Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
NICOLA SOLDATI	Membro scelto dall'IVASS
ENRICO CAMILLERI	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 20 gennaio 2026 (e reclamo presentato il 20 febbraio 2025), i ricorrenti rappresentavano che nell'agosto 2022, il proprio congiunto (rispettivamente marito una di essi e padre degli altri) aveva sottoscritto una polizza vita con l'impresa convenuta. Soggiungevano che, in sede compilazione telematica del questionario sanitario, effettuata per vero dall'operatrice dell'intermediario alla presenza del contraente e della di lui moglie (odierna ricorrente), il primo aveva riferito di essere affetto da una lieve forma di ipertensione, diagnosticata anni prima e stabilmente controllata con terapia farmacologica.

Dopo il decesso dell'assicurato, avvenuto nel maggio 2024, gli eredi presentavano richiesta di liquidazione della prestazione e l'impresa resistente avviata l'istruttoria, richiesta ulteriore documentazione, inclusa l'autorizzazione del Giudice Tutelare per la quota spettante alla figlia minore, comunicava successivamente il diniego della prestazione, assumendo che

l'assicurato avrebbe dichiarato di non soffrire di ipertensione, barrando la risposta negativa nel questionario sanitario.

A fronte di tale posizione, i ricorrenti presentavano dunque reclami all'intermediario, alla Compagnia e all'IVASS, in esito ai quali il diniego veniva confermato.

I ricorrenti rappresentano che l'assicurato aveva comunicato verbalmente all'operatrice la propria condizione di ipertensione e che il questionario sanitario era stato compilato dall'operatrice dell'intermediario. Riferivano che la patologia era comunque lieve e controllata farmacologicamente e che, per tali caratteristiche e considerata la modalità di compilazione, l'assicurato potesse confidare nella corretta registrazione delle informazioni fornite e non ritenere necessaria la relativa indicazione nel questionario.

I ricorrenti affermano che la Compagnia non avrebbe prodotto documentazione interna dalla quale risulti che la presenza di ipertensione avrebbe impedito la stipula della polizza o determinato condizioni diverse di assunzione del rischio.

Infine, i ricorrenti segnalavano alcune caratteristiche del questionario sanitario, e in particolare la formulazione delle domande, la presenza di risposte chiuse cumulative, la limitatezza degli spazi disponibili e l'assenza di una sottoscrizione per singola pagina.

Concludevano chiedendo all'Arbitro:

- in via principale, di accertare e dichiarare l'illegittimità del diniego alla prestazione assicurativa da parte di impresa e intermediario; nel merito, accertare e dichiarare il proprio diritto al riconoscimento integrale della prestazione assicurativa dovuta e, per l'effetto condannare l'impresa alla liquidazione integrale della prestazione dovuta;

- in via subordinata, per l'ipotesi in cui l'Arbitro dovesse ritenere di rideterminare la prestazione ai sensi dell'art 1893, cod. civ., ovvero secondo equità, dichiarare l'impresa tenuta alla liquidazione della prestazione assicurativa dovuta così come rideterminata ovvero "nella diversa somma ritenuta di giustizia";

- in ogni caso, adottare ogni ulteriore provvedimento ritenuto opportuno a tutela dei diritti degli eredi dell'assicurato e condannare le resistenti, in solido tra loro, alla rifusione delle spese sostenute per la procedura.

Regolarmente costituitasi, l'impresa resistente affermava che, alla domanda del questionario sanitario relativa all'ipertensione, formulata in termini specifici, l'assicurato aveva fornito risposta negativa, mentre la documentazione medica acquisita in sede di istruttoria avrebbe attestato la presenza della patologia da anni e il ricorso a terapia farmacologica continuativa. Evidenziava, inoltre, che il questionario era stato sottoscritto dall'assicurato, con conferma delle risposte rese e delle avvertenze relative alle conseguenze di dichiarazioni inesatte o reticenti.

