



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
NICOLA SOLDATI	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore ENRICO CAMILLERI

Riunione del 23/09/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 27 gennaio 2026 (e reclamo presentato il 12 febbraio 2025), il ricorrente, erede e beneficiario della polizza vita stipulata in data 16 marzo 2023 dalla contraente/assicurata, deceduta in data 11 novembre 2024, lamentava il diniego di liquidazione del capitale opposto dall'impresa convenuta, nonostante egli avesse provveduto a denunciare il sinistro in data 29 novembre 2024, trasmettendo la documentazione richiesta.

In particolare, riferiva che il diniego di liquidazione, comunicato in data 27 gennaio 2025, era stato motivato dall'impresa "richiamando l'art. 1892 c.c. e sostenendo la presenza di presunte dichiarazioni inesatte o reticenti rese dall'assicurata in sede di compilazione del questionario sanitario, con riferimento a condizioni cardiovascolari e metaboliche, terapie farmacologiche e dati antropometrici".

Il ricorrente dichiarava, tuttavia, che la patologia della contraente/assicurata era insorta (ed era stata diagnosticata) oltre un anno dopo la stipula del contratto suddetto e che, pertanto,



“alla data di sottoscrizione, la sig.ra *omissis* non era affetta da patologie oncologiche, non aveva ricevuto diagnosi di malattie gravi né presentava sintomatologia clinica rilevante”. Egli osservava, inoltre, che il questionario sanitario, predisposto unilateralmente dall’impresa, era strutturato con “risposte esclusivamente dicotomiche (“SÌ/NO”)”, risultando “privo di spazi per eventuali chiarimenti o specificazioni”.

Il ricorrente affermava di aver presentato formale reclamo all’impresa e successivamente reclamo all’IVASS. Nel corso dell’istruttoria condotta dalla Divisione Gestione Reclami dell’Istituto, l’impresa aveva confermato il diniego di liquidazione, formulando tuttavia una proposta di restituzione dei premi versati, ritenuta non soddisfattiva dal ricorrente e, quindi, da lui rifiutata.

Il ricorrente chiedeva che l’Arbitro Assicurativo, “previa ogni opportuna valutazione in fatto e in diritto, voglia:

1. Accertare e dichiarare l’illegittimità del diniego di liquidazione opposto da [l’impresa] in relazione alla polizza vita n. ***, in quanto fondato su una non corretta applicazione dell’art. 1892 c.c. e in assenza dei relativi presupposti di dolo o colpa grave dell’assicurata;
2. Accertare che le dichiarazioni rese dall’assicurata in sede di compilazione del questionario sanitario sono state effettuate in buona fede, in un contesto di assenza di diagnosi gravi e con riferimento a controlli medici di natura preventiva;
3. Accertare che il questionario sanitario predisposto dall’impresa risulta generico, ambiguo e strutturalmente inadeguato, con conseguente imputabilità all’assicuratore delle eventuali carenze informative;
4. Condannare [l’impresa] alla liquidazione in favore del ricorrente del capitale assicurato previsto dalla polizza vita n. ***, quale prestazione dovuta a seguito del decesso dell’assicurata;
5. In subordine, ove ritenuto opportuno, disporre una soluzione equitativa che tenga conto della buona fede dell’assicurata e della non dimostrata alterazione del rischio assicurativo;
6. Disporre che l’impresa assicuratrice corrisponda gli interessi e gli accessori di legge sulla somma dovuta, ove applicabili;
7. Con ogni consequenziale statuizione ritenuta di giustizia”.

Regolarmente costituitasi, l’impresa, nel confermare i fatti narrati dal ricorrente, precisava che, nell’ambito del riscontro al reclamo trasmesso tramite IVASS, aveva provveduto ad offrire ai beneficiari-eredi della contraente/assicurata, in un’ottica di *favor*, la restituzione dei premi versati; offerta tuttavia rifiutata con nota del 7 agosto 2025.

In punto di diritto, l’impresa eccepiva l’inammissibilità della domanda di condanna alla liquidazione del capitale assicurato previsto dalla polizza, in quanto non rientrante “tra i poteri dell’Arbitro Assicurativo quello di emettere pronunce di condanna”.

