

**Contenzioso assicurativo
(giudiziario e arbitrale)
in materia di
INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE**

Matteo D'Argenio*

* Avvocato in Milano e titolare di cattedra a contratto di diritto internazionale presso l'università IULM di Milano

COPERTURA ASSICURATIVA PER INVALIDITA' NELLE POLIZZE A PROTEZIONE DEL CREDITO (C.P.I.)

1. Normalmente la copertura assicurativa per invalidità totale e permanente viene:
 - riferita ad un certo grado (solitamente non inferiore al 60 / 65%) e
 - parametrata ad un accertamento da effettuare secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali (TU disciplinante la materia di cui al DPR 30.6.1965 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni)
2. Non è raro che, in sede contenziosa, questo assetto venga travisato
 - dagli assicurati (e dai loro difensori)
 - e talvolta anche dai giudici
3. Grande importanza di esplicitare bene nelle condizioni di assicurazione il criterio per la determinazione dell'invalidità (da ribadire chiaramente anche nell'estratto e nella nota informativa)
 - non sembra che possa essere considerata clausola vessatoria, anche se sovente in giudizio gli assicurati formulano contestazioni in questo senso

NOZIONE DI INVALIDITA' INAIL

- INAIL, istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro,
- Concetto di assicurazione a tutela degli infortuni e danni da attività lavorativa (ai quali tutti i dipendenti devono essere assicurati),
- Funzione e portata prettamente assicurativa,
- A conferma di ciò, il Decreto legislativo 38/2000 assegna all'INAIL un ruolo di soggetto attivo nel sistema di protezione sociale, un ruolo volto alla tutela globale della salute dei lavoratori, con competenze esclusive per gli interventi indennitari e con compiti di partecipazione qualificata agli interventi sanitari, di prevenzione e riabilitazione,
- Chiara e diretta attinenza alla dimensione e alla funzione assicurativa
- Tabelle contemplate nel TU disciplinante la materia di cui al DPR 30.6.1965 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni

NOZIONE DI INVALIDITA' INPS

- INPS (istituto nazionale della previdenza sociale) è, invece, il principale ente previdenziale italiano,
- INPS eroga le prestazioni a sostegno del reddito (disoccupazione, malattia, maternità, cassa integrazione guadagni, mobilità e trattamento di fine rapporto) e provvede alle visite mediche per l'accertamento dell'invalidità e dell'inabilità al lavoro,
- Funzione e portata prettamente previdenziale, connotazione sociale
- Essendo diversa la funzione, sono anche diverse le tabelle di determinazione dell'invalidità

CASI IN CUI L'ASSICURATO FOSSE GIÀ STATO INVALIDO AL MOMENTO DELLA STIPULA

Il codice civile (art. 1895) prevede la nullità della polizza /dell'adesione alla polizza collettiva nel caso «*se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto*»:

- mancanza dell'alea che è elemento essenziale del contratto di assicurazione.
- difficilmente però vi è evidenza documentale di una pregressa invalidità INAIL,
- più spesso si ha invece evidenza di una pregressa invalidità INPS,
- possibili difese in giudizio,
- richiamo giurisprudenziale: "*Il contratto di assicurazione, diretto a indennizzare l'assicurato per le conseguenze negative derivanti dalla invalidità permanente, è nullo per inesistenza del rischio qualora tale invalidità sussista prima della conclusione del contratto*" (App. Cagliari 24.1.1992, in Riv. Giur. Sarda 1993, 611, con nota adesiva di Corrias).

CASI IN CUI L'ASSICURATO FOSSE GIÀ STATO AFFETTO DALLE PATOLOGIE CHE LO HANNO POI PORTATO ALL'INVALIDITÀ

1. Rilevanza delle dichiarazioni inesatte eventualmente rese al momento della stipula.
 - Contesto in cui le dichiarazioni sono state rilasciate
 - Questionari
 - Dichiarazione di buono stato di salute
 - Rapporto di interdipendenza tra domanda (della Compagnia) e risposta (dell'Assicurando)
 - I rimedi contrattuali previsti dal codice civile
 - Casi di rilascio della dichiarazione con dolo o colpa grave – annullamento (art. 1892 c.c.)
 - Casi di rilascio della dichiarazione senza dolo o colpa grave - recesso da parte dell'assicuratore (art. 1893 c.c.)
 - Possibili difficoltà della Compagnia nell'avvalersi di questi rimedi:
 - » Difficoltà di stabilire se l'inesattezza della dichiarazione fu dovuta o meno a colpa grave o dolo
 - » Difficoltà nell'impugnare il contratto per annullamento entro 3 mesi dalla scoperta
 - » Difficoltà nel recedere dal contratto entro 3 mesi dalla scoperta

SEGUE (I)