L'impresa resistente rilevava che la circostanza, rappresentata dai ricorrenti, secondo cui l'assicurato avrebbe comunicato verbalmente la propria condizione all'operatore bancario attenesse ai rapporti con l'intermediario. Rappresentava, inoltre, che la documentazione medica relativa alla natura cronica della patologia e alla terapia continuativa non sarebbe stata compatibile con la mancata conoscenza della stessa da parte dell'assicurato.

L'impresa resistente evidenziava altresì che la domanda relativa all'ipertensione era formulata in termini chiari e prevedeva una risposta sì/no, senza dunque elementi tali da incidere sulla corretta compilazione del questionario.

Quanto alla gestione del rapporto assicurativo e del sinistro, l'impresa resistente evidenziava come, al momento della fase assuntiva, la polizza facesse capo a un'impresa successivamente acquisita da altra impresa, la quale aveva curato l'intera istruttoria e definizione del sinistro. L'attuale impresa resistente sarebbe subentrata successivamente, quando il sinistro risultava già istruito e definito.

L'impresa chiedeva di rigettare integralmente il ricorso proposto dai ricorrenti e di accertare la piena regolarità e correttezza nella gestione del sinistro tanto sotto il profilo tecnico quanto contrattuale e normativo.

L'intermediario, nelle proprie controdeduzioni, eccepiva il proprio difetto di legittimazione passiva, rappresentando che le contestazioni dei ricorrenti attenessero al rapporto assicurativo, alla liquidazione della prestazione e all'applicazione degli artt. 1892-1894 cod. civ., profili che, secondo la banca, rientravano nella competenza dell'impresa di assicurazione. Precisava, inoltre, di avere svolto attività di mera distribuzione, senza partecipare alle valutazioni tecnico-assuntive e alle decisioni relative alla liquidazione del sinistro.

Quanto alla ricostruzione dei fatti, l'intermediario rappresentava che la polizza era stata sottoscritta il 31 agosto 2022 e che la documentazione contrattuale e precontrattuale risultava sottoscritta dal contraente. Riferiva che il questionario sanitario conteneva avvertenze sulle conseguenze di dichiarazioni inesatte e richiedeva la verifica delle risposte prima della sottoscrizione. Nel questionario risultavano risposte negative alle domande relative all'ipertensione e alle cure farmacologiche continuative. Rappresentava, inoltre, che la documentazione precontrattuale e contrattuale era stata consegnata in formato cartaceo.

L'intermediario affermava non competergli le valutazioni tecnico-assuntive né le decisioni relative al diniego della prestazione e che, nell'ambito dell'attività di distribuzione, non sarebbero emerse omissioni o irregolarità. A tale riguardo, richiamava la documentazione di coerenza e informativa, che risulterebbe presente e sottoscritta.

Con riferimento alla prospettata compilazione del questionario da parte dell'operatore, l'intermediario rappresentava che tale circostanza non avrebbe trovato riscontro nella documentazione acquisita e che il questionario sarebbe risultato sottoscritto dall'assicurato. Riferiva, inoltre, che l'istruttoria interna non avrebbe evidenziato irregolarità operative nella fase di collocamento.

L'intermediario rappresentava, infine, di avere gestito il reclamo e di avere trasmesso alla Compagnia i profili attinenti al merito assicurativo, precisando di non avere partecipato alle successive decisioni relative alla liquidazione del sinistro.

L'intermediario chiedeva:

- in via preliminare, di dichiarare il suo difetto di legittimazione passiva rispetto a tutte le domande formulate dai ricorrenti;

- in via subordinata, di rigettare le censure rivolte nei suoi confronti per insussistenza di qualsiasi violazione degli obblighi di distribuzione assicurativa.

Con le repliche, i ricorrenti contestavano la ricostruzione delle controparti sulla compilazione del questionario sanitario e rappresentavano che le relative risposte erano state inserite dall'operatore dell'intermediario tramite terminale bancario, alla presenza dell'assicurato, e non personalmente da quest'ultimo. Riferivano che tale circostanza sarebbe stata confermata anche nel corso di incontri presso l'intermediario e che l'operatore aveva ricevuto verbalmente l'informazione relativa all'ipertensione.