Nel merito, l’impresa contestava integralmente il ricorso, per i motivi che seguono.

Relativamente alla presunta illegittimità del diniego di liquidazione e all’asserita “assenza di diagnosi gravi”, l’impresa affermava che le dichiarazioni rilasciate dalla contraente/assicurata in sede di compilazione del questionario sanitario, dalla stessa specificamente compilato e sottoscritto il 16 marzo 2023, risultavano “in larga misura non



veritiere in quanto contraddette dalla documentazione medica fatta pervenire alla Compagnia che l'ha sottoposta al proprio medico legale fiduciario". In particolare, "Oltre a fornire risposte difformi dal vero sul suo peso e altezza (dati biometrici fondamentali), la signora *omissis* diede risposte non veritiere ai quesiti di cui punti, 2, 3, 5 e 6 sopra evidenziati, negando specificamente patologie, terapie e condizioni ivi espressamente indicate".

Inoltre, l'impresa sosteneva che la non veridicità delle dichiarazioni rilasciate sarebbe stata "particolarmente evidente e ben documentata", in quanto lo stesso giorno della compilazione del questionario sanitario (cioè, il 16 marzo 2023) la contraente/assicurata si sarebbe sottoposta ad una visita medica cardiologica, dalla quale sarebbe emerso - come da apposito certificato medico - che "la signora era "forte fumatrice", affetta da cardiopatia ipertensiva e da sindrome ansiosa, entrambe in terapia farmacologica". Si trattava, secondo l'impresa, di circostanze storico/cliniche già avvenute, perfettamente note alla contraente/assicurata e, tuttavia, dalla stessa "espressamente negate con dolo o, quanto meno, colpa grave".

Per quanto concerne il contenuto e le caratteristiche del questionario sanitario, l'impresa chiariva che tale questionario "riportava in modo estremamente chiaro e specifico i profili sanitari su cui la signora era chiamata a rispondere, senza alcuna genericità o ambiguità", essendo stata, peraltro, la contraente/assicurata informata per iscritto e avvertita delle conseguenze alle quali sarebbe andata incontro nel caso in cui avesse risposto in modo reticente o inesatto.

L'impresa chiedeva all'Arbitro Assicurativo:

- "il rigetto di tutte le domande formulate dal ricorrente *omissis* (in adesione con i signori *omissis*, *omissis* e *omissis*), domande che oltretutto risultano tese all'ottenimento di pronuncia di "condanna" preclusa all'Arbitro Assicurativo";
- laddove il ricorrente chieda una "soluzione transattiva", l'impresa "senza riconoscimento alcuno ed in presenza di domande completamente infondate – non può che confermare e tener ferma in questa sede la proposta avanzata in precedenza (missiva 01.04.2025, cfr. doc. 8) per complessivi € 1.480.30, importo da suddividere pro quota tra i ricorrenti."

Nelle repliche il ricorrente contestava integralmente, in fatto e in diritto, le controdeduzioni trasmesse.

Per quanto concerne l'asserita inammissibilità della domanda di condanna, il ricorrente evidenziava che la richiesta formulata non sarebbe stata "di condanna esecutiva, ma di accertamento dell'illegittimità del diniego e di formulazione di una determinazione riparatoria".

Nel merito, osservava che i cinque documenti medici allegati, già in possesso dell'impresa, avrebbero smentito "sistematicamente ogni sospetto diagnostico invocato a sostegno del diniego". Precisava che nessuna delle condizioni qualificate come "sospette" nella visita cardiologica del 16 marzo 2023 si era rivelata, con successivi approfondimenti clinici, "grave, attiva o scompensata". La contraente/assicurata era, dunque, una persona con condizioni croniche gestite e sospetti diagnostici in corso di accertamento.



Il ricorrente specificava, inoltre, che, in virtù della Tabella prevista nelle Condizioni di Assicurazione, data l'età della contraente/assicurata (64 anni al momento della stipula) e il capitale assicurato (50.000,00 euro), non sarebbe stata necessaria una visita medica, assumendosi l'impresa il rischio di "eventuali imprecisioni non sostanziali" nelle autodichiarazioni rese.