- I rimedi in sede di esecuzione del contratto / in sede contenziosa
 - Terzo comma dell'art. 1892 c.c. «*Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente [tre mesi dalla scoperta della reticenza, ndr.] egli [l'assicuratore, ndr.] non è tenuto a pagare*».
 - Applicabilità ai sinistri che si verificano prima della scoperta della reticenza
 - *Ratio*: consentire il rifiuto all'assicuratore che scopre l'inesattezza (dolosa o gravemente colposa) solo dopo che si è verificato il sinistro, vale a dire in un momento in cui il rimedio dell'annullamento sarebbe comunque inefficace per evitare il pagamento, vista la sua efficacia ex nunc
 - Maggiore facilità per la Compagnia nell'avvalersi di questo rimedio,
 - Minore spettro di utilizzo: solo nei casi di dichiarazioni inesatte rilasciate con dolo o, quanto meno, con colpa grave
 - Occorre pertanto un buon supporto documentale per poter invocare questo rimedio; possibilità di fare istanza ex art. 210 o, meglio, 213 c.p.c.
 - Precedenti giurisprudenziali: Cass. Civ. Sez. III Sent. 4.1.2010 n. 11 (*"In tema di assicurazione, a norma dell'art. 1892, secondo e terzo comma, codice civile, se l'assicuratore viene a conoscenza di dichiarazioni inesatte dell'assicurato – ascrivibili a sua dolosa preordinazione o a grave errore di valutazione e tali da influire sulla valutazione del rischio – solo a seguito del verificarsi dell'evento oggetto di assicurazione, egli può limitarsi a rifiutare il pagamento dell'indennità, eccettuando la violazione di un onere che la legge pone a carico dell'assicurato"*)
 -

SEGUE (II)

- Trattandosi di rimedio previsto dall'art. 1892 c.c., occorre comunque che vengano rispettati i tre requisiti identificati dalla Giurisprudenza di legittimità, vale a dire:
 - a) l'obiettiva inesattezza della dichiarazione (la Compagnia deve poter documentare l'esistenza della patologia taciuta),
 - b) il dolo o colpa grave con cui questa venne resa (la Compagnia deve poter documentare la conoscenza da parte dell'assicurato della patologia taciuta / importante la data di diagnosi),
 - c) il fatto che la dichiarazione sia stata determinante del consenso (la Compagnia deve poter convincentemente sostenere che mai avrebbe accettato di assicurare il soggetto in presenza di della patologia poi scoperta - cfr. Cass. Civ., Sez. III, 21.7.2006 n. 16769).
- La precisa illustrazione delle conseguenze cui l'assicurando va incontro in caso di inesattezza nelle dichiarazioni va comunque inserita nelle condizioni di assicurazione (e nella nota informativa e nel documento di sintesi)

SEGUE (III)

2. Rilevanza della patologia preesistente rispetto ad eventuali clausole di esclusione dalla copertura.
 - Possibile clausola di esclusione: *"Le coperture sono escluse in caso di infortuni già verificatesi e malattie note o diagnosticate alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro sequiti e conseguenze".*
 - Natura della clausola: vessatoria, abusiva o efficace?
 - Limitazione di responsabilità
 - Squilibrio delle prestazioni a carico delle parti
 - delimitazione dell'oggetto del contratto
 - Necessità, in ogni caso, di offrire la prova del nesso eziologico
 - Documentazione medica specifica (rara)
 - Relazione del medico curante
 - Certificato cause del decesso
 - CTU

COLLOCAZIONE NEL TEMPO DELL'INSORGENZA DELL'INVALIDITA'

- Individuazione del *dies a quo* per l'erogazione della prestazione (*quantum debeat*)
 - Interesse dell'assicurato a collocare indietro nel tempo l'insorgenza dell'invalidità, al fine di ottenere una più consistente prestazione assicurativa
- Incidenza di eventuali patologie preesistenti rispetto all' *an debeat* da parte della Compagnia
 - Interesse dell'assicurato a collocare avanti nel tempo l'insorgenza dell'invalidità, al fine di slegarla e distinguerla da eventuali patologie preesistenti e rilevanti ai fini dell'esclusione vista sopra
- Ma, al di là degli interessi di parte, quando è corretto collocare nel tempo l'insorgenza dell'invalidità?
 - Dalla insorgenza della patologia?
 - Dalla diagnosi della patologia?
 - Dalla data di presentazione della domanda di invalidità?
 - Dalla data della visita di accertamento?
 - Dalla comunicazione dell'esito della visita di accertamento all'interessato?

•

SEGUE: COLLOCAZIONE NEL TEMPO DELL'INSORGENZA DELL'INVALIDITA'

- Risposta preferibile: la data da tenere in considerazione è quella della presentazione della domanda di accertamento della invalidità; è infatti in quel momento che l'interessato ritiene di aver diritto alla prestazione (previdenziale o assicurativa) in relazione alle patologie che sente/sa essere presenti.