I ricorrenti richiamavano, inoltre, le dichiarazioni rese dall'impiegata dell'intermediario, che avrebbe riferito di avere ricevuto tale informazione e di avere ritenuto autonomamente di non doverla riportare nel questionario.

I ricorrenti ribadivano di avere comunicato verbalmente all'intermediario sia l'esistenza dell'ipertensione sia le informazioni relative alla terapia e contestano che tali circostanze siano state omesse dall'assicurato. Rappresentavano, inoltre, che il riferimento alla continuità della terapia sarebbe stato introdotto dall'impresa in un momento successivo della vicenda.

I ricorrenti contestavano altresì le modalità di formulazione del questionario sanitario, che ritenevano generiche e non idonee, a loro avviso, a raccogliere informazioni dettagliate sulle condizioni di salute dell'assicurato.

I ricorrenti richiamavano, inoltre, la condotta tenuta dall'impresa nel corso dell'istruttoria relativa al sinistro e segnalavano elementi che, a loro avviso, non sarebbero stati coerenti con il successivo diniego della prestazione, nonché con le diverse posizioni assunte dalla Compagnia in merito all'assumibilità del rischio.

Infine, i ricorrenti richiamavano quanto rappresentato dall'impresa circa l'eventuale assunzione del rischio a condizioni diverse da quelle applicate e, sulla base di tale circostanza, chiedono l'applicazione dell'art. 1893 cod. civ..

L'impresa, nelle proprie controrepliche, ribadiva le ragioni del diniego della prestazione e richiamava l'applicazione dell'art. 1892 cod. civ..

Evidenziava come il questionario sanitario recasse la firma autografa dell'assicurato e l'avvertenza secondo cui, prima della sottoscrizione, l'assicurato dovesse verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario. Richiamava, inoltre, la dichiarazione sottoscritta dall'assicurato in ordine alla verifica delle informazioni rese.

Contestava la rappresentazione dei ricorrenti secondo cui la terapia non sarebbe stata continuativa e richiamava la documentazione medica, dalla quale sarebbe risultata la presenza di ipertensione arteriosa almeno dal 2014 e il relativo trattamento farmacologico. Rilevava, inoltre, che la domanda n. 2 del questionario riguardava espressamente l'ipertensione, indipendentemente dalla continuità della terapia.

L'impresa ribadiva che la domanda n. 2 del questionario menzionava espressamente l'ipertensione e prevedeva una risposta sì/no. Rileva, inoltre, che l'eventuale evoluzione dei

modelli assuntivi intervenuta successivamente alla stipula non riguarderebbe le dichiarazioni rese nel questionario sottoscritto dall'assicurato.

Quanto all'assumibilità del rischio, l'impresa rappresentava che una risposta affermativa alla domanda sull'ipertensione avrebbe comportato un ulteriore approfondimento in sede assuntiva e non avrebbe determinato automaticamente il rifiuto della copertura. Rilevava, pertanto, che la dichiarazione resa nel questionario non avrebbe consentito tale valutazione. Infine, contestava l'applicabilità dell'art. 1893 cod. civ., richiamando, a tal fine, la propria posizione circa la sussistenza della colpa grave dell'assicurato e la conseguente applicazione dell'art. 1892 cod. civ.

Nelle proprie memorie di controreplica, l'intermediario ribadiva l'eccezione di difetto di legittimazione passiva, rappresentando come le contestazioni dei ricorrenti attenessero alla valutazione del rischio, alle dichiarazioni rese nel questionario sanitario, all'applicazione degli artt. 1892-1894 cod. civ. e alla liquidazione della prestazione, profili che, secondo l'intermediario, riguardano il rapporto assicurativo con l'impresa.