A rafforzamento di quanto detto, il ricorrente evidenziava che l'impresa non aveva prodotto alcun elemento utile a dimostrare l'ordine cronologico della stipula del contratto e della visita medica nella giornata del 16 marzo 2023 e, in particolare, che la stipula sia avvenuta dopo la visita cardiologica, ben potendo la contraente/assicurata aver sottoscritto il contratto prima di aver ricevuto l'esito della visita cardiologica.

Il ricorrente motivava nel dettaglio le risposte che la contraente/assicurata aveva fornito ai punti 3), 5) e 6) del questionario sanitario sottopostole in sede di stipula del contratto, facendo leva sulla mancata chiarezza dei quesiti e rilevando che, in ogni caso, l'imprecisione non sarebbe stata consapevole.

Secondo il ricorrente, inoltre, non sarebbe stata sufficiente la sottoscrizione della dichiarazione di essere "espressamente informata" delle conseguenze del rilascio di dichiarazioni inesatte e reticenze per provare che la contraente/assicurata fosse consapevole di rendere tali dichiarazioni, dato che "la firma dell'avvertenza è una clausola standard apposta indipendentemente dallo stato di salute del contraente".

Più precisamente, sotto il profilo psicologico, il ricorrente deduceva la mancanza del dolo, in quanto la contraente/assicurata, al momento della sottoscrizione del questionario, aveva risposto in base alla "propria percezione soggettiva", non avendo "certezza di alcuna condizione grave".

Egli sosteneva, pertanto, che l'impresa avesse giustificato il diniego di liquidazione sulla base dell'art. 1892 cod. civ., senza tuttavia dimostrare il dolo o la colpa grave dell'assicurata, presupposto "necessario e ineludibile di tale rimedio". Infatti, in assenza di dolo o colpa grave, "il rimedio contrattuale e legale è la riduzione proporzionale".

Infine, per quanto concerne l'offerta di restituzione dei premi versati, quantificati in complessivi 1.480,30 euro, da suddividere tra i quattro beneficiari, il ricorrente riteneva che tale offerta non riflettesse "la buona fede né una reale volontà di chiudere la controversia in modo equo", dichiarandosi invece disposto ad accettare "soluzioni ragionevoli", come la liquidazione parziale all'80% del capitale.

Nelle repliche, il ricorrente chiedeva all'Arbitro Assicurativo di:

1. Rigettare integralmente le eccezioni e le controdeduzioni di [l'impresa] del 25 marzo 2026, per tutti i motivi esposti nelle presenti controdeduzioni;
2. Accertare che la Compagnia non ha provato alcuno dei tre presupposti cumulativi dell'art. 1892 c.c. — inesattezza determinante, dolo o colpa grave, decisività — e che il diniego alla liquidazione è pertanto illegittimo;
3. Dichiarare la piena validità ed efficacia della polizza vita n. *** stipulata dalla sig.ra *omissis* in data 16.03.2023;



4. Raccomandare alla resistente la liquidazione del capitale assicurato in favore dei beneficiari indicati in polizza;
5. In via subordinata, qualora l'Arbitro ritenga di ravvisare imprecisioni dichiarative in assenza di dolo o colpa grave, determinare equitativamente la riduzione proporzionale della prestazione ai sensi dell'art. 1893 c.c. e delle stesse Condizioni di Assicurazione (doc. 2, Sezione 7), tenuto conto della totale assenza di nesso causale tra le condizioni richiamate e la causa del decesso;
6. Disporre la trasmissione del provvedimento all'IVASS per le valutazioni di vigilanza sulla condotta della resistente, con riferimento a: (a) applicazione del diniego totale ex art. 1892 c.c. senza aver provato il dolo o la colpa grave, in violazione del regime proporzionale ex art. 1893 c.c. contemplato dalle stesse Condizioni di Assicurazione; (b) omissione nelle proprie controdeduzioni di cinque documenti medici favorevoli ai ricorrenti già in proprio possesso; (c) applicazione del diniego in fattispecie in cui le proprie stesse regole assuntive escludevano qualsiasi visita medica per il profilo dell'assicurata."

Nelle controrepliche, l'impresa deduceva la inammissibilità delle "nuove domande" avanzate dal ricorrente in sede di replica, asseritamente volte a "modificare le conclusioni rispetto a quelle riportate nel ricorso introduttivo", determinando un mutamento dell'oggetto della controversia.

