

CODICE CIVILE

LIBRO IV
DELLE OBBLIGAZIONI
Titolo III
DEI SINGOLI CONTRATTICapo XX
DELL'ASSICURAZIONESEZIONE I
Disposizioni generaliArt. 1882
(Nozione)

1. L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.

Il Codice civile disciplina, dedicandovi l'intero Capo XX (posto all'interno del Libro IV, intitolato alle obbligazioni, e del Titolo III, relativo ai singoli contratti), i contratti di assicurazione e, dopo aver dettato, nella sezione prima, le disposizioni generali da intendersi comuni (artt. 1882-1903), riserva una specifica regolamentazione all'assicurazione contro i danni nella sezione seconda (artt. 1904-1918), all'assicurazione sulla vita nella sezione terza (artt. 1919-1927) ed alla riassicurazione nella sezione quarta (artt. 1928-1931).

Il riassetto normativo delle disposizioni in materia di assicurazioni private (d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, Codice delle assicurazioni private) ha peraltro lasciato sostanzialmente immutata tale disciplina, ad eccezione di una integrazione al testo dell'art. 1902 c.c. (in materia di trasferimento di portafoglio, di fusione e di scissione) e, in ogni caso, facendo più genericamente salvo "quanto diversamente disposto" all'interno del nuovo corpo normativo (v. art. 165 c.a.p.).

La definizione: l'art. 1882 c.c. detta la nozione del contratto assicurativo facendo propria quella che è la tradizionale bipartizione in materia poiché, all'identico obbligo dell'assicurato di pagare un premio, contrappone, in alternativa, le due divergenti prestazioni dell'assicuratore: la prima peculia-

re delle assicurazioni contro i danni («rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro») e l'altra delle assicurazioni sulla vita («pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana»).

Così, la stessa terminologia utilizzata dal legislatore mostra da subito le diversità concettuali che caratterizzano le due fattispecie e che le contraddistinguono: nella prima, si fa preciso richiamo all'obbligo per l'assicuratore di tenere indenne l'assicurato dai danni provocati da un evento a lui sfavorevole e, per quanto riguarda la seconda, alla corresponsione di un capitale o di una rendita (termini, quindi, aventi un significato diverso e ben più ampio di quello di indennizzo o di risarcimento) al realizzarsi di un evento relativo alla durata della vita umana (definizione quest'ultima del tutto neutrale in quanto consente di contenere in sé tanto un fatto avverso all'esistenza, qual è la morte, quanto il suo opposto rappresentato dalla sopravvivenza).

E i pur lodevoli sforzi effettuati nel tempo dalla dottrina per ricondurre ad unità tale bipartizione non sono mai giunti ad un risultato utile e condivisibile, dovendosi a questo punto trarre la conclusione che non tanto è mancata ai giuristi la capacità di risolvere il problema, quanto che è la stessa natura e intrinseca diversità delle due anzidette forme di assicurazione ad impedire qualsivoglia univoca soluzione.

La riprova, ove necessaria, è data anche dalla constatazione che la stessa disciplina comunitaria in materia si compone, di volta in volta e sin dall'ormai lontano 1973, di coppie di direttive destinate a regolamentare in modo distinto l'esercizio dell'attività assicurativa nel settore danni o in quello vita.

E, per di più, è lo stesso legislatore che, nel voler dettare delle disposizioni comuni a tutti i contratti assicurativi, è poi costretto a precisare che alcune di esse (v. l'art. 1899 c.c. e l'ultimo comma dell'art. 1901 c.c.) non si applicano alle assicurazioni sulla vita, aprendo così la strada all'evidente considerazione che, di conseguenza, debbono esistere altre forme assicurative diverse dalle due fattispecie espressamente regolate, e che rappresentano, quindi, una terza specie (ad es. la riassicurazione) ovvero si configurano come un genere misto che contiene elementi propri dell'una e dell'altra.

Il che corrisponde a verità, considerato che esistono anche le tradizionali assicurazioni contro i danni alla persona (infortuni, malattie) nelle quali ad un evento certamente dannoso per l'assicurato (il che le accomuna alle assicurazioni contro i danni) corrisponde una prestazione forfetaria liberamente predeterminata (come nell'assicurazione sulla vita); inoltre, nuove tipologie, a volte non facilmente classificabili, sono state e si vanno ancora ideando come risposta alle crescenti richieste di un mercato sempre più com-

plesso e concorrenziale, e la cui realizzazione è consentita in virtù di quell'ampio spazio di autonomia concesso ai privati, che ha costantemente contraddistinto il settore.

Dovendosi, inoltre, aggiungere che le due tradizionali categorie possono a loro volta essere ulteriormente suddivise (v. *infra*), e che le disposizioni dettate all'interno delle apposite sezioni ad esse dedicate in realtà non sempre sono comuni a tutte le rispettive sottospecie.

Perciò è solo percorrendo una strada diversa da quella seguita dal legislatore che può essere trovata una funzione da considerarsi comune a tutti i contratti assicurativi.

In questo senso, guardando alla loro struttura, vi è la constatazione che tutti presentano gli elementi del premio, dell'obbligazione dell'assicuratore e della previsione di un evento futuro e incerto (il rischio), nel mentre la causa può essere individuata nel trasferimento del rischio dall'assicurato all'assicuratore; e, tuttavia, questo di per sé potrebbe non contraddistinguergli ancora da altre tipologie quali, ad esempio, alcuni contratti di natura del tutto speculativa o la scommessa (che non a caso è disciplinata dal legislatore negli artt. 1933 ss. e cioè immediatamente successivi a quelli dedicati all'assicurazione).

Ciò che, invece, è solo proprio del contratto di assicurazione è la necessaria compresenza di un assicuratore che sia organizzato in modo imprenditoriale per il sistematico svolgimento dell'attività assicurativa e sia, così, in grado di neutralizzare il rischio assunto con il singolo contratto mediante il suo inserimento all'interno di una massa di rischi omogenei, nonché di determinare su basi tecniche l'entità del premio richiesto.

In sostanza, è solo ricorrendo ad un elemento di per sé estraneo al contratto e potendo riconoscere alla qualità imprenditoriale dell'assicuratore rilevanza causale che può essere ravvisata una funzione comune a tutti i contratti assicurativi.

E se ciò è vero, ne consegue che non potrebbe essere considerato quale contratto assicurativo quello in cui uno dei contraenti non è un'impresa di assicurazione (v. *sub art.* 1883).

Il contratto: non vi è dubbio, stante la stessa lettera dell'articolo in esame, che il contratto di assicurazione sia un contratto *sinallagmatico* ossia a prestazioni corrispettive, dato che all'obbligo di versamento del premio facente capo all'assicurato corrisponde non tanto quello dell'assicuratore di pagare un indennizzo, un capitale o una rendita al verificarsi del rischio dedotto in contratto (poiché tale prestazione è solo eventuale) quanto quello di garantire la copertura di questo nei limiti convenuti.

Si tratta, altresì, di un contratto che si perfeziona col solo consenso del-

le parti (ossia è *consensuale*) in quanto il premio, pur dovendo essere pagato in via anticipata (v. l'art. 1901 c.c.), costituisce solo il momento in cui diviene efficace la garanzia prestata dall'assicuratore (a fronte, quindi, di un contratto che di per sé è già valido; sempre che non siano proprio le parti a renderlo reale subordinandone la stessa validità alla corresponsione del premio come, ad esempio, nelle assicurazioni sulla vita a rendita immediata).

Il contratto di assicurazione è, inoltre, tradizionalmente considerato un contratto *aleatorio* poiché, al momento della sua conclusione, le parti non sono in grado di conoscere se il rischio descritto si verificherà nel periodo di efficacia della garanzia e, in particolare, l'assicurato non sa se riceverà, a fronte del premio già pagato, l'indennizzo o il capitale dall'assicuratore, e questi, a sua volta, se sarà obbligato alla prestazione promessa o, in ogni caso, se l'insieme dei premi raccolti a fronte della massa dei rischi omogenei assunti sarà sufficiente a soddisfare tutti i pagamenti dovuti.

E trattandosi di un contratto aleatorio non troveranno applicazione le disposizioni del Codice civile in tema di rescissione per lesione (art. 1448 c.c.) e di risoluzione per eccessiva onerosità (artt. 1467 ss. c.c.).

L'inserimento del contratto di assicurazione fra quelli aleatori richiede, comunque, qualche ulteriore considerazione.

Da un punto di vista economico, infatti, l'assicuratore è in grado di ripartire i rischi fra gli assicurati con sempre maggior precisione in funzione del progressivo perfezionamento dei dati statistici, di tal che, ove questi fossero del tutto esatti, egli potrebbe escludere completamente ogni carattere aleatorio dalla propria attività, conoscendo sin da principio il preciso numero dei sinistri che si verificheranno all'interno della massa dei rischi omogenei assicurati e il relativo costo.

Pur avendo, così, eliminato ogni elemento di rischio, l'assicuratore, tuttavia, non potrebbe mai identificare in anticipo per quali, fra tutti i contratti sottoscritti, egli sarebbe successivamente obbligato ad eseguire la prestazione: il che significa che, in ogni caso, rimarrebbe invariato il carattere aleatorio del singolo contratto.

La prassi degli ultimi decenni ha, tuttavia, portato allo sviluppo, nell'ambito delle assicurazioni sulla vita, di forme di investimento di capitali formati con i premi e nelle quali il rischio finanziario è destinato a rimanere ad esclusivo carico dell'assicurato; si tratta, quindi, di operazioni in cui l'alca dell'assicuratore è pressoché inesistente e correlata (ove presente) unicamente ad un trascurabile contenuto di natura realmente assicurativa (per fare fronte al quale è corrisposta solo una minima parte del premio complessivo).

La tipologia: si è già riferito della tradizionale suddivisione dei contratti in assicurazione contro i danni e in assicurazione sulla durata della vita, e si è altresì ricordato che la distinzione è stata fatta propria anche dalle direttive comunitarie; questa trova fondamento, da un punto di vista imprenditoriale, prima di tutto nella diversa attendibilità dei dati statistici che stanno alla base dell'attività assicurativa (prima ancora che della determinazione del premio): sono, infatti, molto più affidabili e costanti le tavole demografiche rispetto a quelle attuariali utilizzate per l'assicurazione contro i danni, nelle quali il calcolo delle probabilità è connotato da un maggior empirismo e, per di più, è facilmente mutevole nel tempo.

Le due specie, inoltre, possono essere ulteriormente articolate in sottotipi, e, in particolare, quella contro i danni, in relazione all'oggetto della garanzia, in assicurazione di cose (furto, incendio, ecc.), del patrimonio (responsabilità civile, crediti, tutela legale, spese di cura, ecc.) e della persona (infortuni e malattie) e quella sulla vita, in relazione all'evento, in assicurazione per il caso di morte (a vita intera o temporanea) o di sopravvivenza (a capitale o rendita differita oppure, all'inverso, a rendita immediata) o, ancora, miste (in cui la prestazione dell'assicuratore è dovuta sia nel caso morte sia in quello vita).

Lo stesso legislatore, in attuazione delle direttive comunitarie, ha dato una propria classificazione, suddividendo entrambe le specie in numerosi rami (v., ora, il primo comma dell'art. 2 c.a.p. per quanto riguarda le assicurazioni sulla vita, ed il terzo comma del medesimo articolo per le assicurazioni contro i danni).

Sennonché, anche dalla lettura delle stesse disposizioni legislative, risalta la problematicità (che non è solo sistematica, v. *infra*) di una appropriata collocazione di quei rischi da cui possono derivare **danni alla persona**, potendo essere autorizzate ad assumerli sia le imprese che svolgono la propria attività assicurativa nel ramo danni sia (seppure solo in via complementare) quelle operanti nel ramo vita.

Si tratta, in ogni caso, di tipologie in cui la prestazione dell'assicuratore è certamente legata al verificarsi di un evento dannoso per l'assicurato, come risulta dall'ormai tradizionale definizione contrattuale di **infortunio** (*ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano come conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'invalidità temporanea dell'assicurato*) o di **malattia** (*ogni alterazione dello stato di salute dell'assicurato non dipendente da infortunio*), e nelle quali, tuttavia, stante l'impossibilità di individuare con criteri oggettivi il valore della persona umana, diviene inevitabile il ricorso ad una valutazione convenzionale predeterminata, il che, sotto questo punto di vista, le rende del

tutto simili alle assicurazioni sulla vita e, all'inverso, estranee a quelle contro i danni che sono caratterizzate dal principio indennitario.

Costituiscono, quindi, forme di assicurazione *miste* (per alcuni, invece, realizzerebbero un genere a sé stante) la cui larga diffusione nella pratica ha determinato il formarsi di contratti socialmente tipici e che, peraltro, i redattori del Codice non hanno ritenuto di disciplinare autonomamente (l'unica menzione è contenuta nell'ultimo comma dell'art. 1916 c.c.), dando così luogo alla ricerca delle disposizioni (oltre a quelle generali) di volta in volta applicabili (direttamente o in via analogica) fra quelle che sono proprie di ciascuna delle due specie positivamente regolamentate, ricerca che, peraltro, non sempre ha portato a risultati unanimemente condivisi.

A questo (in particolare secondo una sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione) si potrebbe aggiungere, per quanto riguarda le *polizze infortuni*, la necessità di un'ulteriore distinzione in funzione del rischio coperto, applicandosi la disciplina dettata per l'assicurazione contro i danni nel caso l'infortunio abbia determinato inabilità o invalidità, ovvero prevalentemente quella dettata per l'assicurazione sulla vita, nel caso l'infortunio abbia comportato la morte dell'assicurato.

Il silenzio del legislatore, relativo alle polizze infortuni e malattie, si accompagna all'analogo silenzio che molte volte contraddistingue l'intero comparto assicurativo nel quale (lo si è già ricordato) prevale l'ampio spazio di autonomia concesso ai privati: il che ha comportato e comporta la genesi di sempre nuove tipologie contrattuali la cui disciplina trova fonte prevalente nelle condizioni generali contenute nelle stesse polizze predisposte dall'assicuratore.

Fanno eccezione a tale assunto, oltre alle assicurazioni sociali ed alla gestione dei fondi pensione integrativi, solo alcune assicurazioni della responsabilità civile la cui stipulazione è, ricorrendone i presupposti, resa obbligatoria dalla legge (v. *sub art.* 1917 c.c.) e poche altre, fra le quali il Codice delle assicurazioni private, disciplina espressamente le operazioni di capitalizzazione, le assicurazioni di tutela legale e quelle di assistenza (v., *infra*, in Appendice).

Giurispr.: Cass. 29 novembre 2004, n. 22386; Cass., S.U., 10 aprile 2002, n. 5119; Cass. 4 febbraio 2000, n. 1239; Cass. 15 gennaio 1997, n. 373; Cass. 30 ottobre 1985, n. 5319.

Art. 1883

(Esercizio delle assicurazioni)

1. L'impresa di assicurazione non può essere esercitata che da un istituto di diritto pubblico o da una società per azioni e con l'osservanza delle norme stabilite dalle leggi speciali.

Il legislatore, a tutela degli assicurati e, più in generale, del mercato, consente lo svolgimento dell'attività assicurativa unicamente a quei soggetti la cui organizzazione imprenditoriale è in grado di ripartire i rischi assunti fra una molteplicità di rapporti assicurativi del medesimo tipo, garantendo così il pagamento delle somme dovute.

L'esercizio dell'attività di assicurazione, infatti, concretizza un'attività d'impresa (art. 2195 c.c.) ed è riservato dalla legge unicamente a soggetti costituiti sotto forma di società per azioni, cooperative a responsabilità limitata o di mutua assicurazione le cui quote di partecipazione siano rappresentate da azioni, nonché alle società europee attualmente regolamentate dal solo diritto comunitario (art. 14 c.a.p. che ha sostituito gli artt. 5, d.lgs. n. 174 del 1995 e 7, d.lgs. n. 175 del 1995); le società, inoltre, debbono essere state autorizzate (per uno o più rami danni o vita) all'esercizio delle assicurazioni dall'ISVAP e sono assoggettate alla vigilanza ed agli altri controlli previsti dalle leggi speciali.

Restano pertanto sempre escluse dalla possibilità di svolgere l'attività assicurativa le persone fisiche e le società costituite sotto forme diverse da quelle appena indicate.

Le imprese che esercitano attività di assicurazione senza la relativa autorizzazione debbono necessariamente essere poste in liquidazione coatta amministrativa (art. 265 c.a.p. che ha sostituito gli artt. 68, d.lgs. n. 174 del 1995 e 79, d.lgs. n. 175 del 1995); tuttavia la violazione del divieto non comporta l'automatica invalidità del contratto, riconoscendosi, infatti, al solo contraente o assicurato il diritto di farne valere la nullità, ottenendo così la restituzione dei premi pagati (art. 167 c.a.p. che ha sostituito l'art. 75, d.p.r. n. 449 del 1959, T.U. delle leggi sull'esercizio delle assicurazioni private, richiamato rispettivamente dagli artt. 68, d.lgs. n. 174 del 1995 e 79, d.lgs. n. 175 del 1995, il quale attribuiva all'assicurato unicamente il diritto di risolvere il rapporto alla scadenza dell'ultima rata di premio pagata e purché la volontà di recedere fosse stata comunicata almeno cinque giorni prima di tale scadenza).

Di fatto inesistente, dopo la "privatizzazione" dell'INA, l'esercizio dell'attività assicurativa da parte di un istituto di diritto pubblico (l'ultimo rimasto era la Cassa di previdenza per l'assicurazione degli sportivi-Sportass, soppressa dal 1° ottobre 2007, che assicurava, senza fini di lucro, i danni da infortunio o arrecati a cose o persone dall'esercizio di un'attività sportiva).

Giurispr.: Cass. 19 gennaio 1995, n. 586; Cass. 17 novembre 1984, n. 5875.

Art. 1884

(Assicurazioni mutue)

1. Le assicurazioni mutue sono disciplinate dalle norme del presente capo, in quanto compatibili con la specialità del rapporto.

In via astratta sono possibili due differenti tipi di mutue assicuratrici: quelle "a ripartizione" in cui i soci si obbligano a suddividere fra tutti l'ammontare dei danni patiti da solo alcuni fra loro in un determinato periodo (senza, pertanto, inizialmente versare alcunché e senza poter preventivamente conoscere la somma che a posteriori saranno chiamati a pagare), e quelle a quota fissa in cui sin da principio è costituito un fondo di garanzia per fare fronte ai sinistri con l'apporto finanziario dei soci.

Il legislatore, richiedendo l'esistenza di un patrimonio sociale (art. 2546 c.c.) e la costituzione di un fondo di garanzia (art. 2548 c.c.), ha inteso regolamentare solo le mutue di assicurazione a quota fissa, vietando in seguito espressamente quelle a ripartizione (art. 12 c.a.p. che ha sostituito l'art. 3, d.p.r. n. 449 del 1959, T.U. delle leggi sull'esercizio delle assicurazioni private).

Ulteriori prescrizioni e limitazioni all'attività di particolari mutue assicuratrici (c.d. "piccole") sono ora poste dagli artt. 52-56 c.a.p. (che hanno sostituito gli artt. 4, d.lgs. n. 174 del 1995 e 5, d.lgs. n. 175 del 1995 e che, a loro volta, facevano richiamo alle disposizioni contenute nel T.U.).

Le mutue assicuratrici, inoltre, si distinguono dalle società cooperative (la cui disciplina, tuttavia, ex art. 2547 c.c., si estende alle prime se "compatibile con la loro natura") in quanto, pur perseguendo entrambe una finalità mutualistica, le seconde presuppongono che l'acquisizione della qualità di socio preceda necessariamente l'eventuale stipulazione di uno o più contratti assicurativi; nelle mutue, invece, si è soci perché si è assicurati e l'estinguersi dell'assicurazione comporta la perdita della qualità di socio (art. 2546 c.c.), realizzandosi così una piena partecipazione, in un unico contratto, del rapporto sociale con quello assicurativo.

È, in ogni caso, consentita, seppure entro determinati limiti, la partecipazione di soci (sovrventori) che si limitino a contribuire alla costituzione del fondo di garanzia (art. 2548 c.c.), così come si ritiene essere ammessa la stipula di contratti di assicurazione con terzi non soci.

Quanto alla disciplina dei contratti assicurativi, si ritengono generalmente non applicabili (perché non compatibili con la specialità del rapporto) le norme relative all'assicurazione stipulata per conto altrui ovvero per conto di chi spetta (di cui all'art. 1891 c.c.), ipotesi nelle quali la mancata coincidenza fra contraente ed assicurato è in contrasto con la natura delle mutue assicuratrici ove il contraente-socio è anche l'assicurato.

Art. 1885

(Assicurazione contro i rischi della navigazione)

1. Le assicurazioni contro i rischi della navigazione sono disciplinate dalle norme del presente capo per quanto non è regolato dal Codice della navigazione.

Le assicurazioni contro i rischi della navigazione marittima ed aerea sono disciplinate dagli artt. 514-547 e 996-1021 del Codice della navigazione.

Tuttavia le norme del Codice civile in materia assicurativa assumono carattere generale e trovano applicazione anche nel settore della navigazione nel caso questo non regoli in modo specifico una determinata fattispecie.

