

Clausole vessatorie nei contratti assicurativi

Cass. Civ., sez. III, sentenza 20 agosto 2015, n. 17024 (Pres. Russo, rel. Rossetti)

Contratto di assicurazione – Clausole inserite dall'assicuratore – Vessatorietà – Individuazione

La previsione per cui il beneficiario deve formulare domanda di indennizzo su un modulo predisposto dall'assicuratore si pone in contrasto col principio di libertà delle forme, che permea di sé l'intera materia delle obbligazioni. La previsione per cui il beneficiario deve sottoscrivere la richiesta di indennizzo "presso l'Agenzia assicurativa di competenza" viola addirittura la libertà personale e di movimento del beneficiario, imponendogli di fatto una servitù personale senza nessun beneficio o vantaggio per l'assicuratore. La previsione per cui il beneficiario deve produrre una relazione medica sulla morte del portatore di rischio non solo pone un non irrilevante onere economico a carico del beneficiario, ma per di più pone a suo carico l'onere di documentare le cause del sinistro, onere che per legge non ha. Nell'assicurazione sulla vita, infatti, il beneficiario ha il solo onere di provare l'avverarsi del rischio, e quindi la morte della persona sulla cui vita è stata stipulata l'assicurazione (cd. portatore di rischio). La circostanza che la morte possa essere avvenuta per cause che escludano l'indennizzabilità secondo le previsioni contrattuali, in quanto fatto estintivo della pretesa attorea, va provato dall'assicuratore, non dal beneficiario. La previsione per cui il beneficiario, a semplice richiesta, deve proporre le cartelle cliniche relative ai ricoveri della persona deceduta per un verso è di sconfinata latitudine, in quanto - non ponendo limiti temporali - facoltizza l'assicuratore, in teoria, a domandare sinanche cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dal portatore di rischio in gioventù o comunque molti anni prima del decesso; per altro verso addossa al beneficiario l'onere economico di estrazione delle relative copie, e l'onere materiale di contrastare eventuali eccezioni di insostenibilità che la struttura sanitaria potrebbe opporgli, invocando le norme a tutela della riservatezza. La previsione per cui il beneficiario deve produrre un atto notorio riguardante lo "stato successorio" del deceduto è inutile, posto che il beneficio acquista il diritto all'indennizzo jure proprio, non certo jure haereditario, e per l'assicuratore è irrilevante sapere se il deceduto sia morto ab intestato oppure no. La previsione per cui il beneficiario deve produrre l'originale della polizza, infine, è anch'essa inutilmente gravosa, posto che di essa l'assicuratore è necessariamente già in possesso (art. 1888 c.c.), e per evitare pagamenti erronei l'unica esigenza dell'assicuratore è accertare l'identità personale del richiedente l'indennizzo, fine per il quale il

possesso della polizza è irrilevante. Tutte queste previsioni, ciascuna delle quali già di per sè gravosa, messe insieme formano un cocktail giugulatorio ed opprimente per il beneficiario, e per di più senza alcun reale vantaggio per l'assicuratore, che non sia quello di frapporre formalistici ostacoli al pagamento dell'indennizzo.

(Massima a cura di Giuseppe Buffone – Riproduzione riservata)

Svolgimento del processo

1. Il 25.3.2002 F.V. stipulò con l'Ina Assitalia s.p.a. (che in seguito muterà ragione sociale in Generali Italia s.p.a.; d'ora innanzi, per brevità, "la Generali") una polizza sulla propria vita per il caso di morte, con previsione di pagamento dell'indennizzo a beneficio di D.V.. Quindici giorni dopo la stipula, l'11.4.2002, il portatore di rischio morì a causa di un ictus.

2. L'assicuratore, richiesto del pagamento dell'indennizzo, lo rifiutò adducendo due ragioni:

(a) il contraente al momento della stipula aveva mentito sul proprio stato di salute, e quindi l'indennizzo non era dovuto ex art. 1892 c.c.;

(b) il beneficiario non aveva accompagnato la richiesta di indennizzo con i documenti richiesti dal contratto: e cioè una relazione medica sulle cause della morte e la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dimostrante la qualità di erede.