Nel merito, l'impresa contestava la documentazione allegata dal ricorrente, la quale confermava il "carattere non veritiero delle dichiarazioni rilasciate dalla sua dante causa".

In particolare, precisava che, ai fini dell'applicazione del rimedio di cui all'art. 1892, comma 3 cod. civ., ciò che conta è quanto dichiarato dalla contraente/assicurata al momento della sottoscrizione del questionario sanitario, "a nulla rilevando quale sia l'esito (positivo o negativo) degli esami ad essa prescritti e successivamente eseguiti dopo la sottoscrizione del questionario".

Inoltre, sotto il profilo psicologico, l'impresa ribadiva il dolo e la colpa grave della contraente/assicurata, la quale era a conoscenza del suo stato di "non buona salute" alla luce dei sintomi sofferti e riscontrati dal cardiologo specialista, avendo la stessa negato: "- l'assunzione di terapie farmacologiche collegate a patologie in essere; - l'abitudine tabagica; - l'effettuazione della visita programmata 16.03.2023 (cardiologica) ed esami non di routine (ecocardiogramma color doppler del 16.03.2023)".

Sul punto, l'impresa chiariva che, se fosse stata a conoscenza delle terapie mediche in atto, nonché delle relative patologie di cui la contraente/assicurata era affetta, avrebbe rifiutato l'assunzione del rischio assicurativo.

Per quanto concerne l'informativa alla contraente/assicurata, l'impresa ribadiva il corretto adempimento degli obblighi informativi relativi al rilascio di dichiarazioni inesatte e reticenze, come dimostrato dai numerosi riferimenti contrattuali sul tema.

Relativamente alla non obbligatorietà della visita medica del 16 marzo 2026, l'impresa sottolineava che la predetta, in base alle condizioni contrattuali, sarebbe stata prevista come "conseguenza automatica" laddove le risposte al questionario sanitario avessero



evidenziato, come nel caso di specie, “problematiche connesse allo stato di salute, alle attività professionali e alle abitudini di vita dell’Assicurato”.

Nelle controrepliche, l’impresa contestava la “inammissibilità delle nuove domande avanzate dal ricorrente in sede di replica” e “insiste per il rigetto integrale del ricorso per manifesta infondatezza delle pretese”.

DIRITTO

La questione sottoposta all’attenzione del Collegio ha ad oggetto la pretesa del ricorrente alla prestazione assicurativa dovuta secondo polizza vita, stipulata in data 16 marzo 2023 dalla contraente/assicurata, deceduta in data 11 novembre 2024; pretesa, tuttavia disconosciuta dall’impresa, sulla scorta delle dichiarazioni infedeli rese dalla stessa assicurata all’epoca della sottoscrizione del contratto.

Rilievo preliminare assume tuttavia l’eccezione dell’impresa, relativa all’inammissibilità della domanda di condanna, proposta dal ricorrente, la quale esulerebbe dalla competenza dell’Arbitro.

L’eccezione non merita di essere accolta.

Giova infatti rammentare che ai sensi dell’art. 3, comma 1 del Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, “Decreto”), “Sono rimesse alla cognizione dell’arbitro assicurativo le controversie derivanti da un contratto di assicurazione, aventi le caratteristiche di cui al comma 3, e come oggetto l’accertamento di diritti, anche risarcitori, obblighi e facoltà inerenti alle prestazioni e ai servizi assicurativi o l’inosservanza delle regole di comportamento previste dal Titolo IX, Capo II, sezione IV, Capi III, III-bis e III-ter del codice delle assicurazioni inerenti all’esercizio dell’attività di distribuzione assicurativa”. E ancora, che ai sensi del successivo comma 4 della medesima disposizione è espressamente previsto quanto segue: “La domanda può avere ad oggetto anche la corresponsione di una somma di denaro purché essa non superi i seguenti importi: a) per le controversie relative a contratti di assicurazione sulla vita ai sensi dell’articolo 2, comma 1, del codice delle assicurazioni: 1) euro 300.000,00 se la controversia riguarda i contratti del ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) e le prestazioni oggetto del contratto siano dovute soltanto in caso di decesso; 2) euro 150.000,00 se la controversia riguarda i contratti del ramo I, fermo quanto previsto dal numero 1), e i contratti degli altri rami vita; [...]”.