Ad esempio, nel silenzio del Codice della navigazione, trova applicazione l'art. 1901 c.c. (sospensione della garanzia assicurativa sino al momento del pagamento del premio).

Giurispr.: Cass. 25 ottobre 1984, n. 5438.

Art. 1886

(Assicurazioni sociali)

1. Le assicurazioni sociali sono disciplinate dalle leggi speciali. In mancanza si applicano le norme del presente capo.

Pur essendo sorte sotto forma di assicurazione privata, la progressiva realizzazione del *Welfare State* con la conseguente necessità di garantire a tutti i cittadini una minima tutela di alcuni diritti fondamentali, ha profondamente modificato la natura delle assicurazioni sociali le quali trovano ormai la loro regolamentazione in numerose leggi speciali in cui il ruolo dell'assicuratore è affidato, di norma, ad un soggetto pubblico e dove vigono principi (quali l'obbligatorietà, la solidarietà, la ripartizione degli oneri fra generazioni diverse e l'automaticità della prestazione) che sono del tutto estranei a quelli propri del sistema economico privato.

Tuttavia, trattandosi di principi generali del nostro ordinamento in materia assicurativa ed in funzione dell'esplicito richiamo contenuto nella disposizione in esame, si è ritenuto che trovino applicazione anche nell'ambito delle assicurazioni sociali disciplinate dalle leggi speciali gli artt. 1895 c.c. (il rischio costituisce presupposto essenziale di ogni forma assicurativa), 1897 c.c. (la diminuzione del rischio comunicata all'assicuratore comporta la riduzione del premio, sebbene, in virtù del carattere obbligatorio dell'assicurazione, a quest'ultimo non sia, in ogni caso, consentito di recedere dal contratto), 1901 c.c. (in assenza di apposita norma speciale, il mancato pagamento dei contributi obbligatori preclude l'erogazione del trattamento

to pensionistico), e 1916 c.c. (in tema di surrogazione dell'assicuratore che ha pagato).

Giurispr.: Cass. 15 maggio 2003, n. 7602; Cass. 26 marzo 2003, n. 4460; Cass. 26 marzo 1996, n. 2646; Cass. 4 febbraio 1993, n. 1368; Cass. 14 dicembre 1992, n. 13173; Cass. 22 gennaio 1988, n. 495.

Art. 1887

(Efficacia della proposta)

1. La proposta scritta diretta all'assicuratore rimane ferma per il termine di quindici giorni, o di trenta giorni quando occorre una visita medica. Il termine decorre dalla data della consegna o della spedizione della proposta.

La proposta: Come si è detto, il contratto di assicurazione è consensuale e si conclude, secondo il principio generale (art. 1326 c.c.), nel momento in cui il proponente è posto a conoscenza dell'accettazione della controparte, restando, pertanto, a questi fini, indifferenti (salve apposite pattuizioni) ulteriori adempimenti quali il pagamento del premio o la consegna della polizza.

Contrariamente alla prassi che spesso vede agenti (o altri incaricati a vario titolo dalle assicurazioni) sollecitare la stipulazione di contratti a copertura dei più diversi rischi, il legislatore ha disciplinato l'ipotesi in cui il proponente è colui che intende contrarre con l'assicuratore, anche se nella quasi totalità dei casi, questi si limiterà a sottoscrivere un modulo predisposto, già completo in tutti i suoi elementi e contenente tutte le condizioni generali e particolari.

È proprio avendo presente questa realtà che ora il nostro legislatore, anche recependo la normativa comunitaria, non solo obbliga in via generale l'assicuratore a redigere in modo chiaro e completo il contratto e ogni altro documento consegnato al contraente, nonché a riportare con caratteri di particolare evidenza le clausole che possono comportare decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie od oneri (art. 166 c.a.p.), ma dedica altresì un apposito titolo del Codice delle assicurazioni private (più esattamente il Titolo XIII che ha sostituito gli artt. 109, d.lgs. n. 174 del 1995 e 123, d.lgs. n. 175 del 1995) alla **trasparenza delle operazioni** ed alla **protezione dell'assicurato**, dettando una serie di disposizioni che riguardano sia l'offerta sia l'esecuzione del contratto (e mostrando così una tendenza all'uniformità delle regole che sovrintendono l'offerta di prodotti finanziari, di qualunque natura essi siano ed indipendentemente dal soggetto produttore ed offerente - impresa bancaria, finanziaria o assicurativa che sia - e dalle modalità di svolgimento dell'offerta).

In particolare (rinviando al capitolo 13 per un più attento quanto necessario esame della normativa di secondo livello, che applica ed integra quella legislativa) si disciplina la pubblicità dei prodotti assicurativi (art. 182 c.a.p.), imponendone la correttezza e la conformità alle condizioni contrattuali, nonché si vincola l'assicuratore (e gli eventuali intermediari, v. *sub* art. 1903 c.c.) al rispetto di precise regole di comportamento (*in primis* la diligenza, la correttezza e la trasparenza nei confronti degli assicurati), autorizzando l'ISVAP a specificare con maggiore dettaglio il contenuto di tali regole (art. 183 c.a.p.).

E, per quanto attiene di più alla materia in esame, si stabilisce, altresì, l'obbligo dell'assicuratore di consegnare al contraente, prima della conclusione del contratto (ed insieme alle condizioni di assicurazione), una *nota informativa* contenente gli elementi a questi necessari per esprimere un fondato giudizio non solo sui diritti e gli obblighi contrattuali, ma pure, ove necessario, sulla situazione patrimoniale della compagnia (art. 185 c.a.p.).

È compito dell'ISVAP determinare il contenuto e lo schema della nota informativa con particolare riferimento, fra l'altro, agli obblighi assunti dall'assicuratore, alle esclusioni e limitazioni delle garanzie, alle nullità e alle decadenze, nonché ai diritti e agli obblighi facenti capo all'assicurato tanto durante la vigenza del contratto che in caso di sinistro.

È, inoltre, concessa all'assicuratore la facoltà di richiedere in via preventiva all'ente di vigilanza un accertamento sulla conformità del contenuto della nota informativa alle prescrizioni di legge e regolamentari (art. 186 c.a.p.).

All'ISVAP è, infine, consentita l'adozione di apposite misure di sospensione in via cautelare e di interdizione della commercializzazione di uno o più prodotti in caso di violazione da parte dell'assicuratore degli obblighi anzidetti (art. 184 c.a.p.), nonché attribuita, sempre a protezione degli assicurati, la facoltà di chiedere eventuali integrazioni alla nota informativa (art. 187 c.a.p.).

Ulteriori cautele, sempre a tutela del contraente, sono previste per i principali rami delle *assicurazioni sulla vita* sia per quanto riguarda la necessità di corredare la nota informativa di ulteriori elementi (v. l'ultimo comma dell'art. 185 c.a.p.) sia garantendo all'assicurato il diritto di *revoca della proposta* (con precisa deroga, quindi, al dettato della disposizione in esame) e quello di *recesso dal contratto* entro trenta giorni dalla sua conclusione (v. gli artt. 176 e 177 c.a.p. che hanno sostituito gli artt. 111 e 112 d.lgs. n. 174 del 1995).

La tutela del contraente, sempre in sede precontrattuale, si completa con gli ulteriori obblighi di informazione, facenti capo agli intermediari assicurativi (v. *sub* art. 1903), di cui all'art. 120 c.a.p. ed alla conseguente regolamentazione emanata da parte dell'ISVAP.

Ipotesi, invece, del tutto diversa da quella sin qui rappresentata (e che è utilizzata sempre più di frequente), si ha quando l'assicuratore predispone il testo contrattuale in tutti i suoi elementi e ne consente l'accettazione da parte di chiunque attraverso strumenti meccanici (es. polizze vita negli aeroporti) o informatici (*internet*); in questo caso troveranno applicazione le norme relative all'offerta al pubblico (art. 1336 c.c.).

Ritornando all'esame della disposizione, l'art. 1887 c.c. (con ciò derogando al principio generale posto dall'art. 1328 c.c. che consente la revoca della proposta sino al momento della conclusione del contratto) statuisce l'irrevocabilità della proposta scritta (e completa in tutti i suoi elementi) diretta all'assicuratore al fine di consentire a questi di valutare correttamente il rischio e di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese dall'assicurando.

Il termine, alquanto breve, fissato in quindici giorni (trenta nel caso si renda necessaria una visita medica) è, quindi, certamente posto nell'interesse dell'assicuratore tanto da non poter essere da questi prolungato, ma eventualmente solo ridotto (art. 1932 c.c.), e, tuttavia, in realtà, lo è anche a tutela del proponente al fine di consentire a questi di non restare privo di assicurazione per un periodo eccessivo, e consentendogli, se del caso, di ricercare con immediatezza soluzioni alternative, dato che la maggior parte della dottrina ritiene che, decorso inutilmente il termine anzidetto d'irrevocabilità, la proposta debba ritenersi automaticamente decaduta (con la conseguenza che un'eventuale accettazione tardiva da parte dell'assicuratore lascerebbe libero l'assicurando di concludere il contratto dandone, *ex art.* 1326 c.c., immediato avviso all'altra parte).

Il decesso del proponente prima che pervenga l'accettazione dell'assicuratore consente comunque la conclusione del contratto qualora il rischio coperto permanga; ovviamente, ciò non potrà verificarsi nell'ipotesi di assicurazione per il caso morte.

L'accettazione: L'accettazione deve essere conforme alla proposta, dovendosi altrimenti considerare quale una nuova proposta (art. 1326 c.c.).

Non è prescritta alcuna forma particolare, pertanto l'accettazione (salve disposizioni particolari come nel caso della R.C. auto) potrà essere comunicata anche solo a voce o telefonicamente, ma, comunque, dovrà essere data in forma espressa; alla sua ricezione il contratto dovrà considerarsi concluso.

Il comportamento concludente dell'assicurando o la sua sottoscrizione del documento assicurativo, pur se predisposto dalla stessa controparte e anche se accompagnato dal pagamento del premio, non consentono, invece, la conclusione del contratto, richiedendosi sempre l'accettazione da parte dell'assicuratore.

In questo senso non sarà sufficiente la sottoscrizione della polizza anche

da parte dell'incaricato dell'assicuratore (che, probabilmente, è stato proprio il soggetto che lo ha sollecitato e promosso) sempre che non si tratti di un agente a ciò espressamente autorizzato (v. *sub* art. 1903 c.c.).

La copertura provvisoria. Considerato il lasso di tempo intercorrente affinché si incontrino proposta ed accettazione, e ad evitare che il proponente rimanga nel frattempo scoperto di garanzia assicurativa, si è diffusa nella prassi la possibilità di stipulare un contratto assicurativo (che è tale a tutti gli effetti) volto a consentire la copertura del rischio per il breve periodo necessario alla conclusione del contratto definitivo.

Al fine di fornire prova dell'esistenza di tale contratto, l'assicuratore rilascia una dichiarazione che è denominata "nota di copertura".

Tuttavia, sempre con lo stesso nome è altresì identificata anche l'attestazione dell'assicuratore che dichiara che un contratto assicurativo è stato regolarmente concluso e che è in corso l'emissione della polizza, essendo nel frattempo l'assicurato comunque garantito.

Pur uguali nella denominazione, le due diverse tipologie di "nota di copertura" hanno, quindi, contenuto giuridico diverso, attestando le prime l'esistenza di un contratto assicurativo autonomo e provvisorio, idoneo a coprire un rischio durante il processo formativo del contratto definitivo (ancora, pertanto, libere le parti di addivenire o no alla conclusione di questo), e fornendo prova le seconde, con dichiarazione di parte, di un contratto che si è già concluso e la cui documentazione è solo in fase di perfezionamento, garantendo, in ogni caso, la sua immediata efficacia.

Giurispr.: Cass. 31 gennaio 2008, n. 2390; Cass. 11 gennaio 2005, n. 367; Trib. Roma 17 febbraio 2000; Cass. 26 gennaio 1988, n. 661; Cass. 15 dicembre 1987, n. 9298; Cass. 21 novembre 1983, n. 6932; Cass. 15 dicembre 1981, n. 6621.

Art. 1888

(Prova del contratto)

1. Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.
2. L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.
3. L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

Per il perfezionamento di un contratto di assicurazione la forma è libera.

Tuttavia, anche se non è richiesta *ad substantiam*, la forma scritta si rende necessaria per comprovare l'esistenza del contratto e del suo contenuto (*ad probationem*).

Ne deriva che l'obbligo del requisito formale può essere ottemperato anche in un momento successivo a quello di conclusione del contratto, avendo la sola funzione di documentarne il perfezionamento e di dare certezza delle numerose pattuizioni che sempre accompagnano la stipula di un contratto complesso qual'è quello assicurativo.

La prassi ha, in proposito, creato un documento particolare (redatto su modulo a stampa, predisposto e rilasciato dall'assicuratore) denominato "polizza di assicurazione" e contenente l'indicazione di tutti gli elementi principali del contratto, nonché, direttamente o per rinvio, delle condizioni generali e particolari (per le quali troveranno applicazione gli artt. 1341 e 1342 c.c. e, se si tratta di un assicurato che è anche consumatore, gli artt. 33 e seguenti del Codice del Consumo in tema di clausole vessatorie).

Eventuali successive modifiche al contenuto contrattuale dovranno anch'esse risultare in forma scritta e saranno riportate in apposite "appendici" alla polizza, e lo stesso recesso dal contratto, pur se validamente comunicato in forma orale, dovrà successivamente essere documentato per iscritto.

Nei soli contratti R.C. veicoli, inoltre, è previsto anche il rilascio da parte dell'assicuratore di un contrassegno e di un certificato di assicurazione, il quale può costituire, almeno nei confronti del terzo danneggiato, prova documentale del contratto al pari della polizza per le parti di questa che espressamente riproduca (v. ora art. 127 c.a.p.). Tuttavia, per la prova del contratto potrebbe essere sufficiente una documentazione diversa, quale uno scambio di corrispondenza o una "nota di copertura" (v. *sub* 1887 c.c.).

Dall'onere della forma scritta per la prova del contratto conseguono numerosi limiti in sede processuale (ad es., il divieto della prova testimoniale o per presunzioni).

L'obbligo di rilascio di duplicati o copie di cui al terzo comma è posto a tutela dell'assicurato per consentirgli di avere sempre la possibilità di provare il contenuto del contratto, considerato che, come si è detto, normalmente la relativa documentazione è formata dal solo assicuratore (il quale, quindi, ha anche l'obbligo di conservarla).

Nel caso di polizze all'ordine o al portatore, l'assicuratore potrebbe porre l'onere della contestuale restituzione dell'originale per il rilascio del duplicato (e non di una semplice copia) al fine di evitare il rischio di dover pagare due volte l'indennizzo; e ciò sempre che la natura del rapporto non richieda l'esistenza di entrambi i documenti o l'assicurato esibisca copia di una denuncia di sottrazione o smarrimento dell'originale (ex art. 2002 c.c., non è, infatti, possibile ottenere l'ammortamento di documenti di legittimazione o di titoli impropri, ma v. *sub* 1889 c.c.).

Giurispr.: Cass. 7 settembre 2007, n. 18891; Cass. 8 maggio 2006, n.

10504; Cass. 14 aprile 2005, n. 7763; Cass. 11 gennaio 2005, n. 367; Cass. 3 aprile 2000, n. 4005; Cass. 18 febbraio 2000, n. 1875; Cass. 8 gennaio 1999, n. 102; Cass. 9 agosto 1997, n. 8198; Cass. 10 settembre 1992, n. 7153; Cass. 22 maggio 1992, n. 6147; Cass. 20 marzo 1990, n. 2322.

Art. 1889

(Polizze all'ordine e al portatore)

1. Se la polizza di assicurazione è all'ordine o al portatore, il suo trasferimento importa trasferimento del credito verso l'assicuratore, con gli effetti della cessione.
2. Tuttavia l'assicuratore è liberato se senza dolo o colpa grave adempie la prestazione nei confronti del giratario o del portatore della polizza, anche se questi non è l'assicurato.
3. In caso di smarrimento, furto o distruzione della polizza all'ordine, si applicano le disposizioni relative all'ammortamento dei titoli all'ordine.

Nel campo assicurativo è frequente che si dia corso alla scissione della figura del contraente da quella dell'assicurato, come si ricava anche dalle disposizioni contenute negli artt. 1889 e 1891 c.c. che disciplinano il trasferimento del diritto alla prestazione assicurativa (indennizzo o pagamento di un capitale).

In particolare, la polizza di assicurazione può essere emessa con la clausola all'ordine o al portatore, aggiungendosi così alla sua naturale funzione di prova del contratto anche quella di consentire la sua circolazione, senza tuttavia che possa mai trasformarsi in un vero e proprio titolo di credito (è, infatti, comunemente ritenuta un titolo improprio o di legittimazione), potendo sempre essere richiesta, per ottenere il pagamento, la dimostrazione della titolarità dell'interesse assicurato (v. *infra*).

L'interesse ad ottenere un tale risultato può sussistere tanto nel settore del commercio relativamente all'assicurazione danni a cose viaggianti o in deposito presso un magazzino generale, quanto nell'assicurazione vita caso morte, consentendo in questa ipotesi l'individuazione solo indiretta del beneficiario del capitale al momento del decesso della persona assicurata.

In ogni caso, come precisato dal primo comma della disposizione in esame, la circolazione della polizza comporta unicamente la cessione dell'eventuale credito vantato dall'assicurato nei confronti dell'assicuratore (senza, tuttavia, richiedere la notifica al debitore ceduto di cui agli artt. 1264 e 1265 c.c.) e non anche il trasferimento del contratto.

Conseguentemente, al giratario o al portatore potranno essere opposte tutte le eccezioni relative al contratto di assicurazione (ad es. l'aggravamento del rischio o la sua annullabilità).

In sostanza, quella che si trasferisce è la sola legittimazione ad incassare la prestazione eventualmente dovuta; e il secondo comma precisa che si tratta di una legittimazione solo passiva: infatti, vi si afferma che l'assicuratore che adempie (ovviamente in assenza di dolo o di colpa grave) nei confronti del possessore è liberato, e non anche che quest'ultimo ha il diritto all'adempimento in base alla semplice presentazione della polizza.

L'assicuratore, pertanto, potrà sempre pretendere che il giratario o il portatore gli forniscano la prova del proprio diritto al pagamento perché o cesionari della polizza da parte del soggetto avente diritto alla prestazione o titolari diretti dell'interesse assicurato.

Il terzo comma, nel richiamare seppur indirettamente (e con ciò stesso prevedendone l'applicabilità) gli artt. 2016 ss. c.c., nel caso di smarrimento, furto o distruzione delle sole polizze all'ordine, sembra con ciò stesso escludere che si possa, all'inverso, ottenere l'ammortamento di quelle al portatore (artt. 2006 e 2007 c.c.).

Giurispr.: Cass. 19 aprile 1994, n. 3728.

Art. 1890

(Assicurazione in nome altrui)

1. Se il contraente stipula l'assicurazione in nome altrui senza averne il potere, l'interessato può ratificare il contratto anche dopo la scadenza o il verificarsi del sinistro.
2. Il contraente è tenuto personalmente ad osservare gli obblighi derivanti dal contratto fino al momento in cui l'assicuratore ha avuto notizia della ratifica o del rifiuto di questa.
3. Egli deve all'assicuratore i premi del periodo in corso nel momento in cui l'assicuratore ha avuto notizia del rifiuto della ratifica.

Il contratto di assicurazione può essere stipulato anche da un rappresentante che, in base ai poteri a lui conferiti, agisce in nome e per conto del rappresentato; gli effetti del contratto ricadranno direttamente in capo a questi.

In ciò non vi è nulla di particolare, trovando nel caso applicazione la disciplina generale contenuta negli artt. 1387 ss. c.c.

La sola deroga a tale disciplina è costituita dall'art. 1890 c.c. ed è relativa all'ipotesi che il contratto di assicurazione sia stipulato da un soggetto che, pur dichiarando di agire in nome del rappresentato, in realtà non abbia i necessari poteri per farlo (*falsus procurator*) o perché non vi è procura o perché sono superati i limiti delle facoltà conferitegli.

L'art. 1398 c.c., infatti, nel caso appena riferito dichiara invalido il contratto ed obbliga colui che ha contrattato come rappresentante a risarcire il

danno sopportato dall'altro contraente che, senza sua colpa, ha confidato nella sua validità.

La medesima ipotesi, nel settore assicurativo, comporta, all'inverso, la validità ed efficacia del contratto, addossando personalmente al *falsus procurator* le obbligazioni nascenti da questo e, in particolare, quella di pagare i premi sino al momento in cui l'assicuratore ha conoscenza della ratifica (ovvero del rifiuto di questa) da parte del soggetto in nome del quale il contratto è stato concluso (in dottrina, da parte di taluno si è sostenuto che l'obbligo di pagamento del premio non costituirebbe altro che una liquidazione a forfait fatta dal legislatore del danno patito dall'assicurato ed il cui ristoro è già previsto dalla disciplina generale).

La ratifica (che, riferendosi ad un negozio non formale, potrà desumersi anche da semplici fatti concludenti), a sua volta, potrà essere data dal soggetto falsamente rappresentato anche dopo la scadenza del contratto o l'avveramento del rischio, non essendo consentito all'assicuratore di far, invece, valere la sospensione del rapporto (che, appunto, non vi è stata) prevista dal diritto comune.