3. A fronte del diniego dell'assicuratore, D.V. nel 2003 convenne la Generali dinanzi al Tribunale di Forlì, chiedendone la condanna al pagamento dell'indennizzo.

La Generali si costituì, negò la propria obbligazione ed in via riconvenzionale chiese dichiararsi l'annullamento del contratto ex art. 1892 c.c..

4. Il Tribunale di Forlì con sentenza 22.5.2008 n. 483 rigettò tutte e due le contrapposte domande.

La sentenza venne appellata in via principale da D.V., ed in via incidentale dalla Generali.

La Corte d'appello di Bologna con sentenza 12.6.2012 n. 828 accolse l'appello principale e condannò l'assicuratore al pagamento dell'indennizzo.

Ritenne la Corte d'appello:

- che la clausola 16 delle condizioni generali di polizza, ovvero quella che subordinava il pagamento dell'indennizzo alla presentazione dei documenti ivi indicati, fosse vessatoria ai sensi del D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206, art. 33, perchè subordinava l'adempimento dell'assicuratore all'esecuzione di oneri particolarmente gravosi da parte

del beneficiario; perchè invertiva l'onere della prova e perchè non era stata resa conoscibile al contraente; - che la domanda di annullamento del contratto proposta dalla Generali era inammissibile (rectius, infondata), perchè si sarebbe dovuta proporre contro gli eredi del contraente.

5. La sentenza d'appello è stata impugnata per cassazione dalla Generali sulla base di tre motivi. D.V. non si è difeso.

Motivi della decisione

1. Il primo motivo di ricorso.

1.1. Col primo motivo di ricorso la ricorrente sostiene che la sentenza impugnata sarebbe affetta sia da una violazione di legge, ai sensi all'art. 360 c.p.c., n. 3, (si assumono violati gli artt. 99, 101 e 345 c.p.c.; art. 111 Cost.; D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206, artt. 33, 34, 36); sia da un vizio di motivazione, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 5.

Espone, al riguardo, che la Corte d'appello avrebbe errato nel ritenere tempestiva l'eccezione di nullità della clausola 16 delle condizioni generali, sebbene sollevata da D.V. solo con la comparsa conclusionale. Infatti, sebbene la nullità sia rilevabile anche d'ufficio, è pur sempre onere della parte allegare tempestivamente i fatti posti a fondamento dell'eccezione di nullità.

Nel caso di specie, prosegue la ricorrente, mai l'attore aveva allegato i presupposti di fatto dai quali desumere la vessatorietà della clausola: e cioè se essa avesse formato oggetto di trattativa, se essa avesse provocato un significativo squilibrio tra le posizioni delle parti, e con quali modalità era stata approvata.

Soggiunge, infine, la ricorrente che l'esame dell'eccezione di nullità tardivamente sollevata aveva vulnerato il contraddittorio ed il suo diritto di difesa, perchè non era stata messa in condizione di replicare sin dal primo grado di giudizio.

1.2. Il motivo è infondato.

La Corte d'appello ha dichiarato nulla la clausola n. 16 delle condizioni generali di contratto.

Questa clausola, secondo la Corte d'appello, presentava tre diversi profili di nullità:

(a) era nulla ai sensi del D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206, art. 33, lett. (q), in quanto subordinava il pagamento dell'indennizzo al compimento di attività, da parte del beneficiario, ritenute "di difficile attuazione", quali la consegna di documentazione medica o concernente la successione del portatore di rischio;

(b) era nulla ai sensi del D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206, art. 33, lett. (t), in quanto addossava al beneficiario l'onere di provare la morte del portatore di rischio e le cause di essa;

(c) era, infine, nulla ai sensi del D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206, art. 33, lett. (l), in quanto non era conosciuta dall' "assicurato" (recte, contraente) al momento della stipula.