Con riferimento alla compilazione del questionario sanitario, l'intermediario rappresentava come l'inserimento materiale delle risposte potesse avvenire tramite il terminale dell'operatore ma che tale modalità non comportasse, a suo avviso, la provenienza delle dichiarazioni dall'intermediario. Richiamava, al riguardo, le avvertenze contenute nel questionario sulle conseguenze di dichiarazioni inesatte e sull'obbligo dell'assicurato di verificarne l'esattezza prima della sottoscrizione. Evidenzia che il questionario risulta sottoscritto dall'assicurato.

L'intermediario contestava, inoltre, la rilevanza della registrazione audio richiamata dai ricorrenti, rappresentando che la stessa non risulterebbe acquisita formalmente al fascicolo né integralmente trascritta e che, secondo la propria ricostruzione, si tratterebbe di una registrazione informale e priva del relativo contesto.

DIRITTO

La questione sottoposta all'attenzione del Collegio ha ad oggetto la pretesa dei ricorrenti di ottenere la prestazione assicurativa dovuta secondo contratto di assicurazione rischio morte, sottoscritto dal loro congiunto, poi defunto; diritto, questo vantato, tuttavia disconosciuto dall'impresa, sulla scorta delle dichiarazioni infedeli rese dallo stesso assicurato all'epoca della sottoscrizione della polizza.

Rilievo preliminare assume tuttavia l'eccezione di difetto di legittimazione passiva, sollevata dall'intermediario, fondata sul fatto che le domande proposte con il ricorso atterrebbero tutte a profili rientranti, in via esclusiva, nella sfera di responsabilità dell'impresa di assicurazione.

L'eccezione merita di essere accolta.

In effetti, le pretese fatte valere in sede di ricorso, sia in via principale, che in via subordinata, vertono sul (la legittimità del diniego del) diritto alla prestazione assicurativa. Come già affermato da questo Collegio, la domanda di rimborso dei premi versati non può essere rivolta "*nei confronti dell'intermediario il quale non può considerarsi soggetto legittimato*

passivo di un rimborso del premio di polizza posto che l'obbligazione di restituire al contraente la parte di premio pagata e non goduta in caso di cessazione anticipata del rischio grava necessariamente sull'impresa di assicurazione, che incassa il premio, e non sull'intermediario (nella specie, broker assicurativo). (Cass., 24 aprile 2012, n. 6473; Cass., 11 novembre 2024, n. 29078)" (Decisione AAS n. 444/2026).

Solo in sede di repliche i ricorrenti hanno, d'altra parte, introdotto l'ulteriore domanda di condanna dell'intermediario al risarcimento dei danni da comportamento negligente, senza pure determinare il *quantum respondeatur*. Si tratta tuttavia, ad ogni evidenza, di una domanda diversa da quelle già introdotte con il ricorso, priva del carattere specificativo delle pretese già avanzate e dunque inammissibile in sede di repliche, siccome *mutatio libelli*.

Ribadendo in questa sede quanto già affermato in altro precedente, va detto infatti che, a norma dell' art. 10, comma secondo, del Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "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*", di 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).

Venendo al merito del ricorso, i ricorrenti, come anticipato, contestano il diniego opposto loro dall'impresa, in ordine alla pretesa liquidazione della prestazione assicurativa derivante dalla polizza sulla vita temporanea caso morte, sottoscritta dal loro congiunto, deceduto il 3 maggio 2024; diniego che l'impresa ha argomentato in ragione delle dichiarazioni infedeli sul proprio stato di salute che sarebbe emerso essere state rese dallo stesso contraente/assicurato al tempo della sottoscrizione della polizza (31 agosto 2022).

Questi ha, infatti, dichiarato espressamente di non soffrire di ipertensione, quando invece la documentazione medica, poi acquisita dall'impresa nel corso dell'istruttoria condotta successivamente alla denuncia di sinistro (non prodotta nel presente procedimento), avrebbe dimostrato essere invece "*affetto da ipertensione arteriosa almeno dal 2014, condizione che comportava terapia farmacologica continuativa e monitoraggio clinico nel corso degli anni*".