La ratio della deroga alla disciplina generale dettata dalla disposizione in esame è stata dai più giustificata con la particolare natura dell'attività assicurativa e la conseguente necessità di non far venire meno la validità di un contratto che è già stato inserito nella massa dei rischi assicurati e, in particolare, il correlato pagamento del premio.

Art. 1891

(Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta)

1. Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

2. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

3. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

4. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

L'articolo in commento disciplina l'ipotesi in cui il contraente stipula il contratto di assicurazione in nome proprio ma per conto e nell'interesse di altro soggetto (destinatario della prestazione), già individuato (per conto altrui) o da individuarsi solo successivamente (per conto di chi spetta).

Così facendo il contraente si addossa personalmente gli obblighi derivanti dal contratto (in primis il pagamento del premio), e ciò anche nel caso in cui l'assicurato comunichi all'assicuratore la propria accettazione, e senza poter pretendere l'eventuale prestazione dovuta (l'interesse garantito non sarebbe suo) senza l'espresso consenso dell'assicurato anche se, per una qualsiasi ragione, quest'ultimo non dovesse far valere il proprio diritto nei confronti dell'assicuratore.

I rapporti con l'assicurato, che inducono il contraente alla copertura assicurativa, possono essere di varia natura (mandato senza rappresentanza, gestione d'affari, spedizione, liberalità, anticipazione bancaria, ecc.), ma in ogni caso essi restano estranei al contratto e, pur essendo questo stato stipulato per suo conto, l'assicurato non assume mai la veste di parte.

Tuttavia, a differenza dell'ipotesi di circolazione della polizza di cui all'art. 1889 c.c., l'assicurato può in ogni caso vantare un diritto proprio in quanto titolare dell'interesse al momento in cui matura il diritto alla prestazione: a lui pertanto potranno essere opposte solo le eccezioni derivanti dal contratto e non quelle personali allo stipulante (ad es. la compensazione); nondimeno, secondo un recente, ma non univoco, indirizzo giurisprudenziale che trova il proprio sostegno nel generale principio di buona fede, lo stipulante avrebbe il preciso obbligo di informare l'assicurato non solo dell'esistenza del contratto ma pure delle relative condizioni e degli eventuali limiti posti al pagamento dell'indennizzo: ove tale obbligo fosse violato, diverrebbero inopponibili all'assicurato quelle eccezioni che, seppur fondate sul contratto, non erano da lui conosciute.

Al contraente il quarto comma riconosce unicamente un privilegio speciale (per i premi pagati e le spese contrattuali) sulle somme dovute dall'assicuratore: in tal senso si ritiene sufficiente una semplice comunicazione per fare sì che l'importo spettantegli sia distratto e a lui direttamente corrisposto dall'assicuratore al momento del pagamento della prestazione (a questi è, infatti, noto che il contraente ha agito per conto dell'assicurato e che ha diritto di vedersi riconoscere il privilegio).

Nonostante qualche tesi contraria volta a limitarne la portata al solo ramo danni, si ritiene che la disciplina dell'assicurazione stipulata per conto altrui sia di applicazione generale e, in particolare, per quanto riguarda le assicurazioni sulla vita o contro i danni alla persona, che trovi frequente realizzazione nelle polizze collettive in cui il contraente (il datore di lavoro, un'associazione o altri) assicurano una pluralità di soggetti (i dipendenti, gli associati, ecc.) che sono non solo i beneficiari delle prestazioni, ma anche gli unici titolari degli interessi assicurati.

L'assicurazione stipulata per conto di chi spetta trova, invece, normale

applicazione solo nel ramo danni, consentendo al contraente (venditore, depositario, spedizioniere) di garantire a colui che al momento del sinistro sarà il titolare dell'interesse assicurato, il risarcimento del danno per la perdita totale o parziale di una cosa la cui proprietà è controversa ovvero è destinata ad essere trasferita una o più volte.

In tale maniera l'interesse assicurato e la copertura assicurativa si trasferiscono congiuntamente, senza la necessità di alcun ulteriore adempimento, come invece richiesto nel caso di polizza all'ordine o al portatore la cui creazione è pure volta ad ottenere il medesimo risultato.

La natura giuridica della fattispecie disciplinata dall'articolo in commento è sempre stata controversa, essendosi tradizionalmente configurata quale contratto a favore di terzo, ma osservandosi da parte di alcuni che, mentre il diritto comune richiede espressamente, al primo comma dell'art. 1411 c.c., la sussistenza di un interesse proprio del contraente, l'art. 1891 c.c. presuppone invece l'esistenza di un interesse in capo al terzo assicurato (e potendo anche mancare quello dello stipulante), preferendosi così ricorrere alla figura dell'interposizione gestoria.

Al di là di ulteriori posizioni dottrinali intermedie, vi è da rilevare che la giurisprudenza degli ultimi anni si è sempre più indirizzata verso un inquadramento della fattispecie all'interno del contratto a favore di terzo (trovando così applicazione tanto la disciplina di tale istituto quanto la disposizione in commento nella parte in cui vi deroga) con la conseguente necessità, ai fini della validità del contratto, della compresenza di un interesse proprio del contraente (seppur anche solo di fatto, morale o di immagine).

Sulla base delle stesse considerazioni si è posta in dubbio la validità delle c.d. **appendici o clausole di vincolo** (ad esempio, normalmente richieste dalle banche a fronte di operazioni di finanziamento garantite da ipoteca su immobili o da pegno su beni mobili con contestuale obbligo per il sovenuto di assicurare contro i danni il bene oggetto della garanzia, oppure che riconoscono a società finanziarie il diritto di soddisfarsi sull'indennità dovuta dall'assicuratore nel caso di distruzione o furto del bene assicurato il cui acquisto è avvenuto con la somma da loro erogata) che attribuiscono ad un terzo (creditore dell'assicurato) il diritto (ovviamente nei soli limiti del credito vantato) alla prestazione dovuta dall'assicuratore ovvero impediscono a questi di pagare all'assicurato senza il consenso del vincolatario.

Tali appendici, tuttavia, non costituiscono una categoria omogenea: nella maggior parte dei casi si limitano a riproporre in sede contrattuale la surrogazione dell'indennità alla cosa disciplinata dall'art. 2742 c.c., posto a tutela del creditore ipotecario, pignoratorio o privilegiato; in altri casi si possono, invece, trasformare in un vero e proprio pegno di credito con la ne-

cessità che per la sua costituzione siano rispettate le modalità indicate dall'art. 2800 c.c. (il pegno deve risultare da atto scritto e vi deve essere notifica o accettazione da parte del debitore, requisito quest'ultimo facilmente dimostrabile con il contenuto stesso dell'appendice di vincolo).

Giurispr.: Cass. 9 aprile 2009, n. 8670; Cass. 11 giugno 2008, n. 15497; Cass. 28 marzo 2008, n. 8063; Cass. 5 giugno 2007, n. 13058; Cass. 4 maggio 2005, n. 9284; Cass. 20 ottobre 2004, n. 20743; Cass. 20 luglio 2004, n. 13456; Cass. 19 luglio 2004, n. 13359; Cass. 19 luglio 2004, n. 13329; Cass. 28 novembre 2003, n. 18223; Cass. 9 luglio 2003, n. 10770; Cass. 1 aprile 2003, n. 4917; Cass. 10 gennaio 2003, n. 204; Cass., S.U., 18 aprile 2002, n. 5556; Cass. 25 novembre 1999, n. 13140; Cass. 13 maggio 1998, n. 4832; Cass. 18 marzo 1997, n. 2384; Trib. Roma 26 agosto 1996; Cass. 21 giugno 1995, n. 7021; Cass. 25 maggio 1995, n. 5747; Cass. 25 luglio 1992, n. 8971.

Art. 1892

(Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave)

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Il diritto comune consente l'annullabilità del contratto solo quando il dolo è stato determinante per la conclusione dello stesso e si è concretizzato in veri e propri raggiunti usati da uno dei contraenti o da un terzo (art. 1439 c.c.); il dolo incidente (senza il comportamento illegittimo il consenso sarebbe stato dato a condizioni diverse) non comporta l'invalidità del contratto, ma può semplicemente l'obbligo del contraente in malafede di risarcire i danni (art. 1440 c.c.); rimane, all'inverso, del tutto indifferente il c.d. *dolus bonus*.

A sua volta, e sempre secondo la disciplina generale, l'errore è causa di

annullamento solo quando è essenziale ed è riconoscibile dall'altro contraente (art. 1428).

La disciplina dei contratti assicurativi con la disposizione in commento (e con le due successive) deroga ai principi generali appena enunciati per quanto riguarda le dichiarazioni precontrattuali dell'assicurato, continuando, invece, tali principi a trovare applicazione in tutti gli altri casi (ad esempio, nell'ipotesi di dolo dell'assicuratore).

La particolare regolamentazione dei contratti assicurativi, infatti, sanziona con l'annullabilità non solo il dolo determinante, ma anche quello incidente, nonché quelle dichiarazioni dell'assicurando che, in altro settore, potrebbero essere ricondotte a semplici manifestazioni del *dolus bonus*, e, quanto all'errore, identica sanzione è prevista anche per i casi in cui questo non è essenziale o riconoscibile; inoltre, con ulteriore e significativa deroga alla disciplina generale, il primo comma non opera alcuna distinzione fra dolo e colpa grave.

Si tratta, all'evidenza, di una deroga posta a tutto vantaggio dell'assicuratore e la cui *ratio* è comunemente individuata nella peculiarità dell'attività assicurativa volta a ripartire fra una pluralità di soggetti un determinato rischio e per la quale, pertanto, è necessario che l'assicuratore possa conoscere esattamente in tutti i suoi elementi la fattispecie che gli si propone di garantire, sia al fine di decidere se assumere o no il rischio sia per la determinazione del premio o l'apposizione di eventuali clausole limitative.

In buona sostanza, con la disciplina in esame, da una parte si esonera del tutto l'assicuratore dal condurre particolari indagini sulla veridicità di quanto dichiarato dall'assicurato in fase precontrattuale, e dall'altra si pone a carico di quest'ultimo un vero e proprio obbligo di rendere tutte le dichiarazioni richieste dalla controparte in modo esatto e completo, senza reticenze o colpa nella preventiva ricerca o verifica delle informazioni da comunicare.

Se l'assicurando non dovesse conformarsi esattamente ad un tale obbligo, rendendo così dichiarazioni inesatte o reticenti, si dovrà solo stabilire se il suo comportamento è stato determinato da dolo o colpa grave ovvero da altre ragioni, trovando applicazione, nella prima ipotesi, la disposizione in commento (con conseguente annullabilità del contratto) e, nell'altra, il successivo art. 1893 c.c. (che conferisce all'assicuratore il diritto di risolverlo).

L'assicuratore potrà evitare l'annullamento o la risoluzione solo se potrà provare che l'assicuratore, già prima della conclusione del contratto, era in ogni caso a conoscenza del vero stato delle cose (o avrebbe potuto conoscerlo trattandosi di fatto notorio).

L'inesattezza può riferirsi anche solo ad uno degli elementi di valuta-

zione del rischio e la *reticenza* significa averlo intenzionalmente sottaciuto.

Per quanto riguarda l'elemento soggettivo, si è già affermato che per aversi *dolo* non è necessario che l'assicuratore si comporti in modo fraudolento, essendo sufficiente la sua sola coscienza e volontà di rendere una dichiarazione inesatta o reticente, mentre per aversi *colpa grave* basterà non avere usato una normale diligenza nel ricercare le notizie che sono state richieste dall'assicuratore.

Tuttavia, non tutte le dichiarazioni inesatte o reticenti fatte dall'assicurato comportano l'annullabilità del contratto o la sua risoluzione, dovendo queste essere *rilevanti*, ossia vertere su circostanze che, se note all'assicuratore nella loro reale portata, avrebbero condotto alla mancata stipulazione del contratto ovvero alla sua conclusione a condizioni diverse; in altre parole, le reticenze o le inesattezze debbono essere state determinanti sia per il consenso dell'assicuratore sia per il contenuto del contratto, avendo alterato in maniera determinante la necessaria coincidenza tra rischio reale e rischio rappresentato.

A questo proposito si deve ricordare che, in fase precontrattuale le assicurazioni usano far compilare all'assicurando un *questionario* nel quale è richiesta una serie di informazioni relative al rischio che si intende garantire in modo da ottenere un preciso quadro di riferimento sulla cui base decidere se addvenire (e a quali condizioni) alla stipula del contratto; in merito al valore da attribuirsi alle risposte, consistente parte della dottrina ritiene che la rilevanza delle reticenze o inesattezze non consegua direttamente dal fatto che gli elementi da precisarsi sono stati individuati dall'assicuratore, dovendosi in ogni caso valutare se gli stessi siano stati effettivamente determinanti per il consenso (e a quelle condizioni) da parte dell'assicuratore (e, si aggiunge, anche altre circostanze, pur se non espressamente indicate nel questionario, potrebbero, in ogni caso, risultare rilevanti se volontariamente sottaciute da un assicurando consapevole della loro importanza).

Nella giurisprudenza, invece, si è andata progressivamente formando un'opinione difforme, volta da una parte ad escludere la rilevanza delle circostanze la cui indicazione non è prevista nel questionario (da ritenersi, per ciò stesso, indifferenti per l'assicuratore), e, dall'altra, ad attribuire estremo rilievo al fatto che la richiesta di conoscere un determinato elemento di valutazione sia stata appositamente inserita nel questionario dall'assicuratore (e ciò indipendentemente dall'influenza da questo assunta nella concreta provocazione del sinistro).

La disposizione in commento, al secondo comma, obbliga l'assicuratore al rispetto di un termine piuttosto breve di decadenza (tre mesi), da com-

15.

putarsi dal momento in cui è posto a conoscenza della reticenza o dell'inesattezza, per far valere l'annullabilità del contratto, e ciò anche per evitare che egli possa sfruttare la situazione ai danni dell'assicurato, continuando a percepire i premi per più anni prima di accipere il vizio (il termine ordinario di prescrizione per l'azione di annullamento, infatti, sarebbe di cinque anni).

In ogni caso (per il principio dell'indivisibilità del premio di cui all'art. 1901 c.c.), l'assicuratore conserva il diritto a trattenere tutti i premi già corrisposti, nonché a percepire quello relativo al periodo assicurativo in corso qualora non fosse stato ancora pagato.

Nell'ipotesi in cui l'evento determinante l'obbligo di pagare l'indennizzo si verifichi prima che l'assicuratore sia venuto a conoscenza dell'inesattezza o della reticenza (ovvero nel corso della maturazione del periodo di decadenza), questi potrà limitarsi a negare il pagamento della somma assicurata, senza cioè dover intraprendere alcuna apposita azione di annullamento, in applicazione del noto principio *inadimplenti non est adimplendum*.

Si ricorda, infine, che, soprattutto nell'ambito delle assicurazioni sulla vita e in quelle contro gli infortuni, è diffuso l'inserimento nelle polizze delle c.d. *clausole di incontestabilità* che comportano la rinuncia da parte dell'assicuratore, trascorso un determinato periodo, al diritto di far valere l'invalidità del contratto o la sua risoluzione in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti rese con colpa (ma, ovviamente, non con dolo) dall'assicurato; si tratta, in sostanza, di una deroga al contenuto degli artt. 1892 e 1893 c.c. che è certamente valida in quanto non in contrasto con il dettato dell'art. 1932 c.c. che rende espressamente inderogabili tali disposizioni solo se la modifica è sfavorevole all'assicurato.

Giurispr.: Cass. 19 dicembre 2008, n. 29894; Cass. 11 ottobre 2006, n. 21737; Cass. 9 marzo 2006, n. 5102; Trib. Monza 1 dicembre 2004; Cass. 24 novembre 2003, n. 17840; Cass. 4 marzo 2003, n. 3165; Trib. Roma 2 dicembre 2002; Cass. 27 luglio 2001, n. 10292; Cass. 19 gennaio 2001, n. 784; Cass. 19 dicembre 2000, n. 15939; Cass. 12 maggio 1999, n. 4682; Cass. 25 marzo 1999, n. 2815.

Art. 1893

(Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave)

1. Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

2. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza

sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Esaminando l'art. 1892 c.c. si è già rilevato che l'interesse tutelato è quello dell'assicuratore ad avere un'esatta e corretta rappresentazione del rischio al fine di valutare se ed a quali condizioni assumerlo.

La disposizione in commento, a differenza di quella che la precede, disciplina il caso in cui l'assicurando, senza dolo o colpa grave, abbia reso in sede precontrattuale dichiarazioni inesatte o reticenti tali da indurre l'assicuratore ad un'errata valutazione della fattispecie.

In questa ipotesi, il contratto resta valido, ma l'assicuratore ha la facoltà di recedere dallo stesso, con dichiarazione unilaterale da comunicarsi alla controparte entro tre mesi dal momento in cui è posto a conoscenza dell'inesattezza o della reticenza.

Qualora il sinistro si sia già verificato o si verifichi prima della scadenza di tale termine, l'assicuratore non è tenuto a pagare alcuna somma (in analogia al disposto dell'art. 1892 c.c., non essendo espressamente regolato il caso) se può dimostrare che, conoscendo la situazione reale, non avrebbe garantito il rischio, ovvero una somma minore di quella assicurata e direttamente proporzionale alla differenza fra il premio percepito e quello che avrebbe richiesto (in questo senso normalmente esibirà a comprova le proprie tariffe), se inizialmente posto a conoscenza del reale stato delle cose.

Quanto ai premi già pagati nonché a quello relativo al periodo in corso, troverà applicazione analogica il terzo comma dell'articolo che precede.

Giurispr.: v. *sub art.* 1892 c.c.

Art. 1894

(Assicurazione in nome o per conto di terzi)

1. Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

La disposizione in commento estende la disciplina dettata dagli artt. 1892 e 1893 c.c. al caso che il contratto sia concluso da un rappresentante (art. 1890 c.c.) o per conto altrui (art. 1891 c.c.), e ciò al fine di evitare che l'assicurato possa giovare, pur conoscendole, delle dichiarazioni inesatte o reticenti rese per ignoranza o in buona fede da chi ha agito nel suo interesse.

Per quanto riguarda il contratto in nome altrui, si ritiene che la disposi-

zione costituisca una miglior specificazione della disciplina dettata dall'art. 1391 c.c.

Art. 1895
(Inesistenza del rischio)

1. Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto.

Il rischio è l'elemento che deve sempre sussistere per la validità di un contratto assicurativo in quanto proprio il suo trasferimento in capo ad un imprenditore che svolge professionalmente tale funzione, da parte di un soggetto che, all'opposto, vuole eliminarlo, costituisce la ragion d'essere del contratto.

È, quindi, ovvio che il legislatore abbia compiutamente disciplinato, fra le disposizioni generali in materia assicurativa, sia l'ipotesi che il rischio sia inesistente o non sussista più al momento della conclusione del contratto (art. 1895 c.c.) sia quella che, nel corso del rapporto, esso venga a mancare (art. 1896 c.c.), oppure diminuisca (art. 1897 c.c.) o si aggravi (art. 1898 c.c.).

Al di là delle diverse posizioni dottrinali o giurisprudenziali che, di volta in volta, lo considerano elemento essenziale del contratto (inquadrandolo nell'oggetto o nella causa) ovvero ne fanno un suo presupposto di validità, il rischio è solitamente definito quale possibilità di un evento futuro e incerto, laddove l'incertezza può riguardare sia l'avveramento o meno di un determinato fatto (*in*) sia, se il suo verificarsi è ineluttabile, solo il momento in cui è destinato ad accadere (*quando*), come nel caso delle assicurazioni caso morte a vita intera.

Ed incerto, inoltre, non potrà mai essere un evento impossibile od inevitabile oppure il cui verificarsi sia determinato dalla stessa volontà di colui che ha un preciso interesse alla prestazione assicurativa (cfr. l'art. 1900 c.c.); né l'incertezza potrà essere meramente soggettiva, ignorandosi dalle parti che il rischio è già obiettivamente venuto meno (c.d. *rischio putativo*) con la sola eccezione ammessa in materia di rischi della navigazione (art. 514 e 1021 c. nav.).

E non dovrà nemmeno necessariamente trattarsi di un evento dannoso per l'assicurato, potendo, all'inverso, concretarsi in un fatto a lui certamente favorevole, come la sua sopravvivenza ad una certa data.

In ogni caso, l'evento futuro e incerto deve essere quello descritto nel contratto (*rischio assicurato*), tenendo conto delle circostanze descritte nella polizza che debbono o possono accompagnarlo (*rischi inclusi*) nonché di quelle la cui sussistenza comporterà il venire meno della prestazione dell'assicuratore (*rischi esclusi*), in quanto concorrono, nel loro insieme, a delimi-

tare con maggiore esattezza il contenuto degli obblighi assunti da quest'ultimo.

L'articolo in commento presuppone che il rischio sia preesistente al contratto; qualora così non fosse perché l'evento è impossibile o si è già verificato (almeno nei suoi presupposti causali), l'inesistenza del rischio è sanzionata con la nullità del contratto con conseguente diritto dell'assicurato alla restituzione dei premi pagati.