Da quanto precede deve dunque dirsi pacifico che le domande di condanna siano senz’altro ammissibili nel procedimento dinanzi all’Arbitro Assicurativo; ammissibili senza limitazioni di sorta allorché di mero accertamento di diritti, e ammissibili entro limiti di valore della controversia, laddove di condanna appunto al pagamento di somme di denaro.

Tanto premesso, seppure la domanda proposta dal ricorrente si presenti sulle prime come indeterminata nel *quantum*, essa può dirsi in realtà diretta a ottenere una condanna alla liquidazione del capitale assicurato, che alla stregua della documentazione versata in atti è pari ad 50,000,00 euro; ciò rende il *petitum* individuabile (cfr. Decisione AAS n. 490/2026) e altresì ammissibile la domanda stessa, siccome rientrante nei limiti della competenza di questo Arbitro normativamente previsti.



Ulteriore eccezione pregiudiziale, sollevata dall'impresa in sede di controrepliche, si appunta per vero anche sulla inammissibilità delle domande avanzate dal ricorrente con le repliche, asseritamente volte a "modificare le conclusioni rispetto a quelle riportate nel ricorso introduttivo introducendo nuove pretese".

Invero, tutte le domande proposte in sede di repliche appaiono specificazioni di quelle già introdotte con il ricorso, integrando più specificamente *emendatio libelli*. Ribadendo in questa sede quanto già affermato in altro precedente, va detto infatti che, a norma dell' art. 10, comma secondo, del Decreto "Con le memorie di replica e controreplica non possono essere proposte domande nuove o nuove eccezioni procedurali e di merito sulle circostanze del ricorso non contestate con la memoria di controdeduzione", talché "solo domande, riformulate in sede di replica, che risultino mere specificazioni di quelle già proposte con il ricorso possono dirsi ammissibili, mentre non altrettanto quelle che mettano capo ad un *petitum* sostanzialmente nuovo" (cfr. Decisione AAS n. 391/26).

Unicamente la domanda, proposta con le repliche, con la quale si è chiesto al Collegio di "Disporre la trasmissione del provvedimento all'IVASS per le valutazioni di vigilanza sulla condotta della resistente (..)" può in realtà dirsi nuova rispetto a quanto introdotto *ab initio* ed integrare dunque *petitum* sostanzialmente nuovo, ossia una inammissibile *mutatio libelli* (cfr. Decisione AAS n. 391/26).

Per quanto esposto, dunque, l'eccezione di inammissibilità può essere accolta solo in parte, ossia limitatamente alla domanda di trasmissione del provvedimento all'IVASS per le valutazioni di vigilanza, introdotta dal ricorrente in sede di repliche.

Venendo al merito del ricorso, il ricorrente, come anticipato, contesta il diniego opposto dall'impresa alla pretesa da lui avanzata, di liquidazione della prestazione assicurativa derivante da "contratto di assicurazione temporanea in caso di morte nella forma a capitale assicurato costante e premio annuo costante", sottoscritto dalla *de cuius* in data 16 marzo 2023; diniego argomentato in ragione delle dichiarazioni infedeli sul proprio stato di salute che sarebbe emerso essere state rese proprio dalla contraente/assicurata al tempo della sottoscrizione della polizza.

Più in dettaglio, come si evince dalla nota già del 27 febbraio 2025, in atti, l'impresa ha contestato agli eredi/beneficiari che la *de cuius* avrebbe reso dichiarazioni infedeli in ciò, attestando al punto 2) di godere di buona salute e negando di dover effettuare esami diagnostici diversi da quelli di routine; al punto 3), di soffrire di cardiopatia ipertensiva, di sindrome ansiosa, di iperlipidemia; negando al punto 5) di essere in terapia farmacologica e al punto 6) di essere forte fumatrice. Di qui, sempre da parte dell'impresa, l'invocazione dell'art 1892 cod. civ. e, per l'effetto, la mancata liquidazione del capitale assicurato.

