

Ricorrente obbligato al versamento  
ulteriore del contributo integrativo



**ORIGINALE**

**LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE**

Oggetto

**TERZA SEZIONE CIVILE**

**11661-2020**

ASSICURAZIONE  
VITA

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

- Dott. ROBERTA VIVALDI - Presidente - R.G.N. 150/2018
- Dott. ANTONELLA DI FLORIO - Consigliere - Cron. 466
- Dott. DANILO SESTINI - Consigliere - Rep. Q.I.
- Dott. CRISTIANO VALLE - Consigliere - Ud. 17/10/2019
- Dott. GIUSEPPE CRICENTI - Rel. Consigliere - CC

ha pronunciato la seguente

**ORDINANZA**

sul ricorso 150-2018 proposto da:

FILONI ANNA, elettivamente domiciliata in ROMA, PIAZZALE CLODIO 8 ST. FALCONE SERGIO, presso lo studio dell'avvocato PIERFRANCESCO RINA, che la rappresenta e difende;

**- ricorrente -**

**contro**

ASSICURAZIONI GENERALI SPA in persona dei legali rappresentanti pro tempore STEFANI BERGAMO e FURIO CURRI, domiciliata ex lege in ROMA, presso la CANCELLERIA DELLA CORTE DI CASSAZIONE, rappresentata e difesa dall'avvocati LETIZIO GALDI;

2019

2131

**- controricorrente -**

avverso la sentenza n. 2089/2017 della CORTE D'APPELLO  
di NAPOLI, depositata il 12/05/2017;  
udita la relazione della causa svolta nella camera di  
consiglio del 17/10/2019 dal Consigliere Dott. GIUSEPPE  
CRICENTI;

## FATTI DI CAUSA

La ricorrente, Anna Filoni, è vedova di un soggetto che aveva stipulato con le Assicurazioni Generali spa una polizza a garanzia dello scoperto di conto corrente in caso di morte.

A seguito del decesso del coniuge, la ricorrente ha chiesto alle Generali l'attivazione della polizza e dunque la copertura di garanzia per uno saldo negativo di circa 17 mila euro.

La compagnia di assicurazioni ha rifiutato il pagamento eccependo il dolo dell'assicurato nel fatto di aver taciuto la patologia che poi lo ha portato al decesso.

Il giudice di primo grado ha tuttavia ritenuto che l'avvertenza che la compagnia aveva fatto all'assicurato circa l'onere di rendere dichiarazioni veritiere sullo stato di salute non era del tutto chiara ed espressa in modo graficamente visibile, ed ha dunque condannato le Generali spa a corrispondere la somma pari al saldo negativo oggetto di copertura assicurativa.

Invece, il giudice di appello ha ritenuto che l'avvertenza fosse scritta in maniera sufficientemente chiara e che l'assicurato ha taciuto le proprie condizioni di salute, omissione che rendeva dunque inefficace la garanzia.

La vedova, Anna Filoni, ricorre con cinque motivi. V'è controricorso delle Generali spa.

## RAGIONI DELLA DECISIONE

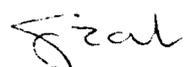
1.- La *ratio* della sentenza impugnata.

I giudici di appello premettono innanzitutto che l'avvertenza rivolta all'assicurato (nel contratto di assicurazione) circa l'onere di rendere dichiarazioni complete e veritiere sullo stato di salute era graficamente visibile, ed era altresì chiaramente comprensibile.

Nonostante ciò, l'assicurato sin da due anni prima aveva avuto una diagnosi infausta, e sebbene le sue condizioni non fossero peggiorate al momento della stipula, egli si sottoponeva comunque ad accertamenti clinici.

Circostanze queste taciute al momento della stipula con conseguente inefficacia della polizza.

2.- Il ricorso è basato su cinque motivi.



2.1.- Il primo concerne una questione processuale. La ricorrente lamenta omesso esame della questione, da lei posta in appello, espressamente, del difetto di *jus postulandi* dei soggetti che hanno conferito la procura ai difensori delle Generali spa.

Non è indicata in rubrica la norma esattamente violata, e tuttavia la questione posta è chiara.

Tuttavia, il motivo è infondato.

Infatti, la corte affronta la questione, al contrario di quanto ritiene la ricorrente, ed assume che l'identità di coloro che hanno conferito la procura risulta dal documento depositato l'11.11.2015 (p. 4), così che non può parlarsi di omesso esame o di omessa pronuncia sulla eccezione in questione.

2.2.- Con il secondo motivo la ricorrente assume violazione dell'articolo 1892 c.c., in relazione all'articolo 360 n. 5 c.p.c., in quanto omesso esame di un fatto controverso, facendo presente di avere eccepito la decadenza di cui all'articolo 1892 c.c., ossia di avere fatto presente che la compagnia aveva eccepito il rifiuto di pagamento oltre il termine ed era quindi decaduta, e che tale eccezione non è stata affatto decisa dalla corte di appello.

Il motivo è infondato.

Effettivamente la motivazione della sentenza impugnata difetta di una considerazione di tale eccezione, il cui esame è omesso.

E però si tratta di una omissione relativamente ad un fatto irrilevante e come tale non idonea a consentire l'accoglimento del motivo.

Infatti, 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 ancora 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 (Cass. 16406/ 2010).

Le Generali, invero, hanno formulato il rifiuto di pagamento in via di eccezione, giusta la regola sopra detta.

3.- Con il terzo motivo, la ricorrente lamenta violazione dell'articolo 1375 c.c. e delle norme che regolano le condizioni di contratto, sostenendo che la corte ha erroneamente ritenuto sufficiente l'avviso fatto al contraente di rendere dichiarazioni veritiere sullo stato di salute, o comunque l'avvertenza circa l'importanza delle informazioni richieste.

Secondo la ricorrente tale avviso non era bene leggibile ed era anzi formulato sotto una veste grafica del tutto inadatta a fornire conoscenza del suo contenuto.

Il motivo è inammissibile.

Si tratta di un accertamento in fatto, che presuppone la verifica visiva delle clausole in questione e la valutazione circa la loro conoscibilità e visibilità grafica. Ovvio che l'indagine è condotta fuori da un qualche parametro legale, il cui rispetto possa poi essere verificato in Cassazione.

Senza considerare che, in ipotesi, per poter provocare qui un giudizio di legittimità di quella valutazione occorre riportare le clausole suddette, in assenza delle quali è peraltro impossibile effettuare la verifica della loro idoneità grafica, così che il motivo si presenta, sotto questo aspetto, privo di autosufficienza.

Questo motivo contiene però una sorta di sottomotivo, con il quale si lamenta erronea considerazione dell'effetto novativo della polizza. In verità la stessa ricorrente lo assume come tale, ossia ritiene che la banca, estinguendo il vecchio finanziamento, e concedendone un altro, ha illegittimamente imposto una nuova polizza, anziché considerare valida quella precedente, e questo non può portare a far affermare il principio, che pur essendo stato rinnovato il contratto di assicurazione, continuasse a valere comunque quello precedente, ossia quello relativo al finanziamento pregresso.

4.- Il quarto motivo lamenta violazione degli articoli 115 e 116 c.p.c. presupponendo che la corte di merito ha erroneamente valutato le risultanze istruttorie, ed in particolare ha frainteso gli accertamenti che stava effettuando



il defunto scambiandoli per analisi cliniche generate dal morbo che lo affliggeva, mentre si trattava di esami di routine, e dunque nell'aver ritenuto esistente una diagnosi, dolosamente taciuta, al momento di stipula del contratto.

Si tratta di un motivo inammissibile.

Denuncia infatti una erronea valutazione delle prove, che non può essere censurata in Cassazione se non sotto il profilo o dell'errore percettivo, o dell'assoluto difetto di motivazione, né l'uno né l'altro fatti però rilevare (ed effettivamente rilevanti) nella fattispecie.

5.- Infine il quinto motivo denuncia violazione dell'articolo 61 c.p.c. nel senso che la corte avrebbe espresso una propria valutazione su una questione tecnica (se vi fosse al momento della stipula una malattia grave, da essere denunciata all'assicuratore) sostituendosi al perito, anzi, facendosi perito essa stessa.

In realtà il motivo è infondato in quanto non coglie esattamente la *ratio decidendi*.

La corte di appello ha ritenuto che esistesse già nel 2006, ossia due anni prima della stipula (che è del 2008), una diagnosi di morbo di Waldenstrom, che aveva prognosi infausta.

L'affermazione di un tale dato è affermazione di un fatto, non giudizio tecnico-scientifico, che la corte valuta unitamente indagini cliniche che poi, a seguito di tale diagnosi, il defunto andava facendo.

Si tratta quindi della ricostruzione di fatti, secondo una certa valutazione di rilevanza, piuttosto che della manifestazione di un giudizio medico ad opera della corte, ed in sostituzione del perito.

Il ricorso va pertanto rigettato.

P.Q.M.

L Corte rigetta il ricorso. Condanna la ricorrente al pagamento delle spese di lite, nella misura di 2800,00 euro, oltre 200,00 euro di spese generali. Dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento del doppio del contributo unificato.

Roma 17.10.2019

Il Presidente

Il Funzionario Giudiziario  
Innocenzo BATTISTA

DEPOSITATO IN CANCELLERIA

Oggi 21 GEN 2020

Il Funzionario Giudiziario  
Innocenzo BATTISTA