Si dovrà, tuttavia, trattare di un'inesistenza assoluta, perché qualora, invece, sussista un rischio anche solo estremamente limitato, ciò riguarderà l'entità del premio ma non comporterà l'invalidità del contratto.

Giurispr.: Cass. 3 luglio 1991, n. 7300; Cass. 5 dicembre 1986, n. 7235.

Art. 1896
(Cessazione del rischio durante l'assicurazione)

1. Il contratto si scioglie se il rischio cessa di esistere dopo la conclusione del contratto stesso, ma l'assicuratore ha diritto al pagamento dei premi finché la cessazione del rischio non gli sia comunicata o non venga altrimenti a sua conoscenza. I premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento della comunicazione o della conoscenza sono dovuti per intero.

2. Qualora gli effetti dell'assicurazione debbano avere inizio in un momento posteriore alla conclusione del contratto e il rischio cessa nell'intervallo, l'assicuratore ha diritto al solo rimborso delle spese.

Se l'art. 1895 c.c. sanziona con la nullità l'inesistenza del rischio al momento della conclusione del contratto, l'art. 1896 c.c. regola l'ipotesi che il rischio venga a cessare solo in seguito e facendo da ciò discendere lo scioglimento del contratto.

Si deve, ad ogni modo, distinguere fra l'ipotesi che il contratto, al momento del venir meno del rischio, abbia già iniziato a produrre i suoi effetti, e quella in cui (essendone stata differita l'efficacia) ciò non si sia ancora verificato.

Nel primo caso, in quella, cioè, che è comunemente ritenuta una specificazione del principio generale posto dall'art. 1463 c.c. in tema di risoluzione per impossibilità sopravvenuta, il contratto si scioglie *ipso jure* e con effetto *ex nunc*, restando esclusa la possibilità che le parti mantengano in vita un'assicurazione senza rischio.

Tuttavia, in applicazione del principio dell'indivisibilità del premio, l'assicuratore conserva il diritto a ritenere i premi già incassati nonché a percepire (se non ancora pagato perché, magari, ratizzato) quello relativo al periodo in corso non al momento della cessazione del rischio, bensì a quel-

lo in cui questa gli è comunicata dall'assicurato o ne è, comunque, venuto a conoscenza, obbligando in tal modo l'assicurato a rendersi parte diligente per evitare l'inutile pagamento di ulteriori premi.

Una deroga del tutto eccezionale rispetto a quanto appena detto è ora posta, in tema di assicurazione obbligatoria per i veicoli a motore, dal terzo comma dell'art. 122 c.a.p., il quale riconosce al contraente il diritto al rimborso del premio netto relativo al residuo periodo di assicurazione quando la circolazione del veicolo avvenga contro la sua volontà (ad es. per furto) e sempre che per tale fatto egli abbia presentato denuncia all'autorità di pubblica sicurezza, nonché, in termini del tutto analoghi, dall'art. 171 c.a.p. per il caso di trasferimento di proprietà del veicolo.

Nell'ipotesi, invece, in cui la cessazione del rischio si verifichi nel lasso di tempo intercorrente fra la conclusione del contratto e l'acquisizione dell'efficacia (ad es. per la presenza di una condizione sospensiva, quale il pagamento del premio, o per il differimento del termine iniziale), l'assicurato sarà tenuto al solo rimborso delle spese sostenute dall'assicuratore.

Giurispr.: Cass. 29 marzo 2005, n. 6561; Cass. 21 maggio 1998, n. 5081; Cass. 3 luglio 1991, n. 7300; 9 dicembre 1985, n. 6212; Cass. 20 settembre 1984, n. 4807.

Art. 1897
(Diminuzione del rischio)

1. Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

2. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

L'equilibrio previsto al momento della conclusione del contratto fra rischio e premio e fra quest'ultimo e la prestazione dovuta dall'assicuratore deve necessariamente permanere anche nel corso del rapporto.

Pertanto hanno necessario rilievo le eventuali circostanze sopravvenute che comportino una modifica del rischio tale che, se fossero state presenti al momento del calcolo iniziale del premio, ne avrebbero necessariamente determinato una differente quantificazione, o, se più gravi, avrebbero indotto l'assicuratore a rifiutare l'assunzione del rischio.

In sostanza, si deve trattare di mutamenti della situazione preesistente tali da accrescere o diminuire le probabilità che si verifichi l'evento al cui

realizzarsi corrisponde l'obbligo dell'assicuratore di effettuare la prestazione.

Conseguentemente si esclude che il semplice mutamento di valore del bene assicurato possa comportare l'applicazione della disciplina in esame, assumendo, invece, in questo caso rilievo gli artt. 1907 e 1909 c.c. in tema di mancata corrispondenza fra il valore assicurato e quello assicurabile.

Le modificazioni del rischio, tuttavia, assumono diversa importanza a seconda che alterino il rapporto fra rischio e premio a vantaggio dell'assicurato (aggravamento del rischio) o dell'assicuratore (diminuzione del rischio), non potendo certamente ritenersi che la disciplina in proposito dettata dagli artt. 1897 e 1898 c.c. attui un equo contemperamento fra gli interessi delle parti.

Dispone, infatti, l'articolo in commento che, in caso di diminuzione del rischio, l'assicurato possa ottenere la riduzione del premio solo a condizione che lo comunichi all'assicuratore e, per di più, con effetto (sempre in base al principio della sua indivisibilità) unicamente dalla scadenza del premio in corso, salvo però il diritto di quest'ultimo di recedere dal contratto entro due mesi dalla ricezione della comunicazione.

In altre parole, se l'assicurato fa valere il suo diritto alla riduzione del premio, si espone al rischio, con il recesso dell'assicuratore, di perdere la garanzia assicurativa.

La dichiarazione di recesso ha effetto dopo un mese dalla sua comunicazione, restando conseguentemente ancora fermo l'obbligo dell'assicuratore al pagamento qualora, prima di tale termine, dovesse verificarsi l'evento indicato in polizza.

Nulla dicendo in proposito la disposizione in commento, si deve, invece, ritenere che sia del tutto indifferente la conoscenza, assunta in forma diversa, da parte dell'assicuratore dell'intervenuta riduzione del rischio e che conseguentemente questi abbia consapevolmente continuato a percepire dei premi ormai superiori alla prestazione offerta.

A sua volta la riduzione del premio sarà determinata in base alle tariffe predisposte ed applicate dallo stesso assicuratore.

Essendo posta a favore dell'assicurato, è, infine, certamente valida la clausola contrattuale con la quale l'assicuratore, derogando alla disposizione in esame, rinuncia preventivamente al proprio diritto di recesso in caso di diminuzione del rischio.

Giurispr.: Cass. 26 marzo 1996, n. 2646; Cass. 28 settembre 1995, n. 10248.

Art. 1898

(Aggravamento del rischio)

1. Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

2. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

3. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

4. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

5. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Nel caso intervenga un aggravamento del rischio di entità tale che, se fosse esistito al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non lo avrebbe stipulato o avrebbe richiesto un premio più elevato, l'assicurato ha il preciso dovere di darne a questi immediata comunicazione.

A fronte di ciò (o della conoscenza comunque ottenuta del mutamento in senso peggiorativo del rischio), all'assicuratore è consentito di recedere entro un mese dal contratto: con effetto immediato, qualora l'aggravamento sia tale che, se fosse esistito al momento della sua stipulazione, egli non lo avrebbe concluso, o dopo quindici giorni, qualora, nella medesima ipotesi, si sarebbe limitato a richiedere un premio più elevato.

In ogni caso gli spettano i premi relativi al periodo in corso al momento del recesso.

E se il sinistro dovesse verificarsi prima della scadenza di tali termini, l'assicuratore ha diritto, secondo le circostanze, a non effettuare alcun pagamento ovvero a corrispondere una somma inferiore a quella stabilita in polizza e determinata in modo proporzionale fra l'entità del premio che egli avrebbe dovuto richiedere e quello effettivamente percepito.

Sul fondamento della disposizione vedi *sub art.* 1897 c.c., dovendosi ag-

giungere che, a giustificazione della stessa, si suole anche ricordare la necessità che, a tutela degli altri assicurati, permanga l'omogeneità fra i rischi della medesima specie assunti dall'assicuratore.

Quanto alla natura dei mutamenti che aggravano il rischio, non vi è dubbio che deve trattarsi di modifiche di rilievo (tali cioè da aumentare la probabilità del verificarsi dell'evento) degli elementi inizialmente considerati per la valutazione del rischio, che queste (ma parte della dottrina è in proposito di opposto parere) non siano meramente transitorie, bensì dotate di una certa stabilità, e, infine, che non fossero normalmente prevedibili al momento della conclusione del contratto.

Maggiormente incerta è la soluzione nel caso il rischio si sia aggravato per il mutamento di talune circostanze e che, tuttavia, il successivo sinistro si verifichi per altre ragioni, non legate a queste da un nesso di causalità: per taluno l'assicuratore sarebbe tenuto a pagare, essendo le medesime risultate ininfluenti al determinarsi dell'evento; per altri le modificazioni intervenute giustificerebbero di per sé sole il rifiuto dell'assicuratore ad adempire ad un contratto il cui equilibrio fra rischio e premio si era ormai alterato.

Tali incertezze rendono spesso difficoltoso eseguire in concreto un'esatta valutazione delle diverse circostanze eventualmente sopravvenute, ponendo così molte volte in dubbio per l'assicurato il permanere di un'effettiva copertura dei rischi assicurati.

Non pone, all'inverso, problemi (in quanto, *ex art.* 1932 c.c., si tratta di deroga volta a vantaggio dell'assicurato) l'apposizione di una clausola con la quale l'assicuratore rinunci al proprio diritto di recesso, riservandosi di pretendere solo un maggior premio.

Giurispr.: Trib. Roma 18 marzo 2004; Cass., S.U., 29 settembre 2003, n. 14486; Cass. 17 maggio 2001, n. 6757; Cass. 18 gennaio 2000, n. 500; Trib. Varese 8 ottobre 1999; Cass. 14 marzo 1996, n. 2115; Trib. Milano 20 gennaio 1989; Cass. 10 aprile 1987, n. 3563.

Art. 1899

(Durata dell'assicurazione)

1. L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura dal contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine del

l'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata (1).

2. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

3. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

(1) Periodo così sostituito dall'art. 21, comma 3, della l. 23 luglio 2009, n. 99. Ai sensi del successivo comma 4 dell'art. 21, tale disposizione si applica ai contratti stipulati successivamente alla data di entrata in vigore della stessa legge. Il testo precedente l'ultima riforma recitava: «Al caso di durata poliennale, l'assicurato ha facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di sessanta giorni». Precedentemente lo stesso periodo era stato modificato dall'art. 5 d.l. 31 gennaio 2007, n. 7, *conv.*, con modif., in l. 2 aprile 2007, n. 40, come modificato in sede di conversione. Ai sensi del medesimo art. 5 tali disposizioni entravano in vigore per i contratti stipulati dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del medesimo decreto. Per i contratti stipulati antecedentemente a tale data, la facoltà di cui al secondo periodo poteva essere esercitata a condizione che il contratto di assicurazione fosse stato in vita per almeno tre anni. Il testo del periodo precedentemente al d. n. 7 del 2007 era il seguente: «Se questa supera i dieci anni, le parti, trascorso il decennio e nonostante patto contrario, hanno facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di sei mesi, che può darsi anche mediante raccontandato». Scrupre ai sensi dell'art. 5 d.l. n. 7 «Le clausole in contratto con le prescrizioni del (medesimo) articolo sono nulle e non comportano la nullità del contratto, fatta salva la facoltà degli operatori di adeguare le clausole vigenti alla data di entrata in vigore del (medesimo) decreto entro i successivi sessanta giorni, ovvero, limitatamente al comma 4, entro i successivi centotanta giorni».

La disposizione in commento è volta, in primo luogo, a dare certezza in merito al periodo di efficacia del contratto, stabilendo che questo decorre dalle ore 24 del giorno della sua conclusione alla stessa ora di quello della scadenza concordata.

Si tratta, tuttavia, di una norma certamente derogabile da un patto contrario che ne faccia iniziare gli effetti da un momento successivo (già individuato o da individuarsi *per relationem*, ad esempio l'inizio di un viaggio, l'acquisto di un bene o, più semplicemente, il rilascio della polizza), o da una diversa ora dello stesso giorno di stipulazione del contratto (ad esempio quella di ritiro dell'autovettura dal venditore), discutendosi, invece, se la sua efficacia possa essere anche anticipata al di là dei casi espressamente previsti dalla legge in materia di navigazione marittima od aerea (c.d. rischio putativo, v. *sub art.* 1895 c.c.).

Quanto alla scadenza, questa sarà quella concordata, salvo l'anticipato verificarsi dell'evento al quale è collegato l'obbligo di pagamento da parte dell'assicuratore (con alcune eccezioni, come ad es. il danno parziale) o il venire ad esistenza di alcune cause giuridicamente rilevanti (ad es. la cessazione del rischio).

È così data facoltà alle parti di determinare consensualmente la durata del contratto; il legislatore, tuttavia, nella seconda parte del primo comma,

assume che questa sia normalmente annuale, riconoscendo, nondimeno, all'assicuratore la facoltà di proporre, in alternativa, un contratto di durata maggiore con l'offerta, quale contropartita, di un premio di minore entità. E qualora il periodo concordato sia superiore ai cinque anni, all'assicurato è sempre concessa la facoltà, decorso il quinquennio, di recedere dal contratto anche prima del termine prefissato con un preavviso di almeno sessanta giorni rispetto al termine dell'annualità in corso.

Tale previsione è dovuta ad un recentissimo intervento legislativo (frutto evidente di un duplice e difficile compromesso da un lato fra gli interessi degli assicurati e quelli delle compagnie di assicurazione, e dall'altro fra questi ultimi e quelli degli agenti) che ha rivisitato il contenuto del primo comma dopo che un'iniziale modifica del testo originario era già stata apportata nel 2007. Si è così reso necessario precisare, con norma transitoria, che la nuova disposizione si applica ai soli contratti stipulati successivamente all'entrata in vigore della novella.

La norma civilistica originaria, infatti, riconosceva a ciascun contraente, per i contratti di durata ultradecennale, il diritto di recesso con un preavviso di sei mesi una volta decorsi almeno dieci anni e indipendentemente da qualsivoglia diversa previsione contrattuale.

Nell'ambito di una politica volta alle liberalizzazioni e su conforme suggerimento dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, la disposizione originaria era stata, come si è detto, già modificata nel 2007, attribuendo al contraente, qualunque fosse la durata convenuta, la facoltà di recedere ad ogni scadenza annuale, senza oneri e con un preavviso di sessanta giorni, sollevando con ciò le rimostranze delle compagnie e dei loro agenti; ciò in quanto il mercato era sino ad allora caratterizzato da una larghissima diffusione dei contratti pluriennali determinata dal fatto che la loro acquisizione era spesso remunerata (e incentivata) dalle compagnie con provvigioni corrisposte anticipatamente e raggugliate alla durata (con il che l'assicurato si trovava ad essere "vincolato" per un lungo periodo con pregiudizio della libertà di mercato e della concorrenza).

Ritornando alla disposizione in esame e, in particolare, al suo secondo comma, qualora le parti, con apposita clausola, prevedano, in assenza di disdetta, la proroga tacita del contratto, la durata di questa non potrà mai, di volta in volta, essere superiore ai due anni.

L'articolo in commento non si applica, però, alle assicurazioni sulla vita; data la sua collocazione fra le disposizioni generali, parte della dottrina ritiene che esso disciplini anche tutte le forme di assicurazione infortuni, ivi compreso il caso di morte (che pure ha natura previdenziale), nel mentre è certa la sua applicazione al contratto di assicurazione c.d. di "sicurezza sani-

taria", che ha lo scopo di garantire l'assicurato contro i rischi derivanti da malattia o infortunio limitatamente alle spese sostenute per cure mediche e per il ricovero in ospedale o in altri luoghi di cura.

Giurispr.: Cass. 10 giugno 2005, n. 12305; Cass. 29 maggio 2001, n. 7278; Cass. 24 dicembre 1994, n. 11142; Cass. 20 agosto 1992, n. 9689.

Art. 1900

(Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti)

1. L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

2. L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.

3. Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

La disposizione in esame trova la propria giustificazione in una finalità di ordine pubblico volta ad evitare che vi possa essere un interesse (anche solo astratto) alla provocazione dell'evento al cui verificarsi corrisponde l'obbligo di pagamento da parte dell'assicuratore.

Conseguentemente l'assicuratore è autorizzato a rifiutare il pagamento nel caso il sinistro sia stato determinato dal comportamento doloso o gravemente negligente del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, e ciò anche nell'ipotesi che il soggetto a cui è riferibile tale condotta non sia, anche solo indirettamente, il destinatario della prestazione, come nel caso dell'assicurazione per conto di chi spetta.

Laddove per dolo deve intendersi la consapevole volontà di provocare il sinistro e per colpa grave la violazione delle minime regole di diligenza e di prudenza normalmente da chiunque rispettate.

Dovendosi aggiungere che, secondo la giurisprudenza, non è indispensabile che la condotta di uno dei soggetti individuati nella disposizione in commento costituisca la sola causa che ha determinato l'evento, essendo in proposito sufficiente la constatazione che, pur in presenza di una pluralità di concause o concatenazione di avvenimenti, senza tale condotta l'evento non si sarebbe potuto verificare.

Ed è sempre da porsi in relazione alla suddetta finalità di ordine pubblico il contenuto del secondo comma, che rende indifferente, ai fini dell'obbligo di pagamento facente capo all'assicuratore, il comportamento doloso o colposo delle persone legate all'assicurato (ma, si ritiene, anche al

contraente o al beneficiario) da un rapporto di dipendenza (art. 2049 c.c.) o per le quali egli deve comunque rispondere perché incapaci (art. 2047 c.c.).

E, sempre per la mancanza di un interesse alla provocazione del sinistro, l'assicuratore non potrà rifiutare il pagamento in relazione a sinistri cagionati da atti compiuti per dovere di solidarietà o nell'interesse anche dello stesso assicuratore.

Il primo comma, infine, consente una deroga limitatamente ai sinistri determinati da colpa grave, deroga alla quale non sarà necessario ricorrere per evitare l'applicabilità della disposizione in commento nel caso di assicurazione della responsabilità civile: questa, infatti, presuppone proprio l'imputabilità del fatto dannoso - a titolo di colpa - all'assicurato, come fondamento dell'obbligo di risarcire il danno. E, d'altra parte, in tale tipo di assicurazione manca del tutto un interesse dell'assicurato, avendo questa ad oggetto la sola reintegrazione di un danno patrimoniale effettivamente patito (v. *sub* art. 1917 c.c.).

Giurispr.: Cass. 25 novembre 2005, n. 24901; Cass. 14 aprile 2005, n. 7763; Cass. 4 aprile 2003, n. 5322; Trib. Roma 12 maggio 1998; App. Milano 5 marzo 1996; Cass. 28 marzo 1994, n. 2995; Cass. 17 luglio 1993, n. 7971.

Art. 1901

(Mancato pagamento del premio)

1. Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

2. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

3. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Il premio costituisce il corrispettivo dovuto dall'assicurato ed è determinato dall'impresa assicuratrice su basi statistiche a fronte della massa dei rischi del medesimo genere dalla stessa assunti, così annullando (o quanto meno riducendo ai minimi termini) la propria alea; ed è dall'insieme dei premi raccolti che quest'ultima trae le somme necessarie per effettuare i pagamenti dovuti a quelli, fra gli assicurati, che maturano il diritto alla prestazione.

Solo tenendo conto di quanto si è appena detto, possono pertanto trovare giustificazione le numerose deroghe ai principi del diritto comune sta-

tute dalla disposizione generale in commento (v. *sub* artt. 1892, 1893, 1896, 1897, 1898 c.c.) e dal presente articolo in particolare, si da poter definire il premio come **indivisibile** (in quanto, salve eccezioni particolari come nel caso di pagamento rateale dell'art. 1897 c.c., sempre dovuto per l'intero periodo in corso e indipendentemente dalle sorti del contratto; ma, ora, v. anche gli artt. 122 e 171 c.a.p. di cui si è riferito *sub* art. 1896 c.c.), non ripetibile (non può, infatti, esserne chiesta la restituzione ancorché il contratto sia annullato) ed a corresponsione anticipata.

Quest'ultima caratteristica consente di affermare che il versamento del premio segna il momento a partire dal quale diviene efficace l'obbligo dell'assicuratore di prestare la garanzia, in forza di un contratto che di per sé è già perfetto sin da quando si è formato il consenso (e, tuttavia, alle parti è consentito di derogarvi sia nel senso di rendere il contratto reale subordinandone la stessa validità alla effettiva corresponsione del premio sia prevedendo, *ex art.* 1932 c.c., l'efficacia della garanzia sin dalla decorrenza indicata e indipendentemente dal pagamento del premio).

L'articolo in commento, infatti, nel prevedere che il mancato pagamento del premio sospenda l'efficacia dell'assicurazione con decorrenza diversa, a seconda che si tratti del mancato pagamento di quello iniziale o, nel corso del rapporto, di uno di quelli successivi (con un termine di tolleranza, in questo caso, di quindici giorni), costituisce, come concordemente ritenuto, applicazione dell'istituto generale dell'eccezione di inadempimento, di cui all'art. 1460 c.c.