Avviata infatti l'istruttoria successiva alla denuncia di sinistro (morte dell'assicurata), l'impresa sarebbe pervenuta nella disponibilità di tutta la documentazione medica riguardante la contraente deceduta, inclusa, fra l'altro, la relazione di visita cardiologica datata 16 marzo 2023 - stessa data di compilazione del questionario sanitario richiesto ai fini della sottoscrizione della polizza; da questo documento emergerebbe, in particolare, oltre che una difformità dei parametri dalla contraente dichiarati in relazione al peso e



all'altezza, altresì il suo essere "forte fumatrice, affetta da cardiopatia ipertensiva e da sindrome ansiosa, entrambe in terapia farmacologica" avendo "già eseguito un'indagine cardiologica nell'agosto del 2022 che evidenziava una aterosclerosi carotidea".

A queste deduzioni dell'impresa il ricorrente ha ribattuto rilevando analiticamente:

- con riferimento al punto 3), che la contraente/assicurata "che assumeva un antipertensivo con risultato di «discreto controllo», aveva valori pressori sotto controllo e poteva ragionevolmente ritenere di non rientrare nella fattispecie descritta dal quesito — che riguardava l'ipertensione con valori in trattamento superiori a quella soglia, non l'ipertensione compensata con valori controllati al di sotto di essa";
- con riferimento al punto 5), che la contraente/assicurata "assumeva un antipertensivo, una statina, un antiaggregante piastrinico e una benzodiazepina a basso dosaggio. Si tratta di farmaci routinari assunti senza soluzione di continuità, la cui assunzione è talmente comune nella popolazione adulta over-60 da essere percepita come gestione ordinaria della salute, non come «terapia medica» nel senso allarmante che il quesito evocava";
- con riferimento al punto 6), che "Tre medici diversi annotano la paziente come fumatrice con termini diversi — il cardiologo scrive «forte fumatrice», il pneumologo e l'otorinolaringoiatra scrivono semplicemente «fumatrice» — senza alcuna misurazione oggettiva del consumo giornaliero", non essendo stata assolta dall'impresa la "prova del superamento della soglia specifica prevista dal questionario".
- Con riguardo ai dati relativi all'altezza e al peso della contraente/assicurata, che "Una discrepanza di 13 cm è compatibile con un errore di trascrizione del medico, non con un mendacio deliberato", non avendo, peraltro, l'impresa "prodotto le proprie tabelle assuntive" per dimostrare "che i dati biometrici sono «assai rilevanti ai fini assuntivi»".

Ancora, poi, il ricorrente soggiunge come la contraente/assicurata, successivamente alla visita cardiologica del 16 marzo 2023, si sarebbe spontaneamente sottoposta a cinque accertamenti medici, tutti versati in atti (visita pneumologica del 5 aprile 2023, relazione di visita ORL dell'11 aprile 2023, RX torace del 12 aprile 2023, Relazione RCG Holter del 13 e 14 aprile 2023, Angio TC del cuore del 26 aprile 2023), tutti tali da escludere patologie gravi o sintomatologie cliniche rilevanti.

Senonché, rileva il Collegio come nessun elemento di prova prodotto dal ricorrente consenta in sé di smentire quanto viceversa risulta *per tabulas*, vale a dire che la contraente, quantunque affetta da svariate patologie, tra cui quella ipertensiva, controllata farmacologicamente ed altresì rientrante nella categoria a indubbio rischio dei forti fumatori, abbia reso dichiarazioni mendaci in risposta ai quesiti specifici di cui ai punti nn. 2,3, 5 e 6 del questionario anamnestico, vieppiù espressamente sottoscrivendo la parte di questo concernente l'espressa assunzione di responsabilità in ordine alla esattezza e veridicità dei dati sanitari resi.

Come noto, ai sensi dell'art. 1892 cod. civ.: "Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose,



sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave 1893, 1894, 1898.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata (...).