I ricorrenti, dal canto loro, contestano il diniego opposto dall'impresa, deducendo il difetto, in capo all'assicurato, del requisito soggettivo del dolo o della colpa grave, richiesto dall'art. 1892 cod. civ., e soggiungono di ritenere l'omessa indicazione, da parte sua, della patologia da cui era affetto, imputabile semmai a un mero errore materiale commesso dall'intermediario nella compilazione del questionario sanitario.

Evidenziano, infatti, che la malattia – un'ipertensione lieve e stabilmente controllata – era stata verbalmente riferita dal contraente all'intermediario al momento della compilazione del questionario. Di qui, anche alla stregua della natura non grave della patologia, l'esclusione di qualsiasi intento reticente o gravemente colposo del contraente/assicurato, il quale non avrebbe potuto ragionevolmente percepire la rilevanza di tale informazione ai fini della valutazione del rischio da parte dell'impresa.

Senonché, rileva il Collegio come nessun elemento di prova sia prodotto dai ricorrenti in ordine alla dichiarazione bensì fedele asseritamente resa dal contraente/assicurato all'intermediario e da questi poi travisata o disattesa in sede di compilazione materiale del formulario predisposto dall'impresa; senza dire, poi, che proprio tale modulo risulta comunque essere stato sottoscritto nella sua interezza dall'assicurato, inclusa dunque la parte concernente l'espressa assunzione di responsabilità in ordine alla esattezza e veridicità dei dati sanitari resi.

Gli stessi ricorrenti, inoltre, non hanno disconosciuto, bensì implicitamente confermato, la preesistenza - al momento di sottoscrizione della polizza - della patologia ipertensiva di cui avrebbe sofferto l'assicurato, così lasciando delineare una non contestazione in ordine alle circostanze di fatto controdedotte dall'impresa a sostegno dell'opposto diniego: appunto, la preesistenza di una patologia poi *per tabulas* rivelatasi sottaciuta, o meglio denegata dal contraente, elemento primo della del dispositivo rimediale apprestato dall'art 1892 cod. civ. e invocato dall'impresa.

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 di decadenza 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 la conoscenza sia successiva al sinistro, essendo evidentemente preclusa la possibilità di caducare il negozio, l'impresa resta 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'assicurato.

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 articolo 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 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, attraverso il formulario somministrato in sede di sottoscrizione della polizza. Non coglie nel segno, infatti, l'osservazione 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 formulate con sufficiente chiarezza (Cass. civ., sez. III, 15 maggio 2018, n. 11607) - consente di certo al contraente/assicurando di rispondere in modo inequivoco e offre all'impresa il più ampio spettro valutativo 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 del contraente, non pare in effetti qui dubbio il ricorrere quanto meno della colpa grave del contraente/assicurato, sotto forma di consapevole rilevanza dell'informazione sulla patologia ipertensiva, a tacer d'altro in considerazione dell'esplicito autonomo rilievo che ad essa risulta essere stato dato, unitamente ad altre condizioni patologiche espressamente nominate, in apposito riquadro del formulario somministrato.

Del pari indubbio appare inoltre al Collego che la dichiarazione reticente o infedelmente resa (sub specie di assenza di una patologia viceversa riscontrata già da almeno ben otto anni, al tempo della sottoscrizione della polizza) 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), di talché la dichiarazione inesatta o reticente dell'assicurato, per determinare gli effetti previsti dagli articolo 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 della circostanza "*che la conoscenza delle circostanze sottaciute avrebbe potuto indurlo 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, possa *ictu oculi* desumersi lo specifico risalto assegnato *ex ante* e con chiarezza a una singola informazione (qui il ricorrere della patologia ipertensiva), poi sottaciuta o infedelmente resa dall'assicurato.

Quanto testé precisato circa i connotati soggettivi (colpa grave) e oggettivi (rilevanza determinante) della dichiarazione reticente resa dall'assicurato, non consente d'altronde di accogliere la domanda subordinata proposta dai ricorrenti, 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