E, tuttavia, se ne distingue, perché obbliga l'assicurato a corrispondere il premio anche per il tempo in cui la garanzia non gli è dovuta, con un trattamento di tale vantaggio a favore dell'assicuratore da aver, nel passato, consentito di sollevare più volte dubbi in merito alla legittimità costituzionale della previsione legislativa.

La Corte costituzionale, invece, ha sempre affermato che le disposizioni dell'art. 1901 c.c. non creano un'illegittima disparità di trattamento nel momento in cui adattano le conseguenze generali dell'inadempimento al particolare tipo del contratto di assicurazione, la cui caratteristica è costituita dalla cosiddetta comunione dei rischi.

L'equilibrio tecnico ed economico del contratto, infatti, si realizza nell'insieme dei rischi assunti dall'assicuratore e nell'insieme dei premi dovuti dagli assicurati; ed il primo (per supportare l'alea dei pagamenti che dovranno essere effettuati e per costituire e mantenere il fondo tecnicamente calcolato a tutela dei diritti dei secondi) deve necessariamente poter contare sul puntuale versamento dei premi da parte degli assicurati.

Conseguentemente (è sempre la Corte ad affermarlo) con il mancato pa-

gamento del premio alle scadenze fissate l'assicurato si sottrae all'obbligo di partecipare alla comunione dei rischi, turbando l'equilibrio e l'economia del rapporto contrattuale.

In altre parole, come è stato giustamente osservato dalla dottrina, la disparità di trattamento deve ritenersi legittima non in base ad un raffronto fra gli interessi dell'assicurato e quelli dell'assicuratore, bensì fra la posizione del primo e la concreta tutela della massa degli assicurati.

In ogni caso, l'effetto della sospensione sancita dalla disposizione in commento (che opera automaticamente, senza bisogno di alcuna comunicazione) comporta, nel caso il sinistro descritto in polizza si verifichi nel corso della stessa, il venir meno dell'obbligo di pagamento dell'indennizzo da parte dell'assicuratore.

L'assicurato, tuttavia, può riattivare la garanzia assicurativa (con effetto dalle ore 24 della data del ritardato adempimento, dovendo, secondo la giurisprudenza, trovare applicazione analogica il primo comma della disposizione in commento) con il pagamento del premio o dei premi scaduti (oltre agli interessi), e ciò purché il contratto non debba considerarsi già risolto, dato che il terzo comma prevede che la risoluzione operi di diritto qualora l'assicuratore, entro sei mesi dalla scadenza, non agisca per la riscossione del proprio credito (entro tale termine, pertanto, questi dovrà avere iniziato il giudizio mediante notifica all'assicurato di un atto di citazione o di un decreto ingiuntivo, non essendo sufficiente, per giurisprudenza costante, una sua semplice richiesta stragiudiziale).

E poiché, come si è appena detto, la decadenza opera di diritto, non sarà mai consentito alle parti di riattivare un contratto che si è già automaticamente risolto, ma, eventualmente, solo di stipulare una nuova polizza.

La previsione del termine di decadenza contenuto nella disposizione in esame è certamente posta a tutela dell'assicurato ad evitare che l'inerzia dell'assicuratore si trasformi per quest'ultimo in una fonte di lucro (i premi dovuti) senza alcuna contropartita (poiché nessun indennizzo deve essere pagato per i sinistri verificatisi nel periodo di sospensione).

Nel silenzio della legge, si ritiene che la disciplina dettata dall'articolo in esame trovi applicazione anche alle assicurazioni infortuni e malattia, mentre, per espressa previsione, si applica solo in parte alle assicurazioni sulla vita in considerazione della natura previdenziale delle stesse (la *fattispecie* è, infatti, regolata dall'art. 1924 c.c.).

Giurispr.: Cass. 29 ottobre 2008, n. 45707; Cass. 31 gennaio 2008, n. 2390; Cass., S.U., 28 febbraio 2007, n. 4631; Cass. 12 gennaio 2007, n. 494; Cass. 24 maggio 2006, n. 12353; Cass. 18 febbraio 2005, n. 3370; Cass. 19 luglio 2004, n. 13344; Cass. 6 maggio 2004, n. 8609; Cass. 10 novembre

2003, n. 16830; Cass. 25 febbraio 2002, n. 2740; Cass. 2 dicembre 2000, n. 15407; Cass. 4 febbraio 2000, n. 1239; Cass. 26 settembre 1997, n. 9462; Cass. 5 febbraio 1996, n. 944; Cass. 24 agosto 1994, n. 7518; Cass. 29 settembre 1993, n. 9758; 29 marzo 1993, n. 3771; Cass. 22 luglio 1992, n. 8863; Cass. 22 maggio 1992, n. 6157; Corte cost. 10 maggio 1979, n. 14; Corte cost. 5 febbraio 1975, n. 18.

Art. 1902

(Fusione, concentrazione e liquidazione coatta amministrativa)

1. La fusione e la concentrazione di aziende tra più imprese assicuratrici non sono cause di scioglimento del contratto di assicurazione. Il contratto continua con l'impresa assicuratrice che risulta dalla fusione o che incorpora le imprese preesistenti. Per i trasferimenti di portafoglio si osservano le leggi speciali.
2. Nel caso di liquidazione coatta amministrativa dell'impresa assicuratrice il contratto di assicurazione si scioglie nei modi e con gli effetti stabiliti dalle leggi speciali anche per ciò che riguarda il privilegio a favore della massa degli assicurati.

Il primo comma della disposizione in commento si limita ad affermare che le vicende che possono coinvolgere l'impresa non comportano lo scioglimento del contratto di assicurazione, destinato pertanto a proseguire con un nuovo soggetto (e ciò con l'evidente ragione di impedire che la fusione o la concentrazione possano costituire motivo di recesso per un numero potenzialmente elevato di assicurati e tale da poter compromettere la tutela degli altri), lasciando al legislatore speciale (come anche per il trasferimento di portafoglio) il compito di dettare gli opportuni controlli di natura pubblica (da parte dell'ISVAP) volti a verificare la correttezza tecnica dell'operazione.

Nella fusione (da intendersi in entrambe le forme previste dall'art. 2501 c.c.), come anche nell'ipotesi di scissione di cui all'art. 2506 c.c., la disciplina speciale, già contenuta negli artt. 65, d.lgs. n. 174 del 1995 e 76, d.lgs. n. 175 del 1995, è ora dettata dall'art. 201 c.a.p. e in particolare, per quanto riguarda gli effetti sui contratti assicurativi in corso, dall'art. 168 c.a.p. in virtù del richiamo operato nel suo ultimo comma.

Con la concentrazione si trasferisce l'azienda con il portafoglio e le relative riserve tecniche ad altra impresa (che dovrà ovviamente essere autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa), trovando applicazione tanto le disposizioni relative alla cessione di azienda che quelle relative al trasferimento di portafoglio.

Con questo ultimo si realizza la cessione ad altra impresa dell'insieme dei contratti relativi a uno o più rami (o anche solo frazioni di questi) senza il

contestuale trasferimento dell'azienda (solo in via eventuale alla cessione si accompagna anche quella delle attività che costituiscono le riserve tecniche); ricorrendo all'ipotesi, la disciplina speciale è dettata dagli artt. 198-200 c.a.p. e in particolare, per quanto riguarda gli effetti sui contratti assicurativi in corso, dall'art. 168 c.a.p. (che hanno, nel loro insieme, sostituito gli artt. 64, d.lgs. n. 174 del 1995 e 75, d.lgs. n. 175 del 1995).

Il secondo comma dell'articolo in esame, limitandosi ad affermare, in via di principio, lo scioglimento dei contratti assicurativi in caso di sottoposizione dell'impresa assicuratrice alla procedura di liquidazione coatta amministrativa, opera, a sua volta, un rinvio alle leggi speciali in materia.

L'apertura di tale procedura concorsuale (che è l'unica prevista per le imprese assicuratrici in stato di insolvenza, v. l'ultimo comma dell'art. 245 c.a.p.) comporta in realtà la prosecuzione della copertura dei rischi per i primi sessanta giorni dalla pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* del decreto di liquidazione, dandosi facoltà agli assicurati di recedere entro tale termine dai contratti in corso (art. 169 c.a.p. che ha sostituito gli artt. 67, d.lgs. n. 174 del 1995 e 78, d.lgs. n. 175 del 1995); entro il medesimo termine i Commissari liquidatori potranno trasferire il portafoglio, con apposita convenzione e previa autorizzazione dell'ISVAP, ad altra impresa la quale, solo a scadenza del periodo relativo ai premi già pagati, potrà comunicare all'assicurato il proprio recesso (v. l'art. 257 c.a.p. che ha sostituito l'art. 88 d.p.r. n. 449 del 1959).

Le disposizioni di cui agli artt. 258 ss. c.a.p. (che hanno sostituito la preesistente disciplina appena richiamata) regolano altresì il riparto fra i creditori e i relativi privilegi.

Giurispr.: Cass. 14 gennaio 1981, n. 325.

Art. 1903

(Agenti di assicurazione)

1. Gli agenti autorizzati a concludere contratti di assicurazione possono compiere gli atti concernenti le modificazioni e la risoluzione dei contratti medesimi, salvi i limiti contenuti nella procura che sia pubblicata nelle forme richieste dalla legge.
2. Possono inoltre promuovere azioni ed essere convenuti in giudizio in nome dell'assicuratore, per le obbligazioni dipendenti dagli atti compiuti nell'esecuzione del loro mandato, davanti l'autorità giudiziaria del luogo in cui ha sede l'agenzia presso la quale è stato concluso il contratto.

Come qualsiasi altro imprenditore, anche l'assicuratore può dotarsi di una rete territoriale per la promozione e la conclusione dei contratti ricorrendo alle forme tradizionali delle agenzie, dei produttori diretti e dei bro-

ker; tuttavia, sempre più spesso le compagnie realizzano la medesima finalità affidando tale compito alle banche (potendo così usufruire dell'ampia diffusione degli sportelli bancari) e ad altri intermediari finanziari.

A loro volta, le agenzie possono essere diretta emanazione dell'assicuratore (agenzie in economia), nelle quali il preposto è un gestore vincolato (come, del resto, i suoi collaboratori) da un rapporto di lavoro subordinato e che, come tale, non sopporta alcun rischio, ovvero essere affidate (c.d. agenzie in gestione libera) a soggetti estranei che operano autonomamente, con propria organizzazione di mezzi materiali e personali, e che si assumono direttamente i rischi della gestione.

L'agente ha l'obbligo di promuovere la conclusione dei contratti per conto dell'assicuratore, ma solo se gli è stato espressamente attribuito il potere di rappresentanza, avrà anche la facoltà di sottoscriverli in nome e per conto dell'imprenditore.

Il rapporto interno dell'agente con l'assicuratore, pertanto, può essere regolato dalla disciplina legale e contrattuale esistente in materia di lavoro subordinato oppure dalle disposizioni del Codice civile in tema di contratto di agenzia (artt. 1742-1753 c.c.) in quanto compatibili e non derogate dalla legge o dagli usi, e, a loro volta, integrate dagli accordi collettivi di categoria nonché dal contenuto dei singoli contratti individuali.

La disposizione in commento, pertanto, si limita a disciplinare gli effetti esterni del rapporto, ossia quelli con gli assicurati, precisando, al primo comma, che all'agente al quale sia stato conferito il potere di rappresentanza per la conclusione dei contratti, spetta altresì quello di modificare il contenuto di quelli già conclusi, nonché di risolverli.

Eventuali limitazioni a tali poteri, per essere opposte ai terzi, dovranno risultare dal testo della procura depositata presso il registro delle imprese (infatti, pur facendo la norma generico riferimento alla pubblicazione della procura "nelle forme richieste dalla legge", deve ritenersi che il rinvio riguarda solo le modalità procedurali della pubblicazione, che, tenuto conto della natura del soggetto rappresentato, vanno identificate in quelle previste, in via generale, per gli imprenditori commerciali dagli artt. 2206, 2207 e 2209 c.c.), a meno che l'assicuratore non provi che il terzo era in ogni caso a conoscenza di tali limitazioni al momento della conclusione dell'affare.

Il secondo comma conferisce all'agente autorizzato a concludere i contratti anche la rappresentanza processuale attiva e passiva dell'assicuratore, ma ciò solo per le obbligazioni nascenti dai contratti in cui ha preso personalmente parte in virtù del mandato ricevuto.

Conseguentemente in tema di rappresentanza processuale dell'agente di assicurazione, è necessario distinguere se nella procura sia o no contenuto

un esplicito conferimento di poteri rappresentativi, nel senso che, se tale conferimento vi è, la rappresentanza deriva dal relativo atto e, a norma degli artt. 1744, 1752, 1753 c.c., può estendersi alla riscossione dei premi a prescindere dalla circostanza se l'agente è a gestione libera o legato all'impresa assicuratrice da un rapporto di subordinazione, mentre, se il conferimento non vi è, la rappresentanza processuale trae origine dal secondo comma dell'art. 1903 c.c. ed è limitata alle sole obbligazioni che dipendono dal contratto di assicurazione stipulato dall'agente stesso.

Si ricorda, infine, che il *broker*, anche prima della ora abrogata legge 28 novembre 1984, n. 792 (che ne dettava la disciplina), è un incaricato di fiducia dell'assicurando, con il compito prioritario di consigliarlo nella scelta per la collocazione sul mercato dei rischi alle migliori condizioni, ed assisterlo nella stipula del contratto di assicurazione o riassicurazione, mettendo in contatto a tal fine le parti, rimanendo solo eventuale una sua successiva collaborazione per la gestione ed esecuzione del contratto promosso.

Il nuovo Codice delle assicurazioni private ha ora profondamente innovato la disciplina degli intermediari di assicurazione e riassicurazione, riservando l'esercizio dell'attività di intermediazione (che consiste nel presentare o proporre prodotti assicurativi e riassicurativi o nel prestare assistenza e consulenza finalizzate a tale attività e, solo se previsto dall'incarico, nella conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti) ai soli soggetti iscritti nelle distinte sezioni (agenti, *broker*, produttori diretti, banche ed altri intermediari finanziari, nonché i rispettivi dipendenti o collaboratori) del Registro unico elettronico la cui tenuta è disciplinata e curata dall'ISVAP, nonché dettando particolari regole di comportamento (v. gli artt. 106-121 c.a.p.).

Giurispr.: Cass. 28 agosto 2007, n. 18191; Cass. 19 maggio 2006, n. 11781; Cass. 19 luglio 2004, n. 13557; Cass. 6 maggio 2004, n. 8609; Cass. 28 novembre 2003, n. 18243; Cass. 15 gennaio 2003, n. 469; Cass. 3 novembre 1998, n. 10978; Cass. 26 agosto 1998, n. 8467; Cass. 9 febbraio 1998, n. 1322; Cass. 24 dicembre 1994, n. 11142; Cass. 19 gennaio 1993, n. 622.

SEZIONE II

Dell'assicurazione contro i danni

Art. 1904

(Interesse all'assicurazione)

1. Il contratto di assicurazione contro i danni è nullo se, nel momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'assicurato al risarcimento del danno.

L'esistenza di un interesse al risarcimento di un danno da parte dell'assicurato, nel momento in cui la copertura assicurativa inizia ad avere efficacia, costituisce elemento essenziale del contratto, tanto da determinarne la nullità nell'ipotesi in cui tale interesse sia del tutto assente (nel silenzio del legislatore, la dottrina è invece divisa sulla risoluzione di diritto o meno del contratto qualora l'interesse venga a mancare solo nel corso del rapporto).

E per interesse deve intendersi una relazione di natura economico-giuridica (restando, invece, non tutelata quella di mero fatto) fra la cosa oggetto della garanzia (in quanto esposta al rischio di un evento futuro potenzialmente dannoso) e l'assicurato, relazione normalmente determinata dal diritto di proprietà o da altro diritto reale vantato da quest'ultimo sul bene, ma che, per generale ammissione, può considerarsi estesa anche a situazioni giuridicamente diverse qualora l'assicurato possa comunque risultare economicamente danneggiato dalla perdita (o dal semplice deterioramento) del bene, come nel caso del locatario, del depositario, del possessore, dell'acquirente non ancora proprietario (l'interesse, infatti, può essere non attuale, bensì futuro dovendo sussistere, come si è detto, solo quando ha inizio la garanzia assicurativa) o di un qualsivoglia altro rapporto giuridico che ponga (anche solo pattiziamente) il rischio della cosa a carico di un soggetto diverso dal titolare di un diritto reale.

È conseguentemente possibile che lo stesso bene sia garantito da contratti assicurativi diversi e stipulati da soggetti aventi ciascuno un proprio e differente interesse alla sua conservazione; si ritiene pertanto da taluno che sia sempre necessario specificare in contratto l'esatta natura giuridica di tale interesse, dovendosi, in difetto, presumere che la copertura sia attuata a titolo di proprietà.

La necessità dell'esistenza di un interesse ad un risarcimento di natura economica impedisce, di conseguenza, che la garanzia assicurativa possa essere richiesta per scommessa ovvero a fronte di un interesse solo affettivo o sentimentale, evitando in tal modo che, in violazione di quel principio indennitario (v. *sub art.* 1905 c.c.) che permea l'intera disciplina dell'assicurazione contro i danni, sia corrisposto un indennizzo ad un soggetto che non ha patito alcuna perdita che possa essere valutata sotto un profilo esclusivamente economico.

E, a sua volta, il concetto di "bene assicurato" deve essere inteso in senso ampio al fine di potervi ricomprendere le universalità oltre che i diritti di credito e l'integrità fisica e psichica della persona.

Diverso, invece, l'interesse nell'assicurazione della responsabilità civile poiché (a differenza dell'assicurazione contro i danni alle cose ove l'interesse dell'assicurato consiste nel risarcimento del danno subito da un suo deter-

minato bene a seguito di un sinistro) in questa l'assicurato intende sottrarsi alle perdite che potrebbero derivargli, a titolo di colpa, dai suoi comportamenti, volendo pertanto tutelare l'integrità del proprio patrimonio complessivo e indifferenziato.

Giurispr.: Cass. 3 ottobre 2007, n. 20751; Cass. 19 maggio 2004, n. 9469; Cass. 6 novembre 2002, n. 15552; App. Napoli 20 febbraio 2001; App. Milano 18 marzo 1998; Cass. 23 marzo 1995, n. 3388; Trib. Napoli 28 gennaio 1992; App. Catania 5 aprile 1991.

Art. 1905 (Limiti al risarcimento)

1. L'assicuratore è tenuto a risarcire, nei modi e nei limiti stabiliti dal contratto, il danno sofferto dall'assicurato in conseguenza del sinistro.
2. L'assicuratore risponde del profitto sperato solo se si è espressamente obbligato.

Il principio indennitario che regola tutte le assicurazioni contro i danni trova la sua più importante espressione nella disposizione in commento.

Posto per ragioni di ordine pubblico onde evitare un qualsivoglia interesse alla provocazione del sinistro (preoccupazione questa del tutto assente nelle assicurazioni sulla vita) ed impedire che questo possa trasformarsi in motivo di arricchimento, il principio indennitario si concretizza nel limitare l'ammontare del risarcimento eventualmente dovuto dall'assicuratore al solo danno derivante dalla perdita o dal deterioramento della cosa nella sua materialità (danno emergente), rimanendo così tendenzialmente escluso, salvo apposito patto, il profitto sperato (ma v. *sub art.* 1908 c.c.).

La disposizione in commento, inoltre, pone una distinzione fra sinistro e danno (già presente nell'art. 1882 c.c.), dovendosi intendere con il primo l'evento assicurato che è generatore (in base ad un nesso di causalità adeguata) del danno e che, in alcuni casi, potrebbe precedere di un significativo lasso di tempo il manifestarsi del secondo.

Ad ogni modo, il legislatore, disponendo che il risarcimento sia dovuto "nei modi e nei limiti stabiliti dal contratto", demanda alle parti la possibilità di delimitare con apposite clausole tanto il rischio assicurato che l'entità dell'indennizzo.

E tali clausole possono avere il contenuto più vario e riguardare sia la causa (oltre che il tempo e il luogo) dell'evento sia limitare la responsabilità dell'assicuratore a determinate tipologie di danno, nonché richiedere all'assicurato un comportamento particolarmente qualificato ovvero l'adozione di particolari misure di sicurezza.

Con il che si è dato vita ad una casistica particolarmente complessa (e

ad una correlata e copiosa giurisprudenza) in considerazione del fatto che non è sempre agevole determinare se le clausole in parola abbiano un contenuto semplicemente descrittivo del rischio (e, quindi, individuino l'esatto oggetto del contratto) o non siano, invece, volte a limitare o escludere la responsabilità patrimoniale dell'assicuratore, nel qual caso richiederebbero la specifica approvazione scritta di cui all'art. 1341 c.c.

Infine, poiché l'obbligazione dell'assicuratore è destinata a reintegrare la perdita patrimoniale subita dall'assicurato, si è correttamente ritenuto che, come emerge dal costante riferimento al risarcimento del danno ed al valore della cosa assicurata in tutte le disposizioni normative che regolano la materia (e, in particolare, nell'articolo in commento e nell'art. 1908 c.c.), si tratti di un debito di valore e non di valuta e, come tale, suscettibile di adeguamento automatico alla svalutazione monetaria.

Giurispr.: Cass. 11 gennaio 2007, n. 395; Cass. 30 marzo 2001, n. 4753; Cass. 29 novembre 1999, n. 13342; Cass. 22 aprile 1997, n. 3470; Cass. 23 marzo 1995, n. 3388; Cass. 21 ottobre 1994, n. 8643; Cass. 12 novembre 1994, n. 9549; Cass. 28 ottobre 1992, n. 11612; Trib. Foggia 29 giugno 1991.

Art. 1906 (Danni cagionati da vizio della cosa)

1. Salvo patto contrario, l'assicuratore non risponde dei danni prodotti da vizio intrinseco della cosa assicurata, che non gli sia stato denunziato.
2. Se il vizio ha aggravato il danno, l'assicuratore, salvo patto contrario, risponde del danno nella misura in cui sarebbe stato a suo carico, qualora il vizio non fosse esistito.

La disposizione deve essere necessariamente coordinata con gli art. 1892 e 1893 c.c. nel senso che, se nelle fasi preliminari del contratto, l'assicurato è a conoscenza del vizio della cosa assicurata e non lo dichiara, troverà applicazione uno di questi articoli a seconda che l'inesattezza o la reticenza siano o no dovute a dolo o a colpa grave.

L'art. 1906 c.c., pertanto, riguarda solo il contratto concluso nell'ignoranza da parte dell'assicurato del vizio della cosa in quanto tale (con esclusione, quindi, di interventi esterni), dovendosi ulteriormente distinguere se il vizio ha costituito la causa del danno o lo ha semplicemente aggravato.

Nel primo caso l'assicuratore non è tenuto ad alcun risarcimento; nel secondo risponde solo nei limiti del danno che l'assicurato avrebbe patito qualora il vizio non fosse esistito.

In entrambe le ipotesi sono fatti salvi i patti contrari (anche a maggior favore dell'assicuratore).

La dottrina ritiene che la disposizione sia applicabile alle assicurazioni contro gli infortuni e le malattie.

L'art. 1906 c.c. non è, invece, suscettibile di applicazione estensiva all'assicurazione della responsabilità civile: in questa, infatti, manca la cosa assicurata poiché il bene del destinatario della copertura assicurativa è preso in considerazione al solo e diverso fine di circoscrivere la garanzia ai fatti (produttivi di danni a terzi) connessi alla proprietà od al godimento del bene medesimo.

Giurispr.: Cass. 6 febbraio 1990, n. 797.

Art. 1907 (Assicurazione parziale)

1. Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

La misura della lesione dell'interesse dell'assicurato va commisurata al valore della cosa al momento del sinistro, e tale valore deve essere, a sua volta, raffrontato con quello indicato dalle parti al momento della conclusione del contratto e che potrebbe essere superiore od inferiore (non solo perché il valore della cosa nel tempo si è apprezzato o è diminuito, ma anche perché questa è stata la volontà dei contraenti o del solo assicuratore al fine di non far venire meno l'interesse dell'assicurato ad evitare il sinistro).

Trae da ciò origine la tradizionale distinzione fra "valore assicurabile" (misura dell'interesse sottoposto al rischio e che coincide con il valore della cosa per il proprietario, ma è, o potrebbe essere, di entità inferiore nel caso di assicurato titolare di diverso diritto reale o di altro rapporto giuridico) e "valore assicurato" (misura dell'interesse coperto da assicurazione).

Nel caso di coincidenza fra i due valori si ha l'assicurazione piena; qualora, invece, il primo sia superiore al secondo si ha l'assicurazione parziale (o sottoassicurazione) e, nel caso inverso, si ha, l'assicurazione eccedente (o soprassicurazione).

La disposizione in commento disciplina il caso dell'assicurazione parziale, ponendo la c.d. regola proporzionale in quanto devono considerarsi corrispondenti, da un lato, il rapporto tra il valore assicurabile e quello assicurato, e, dall'altro, quello fra l'effettivo danno subito dalla cosa e l'indennizzo dovuto dall'assicuratore (cosicché, determinati i primi tre elementi, potrà agevolmente calcolarsi il valore dell'ultimo).

Consequentemente, solo nel caso di perdita totale del bene l'assicuratore corrisponderà l'intero valore assicurato (rimanendo, in ogni caso, a cari-

co del contraente la differenza fra il valore della cosa e quello assicurato), mentre, nel caso di danno parziale, l'entità dell'indennizzo sarà necessariamente inferiore e determinata in relazione al danno nella stessa proporzione esistente fra il valore assicurato e quello assicurabile.

Come chiaramente indicato nell'ultima parte della disposizione, la regola proporzionale non è tuttavia inderogabile, potendo le parti sottrarsi concordando che l'indennizzo sia integrale sino alla concorrenza della somma assicurata ed in modo del tutto indipendente dall'effettivo maggior valore del bene al momento del sinistro: si distinguono, in tal senso, le assicurazioni "a primo rischio assoluto" (che operano nel modo appena detto) da quelle "a primo rischio relativo" nelle quali, in ogni caso, il valore assicurabile non deve superare un determinato tetto (rispettato il quale, non si ha applicazione della regola proporzionale).

Si è già detto che la sottoassicurazione potrebbe essere determinata dalla stessa volontà dell'assicuratore di non rendere indifferente la controparte al verificarsi del sinistro; in proposito la prassi ha dato vita al c.d. "scoperto obbligatorio" (la clausola inibisce all'assicurato di coprire con altro assicuratore la parte del rischio rimasta a suo carico) e alla "franchigia" (l'assicuratore pagherà l'indennizzo solo a fronte di danni superiori a un determinato ammontare ovvero sottrarrà da quanto da lui dovuto una certa somma).

In ogni caso, la regola proporzionale riguarda esclusivamente le assicurazioni contro i danni a cose, per le quali soltanto può parlarsi di sottoassicurazione, e non anche quella della responsabilità civile, nella quale il valore della cosa assicurata non può essere assunto a parametro della valutazione dei danni in quanto il rischio è posto in relazione con i diritti di eventuali terzi danneggiati.

Giurispr.: Cass. 19 agosto 1995, n. 8958; Cass. 5 gennaio 1991, n. 44; Trib. Napoli 25 novembre 1989; Trib. Napoli 26 gennaio 1986; Cass. 18 febbraio 1982, n. 1022.

Art. 1908

(Valore della cosa assicurata)

1. Nell'accettare il danno non si può attribuire alle cose perite o danneggiate un valore superiore a quello che avevano al tempo del sinistro.
2. Il valore delle cose assicurate può essere tuttavia stabilito al tempo della conclusione del contratto, mediante stima accettata per iscritto dalle parti.
3. Non equivale a stima la dichiarazione di valore delle cose assicurate contenuta nella polizza o in altri documenti.
4. Nell'assicurazione dei prodotti del suolo il danno si determina in relazione al

valore che i prodotti avrebbero avuto al tempo della maturazione o al tempo in cui ordinariamente si raccolgono.

La disposizione in commento costituisce la principale applicazione del principio indennitario (posto dall'art. 1905 c.c.), stabilendo che il valore della cosa perita o danneggiata deve essere determinato al momento del sinistro e che l'entità del risarcimento non può essere superiore a tale valore.

Si evita così che l'assicurato possa trarre vantaggio dall'eventuale deprezzamento del bene determinato dall'uso della cosa o da variazioni del mercato e che, conseguentemente, possa avere un interesse al verificarsi del sinistro.

È l'entità effettiva dell'indennizzo dovrà tenere conto solo del valore della cosa in sé (costo di produzione o d'acquisto, eventualmente ridotto in seguito all'uso o al semplice trascorrere del tempo) con esclusione del profitto sperato, ossia di quei vantaggi economici che, con ragionevole certezza, l'assicurato avrebbe potuto trarre dalla cosa e che sono, invece, venuti meno in seguito al sinistro.

Il quarto comma, tuttavia, deroga a tale principio prevedendo che, nel caso dei prodotti del suolo, l'indennizzo sia commisurato all'ipotetico valore (futuro) che questi avrebbero avuto al tempo della maturazione o della raccolta, e consentendo, quindi, anche il risarcimento del "lucro cessante".

Ed il medesimo risultato può essere conseguito con apposite clausole (consentite dal secondo comma dell'art. 1905 c.c.), tramite le quali si dà vita ad una garanzia complementare a quella relativa all'indennizzo del danno emergente e volta a risarcire un distinto e diverso danno effettivo, ma pur sempre derivante all'assicurato dal verificarsi del medesimo evento (potendosi così escludere, in conformità al principio indennitario, la sussistenza di un interesse alla provocazione del danno).

Tipica, in questo senso, la clausola d'indennizzo di "valore a nuovo" con la quale l'assicuratore risarcirà, oltre al valore della cosa in sé al momento del sinistro, anche la somma necessaria all'assicurato per il riacquisto o la ricostruzione della cosa (il c.d. costo di rimpiazzo dato dalla differenza fra il vecchio ed il nuovo); e ad evitare che tale garanzia possa trasformarsi in una forma di arricchimento per l'assicurato, le polizze spesso subordinano la corresponsione dell'indennizzo all'effettivo riacquisto o alla reale ricostruzione del bene.

Per quanto sin qui detto, è evidente che al momento della conclusione del contratto l'assicurato non può essere certo che il valore indicato in polizza si riveli essere quello corretto al momento del verificarsi del sinistro, e che conseguentemente si trovi poi costretto ad essere assoggettato all'applicazione della regola proporzionale di cui all'art. 1907 c.c. in caso di sottoassicura-

zione (con risarcimento solo parziale del danno patito) o, nell'ipotesi inversa di assicurazione eccedente, si accorga di avere pagato, senza alcun beneficio, un premio superiore a quello effettivamente dovuto (art. 1909 c.c.).

Ed è altrettanto naturale che al momento del sinistro possano sorgere contestazioni fra le parti in merito al valore da attribuirsi alla cosa (con conseguente ritardo nella liquidazione dell'indennizzo).

Il secondo comma dell'articolo in esame consente all'assicurato di sottrarsi a tali conseguenze mediante una stima del valore del bene, concordata (ed appositamente accettata in forma scritta con atto autonomo, non essendo sufficiente la mera dichiarazione di valore contenuta in polizza) con l'assicuratore in sede di stipula del contratto (è la c.d. "polizza stimata"), ipotesi alla quale si ricorre normalmente per "fissare" il valore di un bene unico od al quale, comunque, non è facile attribuire un prezzo di mercato.

Non vi è, tuttavia, accordo sugli effetti giuridici della stima preventiva così effettuata, poiché secondo una tesi (minoritaria) il valore concordato diventerebbe incontestabile al momento del sinistro, secondo la maggioranza della dottrina, invece, non potendosi derogare al principio indennitario con una liquidazione superiore al reale valore del bene al momento del sinistro, la stima comporterebbe unicamente un'inversione dell'onere della prova, ponendo così a carico dell'assicuratore l'onere di dimostrare che il valore della cosa è inferiore a quello già stimato in sede contrattuale.

Sempre al fine di comporre eventuali contestazioni in sede di liquidazione del danno ed accelerare la corresponsione dell'indennizzo, le polizze frequentemente demandano l'accertamento del danno ad un collegio peritale affinché sia elaborata una perizia non più contestabile nelle sue risultanze tecniche (usualmente, appunto, il *quantum* del danno indennizzabile) o ad un collegio di arbitri irrituali perché risolva, con un lodo, questioni inerenti la stessa risarcibilità del danno (dando così soluzione a problemi giuridici relativi all'interpretazione ed all'esecuzione del contratto).

E come la stessa giurisprudenza ha avuto modo di affermare, sia la perizia contrattuale sia l'arbitrato irrituale rientrano nel *genus* del mandato. La prima tuttavia differisce dal secondo in quanto con la perizia le parti demandano ad un terzo di compiere un apprezzamento tecnico che esse si impegnano ad accettare come diretta espressione della loro volontà contrattuale; con l'arbitrato irrituale le parti, invece, demandano ad un terzo di elaborare una soluzione transattiva di una controversia, soluzione che ugualmente le parti si impegnano ad accettare.

Giurispr.: Cass. 22 maggio 2007, n. 11876; App. Milano 13 settembre 2005; Cass. 4 settembre 2003, n. 12880; Trib. Novara Inferiore 10 aprile 2002; Cass. 30 marzo 2001, n. 4753; Cass. 23 ottobre 1998, n. 10554.

Art. 1909

(Assicurazione per somma eccedente il valore delle cose)

1. L'assicurazione per una somma che eccede il valore reale della cosa assicurata non è valida se vi è stato dolo da parte dell'assicurato, l'assicuratore, se è in buona fede, ha diritto ai premi del periodo di assicurazione in corso.
2. Se non vi è stato dolo da parte del contraente, il contratto ha effetto fino alla concorrenza del valore reale della cosa assicurata, e il contraente ha diritto di ottenere per l'avvenire una proporzionale riduzione del premio.

Ancora una volta il legislatore applica in maniera rigorosa il principio indennitario, in questo caso per regolare l'ipotesi della soprassicurazione in cui, cioè, il valore assicurato eccede il valore assicurabile (v. *sub* 1907 c.c.).

Solo, infatti, facendo riferimento ad una più generale esigenza di ordine pubblico può trovare giustificazione la sanzione di nullità (e non di semplice annullabilità) che colpisce il contratto di assicurazione contro i danni stipulato da un soggetto che, pur non ponendo in essere alcun raggio (come sarebbe richiesto dal diritto comune *ex art.* 1439 c.c.; v., anche, *sub* 1892 c.c.), scientemente esagera il valore della cosa oggetto della garanzia (o del suo più ridotto interesse su di essa, qualora non ne sia il proprietario) al fine di poter trarre un lucro dalla perdita di questa.

È, pur essendo il contratto viziato da nullità, l'assicuratore, qualora sia in buona fede, non è tenuto alla restituzione dei premi percepiti e, anzi, conserva il diritto anche a quelli relativi al periodo in corso.

Può, però, accadere che, per errore di stima al momento della stipula del contratto o, nel corso del rapporto, per naturale deprezzamento della cosa determinato dall'uso oppure per cicli sfavorevoli del mercato, l'eccedenza della copertura assicurativa non sia voluta; in questa ipotesi (disciplinata dal secondo comma) il contratto viene, *ope legis*, ricondotto al reale valore della cosa assicurata (restando, quindi, invalido per l'eccedenza), e si riconosce all'assicurato il diritto di ottenere, ma solo per quelli successivi (e fermi, pertanto, quelli già corrisposti), una proporzionale riduzione del premio.

Art. 1910

(Assicurazione presso diversi assicuratori)

1. Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
2. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
3. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a nor-

ma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

4. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

L'eventualità che l'assicurato possa cercare di trarre un indebito arricchimento dalla soprassicurazione di una cosa diviene ancora più evidente nell'ipotesi che questi (per lo stesso periodo, lo stesso rischio, il medesimo interesse e lo stesso oggetto) proceda alla stipulazione di più contratti con assicuratori diversi (la c.d. **assicurazione plurima o cumulativa**), rendendo in tale modo difficile l'accertamento della lesione del principio indennitario.

E in questo senso assume rilievo solo l'identità dell'assicurato (vale a dire di colui che beneficia della garanzia assicurativa) e non quella del contraente (e cioè di chi ha stipulato il contratto) come nel caso di una copertura assicurativa "per conto di chi spetta", potendo così i distinti contratti essere stati stipulati anche da soggetti diversi ma pur sempre a favore del medesimo assicurato-beneficiario e per l'identico rischio.

Anche nella coassicurazione (di cui all'articolo seguente) lo stesso rischio è coperto da una pluralità di assicuratori, ma in questa seconda ipotesi l'eventualità che l'assicurato possa ottenere un indennizzo superiore al valore della cosa è più ridotto, essendo sin dall'inizio ciascuna compagnia assicurativa a conoscenza dell'esatta situazione giuridica.

È, quindi, principalmente per evitare che sia raggirato il principio indennitario (l'assicurato, come si è detto, potrebbe percepire una pluralità di indennizzi) che il legislatore si preoccupa di stabilire l'obbligo dell'assicurato di avvertire tutti gli assicuratori dell'esistenza di una molteplicità di contratti a copertura del medesimo rischio, sanzionando un suo eventuale comportamento dolosamente omissivo con la perdita del diritto ad ogni indennizzo.

Il dolo, quindi, deve consistere nella cosciente volontà di occultare a uno o più degli assicuratori l'esistenza della pluralità delle garanzie, elemento soggettivo questo facilmente ravvisabile al momento del sinistro e delle conseguenti separate richieste di indennizzo ai diversi assicuratori senza indicare a ciascuno il nome degli altri.

È frequente, tuttavia (non essendo effettuato in proposito alcun richiamo dall'art. 1932 c.c.), la presenza di clausole contrattuali che ricollegano la perdita del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato per il solo fatto che questi abbia ommesso l'avviso già nel momento in cui sorgeva la pluralità delle garanzie (e senza che si possa tener conto del fatto che egli abbia così agito con dolo piuttosto che per semplice negligenza).

Altre clausole, all'inverso, esonerano l'assicurato dall'obbligo di avviso, salvo dover trovare comunque applicazione il terzo comma della disposizione in esame in caso di sinistro.

Una volta evidenziatosi il danno, l'assicurato è libero di rivolgersi, a propria scelta, ad uno o più degli assicuratori secondo il contenuto dei rispettivi contratti, trovando il limite alle proprie pretese nell'ammontare complessivo del danno effettivamente subito e restandogli del tutto indifferente l'insolvenza (in qualsiasi momento verificatasi) di uno degli assicuratori, essendo tale rischio posto a carico di questi ultimi anziché dell'assicurato.

A sua volta, l'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso nei confronti delle altre compagnie (che, altrimenti, avendo anch'esse incassato un premio a fronte dello stesso rischio, ne trarrebbero un ingiusto arricchimento) in proporzione all'indennità da ciascuna astrattamente dovuta in base al proprio contratto.

Si tratta, all'evidenza, di una forma particolare di solidarietà passiva (analogia, ma non uguale a quella che compete al condebitore solidale ai sensi dell'art. 1299 c.c.) e che si sottrae in qualche misura ai normali principi del diritto comune (v., ad es., la copiosa giurisprudenza in tema di regresso tra più fideiussori di cui all'art. 1954 c.c. e che, distinguendo tra confideiussori e pluralità di fideiussori, ritiene applicabile tale disposizione solo ai primi) se solo si considera che i contratti sono del tutto autonomi fra loro e che agli stessi non sottende né una causa né un interesse comune.

La disposizione in commento è certamente applicabile tanto alle assicurazioni di cose che a quelle stipulate a tutela del patrimonio, mentre sia la dottrina sia la giurisprudenza si sono a lungo divise in merito alla sua applicabilità nell'ambito delle assicurazioni contro gli infortuni, essendo incerta la natura indennitaria di tale garanzia.

In seguito al contrasto giurisprudenziale così sorto, le Sezioni Unite della Cassazione hanno avuto modo di distinguere fra assicurazioni contro le disgrazie accidentali non mortali nelle quali troverebbe applicazione il principio indennitario (e come tali, quindi, regolate dai primi due commi dell'art. 1910 c.c.), ed assicurazioni contro gli infortuni mortali, nelle quali, in quanto assimilabili all'assicurazione sulla vita, è assente quell'incentivo alla provocazione volontaria del sinistro che costituisce una delle ragioni sulle quali si fonda la disciplina dettata dalla disposizione in esame.

E poiché le polizze di assicurazione contro gli infortuni coprono normalmente sia l'ipotesi dell'infortunio inabilitante o invalidante sia quella dell'infortunio mortale, l'applicabilità o meno dell'art. 1910 c.c. è destinata ad operare nell'ambito di un medesimo contratto a secondo della natura dell'evento che si è verificato.

Giurispr.: Cass. 19 maggio 2008, n. 12691; Cass. 28 giugno 2006, n. 14962; Cass. 9 marzo 2006, n. 5102; Trib. Roma 2 marzo 2005; Trib. Roma 6 marzo 2004; Cass. 23 febbraio 2004, n. 3544; Trib. Roma 2 ottobre 2002; Cass., S.U., 10 aprile 2002, n. 5119; Cass. 23 agosto 1999, n. 8826; Cass. 2 ottobre 1998, n. 9786; Cass., S.U., 29 settembre 1997, n. 9554; App. Genova 2 maggio 1996; Trib. Genova 23 marzo 1996; Cass. 19 agosto 1995, n. 8947; Cass. 23 dicembre 1993, n. 12763.

Art. 1911 (Coassicurazione)

1. Qualora la medesima assicurazione o l'assicurazione di rischi relativi alle stesse cose sia ripartita tra più assicuratori per quote determinate, ciascun assicuratore è tenuto al pagamento dell'indennità assicurata soltanto in proporzione della rispettiva quota, anche se unico è il contratto sottoscritto da tutti gli assicuratori.

Si ha coassicurazione quando uno stesso rischio è assunto (con le medesime modalità, per lo stesso tempo ed interesse) da più assicuratori i quali, in accordo fra di loro e con il terzo contraente, si ripartiscono la quota di rischio e la relativa quota dell'indennizzo.

L'esistenza dell'accordo preventivo fra gli assicuratori differenzia la coassicurazione dall'assicurazione plurima di cui all'art. 1910 c.c., nel mentre la necessaria presenza anche del consenso dell'unico assicurato la rende diversa dalla riassicurazione (di cui agli artt. 1928 c.c. ss.), pur condividendo con quest'ultima la finalità di un frazionamento del rischio.

E se l'accordo può risultare dall'emissione di un'unica polizza sottoscritta da tutte le compagnie coassicuratrici, la sua esistenza (dato che la forma scritta, ex art. 1888 c.c., è richiesta solo *ad probationem*) può essere dedotta anche da documenti diversi qualora la polizza sia emessa da un solo assicuratore che agisce in nome e per conto degli altri.

La ripartizione del rischio voluta dagli assicuratori è conforme al dettato della disposizione in esame, ragion per cui con la coassicurazione non si instaura tra questi alcun vincolo di solidarietà, ma si costituiscono separati rapporti con il contraente, in ordine ai quali ciascun assicuratore è tenuto al risarcimento solo in modo proporzionale alla quota d'indennizzo sottoscritta, rimanendo così (a differenza dell'assicurazione plurima) ad esclusivo carico dell'assicurato il rischio dell'insolvenza di uno o più dei coassicuratori.

Costituendosi dei rapporti fra loro autonomi ed indipendenti, inoltre, l'assicurato sarebbe tenuto a gestirli individualmente non solo al momento della richiesta dell'indennizzo ma anche per il pagamento dei premi e ogniqualvolta, nel corso del rapporto, si rendesse per lui necessario effettuare comunicazioni o dare avvisi.

È per semplificare tale gestione che la prassi ha introdotto nelle polizze le c.d. **clausole di delega** con le quali i coassicuratori conferiscono a uno solo di essi l'incarico di compiere (e ricevere) determinati atti relativi al rapporto assicurativo (ivi compresa, se individuata, la sottoscrizione della stessa polizza) attraverso l'attribuzione di un potere di rappresentanza disciplinato dagli artt. 1387 c.c. ss.

I poteri del coassicuratore delegato, pertanto, saranno solo quelli oggetto del mandato ricevuto, senza che per tale fatto questi debba rispondere nei confronti dell'assicurato per il pagamento dell'intero indennizzo.

Il nuovo Codice delle assicurazioni private, infine, ha altresì introdotto, relativamente ai grandi rischi (come individuati nel proprio art. 1, primo comma, lett. *f*) riguardanti le assicurazioni contro i danni, la fattispecie della "coassicurazione comunitaria" caratterizzata dalla circostanza che almeno una delle imprese assicuratrici appartiene ad uno stato membro dell'Unione Europea diverso da quello della compagnia alla quale è attribuita la delega (v. gli artt. 161 e 162 c.a.p.).

Giurispr.: Cass. 12 luglio 2005, n. 14590; Cass. 28 gennaio 2005, n. 1754; Cass. 29 novembre 2004, n. 22386; Cass. 18 agosto 2004, n. 16141; Cass. 19 maggio 2004, n. 9469; Cass. 6 maggio 2004, n. 8611; Cass. 9 giugno 2003, n. 9199; Cass. 9 giugno 2003, n. 9194; Cass. 13 maggio 2002, n. 6812; Cass., S.U., 10 aprile 2002, n. 5119; Cass. 2 aprile 2001, n. 4799; Cass. 4 marzo 1999, n. 1830.

Art. 1912 (Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari)

1. Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Eventi del tutto eccezionali (che come tali sfuggono al calcolo delle probabilità) e **catastrofici** (per la loro estensione e gravità dei danni provocati) non consentono normalmente all'assicuratore di valutare con sufficiente approssimazione la frequenza e l'entità del rischio al quale si espone.

Di conseguenza i danni che, secondo un criterio di causalità adeguata (l'evento non ha solo costituito mera occasione del sinistro, ma deve, invece, averlo direttamente prodotto, seppure in concorso con altre cause), sono stati determinati da tali eventi restano esclusi dalla copertura assicurativa qualora, con apposita estensione, le parti non abbiano diversamente disposto (con evidente maggiorazione del premio).

La dottrina (la giurisprudenza è datata e limitata) è, inoltre, divisa se intendere in modo tassativo (seppur estensivamente interpretata) l'elencazio-

ne degli eventi catastrofali contenuta nella disposizione in commento ovvero se sia possibile un'applicazione analogica di questa tale da estenderla ad altri eventi, ugualmente eccezionali e catastrofici, ma non espressamente indicati (quali, ad es., gli uragani, le eruzioni vulcaniche o, ancora, gli atti di terrorismo).

In realtà sono molto spesso le stesse polizze a contenere apposite indicazioni estensive delle esclusioni (ad es., il rischio nucleare) oppure (con inversione dell'onere della prova) a porre a carico dell'assicurato l'onere di dimostrare che il sinistro non è stato in alcun modo determinato dal semplice concorso causale di uno degli eventi catastrofici indicati.

Si tratta, all'evidenza, di clausole apposte in senso sfavorevole all'assicurato, la cui legittimità tuttavia non può essere posta in discussione stante il mancato richiamo della disposizione in esame all'interno dell'art. 1932 c.c.

Giurispr.: Cass. 25 ottobre 1984; Trib. Pisa 15 dicembre 1980.

Art. 1913

(Avviso all'assicuratore in caso di sinistro)

1. L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

2. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

L'avviso di sinistro, di cui alla disposizione in esame, ha la funzione di porre l'assicuratore in grado di accertare con tempestività le cause di quanto accaduto, nonché di raccogliere tutti gli elementi utili per l'adempimento della propria obbligazione, e ciò prima che possano disperdersi le eventuali prove e gli indizi.

E solo a fronte di un immediato avviso l'assicuratore potrà intervenire al fine di annullare o ridurre i danni conseguenti al sinistro (il salvataggio di cui all'art. 1914 c.c.).

L'assicurato, di conseguenza, deve avvertire l'assicuratore (o il suo agente autorizzato) entro tre giorni (ma è in facoltà delle parti la modifica di tale termine) a partire da quello in cui il sinistro si è verificato o dal momento in cui ne è venuto a conoscenza.

Il termine indicato (ridotto a sole ventiquattro ore in caso di assicurazione relativa alla mortalità del bestiame) decorre, come si è detto, dal momento del sinistro, dovendo, quindi, se del caso essere anche antecedente al concreto manifestarsi del danno.

L'assicurato è, tuttavia, esonerato da tale obbligo (parte della dottrina, peraltro, in contrasto con la lettera della disposizione, lo ritiene più semplicemente un onere al cui adempimento consegue il diritto alla prestazione) qualora l'assicuratore intervenga alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

La forma dell'avviso è libera salva una diversa prescrizione contrattuale e, nell'ipotesi sia stato fatto in forma scritta, potrà essere considerato anche quell'atto di costituzione in mora dell'assicuratore qualora indichi l'espressa volontà dell'assicurato di ottenere l'indennizzo (è controversa, invece, tale natura qualora nell'avviso l'assicurato nulla dica in proposito).

Il mancato rispetto del termine di legge (o, se diverso, di quello contrattuale) determina la perdita del diritto all'indennità solo in caso di inadempimento doloso (e per essere tale è per lo più considerata sufficiente la consapevolezza dell'esistenza dell'obbligo di avviso e la cosciente volontà di non osservarlo), dovendosi altrimenti presumere un inadempimento colposo al cui verificarsi consegua per l'assicuratore solo il diritto ad una riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio effettivamente subito, così come disposto dal successivo art. 1915 c.c.

L'obbligo di avviso, infine, trova applicazione anche nell'assicurazione della responsabilità civile e in quella infortuni, sussistendo, infatti, in entrambe lo stesso interesse dell'assicuratore a controllare la prima possibile le cause e le conseguenze dell'evento denunciato dall'assicurato.

Giurispr.: Cass. 12 dicembre 2008, n. 29209; Cass. 28 novembre 2007, n. 24733; Trib. Roma 18 febbraio 2000; Cass. 14 febbraio 2000, n. 1642; Trib. Napoli 26 maggio 1999; Cass. 14 maggio 1998, n. 4889; Cass. 16 aprile 1997, n. 3276; Cass. 8 aprile 1997, n. 3044; Cass. 3 luglio 1993, n. 7276; Cass. 3 marzo 1989, n. 1196.

Art. 1914

(Obbligo di salvataggio)

1. L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.
2. Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.
3. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.
4. L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

16*

5. L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticipare le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Per taluno la disposizione costituirebbe applicazione specifica del principio di diritto comune posto dal secondo comma dell'art. 1227 c.c. in base al quale non sono risarcibili i danni che il creditore avrebbe potuto evitare usando l'ordinaria diligenza; più in generale si fa riferimento al principio di buona fede nell'esecuzione del contratto.

In ogni caso, l'obbligo (ma per alcuni, come per l'avviso, v. *sub art.* 1913 c.c., si tratterebbe di un onere) di salvataggio è volto ad impedire che l'assicurato, in quanto garantito dalla copertura assicurativa, si disinteressa del tutto della sorte della cosa oggetto del contratto e, in caso di sinistro, non faccia nulla per salvarla o, quanto meno, per ridurre i danni.

L'obbligo di salvataggio, pertanto, consisterebbe nel compimento delle opportune attività volte ad evitare il sinistro e, una volta che questo si sia verificato, ad evitare il danno o ad attenuarlo, e ciò a prescindere dall'effettivo conseguimento di un apprezzabile risultato.

Tuttavia, è discussa la decorrenza dell'obbligo, ritenendosi dai più che esso non sorga sin dal momento di decorrenza della copertura assicurativa (trovando, in caso di negligenza dell'assicurato, applicazione la disciplina di cui all'art. 1900 c.c.), ma solo al concretizzarsi del sinistro o, al più, nella sua imminenza (ovvero quando si manifestino le sue prime avvisaglie, costringendo così l'assicurato a svolgere ogni attività intesa ad evitare che il sinistro si verifichi), per successivamente permanere sino a che il danno non divenga definitivo.

E la più recente giurisprudenza della Cassazione è in proposito estremamente rigorosa in quanto esclude che l'obbligo di salvataggio dell'assicurato possa sorgere prima del verificarsi del sinistro e ciò in base alla stessa lettera della disposizione in commento («l'assicurato deve fare tutto quanto gli è possibile per evitare il danno») che collega l'obbligo al momento del danno e non a quello del sinistro inteso come fatto causale; conseguentemente i comportamenti che rileverebbero, ai fini dell'art. 1914 c.c. (e del conseguente diritto al rimborso della spesa di cui ai successivi commi), sarebbero unicamente quelli relativi solo al primo e non al secondo momento.

In altre parole, sarebbe di salvataggio solo l'attività che, inserendosi in un processo causale iniziato con il sinistro, è idonea e necessaria ad evitare che il processo giunga al suo esaurimento con la manifestazione del danno o che sia, almeno, utile a ridurre l'entità.

In ogni caso, l'inosservanza, dolosa o colposa, dell'obbligo di salvataggio

comporta, ai sensi del successivo art. 1915 c.c., la liberazione totale o parziale dell'assicuratore dalla sua obbligazione.

Poiché le spese fatte dall'assicurato nel tentativo (pure se inutile) di evitare o diminuire il danno sono sostenute anche (o esclusivamente) nell'interesse dell'assicuratore, questi è tenuto al loro rimborso totale (in caso di assicurazione piena) o proporzionale (in caso di assicurazione parziale), e ciò anche se, unitamente all'indennizzo, il totale del risarcimento dovuto risulterà superiore alla somma contrattualmente assicurata.

Non sono, invece, rimborsabili le spese sostenute in modo considerato dall'assicurato, intendendosi per tali quelle che, secondo un criterio di diligenza rapportata alle circostanze concrete, sono da ritenersi inutili, avvenute o sproporzionate.

Sono, altresì, risarcibili i danni della cosa assicurata provocati dai mezzi usati (anche in questo caso, non in modo inconsiderato) per operare il salvataggio.

Qualora sia lo stesso assicuratore ad intervenire personalmente per evitare o ridurre i danni, questi è tenuto, su richiesta dell'assicurato, ad anticipare le spese o a concorrervi in modo proporzionale al valore assicurato.

In quest'ultima ipotesi, la presenza dell'assicuratore (e la sua eventuale partecipazione all'onere delle spese) non pregiudica la sua facoltà di negare successivamente l'esistenza di un proprio obbligo al risarcimento.

Giurispr.: Cass. 12 dicembre 2008, n. 29209; Cass. 28 gennaio 2005, n. 1749; Cass. 8 gennaio 2004, n. 83; Cass. 27 febbraio 2002, n. 2909; Cass. 7 novembre 1991, n. 11877; App. Genova 1 giugno 1988; Cass. 7 settembre 1984, n. 4786; Cass. 28 giugno 1984, n. 3835; Cass. 12 gennaio 1984, n. 238.

Art. 1915

(Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio)

1. L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.
2. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

L'art. 1915 c.c. si limita a determinare le conseguenze, nei confronti dell'assicurato, del suo mancato rispetto degli obblighi di avviso e di salvataggio posti dai precedenti artt. 1913 e 1914 c.c.

In questo senso assume rilevanza l'elemento soggettivo dell'obligato, facendosi discendere dal dolo la perdita del diritto al risarcimento, e dalla colpa la riduzione dell'indennizzo nei limiti del pregiudizio che l'assicuratore ha effettivamente sofferto a causa dell'omissione o del ritardo.

Dovendosi intendere per dolo la conoscenza dell'esistenza dell'obbligo e la conseguente volontà di non osservarlo anche in assenza (ma su questo punto la dottrina - e ora anche minima parte della giurisprudenza - è per lo più conforme) di qualsiasi intento fraudolento volto a ricavarne un utile o, più semplicemente, ad arrecare un danno all'assicuratore, e per colpa la mera dimenticanza o altra forma di negligenza, salvi il caso fortuito o la forza maggiore.

Spetterà all'assicuratore l'onere di provare l'esistenza di un comportamento doloso (come pure l'entità del pregiudizio sofferto in seguito al comportamento negligente dell'obbligato), nel mentre si presume l'inadempimento colposo.

Il secondo comma della disposizione in esame, infine, ai sensi del successivo art. 1932 c.c., è norma derogabile solo in favore dell'assicurato, dovendosi conseguentemente considerare come non apposte eventuali clause volte ad aggravare la responsabilità dell'assicurato (ad es. la perdita del diritto all'indennizzo) nel caso di un suo inadempimento esclusivamente colposo.

Giurispr.: Cass. 12 dicembre 2008, n. 29209; App. Roma 8 ottobre 2008; Cass. 28 novembre 2007, n. 24733; Trib. Napoli 14 maggio 2004; Cass. 27 febbraio 2002, n. 2909; Cass. 8 aprile 1997, n. 3044; App. Genova 27 ottobre 1994; Trib. Palermo 15 marzo 1994; Cass. 3 marzo 1989, n. 1196.

Art. 1916

(Diritto di surrogazione dell'assicuratore)

1. L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

2. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

3. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

4. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

N.B. Con sentenza 18 luglio 1991, n. 356, la Corte Costituzionale ha dichiarato incostituzionale, per violazione dell'art. 32 Cost., l'articolo «nella parte in cui consente all'assicuratore di avvalersi, nell'esercizio del diritto di surrogazione nei confronti del terzo responsabile, anche delle somme da questi dovute all'assicurato a titolo di risarcimento del danno biologico».

Con sentenza 21 maggio 1975, n. 117, la Corte Costituzionale ha dichiarato incostituzionale, per violazione dell'art. 3 Cost., il secondo comma «nella parte in cui non annovera, tra le persone nei confronti delle quali non è ammessa la surrogazione, il coniuge dell'assicurato».

La disposizione in commento presuppone che l'assicurato abbia patito un danno e che il risarcimento di tale danno, oltre che dovuto dall'assicuratore in base al contratto, sia anche riconducibile alla responsabilità di un terzo.

In tale maniera l'assicurato si trova a poter chiedere la reintegra nella precedente situazione patrimoniale sia all'assicuratore in base al rapporto assicurativo sia al terzo a causa del comportamento illecito da questi tenuto.

L'art. 1916 c.c. si limita a disporre che, nel caso l'assicurato abbia richiesto il risarcimento all'assicuratore, questi, adempiendo alla propria obbligazione di pagamento dell'indennizzo, si sostituisca (a titolo derivativo e, quindi, nel medesimo stato, con lo stesso contenuto e gli stessi limiti, nonché subentrando nella medesima posizione processuale e sostanziale dell'assicurato) nel diritto vantato dal primo nei confronti del responsabile del danno, il quale, conseguentemente, si troverà ad avere, sempre per la medesima obbligazione (in quanto questa non è venuta meno), un nuovo creditore (l'assicuratore).

Ovviamente la surrogazione (che costituisce una particolare applicazione del principio di cui all'art. 1203, n. 3, c.c.) avverrà nei soli limiti dell'ammontare della somma effettivamente pagata dall'assicuratore, potendosi così verificare che, qualora il risarcimento da questi corrisposto sia stato solo parziale (ad es., per limiti quantitativi di vario genere previsti nella polizza), l'obbligazione originaria avente ad oggetto il risarcimento del danno si scinda in due diversi rapporti (dottrina): l'uno relativo al dovere del terzo responsabile di corrispondere il risarcimento del danno all'assicurato per quanto non già ricevuto dall'assicuratore, l'altro relativo al suo obbligo di rivalere l'assicuratore delle somme da questi corrisposte in forza del contratto di assicurazione.

La surroga dell'assicuratore incontra, tuttavia, alcuni limiti: l'uno (espresso nello stesso secondo comma della disposizione in esame) riguardante, salvo il caso di dolo, i danni determinati dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici (all'elenco, dopo l'intervento della Corte costituzionale, deve essere aggiunto anche il coniuge) e ciò nell'evidente esigenza di evitare che le conseguenze della surroga ricadano direttamente o indirettamente sull'assicurato, rendendo priva di effetti la copertura del rischio, nel mentre un altro limite (non espresso ma la cui sussistenza è stata legittimata da una sentenza della Corte costituzionale del 1991) è dato dalla partico-

lare natura del danno patito dall'assicurato (quello biologico) qualora questo non formi esplicito oggetto della copertura assicurativa.

Le ratio della disposizione in esame può essere rinvenuta sia nell'esigenza di evitare che un sinistro divenga occasione di indebito arricchimento (con conseguente lesione del principio indennitario) per chi lo subisce, anche se il diritto al risarcimento gli spetterebbe a titolo diverso (contrattuale l'uno e da fatto illecito l'altro) nei confronti di soggetti che sono distinti, sia, ancora, per diminuire i costi della garanzia assicurativa (l'assicuratore può, infatti, reintegrare almeno in parte il proprio patrimonio, diminuendo così l'entità del rischio), sia, infine, per la preoccupazione di non indebolire il principio che il responsabile di un fatto illecito è sempre tenuto al risarcimento del danno che ha provocato.

Il caso della mancata richiesta di rimborso nei confronti del terzo responsabile da parte dell'assicuratore che ha pagato l'indennizzo, pone, tuttavia, in conflitto fra loro i due principi appena enunciati, dovendosi così porre il problema di quale degli altri due soggetti coinvolti possa da ciò trarre vantaggio: il terzo (che in tale maniera non risponderà per il comportamento illecito) ovvero l'assicurato che, se in questa ipotesi legittimato a pretendere il risarcimento anche da colui che gli ha causato il danno, incrementerebbe il proprio patrimonio.

Parte della dottrina, sostenendo che la surroga operi in modo automatico a favore dell'assicuratore nello stesso momento del pagamento dell'indennizzo, ritiene che l'assicurato perda in tal modo la possibilità di agire nei confronti del terzo seppure per un titolo diverso (il fatto illecito) da quello (il contratto assicurativo) in base al quale ha già reintegrato il proprio patrimonio.

In questo caso sarebbe il terzo a giovare sia della circostanza che il soggetto leso abbia in precedenza pagato per la copertura assicurativa del danno da lui provocato sia dell'inerzia dell'assicuratore, non subendo, di conseguenza, alcuna lesione patrimoniale per le conseguenze del suo atto illecito.

La giurisprudenza, da tempo consolidata, ritiene, invece che la surroga dell'assicuratore si perfezioni non in modo automatico bensì con il concorso di due elementi, uno oggettivo e l'altro soggettivo (quello oggettivo costituito dal pagamento da parte dell'assicuratore dell'indennità e quello soggettivo dalla comunicazione della volontà di surrogarsi) e, pertanto, che il perfezionamento della surroga si verifichi solo nel momento in cui l'assicuratore dà notizia al terzo responsabile del pagamento effettuato, esprimendo la volontà di sostituirsi nei diritti dell'assicurato.

Conseguentemente, sino a quando non risulti che l'assicuratore si sia av-

valso di quella che deve, quindi, configurarsi come una facoltà (o un diritto potestativo) di surrogazione, il danneggiato e, insieme, assicurato potrà agire per il risarcimento totale verso il responsabile (e senza che quest'ultimo possa opporgli l'avvenuta riscossione dell'indennizzo).

Ed è sempre la giurisprudenza a riconoscere, altresì, la validità della clausola con la quale l'assicuratore rinuncia preventivamente al diritto di surroga in favore dello stesso assicurato, il quale potrà così pretendere sia il risarcimento dal terzo, sia l'indennità dall'assicuratore.