Di qui due diversi scenari rimediali, a seconda che l'impresa venga a conoscenza delle dichiarazioni sottaciute o inesattamente rese, prima o dopo il sinistro. Nel primo caso, si dà infatti un termine decadenziale di tre mesi per la dichiarazione di volere esercitare l'impugnazione, poi proponibile nell'ordinario termine quinquennale di prescrizione; nel secondo, allorché il sinistro (qui evento morte) si verifichi prima dello spirare del termine di tre mesi dalla acquisita conoscenza delle dichiarazioni reticenti, ovvero allorché questa sopraggiunga successivamente al sinistro, preclusa la possibilità di caducare il negozio, l'impresa resta comunque esentata dal dover pagare la somma assicurata.

Come chiarito dalla Corte di cassazione, “nel caso di reticenze dell'assicurato l'assicuratore ha due possibilità: (a) domandare l'annullamento del contratto, se la reticenza venga scoperta prima del sinistro; (b) rifiutare il pagamento dell'indennizzo, anche lasciando in vita il contratto, se la reticenza venga scoperta dopo il sinistro, ovvero prima del sinistro, ma quando quest'ultimo si verifichi entro tre mesi” (cfr. Cass. civ., sez. III, 06 giugno 2014, n. 12831. Nello stesso senso, cfr., altresì, Cass. civ., sez. III, 19 giugno 2020, n. 11905; Cass. civ., sez. III, 21 gennaio 2020, n. 1166; Cass. civ., sez. III, 13 luglio 2010, n. 16406).

Ebbene, questa seconda è giusto la situazione occorsa nel caso di specie, posto che solo successivamente al sinistro, avendo istruito la pratica e così acquisito la documentazione medica, l'impresa è venuta a conoscenza della reticenza dell'assicurata.

Mette certo conto sottolineare come non il solo elemento fattuale della reticente/infedele dichiarazione dell'assicurato consenta, all'impresa, di attingere alle opzioni rimediali apprestate dal citato art.1892 cod. civ. come bene chiarito dalla giurisprudenza di legittimità, “la reticenza dell'assicurato è causa di annullamento del contratto quando si verificano simultaneamente, al momento della formazione del contratto, le seguenti condizioni: che la dichiarazione sia inesatta o reticente; che la reticenza sia stata determinante ai fini della formazione del consenso dell'assicuratore; che l'assicurato abbia reso la dichiarazione con dolo o colpa grave” (cfr. Cass. civ., sez. III, 25 febbraio 2002, n. 2740, cui *adde*, da ultimo, anche Cass. civ., sez. III, 19 marzo 2025, n. 7336).

Per quanto dettati in funzione dell'opzione caducatoria dell'annullabilità, tali elementi devono ritenersi necessari anche ai fini del diverso scenario rimediale delineato dal comma 3 dell'art. 1892 cod. civ., consistente nella liberazione - dell'impresa - dal vincolo alla esecuzione della prestazione, o meglio dal determinarsi di una causa di sua inesigibilità e non coercibilità.



Ebbene, con particolare riguardo al requisito soggettivo del dolo o della colpa grave, a base della reticente o infedele dichiarazione, ancora la giurisprudenza ha avuto modo di chiarire che, “quanto al dolo, è sufficiente la sua coscienza e volontà di rendere una dichiarazione inesatta o reticente, e, quanto alla colpa grave, che la dichiarazione inesatta o reticente sia frutto di una grave negligenza inerente al momento della coscienza dell’inesattezza o della dichiarazione della notizia, occorrendo che l’assicurato abbia consapevolezza della importanza dell’informazione; a quest’ultimo fine, ed allo scopo di delimitare l’obbligo dell’assicurato, l’assicuratore è, perciò, tenuto ad indicare le circostanze che egli intende conoscere” (Cass. civ., sez. III, 04 marzo 2003, n. 3165; sul punto cfr., *ex multis*, Cass. civ., sez. III, 17 maggio 2004, n. 9342; Cass. civ., sez. I, 15 aprile 1987, n. 3743; Cass. civ., sez. III, 13 novembre 1987, n. 8352; Cass. civ., sez. I, 20 novembre 1990, n. 11206).

Tali circostanze sono state, nel caso di specie, effettivamente rese note - e in termini chiari - dall’impresa, mediante il formulario somministrato in sede di sottoscrizione della polizza. Non coglie nel segno, infatti, la doglianza del ricorrente circa il carattere generico della formulazione riguardante in particolare il quesito sulla patologia ipertensiva.

