



LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
TERZA SEZIONE CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

FRANCO DE STEFANO	Presidente
PASQUALE GIANNITI	Consigliere
MARCO ROSSETTI	Consigliere
CRISTIANO VALLE	Consigliere - Rel.
STEFANO GIAIME GUIZZI	Consigliere

ha pronunciato la seguente

Oggetto:

ASSICURAZIONE VITA - ART. 1892 COD. CIV. DICHIARAZIONI FALSE O RETICENTI - MODULO E QUESTIONARIO Ad.26/06/2024 CC
--

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 25845/2022 R.G. proposto da:
GIOVANNA, elettivamente domiciliata in

)

- ricorrente -

contro

CNP UNICREDIT VITA S.P.A., in persona del legale rappresentante
in carica, elettivamente domiciliato in

- controricorrente -

avverso la SENTENZA della CORTE d'APPELLO PALERMO n.
1258/2022 depositata il 21/07/2022.





Udita la relazione svolta, nella camera di consiglio del **26/06/2024**, dal Consigliere relatore Cristiano Valle, osserva quanto segue.

FATTI DI CAUSA

Giovanna conveniva in giudizio, davanti al Tribunale di Palermo, la CNP Unicredit Vita S.p.a. al fine di sentirla condannare all'adempimento del contratto di assicurazione vita ed alla liquidazione dell'indennizzo finalizzato all'estinzione anticipata del debito residuo di un finanziamento per l'acquisto di un immobile.

La allegava di aver sottoscritto, in data 5/03/2009, unitamente al marito Meli Gioacchino, un contratto di finanziamento n. 10636530 erogato da Unicredit Family Financing Bank S.p.a. e che, ai fini del perfezionamento dell'accordo, l'ente creditizio e il funzionario della stessa avevano preteso la sottoscrizione di due polizze assicurative con due distinte società legate al gruppo Unicredit S.p.a.: la prima, a copertura del rischio danni dell'immobile con la compagnia Capitalia Assicurazioni S.p.a. e la seconda, la n. 810682 – oggetto del presente procedimento –, per il rischio vita con la compagnia CNP Unicredit Vita S.p.a.

La polizza vita comportava, in base a quanto previsto dalle condizioni contrattuali, un indennizzo per il caso morte pari all'importo del debito residuo in linea capitale a carico dell'assicurato relativamente al prestito personale; pertanto, a seguito del decesso del Meli, verificatosi in data 17/04/2012, il coniuge superstite nonché coobbligata Giovanna inoltrava alla CNP Unicredit Vita S.p.a. formale richiesta di indennizzo, la quale, tuttavia, veniva rifiutata dalla compagnia assicuratrice sul rilievo che il decesso era da ricondurre ad alcune patologie già diagnosticate al momento della sottoscrizione della polizza (diabete mellito e cirrosi epatica), per le quali il Meli era sottoposto a terapia farmacologica continuativa, benché mai dichiarate al momento della sottoscrizione della polizza.





Costituitasi in giudizio, la CNP Unicredit Vita s.p.a. contestava la fondatezza della domanda ed opponeva l'inoperatività del contratto assicurativo ai sensi dell'art. 1892 cod. civ. a causa delle dichiarazioni inesatte e reticenti del contraente; in subordine, invocava l'operatività dell'art. 1893 cod. civ., con conseguente riduzione della somma dovuta dall'assicuratore in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato di salute del sig. Meli.

Il Tribunale, con sentenza n. 2814/2016, accoglieva la domanda, affermando che il contraente Meli non era stato sufficientemente reso edotto del contenuto e della rilevanza delle clausole relative al proprio buono stato di salute, anche per mancata compilazione di un questionario specificamente relativo all'esplicitazione della predetta dichiarazione, ai fini della stessa efficacia della copertura assicurativa, con ciò integrando il principale presupposto dell'art. 1892 cod. civ. ossia quella del dolo o della colpa grave del contraente; viceversa, il giudice riteneva integrati a carico della Compagnia assicuratrice gli estremi della violazione dei principi della correttezza e buona fede previsti dagli artt. 1175 e 1375 cod. civ. nella fase precontrattuale, osservando che la clausola relativa alle buone condizioni di salute sottoscritta dal Meli era inserita in una modulistica predisposta dall'assicuratore, non in grado, per le caratteristiche specifiche del documento, di far comprendere al contraente la rilevanza delle clausole inerenti il buono stato di salute. Il Tribunale condannava la compagnia assicurativa al pagamento dell'indennizzo a totale estinzione del debito gravante su Giovanna di cui al finanziamento n. 10636530 del 4/03/2009 a vantaggio di Unicredit family Financing Bank s.p.a., nonché al pagamento delle spese di lite.





Interposto appello, la CNP Unicredit Vita S.p.a. deduceva la violazione degli artt. 1175, 1375 e 1892 cod. civ., lamentando, da una parte, l'erronea motivazione in ordine alla ritenuta sussistenza della buona fede del contraente e alla ritenuta mancanza di prova in merito al dolo o colpa grave del Meli, il quale aveva reso dichiarazioni inesatte e reticenti; dall'altra, l'omessa pronuncia sulla specifica eccezione di riduzione della somma dovuta dall'assicuratore ai sensi dell'art. 1893 cod. civ.

Costituitasi nel giudizio d'appello, Giovanna chiedeva l'integrale rigetto dell'impugnazione.

La Corte d'appello di Palermo, con sentenza n. 1258/2022, in integrale accoglimento dell'impugnazione, rigettava la domanda proposta da Giovanna in primo grado e la condannava a rimborsare a CNP Unicredit l'importo di € 86.292,54, oltre interessi di legge, versato da tale compagnia in esecuzione della sentenza di primo grado ad Unicredit S.p.a. (già Unicredit Family Financing Bank Spa) e tutte le spese legali corrisposte da CNP Unicredit S.p.a. in esecuzione dell'impugnata sentenza, oltre al pagamento delle spese processuali relative al doppio grado di giudizio in favore dell'istituto assicurativo.

Il giudice di seconde cure affermava che trovava applicazione al caso di specie il disposto normativo dell'art. 1892 cod. civ., che prevede che la compagnia assicuratrice, innanzi a dichiarazioni inesatte o reticenti del contraente, possa legittimamente rifiutare l'erogazione dell'indennizzo contrattualmente previsto in conseguenza dell'evento morte. La Corte territoriale riteneva che la documentazione in atti provasse che la dichiarazione resa dal Meli era stata certamente inesatta o reticente, poiché egli consapevolmente aveva taciuto la pregressa sussistenza di evidenti problemi di salute e che tale





reticenza avesse influito nella formazione del **consenso** dell'assicuratore. Le dette dichiarazioni reticenti e non veritiere rese al momento della sottoscrizione rendevano legittimo, dunque, il diniego opposto da CNP Unicredit S.p.a. all'istanza di pagamento dell'indennizzo assicurativo a seguito del decesso del Meli.

Avverso tale sentenza ricorre per cassazione Giovanna affidando il proprio ricorso a cinque motivi, assistito da memoria, a cui resiste CNP Unicredit Vita S.p.a. con controricorso e memoria.

Il Procuratore Generale non ha preso conclusioni.

All'adunanza camerale del 26/06/2024 il ricorso è stato trattenuto per la decisione.

RAGIONI DELLA DECISIONE

La ricorrente con il primo motivo di ricorso denuncia la violazione degli artt. 1441, 1439, 1892, 1893 cod. civ. in relazione all'art. 360, comma 1, n. 3 cod. proc. civ., nella parte in cui la Corte territoriale ha dichiarato non tenuta la compagnia assicurativa al pagamento della assicurazione sulla vita, in assenza di una domanda specifica di annullamento del contratto.

Con il secondo motivo Giovanna denuncia la violazione degli artt. 1337, 1375, 1892, 1893, 2697 cod. civ. cod. civ. in relazione all'art. 360, comma 1, n. 3 cod. proc. civ., nonché l'omesso esame di un fatto decisivo per il giudizio che è stato oggetto di discussione tra le parti, in relazione all'art. 360, co. 1, n. 5 cod. proc. civ. Secondo la ricorrente la Corte territoriale avrebbe errato nel ritenere sussistenti le condizioni di cui all'art. 1892 cod. civ. e, in particolare, la sussistenza del dolo o colpa grave dell'assicurato perché non consapevole delle dichiarazioni rese e delle conseguenze, in assenza di alcun questionario sullo stato di salute. Sotto un diverso profilo la Corte territoriale avrebbe emesso





una sentenza senza esaminare il fatto (la mancanza di questionario) decisivo per il giudizio.

Con il terzo motivo è denunciata la violazione degli artt. 166, 183 comma 1, 185 cod. ass.; dei regolamenti Isvap n. 5 del 2006 e n. 35 del 2010 e degli artt. 1892, 1893, 2697 cod. civ. dell'art. 35 cod. consumo in relazione all'art. 360, comma 1, n. 3 cod. proc. civ. per avere la Corte ritenuto la ricorrenza di dolo o comunque colpa grave nell'assicurato nella sottoscrizione della dichiarazione sulle condizioni di salute, perché in violazione delle norme previste dal Codice delle Assicurazioni, dal regolamento Isvap e dal Codice del Consumo che prescrivono che le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni debbano essere riportate con caratteri di particolare evidenza, anche in attuazione dei doveri di buona fede e correttezza a carico dell'assicuratore.