Il primo dei suddetti profili di nullità non fu invocato dall'attore nell'atto di citazione, ma fu prospettato nella comparsa conclusionale del giudizio di primo grado, al fine di replicare all'eccezione della società convenuta, con la quale quest'ultima ricusò il pagamento dell'indennizzo per il mancato adempimento degli oneri prescritti dalla suddetta clausola n. 16.

Gli altri due profili di nullità furono invece prospettati da D.V. nell'atto di citazione in appello.

1.3. La Generali, nell'invocare il vizio di extrapetizione, pone due problemi di diritto:

(a) se possa il giudice rilevare d'ufficio la nullità parziale del contratto in grado di appello, anche oltre la prospettazione delle parti, ovvero rilevarla quando la relativa domanda od eccezione sia tardivamente proposta;

(b) se possa il giudice porre a fondamento della pronuncia di accertamento della nullità parziale circostanze di fatto non tempestivamente allegate.

Ad ambedue tali quesiti, che tanti contrasti avevano sollevato in passato, hanno dato definitiva risposta in senso affermativo le Sezioni Unite di questa Corte.

1.4. Per quanto riguarda il primo problema (rilevabilità d'ufficio della nullità totale o parziale del contratto, in assenza di domande od eccezioni delle parti ovvero in presenza di domande od eccezioni di nullità tardiva), le Sezioni Unite hanno stabilito che il giudice ha sempre il potere di rilevare d'ufficio la nullità del contratto o di singole clausole, anche nel giudizio di appello ed in quello di cassazione (Sez. U, Sentenza n. 26242 del 12/12/2014, Rv. 633509).

Tale potere riguarda sia le nullità tradizionali (di cui all'art. 1418 c.c.), sia quelle cosiddette "di protezione", previste cioè al fine di garantire la parità tra contraenti forti e contraenti deboli, come appunto quelle dettate dal D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206, art. 33 a protezione del consumatore (Sez. U, Sentenza n. 26242 del 12/12/2014, Rv. 633503).

Una volta che il giudice abbia rilevato (anche) d'ufficio l'esistenza della nullità, è facoltà delle parti domandargli, anche tardivamente, che tale nullità sia dichiarata in sentenza con effetto di giudicato (Sez. U, Sentenza n. 26242 del 12/12/2014, Rv. 633502).

1.4.1. Nel caso di specie, la questione della nullità della clausola n. 16 del contratto di assicurazione è stata:

(a) prospettata dall'attore nella comparsa conclusionale del giudizio di primo grado;

(b) esaminata dal Tribunale;

(c) riproposta (ed ampliata) dall'attore soccombente, con l'atto d'appello;

(d) discussa nel giudizio di appello;

(e) decisa dalla Corte d'appello.

Ne consegue, alla luce dei principi affermati dalle Sezioni Unite di questa Corte e riassunti al p. 1.4, che il rilievo della nullità non fu tardivo, non esistendo limiti a tale rilievo; e che non vi fu violazione del contraddittorio, avendo le parti ampiamente discusso in grado di appello della questione in esame.

1.5. Veniamo ora al secondo problema posto dalla Generali col primo motivo di ricorso, e cioè se siano stati tempestivamente allegati da D.V. i fatti materiali posti a fondamento dell'eccezione di nullità. Secondo la Generali, infatti, anche ad ammettere che la nullità d'una clausola contrattuale possa essere rilevata d'ufficio in qualunque stato e grado del giudizio, nondimeno resterebbe onere della parte interessata alla pronuncia di nullità dedurre tempestivamente il fatto costitutivo di tale pretesa.

Questa deduzione della Generali è, nel presente giudizio, per un verso inammissibile, per altro verso irrilevante, e comunque infondata nel merito.

1.5.1. In primo luogo la deduzione è irrilevante perchè, come detto al p. 1.2, la Corte d'appello ha ritenuto la clausola n. 16 del contratto di assicurazione nulla per tre diverse ragioni: imposizione al beneficiario di oneri gravosi, ivi inversione dell'onere della prova, inconoscibilità.

Di queste tre cause di nullità solo la terza (inconoscibilità al momento della stipula) si fonda su una circostanza di fatto. Le altre due cause di nullità (gravosità degli oneri imposti al beneficiario ed inversione illegittima dell'onere della prova) non risposano su circostanze di fatto, e non necessitavano di altra allegazione che il testo del contratto. Il testo del contratto, nel presente giudizio, è stato tempestivamente prodotto in giudizio da ambo le parti.

Deve trovare applicazione, di conseguenza, il principio - anch'esso affermato dalle Sezioni Unite di questa Corte - secondo cui "il rilievo d'ufficio delle eccezioni in senso lato non è subordinato alla specifica e tempestiva allegazione della parte ed è ammissibile anche in appello, dovendosi ritenere sufficiente che i fatti risultino documentati ex actis, in quanto il regime delle eccezioni si pone in funzione del valore primario del processo, costituito dalla giustizia della decisione, che resterebbe svisato ove anche le questioni rilevabili d'ufficio fossero subordinate ai limiti preclusivi di allegazione e prova previsti per le eccezioni in senso stretto" (così Sez. U, Ordinanza interlocutoria n. 10531 del 07/05/2013, Rv. 626194). Pertanto, anche ad ammettere che il beneficiario D.V. mai avesse tempestivamente prospettato, nel presente giudizio, il fatto materiale della "inconoscibilità" della clausola, risultavano comunque acquisiti al processo i fatti materiali posti dalla Corte d'appello a fondamento delle altre due ravvisate nullità (gravità degli oneri ed inversione dell'onere della prova) i quali altra allegazione non richiedevano, se non la produzione del testo contrattuale.

Ne consegue che il motivo in esame è, sotto questo profilo, inammissibile per difetto di interesse, dal momento che anche a ritenere nulla la sentenza d'appello, nella parte in cui ha ritenuto sussistere la nullità della clausola n. 16 per inconoscibilità di essa da parte dell'assicurato, la decisione resterebbe ferma e valida nella parte in cui ha dichiarato la nullità della clausola per gravosità degli oneri o per l'inversione dell'onere della prova.

1.5.2. Quanto esposto non è infirmato dalle deduzioni svolte dalla Generali nel proprio ricorso, con le quali in sostanza si assume che "fatti costitutivi" dell'eccezione di nullità D.Lgs. n. 206 del 2005, ex art. 33 sarebbero lo "squilibrio" nella posizione delle parti, e l'assenza di "trattative".

Come noto, il D.Lgs. n. 206 del 2005, art. 33 prevede due tipi di clausole vessatorie:

(a) clausole vessatorie "atipiche", previste dal comma 1, per le quali è onere di chi invoca la nullità dimostrare che esse hanno provocato un significativo squilibrio tra le posizioni delle parti;

(b) clausole vessatorie "tipiche", previste dal comma 2, le quali si presumono vessatorie fino a prova contraria.

Nel nostro caso la Corte d'appello ha inquadrato la clausola 16 del contratto di assicurazione nel secondo dei suddetti gruppi: e per questo tipo di nullità il beneficiario non aveva dunque alcun onere di allegare e provare il "significativo squilibrio", il quale si presumeva *juris tantum*. Sarebbe stato, invece, onere della Generali chiedere di essere ammessa a provare l'assenza di quello squilibrio, anche eventualmente invocando la rimessione in termini ex art. 184 bis c.p.c. (nel testo applicabile *ratione temporis*), o ex art. 153 c.p.c..

Non meno infondata è l'allegazione della Generali secondo cui D.V. avrebbe tardivamente allegato il "fatto costitutivo" dell'eccezione di nullità, rappresentato dalla mancanza di trattativa sulla clausola incriminata. Infatti, ai sensi del D.Lgs. n. 206 del 2005, art. 34, comma 5, nel caso di contratto concluso mediante sottoscrizione di moduli o formulari predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, incombe sul professionista l'onere di provare che la clausola unilateralmente predisposta sia stata oggetto di specifica trattativa col consumatore. Anche in questo caso, pertanto, non era onere di D.V. allegare e provare la mancanza di trattativa, ma era onere della Generali allegare e provare la presenza di essa.

2. Il secondo motivo di ricorso.

2.1. Col secondo motivo di ricorso la ricorrente sostiene che la sentenza impugnata sarebbe affetta sia da una violazione di legge, ai sensi all'art. 360 c.p.c., n. 3, (si assumono violati gli artt. 81, 100 e 112 c.p.c.; artt. 1413, 1891, 1892 e 1920 c.c.); sia da un vizio di motivazione, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 5.

Espone, al riguardo, che la Corte d'appello ha ritenuto inammissibile la domanda di annullamento del contratto per reticenza del contraente

(proposta ai sensi dell'art. 1892 c.c.), perchè essa andava formulata non nei confronti del beneficiario della polizza, ma nei confronti degli eredi del contraente.

Tale statuizione - osserva la ricorrente - è erronea, perchè al beneficiario possono essere opposte tutte le eccezioni basate sul contratto.

La sentenza, soggiunge la Generali, è altresì contraddittoria nella motivazione, perchè da un lato ritiene che la domanda di annullamento vada proposta non nei confronti del beneficiario, ma nei confronti del contraente (ovvero dei suoi eredi); e dall'altro ritiene che l'eccezione di nullità d'una clausola del contratto ben possa essere proposta dal beneficiario.

2.2. Nella parte in cui invoca il vizio di motivazione, il motivo è infondato. Il beneficiario d'una assicurazione sulla vita, infatti, può esercitare i diritti nascenti dal contratto, e se gli vengono negati sulla base d'una certa pattuizione contrattuale, egli ha facoltà di invocarne la nullità contrattuale: e ciò non è affatto in contraddizione con la regola secondo cui l'azione di annullamento va proposta nei confronti di chi il contratto ha concluso, non nei confronti di chi ne trae beneficio.

2.3. Nella parte, invece, in cui lamenta la violazione di legge, il motivo è fondato.

In primo grado la Generali (olim, INA), si costituì formulando una difesa formalmente intitolata "domanda riconvenzionale" (p. 4, terzo capoverso, della comparsa di costituzione e risposta), con la quale chiese che il Tribunale dichiarasse "l'invalidità del contratto di assicurazione ex art. 1892 c.c., ove dalla documentazione prodotta dall'attore (...), dovesse risultare (...) la reticenza dell'assicurato in merito alle di lui condizioni fisiche o di salute".

Sebbene questa formulazione non corrisponda certo allo standard di rigore lessicale che è lecito attendersi da un professionista del diritto, dall'esame complessivo delle difese anche successivamente svolte dalla Generali appare evidente che quella che il difensore della Generali chiamò "azione di annullamento" era nella sostanza una vera e propria eccezione di decadenza dall'indennizzo. Con essa la Generali non formulò alcuna domanda di annullamento, ma chiese più semplicemente l'accertamento della legittimità del proprio rifiuto di pagamento dell'indennizzo.

Depone in tal senso non solo la sintassi della comparsa di risposta in primo grado, appena trascritta; ma soprattutto la circostanza che nell'assicurazione sulla vita manca ogni interesse dell'assicuratore a domandare l'annullamento ex art. 1892 c.c..

Nell'assicurazione contro i danni, infatti, l'assicuratore potrebbe in teoria scegliere di rifiutare l'indennizzo per quel singolo sinistro, ma tenere in vita il contratto, per lucrare i premi futuri (premi che perderebbe se domandasse l'annullamento).

Nell'assicurazione sulla vita di una sola persona (cd. "a testa singola") per il caso di morte, invece, il sinistro una volta avvertitosi non può ovviamente più ripetersi, e in caso di annullamento l'assicuratore non è tenuto a restituire i premi già riscossi. Dunque un ipotetico annullamento di una assicurazione sulla vita per reticenza del contraente, quando la morte sia già avvenuta, non attribuirebbe all'assicuratore alcun vantaggio ulteriore o diverso rispetto a quello che trarrebbe dal rifiuto dell'indennizzo.

La Corte d'appello ha dunque sbagliato nel ritenere mal proposta l'azione di annullamento, senza chiedersi se la difesa concretamente svolta dall'INA non dovesse qualificarsi piuttosto come eccezione di decadenza dall'indennizzo.

2.4. La sentenza va dunque cassata, su questo punto, con rinvio alla Corte d'appello di Bologna, la quale nel riesaminare l'appello incidentale della Generali qualificherà correttamente l'eccezione da essa sollevata, secondo quanto esposto al precedente, ed esaminerà di conseguenza se sia legittimo o meno il rifiuto del pagamento dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1892 c.c., tenendo presente ovviamente che è onere dell'assicuratore provare la reticenza dell'assicurato e l'incidenza di essa sul proprio consenso alla stipula del contratto.

3. Il terzo motivo di ricorso.

3.1. Anche col terzo ed ultimo motivo di ricorso la ricorrente sostiene che la sentenza impugnata sarebbe affetta sia da una violazione di legge, ai sensi all'art. 360 c.p.c., n. 3, (si assumono violati gli artt. 1362, 1411, 1412, 1920 e 1921 c.c.; D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206, artt. 33, 34 e 36); sia da un vizio di motivazione, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 5.

Il motivo, sebbene unitario, contiene in realtà tre censure.

Con la prima censura la Generali allega che la Corte d'appello avrebbe errato nel ritenere vessatoria, D.Lgs. n. 206 del 2005, ex art. 33, la clausola n. 16 delle condizioni di polizza. Tale clausola addossava al beneficiario, per ottenere il pagamento dell'indennizzo, l'onere di produrre una serie di documenti analiticamente indicati nel contratto.

Deduce che tale clausola era preordinata a mettere l'assicuratore in condizione di conoscere le cause del decesso, e quindi accertare se esso rientrasse o meno nei rischi dedotti nel contratto.

Con la seconda censura la Generali deduce che la Corte d'appello avrebbe errato nel ritenere che l'art. 16 di cui sopra invertisse illegittimamente l'onere della prova. Spiega, al riguardo, che l'onere imposto al beneficiario di produrre all'assicuratore una relazione medico-legale sulle cause della morte del portatore di rischio non aveva lo scopo di invertire l'onere della prova, ma solo di "rappresentazione tecnico-scientifica delle cause della morte".

Con la terza censura, infine, la Generali deduce che la Corte d'appello avrebbe errato nel ritenere che l'art. 16 di cui sopra non sia stato reso conoscibile al contraente; e comunque non ha in alcun modo motivato tale accertamento.

3.1. La prima delle censure appena riassunte è infondata; le altre due restano assorbite dal rigetto della prima.

3.2. L'art. 16 delle condizioni generali di contratto prevedeva che il beneficiario, per ottenere il pagamento dell'indennizzo, dovesse:

- (a) sottoscrivere una domanda su apposito modulo predisposto dall'assicuratore, e per di più farlo "presso l'agenzia INA di competenza";
- (b) produrre il certificato di morte del portatore di rischio;
- (c) produrre una relazione medica sulle cause della morte, scritta da un medico su un modulo predisposto dall'assicuratore;
- (d) produrre una dichiarazione del medico autore della relazione di cui sopra, nella quale questi attesti di avere "personalmente curato le risposte";
- (e) produrre, a semplice richiesta dell'assicuratore, le cartelle cliniche relative ai ricoveri subiti dal portatore di rischio;
- (f) produrre un atto notorio "riguardante lo stato successorio" della persona deceduta;
- (g) produrre l'originale della polizza.

3.3. La vessatorietà di tale clausola, ai sensi del D.Lgs. 206 del 2005, art. 33, lett. (q), è manifesta.

La previsione per cui il beneficiario deve formulare domanda di indennizzo su un modulo predisposto dall'assicuratore si pone in contrasto col principio di libertà delle forme, che permea di sé l'intera materia delle obbligazioni. La previsione per cui il beneficiario deve sottoscrivere la richiesta di indennizzo "presso l'Agenzia INA di competenza" viola addirittura la libertà personale e di movimento del beneficiario, imponendogli di fatto una servitù personale senza nessun beneficio o vantaggio per l'assicuratore. La previsione per cui il beneficiario deve produrre una relazione medica sulla morte del portatore di rischio non solo pone un non irrilevante onere economico a carico del beneficiario, ma per di più pone a suo carico l'onere di documentare le cause del sinistro, onere che per legge non ha. Nell'assicurazione sulla vita, infatti, il beneficiario ha il solo onere di provare l'avverarsi del rischio, e quindi la morte della persona sulla cui vita è stata stipulata l'assicurazione (cd. portatore di rischio). La circostanza che la morte possa essere avvenuta per cause che escludano l'indennizzabilità secondo le previsioni contrattuali, in quanto fatto estintivo della pretesa attorea, va provato dall'assicuratore, non dal beneficiario. La previsione per cui il beneficiario, a semplice richiesta, deve proporre le cartelle cliniche relative ai ricoveri della persona deceduta per un verso è di sconfinata latitudine, in quanto - non ponendo limiti temporali - facoltizza l'assicuratore, in teoria, a domandare sinanche cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dal portatore di rischio in gioventù o comunque molti anni prima del decesso; per altro verso addossa al beneficiario l'onere economico di estrazione delle relative copie, e l'onere materiale di contrastare eventuali eccezioni di insostenibilità che la struttura sanitaria potrebbe opporgli, invocando le norme a tutela della riservatezza.

La previsione per cui il beneficiario deve produrre un atto notorio riguardante lo "stato successorio" del deceduto è inutile, posto che il

beneficio acquista il diritto all'indennizzo jure proprio, non certo jure haereditario, e per l'assicuratore è irrilevante sapere se il deceduto sia morto ab intestato oppure no. Nè la Generali nel presente giudizio, ha mai allegato che, essendo la polizza beneficiata a vantaggio genericamente "degli eredi", come pure talora accade, fosse per essa necessario sapere chi fossero questi ultimi.

La previsione per cui il beneficiario deve produrre l'originale della polizza, infine, è anch'essa inutilmente gravosa, posto che di essa l'assicuratore è necessariamente già in possesso (art. 1888 c.c.), e per evitare pagamenti erronei l'unica esigenza dell'assicuratore è accertare l'identità personale del richiedente l'indennizzo, fine per il quale il possesso della polizza è irrilevante.

Tutte queste previsioni, ciascuna delle quali già di per sè gravosa, messe insieme formano un cocktail giugulatorio ed opprimente per il beneficiario, e per di più senza alcun reale vantaggio per l'assicuratore, che non sia quello di frapporre formalistici ostacoli al pagamento dell'indennizzo.

Da quanto esposto consegue che la Corte d'appello, nel dichiarare nulla ai sensi del D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206, art. 33, comma 2, lett. (q), la clausola n. 16 del contratto, ha statuito in modo conforme a diritto.

3.4. La seconda e la terza censura prospettate col terzo motivo di ricorso restano assorbite. Ed infatti, una volta ritenuta la nullità della clausola n. 16 ai sensi del D.Lgs. n. 206 del 2005, art. 33, lett. (q) diviene irrilevante stabilire se fosse o meno nulla anche ai sensi delle lett. (t) ed (I).

4. Le spese.

Le spese del giudizio di legittimità e dei gradi precedenti di merito saranno liquidate dal giudice del rinvio, ai sensi dell'art. 385 c.p.c., comma 3.

P.Q.M.

la Corte di cassazione, visto l'art. 380 c.p.c.:

-) rigetta il primo ed il terzo motivo di ricorso;
 -) accoglie il secondo motivo di ricorso;
- cassa la sentenza impugnata e rinvia la causa alla Corte d'appello di Bologna in diversa composizione;
-) rimette al giudice del rinvio la liquidazione delle spese del giudizio di legittimità e di quelle dei gradi di merito.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Terza Sezione civile della Corte di cassazione, il 20 maggio 2015.

Depositato in Cancelleria il 20 agosto 2015..