Giusto il modello binario, di risposte affermative o negative, prefigurato dal formulario - reputato idoneo dalla giurisprudenza a fondare l’obbligo dichiarativo del contraente a condizione che le domande siano sufficientemente chiare (Cass. civ., sez. III, 15 maggio 2018, n. 11607) - consente di certo al contraente/assicurando di rispondere in modo inequivoco e all’impresa di conseguire un più ampio spettro di elementi per ponderare l’assunzione del rischio. Del resto, come puntualizzato da altra pronuncia di legittimità, “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’assicurando (...) 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” (Cass. civ., sez. III, 22 luglio 2024, n. 20128).

Quanto invece allo stato soggettivo della contraente, non pare in effetti qui dubbio il ricorrere quanto meno della colpa grave, sotto forma di consapevole rilevanza dell’informazione sulla propria cardiopatia ipertensiva e le altre patologie già in essere, sulla condizione di fumatrice e la sottoposizione ad altri esami diagnostici non di *routine*, a tacer d’altro, in considerazione dell’esplicito autonomo rilievo loro assegnato nell’ambito del formulario somministrato.

Del pari indubbio appare inoltre al Collego che la dichiarazione reticente o infedelmente resa sia stata rilevante nell’economia del regolamento di interessi e della determinazione dell’alea contrattuale.

Ancora con le indicazioni della Suprema Corte deve rammentarsi che “le falsità e reticenze di cui all’art. 1892 c.c. producono l’annullamento del contratto (o la perdita del diritto all’indennizzo, se scoperte dall’assicuratore dopo l’avveramento del rischio) non quando la circostanza taciuta abbia provocato l’evento avverso, ma quando al momento della stipula appariva astrattamente idonea ad aumentare la relativa probabilità” (Cass. civ., sez. III, 06 giugno 2014, n. 12831), talché “la dichiarazione inesatta o reticente dell’assicurato, per determinare gli effetti previsti dagli articoli 1892 e 1893 c.c., deve essere connotata da un



nesso teleologico con la conclusione del contratto - nel senso che, se essa fosse mancata, l'assicuratore non avrebbe concluso il contratto, o lo avrebbe stipulato a condizioni diverse - e da un collegamento oggettivo con il rischio - nel senso che la circostanza sottaciuta ne deve comportare un aggravamento ovvero determinare una maggiore probabilità di verificarsi dell'evento dannoso assicurato - da valutarsi secondo un parametro oggettivo, considerando cioè se la circostanza nascosta o falsamente esposta alteri obiettivamente la rappresentazione del rischio, in modo scevro da valutazioni soggettive, e in astratto ed *ex ante*, non già in concreto ed *ex post*, con conseguente irrilevanza che il fatto taciuto sia stato in concreto causa o concausa dell'evento dannoso" (Cass. civ., sez. III, 22 giugno 2026, n. 21150).

Quest'ultima considerazione presenta peraltro rilievo anche in punto di onere probatorio a carico dell'impresa. Vero è infatti che incombe su quest'ultima di fornire prova degli elementi fondativi della sollevata eccezione di merito, ma non anche del fatto "che la conoscenza delle circostanze sottaciute avrebbe potuto indurla a diverse determinazioni in merito alla conclusione del contratto" (Cass. civ., sez. III, 5 ottobre 2018, n. 24563), per lo meno non allorquando, come nella specie, emerga *ictu oculi* lo specifico risalto assegnato *ex ante* e con chiarezza a singole informazioni, poi sottaciute o infedelmente rese dall'assicurata.

Quanto testé precisato circa i connotati soggettivi (colpa grave) e oggettivi (rilevanza determinante) della dichiarazione reticente resa dall'assicurata, non consente d'altronde di accogliere la domanda subordinata proposta dal ricorrente, volta ad ottenere una riduzione proporzionale della somma assicurata, ai sensi dell'art. 1893 cod. civ. come pacificamente ribadito in giurisprudenza, "presupposto (..) per l'applicabilità dell'altra norma dell'art. 1893 cod. civ. anche nella parte in cui è regolata la riduzione proporzionale dell'indennità è che difetti sia il dolo che la colpa grave" (Cass. civ., sez. III, 19 dicembre 2000, n. 15939).

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA