



**LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE**  
**TERZA SEZIONE CIVILE**

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati

Oggetto

LUIGI ALESSANDRO SCARANO	Presidente
CHIARA GRAZIOSI	Consigliere
PASQUALE GIANNITI	Consigliere
PASQUALINA A. P. CONDELLO	Consigliere Rel.
CARMELO CARLO ROSSELLO	Consigliere

ASSICURAZIONE -  
PAGAMENTO  
INDENNIZZO PER  
INFORTUNIO

Ud. 24/02/2023 CC  
Cron.  
R.G.N. 28879/2020

ha pronunciato la seguente

**ORDINANZA**

sul ricorso iscritto al n. 28879/2020 R.G. proposto da:

(omissis) (omissis) ppresentato e difeso, in forza di procura in  
calce al ricorso, dall'avv. (omissis)

- *ricorrente* -

(omissis) contro  
(omissis) .P.A., in persona del legale rappresentante,  
rappresentata e difesa, in forza di procura in calce al controricorso,  
dall'avv. (omissis) (omissis)

- *controricorrente* -

avverso la sentenza della Corte di Appello di Ancona n. 812/2020,  
pubblicata in data 27 luglio 2020 e notificata in data 30 luglio 2020;  
udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 24



febbraio 2023 dal Consigliere dott.ssa Pasqualina A. P. Condello

### **Fatti di causa**

1. Il Tribunale di Ancona rigettò la domanda proposta da (omissis) (omissis) nei confronti della (omissis) Assicurazioni s.p.a., con cui l'attore aveva chiesto di essere indennizzato, in forza di polizza assicurativa stipulata in data 2 febbraio 1996, dei danni patiti in conseguenza di un infortunio occorsogli il (omissis) mentre lavorava in un campo, avendo la compagnia assicurativa contestato la pretesa assumendo che la copertura assicurativa era venuta meno in base all'art. 3.1. delle condizioni generali di polizza per effetto della reticenza dell'assicurato in ordine alla patologia da cui era affetto (epilessia).

2. La sentenza venne impugnata dal (omissis) I quale eccepì la decadenza della (omissis) .p.a. dal diritto di recesso per avere appreso della patologia in data precedente e prossima al 3 giugno 1996, in occasione dell'istruttoria di altro sinistro relativo ad altra polizza assicurativa denominata <<obiettivo salute>>.

La Corte d'appello di Ancona, disposta l'esibizione da parte della (omissis) s.p.a. della documentazione istruttoria relativa al precedente sinistro, rigettò l'appello.

3. Avverso la suddetta decisione il (omissis) propose ricorso per cassazione, lamentando la immotivata mancata ammissione delle prove orali e documentali richieste in entrambi i gradi del giudizio di merito e, in esito alla costituzione della controparte, questa Corte, con sentenza del 10 marzo 2015, accolse il primo motivo di ricorso relativo alla ingiustificata esclusione della prova orale e cassò la sentenza con rinvio.

4. Riassunto il giudizio da parte del (omissis) la Corte d'appello di Ancona, espletata la prova per testi, ha rigettato l'appello.

Premettendo che il tenore della clausola 3.1 delle condizioni



generali di contratto subordinava il consenso della compagnia assicuratrice ad una condizione di salute dell'assicurato «non minata o comunque pregiudicata da specifiche patologie comportanti un maggior rischio» e che non vi era prova che il (omissis) avesse comunicato alla (omissis) s.p.a. prima della stipula della polizza infortuni la patologia da cui era affetto da tempo, ha osservato che l'appellante aveva quantomeno colposamente indotto l'assicuratore ad una stipula contraria alle previsioni contrattuali. Dato atto che il (omissis) veva eccepito che la (omissis) s.p.a. era decaduta ai sensi dell'art. 1892 cod. civ. dalla possibilità di eccepire che il rischio infortuni non fosse coperto da garanzia in quanto la società non si era avvalsa della facoltà di disdetta/recesso entro i tre mesi successivi alla conoscenza della patologia acquisita in occasione della corresponsione di indennizzo in base ad altra polizza malattia, continuando a riscuotere i relativi premi assicurativi, la Corte territoriale ha evidenziato che al fine di provare la conoscenza della patologia l'appellante aveva richiamato sia la missiva del 3 giugno 1996 (con cui la società assicuratrice aveva proposto la modifica delle condizioni di polizza in conseguenza di quanto appreso) che la documentazione relativa al sinistro indennizzato: quanto al primo documento, il riferimento «a quanto emerso dalla trattazione del danno» non poteva essere inequivocabilmente riferito all'avvenuta conoscenza dell'epilessia; con riguardo alla documentazione relativa al sinistro, la sussistenza dell'epilessia, «quale causa escludente la copertura assicurativa del rischio, portava ad escludere la ricollegabilità del prospettato recesso alla presa conoscenza di tale malattia, atteso che in tal caso l'assicuratrice avrebbe potuto legittimamente rifiutare l'indennizzo e non semplicemente minacciare di avvalersi di un diritto previsto convenzionalmente per entrambe le parti senza necessità di giustificazione alcuna». Ha aggiunto che