Con il quarto motivo la ricorrente denuncia la violazione degli artt. 115 e 116 cod. proc. civ. e dell'art. 1341 cod. civ. in relazione all'art. 360, comma 1, n. 3 cod. proc. civ., nonché l'omesso esame di un fatto decisivo per il giudizio ai sensi dell'art. 360 comma 1, n. 5 cod. proc. civ., per non avere tenuto conto la Corte territoriale delle circostanze di fatto, pacifiche e non contestate in cui si era svolta la vicenda, ovvero il fatto che l'assicurato aveva stipulato una polizza collegata ad un finanziamento per ristrutturazione dell'immobile e che la stessa era stata sottoscritta davanti al funzionario della banca.

Con il quinto, e ultimo motivo, viene denunciata la violazione dell'art. 132 cod. proc. civ. e la nullità della sentenza per omessa motivazione in relazione all'art. 360, comma 1, n. 4 cod. proc. civ., per avere la Corte da un canto affermato che l'assicurato era incorso in dolo e (o) colpa grave nella propria dichiarazione, dall'altro ha argomentato l'importanza del questionario che, in realtà, non vi era, rendendo, quindi, una motivazione inesistente.





Il primo motivo è infondato, alla stregua della giurisprudenza di questa Corte secondo la quale (Cass. n. 11905 del 19/06/2020, non massimata, pag. 7 della motivazione) *«in tema di assicurazione contro gli infortuni, l'onere imposto dall'art. 1892 cod. civ. all'assicuratore di manifestare, allo scopo di evitare la decadenza, la propria volontà di esercitare l'azione di annullamento del contratto per le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto la causa dell'annullamento, non sussiste quando il sinistro si verifichi prima che sia decorso il termine suddetto ed ancor di più quando il sinistro si verifichi prima che l'assicuratore sia venuto a conoscenza dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione, essendo sufficiente in tali casi, per sottrarsi al pagamento dell'indennizzo, che l'assicuratore stesso invochi, anche mediante eccezione, la violazione dolosa o colposa dell'obbligo posto a carico dell'assicurato di rendere dichiarazioni complete e veritiere sulle circostanze relative alla rappresentazione del rischio»*.

Nel caso di specie: dal momento che la inesattezza delle dichiarazioni rese dal Meli è stata scoperta dall'assicuratore soltanto a seguito dell'evento assicurato (morte), l'assicuratore non era obbligato a chiedere l'annullamento del contratto, potendo opporre in via di eccezione la non operatività della polizza, così come è poi accaduto.

La censura di cui al secondo motivo insiste sul profilo valutativo delle prove, sostenendo che la Corte d'appello, interpretando correttamente i fatti, avrebbe dovuto accertare che, in mancanza di un questionario specificamente dedicato, le dichiarazioni del Meli non potevano essere intese come intenzionalmente o colpevolmente omissive.

Tali censure presentano profili di inammissibilità nella parte in cui si risolvono nella sollecitazione ad un nuovo e non consentito





esame del merito, specificamente quanto alla consapevolezza che l'assicurato aveva o avrebbe dovuto avere nel momento della stipula. Il giudice territoriale, infatti, ha ricostruito cronologicamente i fatti e ha anche spiegato le ragioni per le quali ha ritenuto che il contraente avrebbe dovuto segnalare alla società assicuratrice la sussistenza delle malattie invece omesse. Il motivo è, pertanto, inammissibile per la natura fattuale della valutazione sul carattere inesatto o reticente delle dichiarazioni e infondato sulla violazione dell'obbligo di buona fede, dinanzi ad un'univoca definizione nel questionario.

Parimenti sono infondate le censure di vizi di motivazione, ove la ricorrente lamenta un'omissione che non sussiste, posto che la Corte d'appello dimostra di avere tenuto presente l'intero quadro probatorio, data l'ampiezza delle argomentazioni di merito utilizzate. Sul punto è pure conducente richiamare la giurisprudenza di questa Corte (Cass. n. 19520 del 4/08/2017 Rv. 645729), secondo la quale *«il giudizio sulla rilevanza delle dichiarazioni inesatte o sulla reticenza del contraente, implicando un apprezzamento di fatto, è riservato al giudice di merito ed è censurabile in sede di legittimità solo se non sia sorretto da una motivazione logica, coerente e completa (così anche Cass. n. 25582 del 30/11/2011 Rv. 620624 - 01).*

La Corte territoriale ha esplicitato in maniera chiara il proprio ragionamento laddove afferma: *«Né pare condivisibile la ritenuta carenza di informativa al cliente, dal momento che nella polizza assicurativa, il Meli oltre a essere stato edotto circa le conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, ha sottoscritto una dichiarazione dalla quale si desume che ha ricevuto, prima dell'adesione alla polizza, il fascicolo informativo - redatto secondo le prescrizioni ISVAP - contenente la Nota Informativa, le condizioni contrattuali, il Glossario e l'Informativa sulla Privacy"».*





