il Plutino inoltrava parte della documentazione richiesta rappresentando la impossibilità di reperire le cartelle cliniche (eventuali), che non erano in suo possesso e che comunque gli sarebbero state negate non avendo egli alcun titolo per richiederle alle strutture

sanitarie, dato che riguardavano un soggetto nemmeno legato a lui da vincoli di parentela, insistendo dunque per la liquidazione delle somme spettantigli.

La compagnia assicuratrice ha ribadito la propria necessità di visionare la documentazione sanitaria chiesta e non prodotta e alla fine, a fronte della mancata liquidazione dell'indennizzo in via stragiudiziale, il Plutino ha instaurato il presente giudizio, nel quale la difesa della compagnia assicuratrice ha invocato, a sostegno della propria posizione, l'applicabilità dell'art. 15 delle condizioni generali di polizza, evidenziando la assoluta necessità di acquisire la chiesta documentazione medico-sanitaria al fine di conoscere le reali cause del decesso della assicurata (avvenuto all'età di 38 anni) ed eventualmente sollevare le eccezioni di cui agli artt. 1892 o 1893 c. c. in merito ad eventuali omissioni o reticenze della assicurata all'atto di sottoscrizione della proposta di polizza; non avendo controparte fornito tale documentazione, era da ritenere del tutto legittimo – a dire della compagnia di assicurazioni - il proprio diniego di pagamento della somma che sarebbe stata dovuta.

Il Tribunale, davanti al quale, con memoria *ex art.* 183, comma 6, c. p. c. (primo termine), la difesa del Plutino aveva eccepito la nullità per vessatorietà della clausola di cui all'art. 15 citato (determinante uno squilibrio significativo dei diritti ed obblighi nascenti dal contratto, a scapito del contraente assicurato), ha ritenuto non fondata detta eccezione, non ravvisando la vessatorietà dedotta, dato che la clausola si limitava a prevedere la consegna da parte del beneficiario di alcuni documenti in osservanza del principio di buona fede e di tutela dell'interesse dell'assicuratore a che fossero fornite veritiere informazioni.

L'argomento su cui si fonda la decisione di prime cure non può condividersi ad avviso della Corte, vieppiù alla luce del recente significativo arresto dei giudici di legittimità che, con sentenza n. 17024/2015 della terza sezione civile, hanno riconosciuto (in un caso analogo a quello in esame) la natura tipicamente vessatoria di una serie di previsioni contrattuali presenti in una polizza di assicurazione sulla vita, aventi ad oggetto (per l'appunto) taluni oneri posti in capo al beneficiario per ottenere la liquidazione del capitale in caso di morte dell'assicurato. In particolare, la sentenza ha considerato vessatorie tipiche, e quindi nulle, ai sensi dell'art. 33, comma 2, lettera q, del d.lgs. 6 settembre 2005, n. 206, le clausole che subordinano il pagamento dell'indennizzo ad adempimenti eccessivamente onerosi da parte del beneficiario, tra i quali espressamente – per quanto qui di specifico interesse – la produzione di relazione medica sulle cause della morte ovvero, a semplice richiesta dell'assicuratore, delle cartelle cliniche relative ai ricoveri subiti dall'assicurato ed ancora la produzione di "atto notorio riguardante lo stato successorio" dell'assicurato deceduto.

Prima di entrare nel merito della questione, occorre precisare che è privo di pregio il rilievo di tardività della eccezione *de qua* sollevato in comparsa dalla parte appellata, secondo cui il Plutino avrebbe dovuto inserire la domanda di accertamento di nullità di dette clausole nelle

conclusioni rese in primo grado, mentre non lo ha fatto né in citazione, né tanto meno nella memoria *ex art.* 183, comma 6, primo termine, c. p. c..

Al di là del fatto che la eccezione in esame risulta, come si è detto, tempestivamente proposta dall'attore entro i termini di legge (e segnatamente a partire dalla prima memoria autorizzata *ex art.* 183, comma 6, c. p. c.), ciò che più conta è che è incontrastato nella più recente interpretazione giurisprudenziale il principio del rilievo officioso da parte del giudice della nullità del contratto o di singole sue clausole, obbligatorio anche per la prima volta in sede di appello ovvero nel giudizio di legittimità (v. *Cass. Civ. S. U. n. 26242/2014*, che ha precisato, tra l'altro, che il rilievo *ex officio* delle nullità negoziali, possibile sotto qualsiasi profilo, anche diverso da quello allegato dalla parte, ed altresì per le ipotesi di nullità speciali o "di protezione" - qual'è quella all'esame di questa Corte di appello - è sempre obbligatoria, laddove la "dichiarazione" della nullità, ove sia mancata un'espressa domanda della parte, costituisce statuizione facoltativa del medesimo vizio, previo suo accertamento, nella motivazione e/o nel dispositivo della pronuncia, con possibile efficacia, peraltro, di giudicato. Le Sezioni Unite hanno comunque puntualizzato che tale ultima regola non vale nel caso di nullità cd. "speciali", cioè soggette ad un regime speciale, quale quello cui sono assoggettate le nullità cd. "di protezione" - ad esempio quelle derivanti dalla vessatorietà di una clausola - , per le quali necessita sempre la domanda di parte, a ciò conseguendo solamente la impossibilità di dichiarare d'ufficio la nullità con eventuale acquisizione di giudicato, ma non anche di accertarla *incidenter tantum* quando il contratto e/o la clausola costituiscano il presupposto della pretesa azionata in giudizio).

In questa prospettiva autorevolmente stabilita, nel caso di specie nessun ostacolo all'accertamento incidentale della nullità delle clausole *ex art.* 15 condizioni generali di polizza potrebbe derivare - come invece ha sostenuto l'appellata - dal fatto che parte attrice (oggi appellante), pur avendo eccepito la nullità di dette clausole, non abbia esplicitamente formulato domanda in tal senso, essendo peraltro implicito nella richiesta di pagamento dell'indennizzo, così come strutturata nel caso concreto, il riconoscimento della rilevata invalidità ed inefficacia della clausola che ha subordinato tale adempimento alla esibizione della documentazione sanitaria di che trattasi.

Ciò detto e ritornando al merito della questione, rileva la Corte che il principio che si trae agevolmente dalla pronuncia n. 17024 del 20 agosto 2015, perfettamente adattabile al caso in esame, è che deve reputarsi "manifesta" la vessatorietà della clausola, inserita nelle condizioni generali di un contratto di assicurazione sulla vita, che preveda a carico del beneficiario, al fine di ottenere il pagamento dell'indennizzo, il dovere di produrre una "relazione medica sulle cause della morte", quello di produrre "a semplice richiesta dell'assicuratore, le cartelle cliniche relative ai ricoveri subiti dal portatore del rischio" ed

ancora quello di produrre "un atto notorio riguardante lo stato successorio della persona deceduta".

Afferma la Corte Suprema che il carattere vessatorio di una simile clausola trova precipuo fondamento normativo nel disposto dell'art. 33, lett. q), del decreto legislativo n. 206/2005, per il fatto che l'onere di produrre una relazione medica sulla morte del soggetto assicurato oltre ad essere gravoso sul piano economico, fa gravare sul beneficiario della polizza il peso di dimostrare le cause del sinistro, mentre, secondo le previsioni normative, nei contratti di assicurazione sulla vita spetta al beneficiario solo il compito di comprovare che si è verificata la morte del portatore di rischio, ossia del soggetto sulla cui vita è stata contratta la assicurazione, essendo invece onere dell'assicuratore provare il fatto estintivo della obbligazione, quale ad esempio la circostanza che il decesso sia ascrivibile a cause che escludano l'indennizzabilità secondo le previsioni contrattuali.

Allo stesso modo - evidenzia la Corte - l'onere posto in capo al beneficiario di produrre le cartelle cliniche relative ai ricoveri del cd. portatore del rischio, a semplice richiesta della compagnia assicuratrice, oltre a potere essere illimitato (nel senso che quest'ultima potrebbe richiedere persino cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dall'assicurato molti anni prima del decesso), in ogni caso è eccessivamente gravoso per il beneficiario, sia sotto il profilo economico, sia sotto il profilo prettamente materiale, dato che gli attribuisce il compito di dovere contrastare eventuali opposizioni della struttura sanitaria fondate sulla esigenza di tutela della riservatezza (come di fatto è accaduto proprio nei riguardi del Plutino, rispetto alla relazione medica sulle cause del decesso, giusta quanto documentato da lui in atti).