l'asserita incompletezza della documentazione esibita dalla compagnia assicuratrice, che secondo l'appellante avrebbe consentito di dimostrare la pregressa conoscenza della patologia da parte della società assicuratrice, non appariva comprovata, posto che anche la prova testimoniale assunta non aveva offerto elementi di riscontro. Infine, la Corte ha rilevato che il giuramento decisorio deferito dall'appellante, genericamente richiesto nell'atto di riassunzione e richiamato, sempre genericamente, in sede di conclusioni, era stato articolato in capitoli soltanto in comparsa conclusionale, altresì con riferimento a circostanze (consegna e detenzione di copia della cartella clinica in occasione della precedente richiesta di liquidazione dell'indennizzo in base ad altra polizza) non decisive ai fini della validità del contratto.

5. (omissis) (omissis) ricorre per la cassazione della suddetta decisione, sulla base di quattro motivi.

(omissis) s.p.a. resiste con controricorso.

6. La trattazione è stata fissata in camera di consiglio ai sensi dell'art. 380-*bis*.1. cod. proc. civ.

### **Ragioni della decisione**

1. Con il primo motivo, deducendo «Violazione o falsa applicazione dell'art. 1892 c.c. – in relazione all'art. 360, primo comma, n. 3, c.p.c. – Violazione dell'art. 233 c.p.c. – in relazione all'art. 360, primo comma, n. 3, c.p.c. ritualità della richiesta di deferimento del giuramento decisorio», il ricorrente censura la decisione impugnata nella parte in cui si afferma che il giuramento decisorio verte su circostanze irrilevanti ai fini del decidere. Sostiene che è, invece, rilevante il momento della consegna della cartella clinica alla compagnia di assicurazione perché quello «rappresenta il *dies a quo* della conoscenza della dichiarazione inesatta o della reticenza in ordine alla malattia, a cui ricollegare l'annullabilità del



contratto o la sanatoria del vizio del consenso»». Evidenzia che la Compagnia aveva esercitato il potere di disdetta in data 27 febbraio 1997, quando in realtà già dal 2 - 9 marzo 1996, data del precedente ricovero per malattia, era venuta a conoscenza della patologia che escludeva la copertura assicurativa mediante l'acquisizione della cartella clinica del ricovero, come risultava dal timbro «Ricevuto 22 Apr. 1996», riportato sul documento depositato dalla stessa Compagnia in sede di appello, prima che fosse proposto il primo ricorso per cassazione; poiché il primo sinistro era stato liquidato in data (omissis) a quella data la Compagnia, avendo acquisito la cartella clinica, era venuta a conoscenza della malattia.

Aggiunge che tale conoscenza trova anche conferma nella lettera della Compagnia del (omissis) - documento prodotto unitamente all'atto di citazione - con la quale la Compagnia, proprio a seguito della acquisita conoscenza della malattia epilettica, aveva modificato la polizza inserendo un'appendice e rimarca che la circostanza del momento della consegna all'assicurazione della cartella clinica, relativa a ricovero per epilessia, assume particolare valenza perché da quel momento la società assicuratrice è stata posta nella condizione di esercitare la facoltà dichiarativa prevista dall'art. 1892 cod. civ., nel termine ivi previsto, pena la perdita del diritto di impugnare il contratto con definitiva validità di quest'ultimo.

Precisa, pure, che il giuramento decisorio non era stato tardivamente deferito, né dedotto in termini generici, come sostenuto dai giudici di appello, essendo stata la richiesta formulata nell'atto di riassunzione e reiterata all'udienza di precisazione delle conclusioni, lasciando solo la formulazione dei capitoli alla comparsa conclusionale depositata in data 15 maggio 2020.

2. Con il quarto motivo, denunciando la «Violazione, falsa applicazione degli artt. 2729 c.c., 116, secondo comma, 118, secondo



comma, 210, 232, primo comma, c.p.c. in relazione all'art. 360, primo comma, n. 3, c.p.c.>>, il ricorrente si duole che la Corte d'appello non avrebbe adeguatamente valutato i mezzi di prova acquisiti, in particolare la lettera del 3 giugno 2006, né avrebbe tratto argomenti di prova dall'inottemperanza, da parte della Compagnia di assicurazione, all'ordine di esibizione, tenuto conto che gli agenti liquidatori della Compagnia avevano riferito che era prassi consolidata richiedere la cartella clinica per liquidare la diaria da ricovero ospedaliero.

3. I motivi, che possono essere trattati congiuntamente perché strettamente connessi, sono fondati e vanno accolti nei termini di seguito indicati.

Vale premettere, in linea generale, che le dichiarazioni inesatte dell'assicurato, che abbiano alterato in maniera determinante la coincidenza tra rischio rappresentato e rischio reale, traendo in errore l'assicuratore, comportano l'annullamento del contratto senza che l'assicuratore abbia l'onere di fornire alcuna prova specifica che la conoscenza delle circostanze taciute dall'assicurato avrebbe potuto indurlo ad una diversa determinazione.

A fronte di dichiarazioni inesatte o reticenti dell'assicurato su circostanze relative alla valutazione del rischio ascrivibili a dolo o colpa grave l'art. 1892 cod. civ., nel concorso dell'ulteriore requisito della rilevanza delle dichiarazioni sulla formazione del consenso dell'assicuratore, conferisce a quest'ultimo sia il rimedio della impugnazione del contratto, previa manifestazione di una volontà in tal senso nel termine di decadenza di tre mesi dalla conoscenza di quel comportamento doloso o gravemente colposo, sia il rimedio – qualora l'evento si verifichi prima della scadenza di detto termine trimestrale, ed a maggior ragione prima dell'inizio del suo decorso – di rifiutare il pagamento dell'indennizzo eccependo la causa di



annullamento del contratto (Cass., sez. 3, 14/02/2001, n. 2148; Cass., sez. 3, 13/03/2007, n. 5849).

La proposizione di una domanda di annullamento del contratto, ai sensi dell'art. 1892 cod. civ., costituisce, secondo il consolidato orientamento di questa Corte, rimedio applicabile anche nel caso di polizza infortuni e di «prima salute» (Cass., sez. 3, 27/07/2001, n. 10292; Cass., sez. 3, 12/12/2006, n. 26519).

4. La Corte d'appello, pur dando atto che l'odierno ricorrente ha dedotto, ai sensi del richiamato art. 1892 cod. civ., la decadenza della società odierna controricorrente dalla facoltà di eccepire «la non assicurabilità del rischio infortuni», non ha adeguatamente valutato, al fine di stabilire se la compagnia assicurativa fosse venuta a conoscenza della patologia (epilessia) da cui era affetto l'assicurato in occasione della liquidazione di un pregresso sinistro (n. (omissis) coperto da altra polizza malattia stipulata dal ricorrente con la medesima società, in quale data alla società assicuratrice era stata consegnata la cartella clinica relativa al precedente ricovero per malattia, né tanto meno verificato se dalla cartella clinica emergesse la patologia che escludeva la copertura assicurativa, sebbene tale documentazione fosse stata depositata agli atti del giudizio dalla stessa controricorrente a fronte dell'ordine di esibizione impartito.