Invero, e conclusivamente sul punto, come già chiarito da questa Corte (Cass. n. 27578 n. 27578 del 20/12/2011 Rv. 621009 – 01), *«per conoscere il reale stato di salute, non è necessario che l'assicuratore predisponga sempre un questionario nel quale siano riepilogate nel dettaglio tutte le possibili patologie da cui può essere affetto l'assicurato. Il contenuto del questionario può, infatti, variare a seconda delle circostanze sussistenti nel caso concreto. Vieppiù che, anche laddove l'assicuratore scelga di somministrare al contraente un questionario anamnestico per la valutazione del rischio, è sufficiente che egli ponga all'assicurato la generica richiesta di dichiarare ogni stato morboso in atto al momento della stipula»*.

Il terzo motivo è infondato, laddove contesta la mancata evidenziazione della parte di contratto dedicata alle dichiarazioni dell'assicurato, in quanto la Corte d'appello ha affermato che essa era specificamente evidenziata e, comunque, vi erano degli appositi riquadri, in calce ai quali Gioacchino Meli aveva apposto la firma, cosicché risultano rispettate le previsioni, di carattere generale, dell'art. 166 cod. cons. e del regolamento ISVAP n. 5 del 2006 e, in parte, è inammissibile, in quanto il regolamento ISVAP n. 35 del 2010, che ha introdotto specifici e più stringenti obblighi formali per la redazione dei contratti di assicurazione è successivo alla sottoscrizione del contratto intercorso tra il Meli e la CNP Unicredit Vita S.p.a., intervenuta nel 2009, e, quindi, non si applica allo stesso, non contenendo il detto regolamento ISVAP n. 35 del 2010 norme retroattive.

Il quarto motivo è infondato: la circostanza dell'essere il contratto di assicurazione collegato al contratto di finanziamento è fatto che è stato considerato ampiamente dalla Corte territoriale e, peraltro, non emergono, dagli atti di causa, circostanze dalle quali possa desumersi, secondo quanto prospettato dalla ricorrente, che





al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione Gioacchino Meli non fosse consapevole e del detto collegamento negoziale e dell'importanza delle dichiarazioni sul proprio stato, pregresso e attuale, di salute, che stava sottoscrivendo. Del resto, lo stesso collegamento, di per sé solo considerato, non solo non attenua l'onere del contraente di attenzione al contenuto delle dichiarazioni rese in sede di stipula, ma, semmai, lo rafforza.

Il quinto motivo è infondato: la Corte d'appello ha escluso, con ampia e coerente motivazione, richiamando precedenti di legittimità (ancora Cass. n. 27578 del 20/12/2011 Rv. 621009 - 01), che al Meli dovesse essere sottoposto un atto denominato formalmente «questionario», essendo sufficiente che gli venissero poste domande, nel testo del contratto, sulla cui esistenza la sentenza impugnata si è adeguatamente soffermata, laddove ha affermato (pag. 16) «deve ritenersi equipollente una generica richiesta posta in altra forma in ordine all'esistenza di patologie di qualsivoglia natura che possa incidere sull'aspettativa di vita giacché nessun atto normativo, regolamentare o comunque avente valore vincolante per le compagnie assicuratrici impone allo stato di sottoporre all'assicurando un questionario anamnestico», sulle proprie condizioni di salute.

Il ricorso è, per quanto motivato, infondato.

Il ricorso è rigettato.

Le spese di lite di questa fase di legittimità seguono la soccombenza della ricorrente e, valutata l'attività processuale espletata in relazione al valore della controversia, sono liquidate come da dispositivo.

Ai sensi dell'art. 13, comma 1 *quater*, del d. P.R. n. 115 del 2002, stante il rigetto dell'impugnazione, deve darsi atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato





pari a quello dovuto per il ricorso (in forza del comma 1 *bis* dello stesso art. 13), se dovuto.

Il deposito della motivazione è fissato nel termine di cui al secondo comma dell'art. 380 *bis* 1 cod. proc. civ.

P. Q. M.

La Corte rigetta il ricorso.

Condanna la ricorrente al pagamento, in favore della controricorrente, delle spese del giudizio di legittimità, che liquida in Euro 6.000,00 per compensi, oltre alle spese forfettarie nella misura del 15 per cento, agli esborsi liquidati in Euro 200,00, ed agli accessori di legge/oltre alle spese prenotate a debito.

Ai sensi dell'art. 13, comma 1 *quater*, del d.P.R. n. 115 del 2002, inserito dall'art. 1, comma 17 della l. n. 228 del 2012, dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente e in favore del competente Ufficio di merito, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma del comma 1-*bis*, dello stesso articolo 13, se dovuto.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio della Corte di cassazione, Sezione Terza civile, il giorno 26/06/2024.

Il Presidente

Franco De Stefano