Ha precisato ancora la Corte che la produzione di documentazione riguardante lo "stato successorio" del deceduto è inutile, posto che il beneficiario acquista il diritto all'indennizzo *jure proprio*, e non già *jure hereditatis*, e dunque per l'assicuratore è irrilevante la circostanza che l'assicurato sia morto *ab intestato* oppure no.

L'insieme delle predette previsioni, ognuna delle quali già in sé gravosa, costituisce un miscela di pesanti oneri per il beneficiario, senza che ne derivi, per altro verso, alcun effettivo vantaggio per l'assicuratore, se non quello di frapporre impedimenti formalistici al pagamento dell'indennizzo.

Declinando l'autorevole insegnamento della Corte al caso in esame, è evidente che, data la stretta analogia con la fattispecie concreta sottoposta all'attenzione dei giudici di legittimità, non può che rilevarsi la tipica vessatorietà, ai sensi dell'art. 33, lett. q), del Codice del Consumo (applicabile alla fattispecie che ci occupa *ratione temporis*), delle clausole contenute nell'art. 15 delle condizioni generali di polizza, con particolare riguardo a quelle che: 1) impongono al beneficiario, per ottenere il pagamento conseguente alla morte dell'assicurato, la preventiva consegna di una "relazione medica sulle cause del decesso"

nonché 2) di una “copia del testamento o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento”, e 3) che consentono all'assicuratore di chiedere, per esigenze istruttorie, “documentazione clinica sanitaria”, stabilendo altresì che il pagamento potrà essere effettuato entro trenta giorni “dal ricevimento della documentazione necessaria”.

Ciascuna delle suddette previsioni contrattuali, contenute nelle condizioni generali di polizza predisposte dalla compagnia assicuratrice, sono da presumere *iuris tantum* vessatorie ai sensi del secondo comma dell'art. 33 citato, lett. q), in quanto subordinano l'adempimento delle obbligazioni dell'assicuratore al rispetto di particolari formalità, ma anche ai sensi della lett. t) dello stesso comma ed articolo, nella misura in cui sanciscono a carico del consumatore (*id est* beneficiario) una inversione dell'onere della prova secondo quanto condivisibilmente spiegato dalla Suprema Corte nella motivazione sopra riportata, imponendo a lui di dimostrare non solo il verificarsi dell'evento dedotto in contratto – come è suo onere secondo legge -, ma anche le cause dello stesso – la cui prova non ricade per legge nella sfera del beneficiario, ma semmai dell'assicuratore (che eccepisca un fatto estintivo della propria obbligazione indennitaria).

Trattandosi dunque di clausole tipicamente vessatorie in base ad una presunzione normativa *iuris tantum* (comma 2 dell'art. 33 citato) non spettava all'eccipiente se non la prova della loro previsione contrattuale – indubbiamente emergente *ex actis* nel caso in esame -, essendo invece compito della compagnia assicuratrice (odierna appellata) fornire elementi idonei a superare la presunzione relativa di vessatorietà; cosa che nella specie non risulta verificatasi.

Così come non risulta allegato, né dimostrato in alcun modo dalla ALLEANZA Assicurazioni s. p. a. che dette clausole, inserite nel testo predisposto dalla stessa compagnia per regolare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, abbiano formato oggetto di specifica trattativa con l'assicurato (come richiesto dall'art. 34, comma 5, del Codice del Consumo), non bastando a tal fine soltanto l'assolvimento dell'onere informativo.

Né è fondato l'argomento di parte appellata secondo cui sarebbe stato onere del Plutino provare la sussistenza effettiva del “significativo squilibrio” sinallagmatico derivato da tali clausole, dal momento che, in linea con quanto sin qui esposto e fermi restando tutti i principi in tema di rilievo officioso delle cause di nullità più sopra illustrati, la vessatorietà di esse è stata ritenuta dalla Corte riconducibile a quella tipicamente normativizzata, sino a prova contraria, nel secondo comma dell'art. 33 del Codice del Consumo (in particolare alle lett. q e t); tale che – si ribadisce - la prova della loro “non vessatorietà” sarebbe stato onere dell'assicurazione fornire (e non già l'inverso).

Senza tacere che non può subordinarsi ad un altrui adempimento probatorio, la scelta dell'assicuratore di agire eventualmente *ex art. 1892 c/o 1893 c. c.*, poiché tale assunto non

trova supporto normativo in alcuna delle norme in materia di contratto di assicurazione, men che mai nei principi generali informatori dell'*onus probandi*, il cui cardine è ravvisabile nella nota regola fondamentale che spetta personalmente a chi vuol fare valere un diritto in giudizio – e non ad altri - fornire la prova dei fatti posti a fondamento dello stesso.

Non si dubita poi che sin dalla prima memoria *ex art.* 183, comma 6, c. p. c. è stato prospettato il tema della vessatorietà e nullità dell'art. 15 più volte citato, così come è documentale che il Tribunale abbia trattato e deciso la questione, nonché che la stessa è stata discussa nel presente giudizio, non potendosi dare rilievo pertanto alla doglianza di parte appellata secondo cui non sarebbe stata posta in grado di approntare adeguatamente le proprie difese sulla questione *de qua*.

Ne deriva pertanto la nullità (“di protezione”), ai sensi e per gli effetti del comma 1 e del comma 3 dell'art. 36 del citato codice, operante a vantaggio della parte assicurata (e di conseguenza del beneficiario), di tutte e tre le clausole contenute nell'art. 15 delle condizioni generali sopra dette, per il fatto che hanno l'effetto di subordinare il pagamento dell'indennizzo al compimento di attività economicamente e materialmente gravose da parte del beneficiario e di addossare su di lui il dovere di dimostrare le cause dell'avveramento del rischio dedotto in contratto, dovere che invece non spetta al beneficiario nel contratto di assicurazione sulla vita, dovendo costui dare solo la dimostrazione del verificarsi del rischio, come ha fatto puntualmente il Plutino nel caso concreto.

Necessario corollario della ritenuta invalidità delle clausole in oggetto (con conseguente inefficacia ed inoperatività delle stesse) è che il mancato pagamento dell'indennizzo da parte della compagnia assicuratrice in favore di Plutino Pietro, fondato secondo la stessa prospettazione di parte convenuta (odierna appellata) su un asserito “*rifiuto del beneficiario di fornire la documentazione idonea a fare chiarezza sulle cause del decesso dell'assicurata, in applicazione dell'art. 15 delle Condizioni di Polizza*” (così testualmente a pag. 8 della comparsa di costituzione in primo grado), è da considerare come tale affatto ingiustificato, dovendosi perciò riformare la decisione di primo grado – che ha ritenuto inesigibile il credito dell'attore sino a quando non sarebbero stati consegnati i documenti sanitari richiesti *ex art.* 15 delle condizioni contrattuali e conseguentemente legittimo il rifiuto di pagare opposto dall'assicurazione – e, in accoglimento della domanda dell'appellante, condannare la ALLEANZA ASSICURAZIONI s. p. a, al pagamento della somma di Euro 56.424,59 richiesta dal Plutino, quale importo che secondo la polizza n. 21245638 (versata in atti nel fascicolo di parte attrice) sarebbe stato dovuto al beneficiario in caso di premorienza dell'assicurato (e che peraltro non risulta essere stato mai contestato nel *quantum* dalla società assicuratrice, nemmeno in via di mero subordine).

E' inammissibile, in quanto tardivamente proposta, la domanda dell'appellante al pagamento degli interessi e della rivalutazione monetaria, posto che, quanto ai primi, essi sono stati richiesti in primo grado solo nella comparsa conclusionale ed inoltre la relativa domanda non è stata riproposta nell'atto di appello (ma solo in sede di precisazione delle conclusioni alla presente udienza); la rivalutazione monetaria poi non stata mai richiesta in primo grado, ma solo in sede di precisazione di conclusioni in questa sede.