La rilevanza di tale accertamento è evidente, se si considera che dal momento in cui la società assicuratrice ha avuto la disponibilità della cartella clinica è stata posta nella condizione di conoscere la pregressa patologia e di esercitare, nel termine previsto, la facoltà prevista dal richiamato art. 1892 cod. civ., con la conseguenza che, in caso di eventuale inutile decorso di tale termine, la società avrebbe perso il diritto di impugnare il contratto, con definitiva validità di quest'ultimo.

In altri termini, avendo la Compagnia esercitato il potere di



disdetta in data 27 febbraio 1997, nel momento in cui è stata avanzata domanda di pagamento di indennizzo, da parte dell'assicurato, per il sinistro verificatosi in data 30 ottobre 1996, si imponeva di accertare, al fine della corretta applicazione dell'art. 1892 cod. civ., se effettivamente, la cartella clinica afferente al ricovero del 2-9 marzo 1996, come sostiene il ricorrente, risultasse acquisita dalla società assicuratrice già in data 2 (omissis) e se dalla stessa si evincesse in maniera inequivoca la malattia epilettica.

Tale verifica non è stata effettuata dalla Corte d'appello, che nella motivazione si è limitata ad affermare che la lettera del 2 giugno 1996, con la quale la società assicuratrice aveva proposto la modifica delle condizioni della polizza malattia «a seguito di quanto emerso nella trattazione del sinistro n. (omissis) non evidenziava «inequivocamente» se la causa che aveva indotto la società alla rideterminazione fosse stata la patologia epilettica, che la produzione documentale relativa alla polizza (omissis) preceduta da dichiarazione negativa dell'assicurato in ordine a patologie pregresse o in atto, escludeva che la società assicuratrice fosse a conoscenza del pregresso stato di malattia e che «l'assunta incompletezza della documentazione esibita dalla compagnia assicuratrice...» non appariva comprovata, «atteso che la prova testimoniale espletata non ha (aveva) consentito di darvi preciso riscontro».

5. Alla fondatezza, nei suindicati termini e limiti, dei suddetti motivi consegue l'accoglimento del ricorso, assorbiti i motivi secondo motivo ( con il quale deducendo la «Nullità della sentenza per *error in procedendo* ex art. 112 c.p.c. - in relazione all'art. 360, primo comma, n. 4, c.p.c. tardività ed inammissibilità dell'eccezione ai sensi dell'art. 1895 c.c. formulata da controparte», il ricorrente sostiene che la Corte d'appello non avrebbe dovuto prendere in esame la questione dell'applicabilità dell'art. 1895 cod. civ., perché non





tempestivamente eccepita dalla compagnia assicuratrice, che non l'aveva sollevata nell'atto di costituzione in primo grado ) e terzo [con il quale, denunciando la «Violazione, falsa applicazione dell'art. 345, terzo comma, c.p.c. – in relazione all'art. 360, primo comma, n. 3, c.p.c. – Per *error in procedendo* ex art. 112 c.p.c. – in relazione all'art. 360, primo comma, n. 4, c.p.c.»], il ricorrente, nell'evidenziare che nel primo giudizio di appello i giudici di merito avevano dichiarato inammissibili le produzioni documentali effettuate in secondo grado senza motivare perché ritenessero carenti i presupposti di ammissibilità previsti dalla norma evocata, che fa salva l'ammissione dei nuovi mezzi di prova ritenuti indispensabili dal giudice ai fini della decisione, lamenta che la Corte d'appello in sede di rinvio ha ommesso di pronunciarsi sull'ammissibilità della produzione documentale (polizza malattia n. (omissis) e la cartella clinica relativa al precedente sinistro), sebbene questa fornisse un contributo decisivo all'accertamento dei fatti ], con la cassazione in relazione della sentenza impugnata e rinvio alla Corte d'appello di Ancona, che in diversa composizione procederà a nuovo esame, e provvederà anche in ordine alle spese del giudizio di legittimità.

#### **P.Q.M.**

La Corte accoglie il primo ed il quarto motivo di ricorso, dichiara assorbiti il 3° e il 4° motivo; cassa in relazione la sentenza impugnata e rinvia, anche per le spese del giudizio di legittimità, alla Corte d'Appello di Ancona, in diversa composizione.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio della Terza Sezione Civile il 24 febbraio 2023

IL PRESIDENTE

Luigi Alessandro Scarano