L'obbligazione di pagamento dell'indennizzo assicurativo costituisce infatti una obbligazione pecuniaria assoggettata al principio nominalistico, con la conseguenza che gli interessi legali, esattamente alla stregua degli interessi moratori, possono essere liquidati solo se richiesti e, in tal caso, con decorrenza dalla data della domanda, essendo invece escluso che l'obbligazione medesima possa andar soggetta non solo a rivalutazione monetaria, ma anche alla liquidazione d'ufficio di interessi c.d. compensativi (i quali, entrambi, potrebbero giustificarsi solo se all'obbligazione cui accedono si attribuisse finalità pienamente compensativa, ossia risarcitoria, del danno e, quindi, natura di debito di valore. Per l'indirizzo accolto si veda *Cass. 13 aprile 2006, n. 8712; Cass. 2 febbraio 2007, n. 2248; Cass. 7 gennaio 2008, n. 31; Cass. 5 settembre 2011, 18150*).

E' appena il caso di evidenziare che il primo dei motivi di appello, concernente il preteso corretto assolvimento, da parte del Plutino, dell'onere di produzione della documentazione clinico-sanitaria richiesta da controparte, rimane assorbito e superato dalla riconosciuta nullità della clausola prevedente detto onere, logicamente e giuridicamente preliminare (e tranciante) rispetto alla questione (riguardante il contenuto di merito di dette clausole) sollevata con la prima delle censure di cui all'atto di appello.

Quanto alle spese del giudizio, da liquidare in maniera unitaria avuto riguardo all'esito finale della lite, per il principio della soccombenza vanno poste a carico della appellata in favore di parte appellante, nella misura - determinata secondo le tariffe di cui al D. M. n. 55/2014 in base al valore della controversia - di Euro 7.795,00 per onorario riguardo al primo grado (di cui Euro 1.215,00 per la fase di studio, Euro 715,00 per la fase introduttiva, Euro 3.780,00 per la fase istruttoria e/o di trattazione ed Euro 2.025,00 per la fase decisionale), oltre rimborso forfettario spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge; per il secondo grado la somma di Euro 4.578,00 per onorario, di cui Euro 1.418,00 per la fase di studio, Euro 910,00 per la fase introduttiva ed Euro 2.430,00 per la fase decisionale (non ravvisandosi prestazioni effettivamente riconducibili alla fase istruttoria e/o di trattazione), oltre rimborso forfettario spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge.

P. Q. M.

La Corte di Appello di Reggio Calabria, definitivamente pronunciando sull'appello proposto da \_\_\_\_\_ con atto di citazione notificato il 27 gennaio 2015 avverso la sentenza del Tribunale di Reggio Calabria – Seconda Sezione Civile n. 1024/2014 del 17 giugno 2014, nei confronti della ALLEANZA ASSICURAZIONI s. p. a. (già ALLEANZA TORO s. p. a.), in persona del legale rappresentante *p. t.*, così provvede:

- a) accoglie l'appello e, riconosciuta la nullità per vessatorietà delle clausole contenute nell'art. 15 delle condizioni generali di polizza (quali meglio indicate in parte motiva), condanna la ALLEANZA ASSICURAZIONI s. p. a. (già ALLEANZA TORO s. p. a.), in persona del legale rappresentante *p. t.*, al pagamento, in favore di Plutino Pietro, della somma di Euro 56.424,59 a titolo di indennizzo assicurativo in base alla polizza di assicurazione sulla vita “mista speciale rivalutabile n. 21245638”;
- b) condanna la ALLEANZA ASSICURAZIONI s. p. a. (già ALLEANZA TORO s. p. a.), in persona del legale rappresentante *p. t.*, al pagamento, in favore di Plutino Pietro, delle spese di entrambi i gradi del giudizio, liquidate, quanto al primo grado, in complessivi Euro 7.795,00 a titolo di onorario, oltre rimborso forfettario spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge, e, quanto al secondo grado, in complessivi Euro 4.578,00 a titolo di onorario, oltre rimborso forfettario spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge.

*Così deciso in Reggio Calabria, nella camera di consiglio del 18 febbraio 2016*

*Il Consigliere est.*

(dr.ssa Anna ADAMO)

*Il Presidente*

(dr.ssa Marina MOLETTI)