Si giustifica così la tesi, sostenuta in dottrina, che in realtà il diritto di surroga attribuito dal legislatore a favore dell'assicuratore non sia posto a tutela del principio indennitario (del resto il danno è stato provocato dall'atto illecito di un terzo), bensì adottato nell'intento di ridurre il "costo" dei rischi complessivi della medesima specie assunti dall'assicuratore, e, come tale, disponibile (tutt'al più, per un premio più elevato).

Infine, dalla considerazione già svolta che l'assicurazione si sostituisce nei diritti dell'assicurato, derivano due ulteriori conseguenze: la prima (posta dal terzo comma della disposizione in esame) volta ad affermare che l'assicurato deve salvaguardare il diritto di surroga spettante all'assicuratore, essendo altrimenti tenuto al risarcimento dei danni a questi provocati da suoi comportamenti tanto attivi (ad es. transazioni o rinunzie) quanto omissivi (ad es., la mancata interruzione di prescrizioni o decadenze); e la seconda data dalla possibilità per il terzo di opporre all'assicuratore tutte le eccezioni che gli sarebbe spettate nei confronti dell'assicurato (nonché quelle relative ai presupposti della surrogazione quali, ad esempio, la nullità del contratto assicurativo).

Nonostante la lettera del quarto comma dell'art. 1916 c.c., una recente decisione delle Sezioni Unite della Cassazione (che si è già richiamata, v. *sub art.* 1910 c.c. e che diversifica la disciplina dell'assicurazione contro gli infortuni secondo il tipo di evento) ritiene che la disposizione così posta possa trovare applicazione solo nei casi di assicurazione contro infortuni invalidanti che colpiscano lo stesso assicurato, e non anche nell'ipotesi di infortunio mortale, poiché in questa, essendo beneficiario dell'indennizzo un terzo, verrebbe meno lo stesso presupposto del diritto di surrogazione.

Una disciplina del tutto particolare, infine, è dettata dall'art. 142 c.a.p. in materia di assicurazione obbligatoria per i veicoli a motore per il caso che la persona danneggiata sia assistita da assicurazione sociale.

Giurispr.: Cass. 20 gennaio 2009, n. 1336; Cass. 17 maggio 2007, n. 11457; Cass. 23 febbraio 2006, n. 4020; Cass. 15 luglio 2005, n. 15022; Cass. 6 dicembre 2004, n. 22883; Cass. 19 luglio 2004, n. 13342; Cass. 9 giugno 2004, n. 10968; Cass. 19 maggio 2004, n. 9469; Cass. 19 agosto 2003,

n. 12101; Cass. 14 luglio 2003, n. 11004; Cass. 5 maggio 2003, n. 6797; Cass. 26 marzo 2003, n. 4460; Cass. 17 gennaio 2003, n. 604; Cass. 10 gennaio 2003, n. 204; Cass. 3 dicembre 2002, n. 17157; Cass., S.U., 10 aprile 2002, n. 5119; Cass. 25 marzo 2002, n. 4211; Cass. 2 febbraio 2001, n. 1508; Trib. Roma 31 marzo 2000; Cass. 13 dicembre 1999, n. 13957; Cass. 3 febbraio 1999, n. 919; Cass. 1 dicembre 1998, n. 12188; Cass. 10 novembre 1998, n. 11315; Cass. 2 settembre 1998, n. 8714; Cass. 8 maggio 1998, n. 4677.

Art. 1917

(Assicurazione della responsabilità civile)

1. Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

2. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

3. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

4. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Sono molteplici le fonti legislative che determinano la responsabilità di un soggetto per il danno patito da un terzo e che lo obbligano al conseguente risarcimento (sull'argomento si rinvia al saggio di Luigi Gaudino in questo stesso volume), dovendosi altresì subito aggiungere che, al di fuori dei casi di responsabilità oggettiva espressamente individuati dalla legge, tale addebito trova la propria giustificazione in un comportamento doloso o colposo del soggetto stesso.

Ed a norma dell'art. 2740 c.c., in tema di responsabilità patrimoniale, il soggetto è tenuto a rispondere dell'adempimento dei propri debiti (trovino questi la propria origine in un contratto o discendano, invece, da un fatto illecito) con tutti i suoi beni presenti e futuri.

È allora evidente che, essendo l'entità dei danni causati potenzialmente illimitata, la responsabilità potrebbe essere tale da compromettere l'intero patrimonio di colui che di tali danni deve rispondere.

L'assicurazione della responsabilità civile è, quindi, volta a rendere indenne l'assicurato dal rischio di quanto sarebbe tenuto a risarcire ad un terzo in

conseguenza del danno a questi arrecato da un fatto proprio (o, comunque, a lui addebitabile) e, di conseguenza, ad evitare un'alterazione in senso negativo del suo patrimonio; e ciò a differenza dell'assicurazione contro i danni di cose in cui l'interesse dell'assicurato consiste nell'ottenere dall'assicuratore il risarcimento del danno subito, in seguito ad un sinistro, da un suo determinato bene (libero restando l'assicurato di destinare la somma ricevuta al riacquisto o alla riparazione della cosa ovvero di utilizzarla in altro modo).

Ovviamente, come precisato al termine del primo comma dell'articolo in commento, non possono essere coperte da assicurazione le conseguenze dei fatti determinati da un comportamento tenuto volontariamente dall'assicurato (ma possono, invece, esserlo quelle dovute al dolo di altro soggetto per il quale egli è obbligato a rispondere), mentre, a differenza di quanto stabilito in via generale dal primo comma dell'art. 1900 c.c., sono coperte quelle derivanti da colpa pur se grave o gravissima, costituendo, appunto, la colpa il presupposto stesso dell'imputabilità del danno e del conseguente obbligo di risarcirlo (d'altra parte, come si è già ricordato *sub* art. 1900 c.c., nell'assicurazione della responsabilità civile si deve considerare del tutto assente un interesse dell'assicurato alla provocazione del danno in quanto la garanzia è volta unicamente al pagamento di un debito e, quindi, al ripristino della preesistente situazione patrimoniale).

Inoltre, essendo la responsabilità di entità virtualmente illimitata (salve ipotesi particolari come nel caso di trasporto o di deposito in cui può farsi riferimento al solo prezzo del bene oggetto del contratto), non è possibile determinare in via anticipata il valore dell'interesse sottoposto a rischio ed è, pertanto, il contratto stesso a specificare il tetto massimo dell'importo che l'assicuratore si obbliga a risarcire (il c.d. **massimale di polizza**); e tale massimale può essere unico per qualsiasi danno sia arrecato dall'assicurato oppure stabilito in misura diversa a seconda, ad esempio, del soggetto o del bene lesa, o, ancora, in funzione di un determinato periodo o di un singolo sinistro.

Dalla constatazione che nella responsabilità civile non esiste un valore assicurabile, deriva, inoltre, che non vi può essere assicurazione parziale o eccedente il valore delle cose e che non possono così trovare applicazione gli artt. 1907 e 1909 c.c.; allo stesso modo, sempre per la mancanza di una "cosa assicurata", rimangono del tutto irrilevanti gli artt. 1906 e 1918 c.c.

All'inverso, si debbono ritenere applicabili altre disposizioni relative all'assicurazione contro i danni e in particolare l'art. 1913 c.c. (in cui l'obbligo di avviso si estende, oltre che alla notizia del sinistro, anche a tutte le richieste di risarcimento che pervengono all'assicurato dai terzi danneggiati) e l'art. 1914 c.c.

Riguardo a quest'ultimo, l'obbligo di salvataggio si concretizza, senza dubbio, nel dover resistere (ma non in modo inconsiderato) all'azione del terzo danneggiato, rimanendo, invece, più incerto se l'assicurato sia anche tenuto a compiere ogni ulteriore attività volta ad evitare o diminuire il danno, ritenendosi, infatti, da autorevole dottrina (ma non dalla giurisprudenza che, in base alla precisa lettera dell'art. 1914 c.c. ritiene che l'obbligo di salvataggio sorga sempre in conseguenza del fatto e, quindi, a prescindere da una richiesta di risarcimento), che l'eventuale inerzia dell'assicurato (sempre che non sia dolosa) costituisca, invece, parte integrante dello stesso fatto illecito determinante la responsabilità verso il terzo, e che, pertanto, i conseguenti maggiori danni rientrino nella copertura assicurativa.

Nel passare ad esaminare il dettato dell'articolo in commento, si deve prima di tutto osservare che il Codice dedica all'assicurazione della responsabilità civile una sola disposizione a fronte di un sempre più generalizzato ricorso a tale forma di garanzia, giustificato, da una parte, dalla progressiva crescita delle attività con conseguente incremento dei rischi e, dall'altra, dal diffondersi di una maggiore sensibilità sociale che negli ultimi decenni ha indotto la dottrina e la giurisprudenza a riconoscere una più estesa articolazione della natura dei danni risarcibili e del novero dei soggetti lesi, nonché, in alcuni casi, una più elevata valorizzazione economica dello stesso danno (si rinvia, ancora una volta, al saggio di Luigi Gaudino in questo volume).

Al di là, quindi, degli interventi legislativi volti a costituire ed a regolamentare in forma specifica un regime di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile in un numero crescente di settori (veicoli a motore e natanti, trasporto aereo, energia nucleare, caccia, attività sportiva, *broker*, agenzie di viaggio, professione notarile, ecc.), ampio e complesso è lo spazio lasciato ancora una volta all'autonomia privata per dare contenuto concreto a questa forma di assicurazione contro i danni.

È ciò si rileva già dalla stessa dizione letterale utilizzata nel primo comma, laddove si fa generico riferimento alla *responsabilità dedotta nel contratto* giacché la garanzia assicurativa non è, di norma, prestata in via generale per qualsiasi danno che comunque l'assicurato possa essere tenuto a risarcire ad un terzo, bensì in funzione di una sua responsabilità esclusivamente riconducibile, ad esempio, ad una sua determinata qualità o all'attività svolta.

Maggiore rilievo normativo, piuttosto, assume la precisazione, sempre contenuta nel primo comma, con la quale si fa riferimento al risarcimento dovuto *in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione*, poiché contribuisce in modo evidente a risolvere il problema di determina-

re, nell'ambito dell'assicurazione della responsabilità civile, la nozione di "sinistro".

Si è, infatti, già fatto cenno (*v. sub* art. 1905 c.c.) che nelle assicurazioni contro i danni, l'obbligazione dell'assicuratore di pagare l'indennità pattuita presuppone il verificarsi di due fatti: l'evento generatore del danno (sinistro) e il danno che ne consegue, precisando altresì che la manifestazione di quest'ultimo può verificarsi a notevole distanza di tempo dal primo.

La dizione utilizzata dal legislatore rende pertanto evidente che ciò che si deve verificare nel periodo coperto da assicurazione è il fatto che determina il danno (e dal quale deriva la responsabilità dell'assicurato), restando, invece, indifferente il momento in cui il terzo valorizza e fa concretamente valere le sue pretese (in realtà le polizze assicurative spesso limitano, per ovvie ragioni, il proprio obbligo di pagamento alle sole richieste di risarcimento pervenute entro un certo periodo successivo alla scadenza del contratto).

In altre parole, il diritto dell'assicurato a far valere la garanzia, ed il correlato obbligo dell'assicuratore di prestarla, sorgono già al momento del verificarsi del fatto dannoso anche se tale obbligo si concretizza solo in epoca successiva quando il terzo manifesta la volontà di essere risarcito per il danno subito.

Può, tuttavia, accadere (in special modo nell'attività industriale o professionale) che il sinistro si realizzi in più fasi tramite il concorso di atti o fatti temporalmente distinti, rendendo così difficile la determinazione dell'esatto momento in cui si è verificato il "fatto", ovvero che dallo stesso evento derivino (anche in tempi diversi) a differenti soggetti una pluralità di danni (c.d. danni in serie).

La prassi assicurativa ha in proposito dato vita alle c.d. clausole "a richiesta fatta" o *Claims made*, volte a risolvere il problema prevedendo, ai fini dell'efficacia della garanzia, che almeno la prima richiesta di risarcimento da parte di uno dei danneggiati sia proposta all'assicurato nel periodo di efficacia contrattuale, e obbligandosi la compagnia al pagamento anche di tutte le ulteriori pretese avanzate successivamente alla scadenza del contratto, pure se relative a fatti evidenziatisi solo dopo tale termine, ma riconducibili al medesimo fatto (che, per quanto detto, potrebbe essere verificato in epoca precedente al periodo di vigenza contrattuale ma entro un limite temporale generalmente prefissato).

A propria ovvia tutela, nell'ipotesi trovino copertura assicurativa danni derivanti da fatti accaduti antecedentemente alla stipula del contratto, le compagnie richiedono all'assicurando di attestare formalmente di non essere a conoscenza di atti o fatti dannosi già verificatisi, potendo così, se del

caso, trovare applicazione le norme dettate dagli artt. 1892 e 1893 c.c. in tema di dichiarazioni inesatte o reticenti.

In buona sostanza, in questa particolare tipologia contrattuale ciò che si deve verificare, nel periodo di efficacia della garanzia, è il pervenire della richiesta di risarcimento del terzo e non il fatto di cui l'assicurato deve civilmente rispondere come, invece, indicato nella fattispecie astrattamente tipizzata dal legislatore con la disposizione in commento, potendo così restare privo di garanzia un comportamento colposo posto in essere nel lasso di tempo indicato in polizza qualora allo stesso non faccia seguito, sempre nel medesimo periodo, la richiesta del danneggiato.

Con il che si è da tempo acceso un ampio dibattito (tanto in dottrina che in giurisprudenza) in merito alla validità ed efficacia della previsione, sostenendosi da alcuni la nullità della clausola (poiché, fra l'altro, sarebbe in contrasto con l'art. 1895 c.c. in quanto, almeno nei suoi presupposti causali, il rischio si sarebbe già verificato al momento della conclusione del contratto), e da altri la sua natura vessatoria dato che, per i motivi appena detti, si risolverebbe in una limitazione di responsabilità dell'assicuratore.

Secondo la Cassazione, nella sola occasione in cui ha avuto modo di pronunciarsi sul tema, ci troveremo di fronte ad un contratto "atipico" da considerarsi di norma lecito ex art. 1322 c.c., ma il cui contenuto potrebbe variare da caso a caso, rendendosi così necessario valutare di volta in volta l'eventuale vessatorietà della clausola ai fini dell'applicabilità dell'art. 1341 c.c. (a seconda, cioè, che questa comporti una delimitazione dell'oggetto della garanzia piuttosto che una limitazione di responsabilità a favore di chi l'ha predisposta, ossia dell'assicuratore).

Ritornando ora alla lettera della disposizione in commento, la stessa dizione di *terzo* richiede una precisazione, poiché, ad esempio, tale non è il socio illimitatamente responsabile di una società di persone, nel mentre le clausole delle polizze tendono ad escludere tale veste ai congiunti più stretti e ai dipendenti dell'assicurato.

Il secondo comma attribuisce all'assicuratore la facoltà di risarcire il danno direttamente al terzo (dovendo, però, darne preventiva comunicazione all'assicurato al fine di evitare che questi a sua volta paghi il danneggiato o sopporti spese per predisporre le difese), facoltà che si trasforma in obbligo se l'assicurato glielo chiede (richiesta che, in caso di sua effettiva inerzia, potrebbe essere avanzata, ricorrendone i presupposti, in via surrogatoria ex art. 2900 c.c. dallo stesso danneggiato).

Il terzo comma (che può essere derogato, ex art. 1932 c.c. solo a vantaggio del contraente) pone a carico dell'assicuratore, nel limite del quarto della somma assicurata, le spese sostenute dall'assicurato per resistere all'azione

giudiziaria del terzo, precisando, altresì, che qualora il danno sia superiore al massimale, le spese sono ripartite fra l'assicurato e la compagnia in proporzione dei rispettivi esborsi.

La disposizione non riguarda, invece, le spese di lite sostenute dal terzo danneggiato per far valere il proprio diritto al risarcimento, in quanto esse costituiscono un accessorio di tale diritto e, come tali, sono ad integrale carico dell'assicuratore nei limiti del massimale (salva l'ipotesi di *mala gestio*, ossia di un suo comportamento negligente nella cura della vertenza).

Nella quasi totalità dei casi, tuttavia, le polizze contengono un patto che obbliga l'assicurato a conferire all'assicuratore un mandato sia per la gestione della lite sia per una sua eventuale composizione; quest'ultimo non è però a sua volta obbligato ad accettare il mandato: nell'ipotesi che lo assuma è tenuto a rispondere nei confronti del primo non per l'eventuale esito negativo del giudizio (si tratta, infatti, di un'obbligazione di mezzi) bensì nel caso di sua *mala gestio* (ad esempio, qualora arrechi pregiudizio all'assicurato per eccessiva cura dei propri interessi o disinteressandosi della lite).

Quanto all'ultimo comma, infine, si deve ricordare che l'assicurazione della responsabilità civile non può essere considerata quale contratto a favore di terzo in quanto l'obbligazione dell'assicuratore relativa al pagamento dell'indennizzo è del tutto distinta ed autonoma rispetto all'obbligo di risarcire il danno cui l'assicurato è tenuto nei confronti del danneggiato; quest'ultimo, pertanto, non ha alcun rapporto con l'assicuratore e, in particolare, non può vantare nei suoi confronti alcun diritto (l'art. 2767 c.c. gli riconosce, invece, un privilegio sull'indennità dovuta).

Il terzo, per ottenere il risarcimento dei danni subiti, ha, di conseguenza, solo azione diretta nei confronti dell'assicurato, mentre quest'ultimo ha un titolo di natura del tutto diversa ed autonoma (la garanzia contrattuale) da far valere nei confronti dell'assicuratore.

L'ultimo comma, attribuendo all'assicurato, nei cui confronti il terzo danneggiato abbia giurisdizionalmente promosso l'azione risarcitoria, la facoltà di chiamare in causa l'assicuratore per veder riconoscere l'efficacia della garanzia cui questi è contrattualmente tenuto, permette di risolvere entrambe le controversie nell'ambito di un unico giudizio.

Ai principi appena enunciati fanno eccezione alcuni casi di assicurazione obbligatoria (e in particolare quella relativa alla circolazione di veicoli a motore e natanti, v. l'art. 144 c.a.p.) in cui la legge consente espressamente al terzo di agire direttamente nei confronti dell'assicuratore per ottenere il pagamento dell'indennità.

Giurispr.: Cass. 13 maggio 2008, n. 11908; Cass. 14 giugno 2007, n. 13958; Cass. 8 giugno 2007, n. 13391; Cass. 20 aprile 2007, n. 9516; Cass.

15 marzo 2005, n. 5624; Cass. 25 maggio 2004, n. 10036; Cass. 8 gennaio 2004, n. 83; Cass. 8 luglio 2003, n. 10725; Trib. Milano 16 gennaio 2003; Cass. 18 luglio 2002, n. 10418; Cass. 12 dicembre 2000, n. 15684; Cass. 28 agosto 2000, n. 11228; Cass. 18 agosto 2000, n. 10944; Cass. 29 luglio 1999, n. 10696; Cass. 1 aprile 1996, n. 3008; Cass. 26 marzo 1996, n. 2678; Cass. 22 dicembre 1995, n. 13088; Cass. 10 aprile 1995, n. 4118; Cass. 5 marzo 1994, n. 2177; Cass. 17 luglio 1993, n. 7971; Cass. 7 novembre 1991, n. 11877; Cass. 9 gennaio 1991, n. 155; Cass. 6 febbraio 1990, n. 797; Cass. 3 marzo 1989, n. 1196; Cass. 20 luglio 1974, n. 2196.

Art. 1918 (Alienazione delle cose assicurate)

1. L'alienazione delle cose assicurate non è causa di scioglimento del contratto di assicurazione.

2. L'assicurato, che non comunica all'assicuratore l'avvenuta alienazione e all'acquirente l'esistenza del contratto di assicurazione, rimane obbligato a pagare i premi che scadono posteriormente alla data dell'alienazione.

3. I diritti e gli obblighi dell'assicurato passano all'acquirente, se questi, avuta notizia dell'esistenza del contratto di assicurazione, entro dieci giorni dalla scadenza del primo premio successivo all'alienazione, non dichiara all'assicuratore, mediante raccomandata, che non intende subentrare nel contratto.

4. Spettano in tal caso all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso.

5. L'assicuratore, entro dieci giorni da quello in cui ha avuto notizia dell'avvenuta alienazione, può recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, che può essere dato anche mediante raccomandata.

6. Se è stata emessa una polizza all'ordine o al portatore, nessuna notizia dell'alienazione deve essere data all'assicuratore, e così quest'ultimo come l'acquirente non possono recedere dal contratto.

Il legislatore ha voluto tenere presente, nell'ipotesi in cui la cosa assicurata sia alienata, l'interesse dell'acquirente al permanere della garanzia, quello dell'assicuratore alla continuazione del pagamento dei premi, nonché quello dell'assicurato a non dover versare eventuali penali per l'anticipata risoluzione del rapporto.

Conseguentemente l'art. 1918 c.c. dispone (in difformità ai principi generali che avrebbero condotto alla sua risoluzione in quanto l'interesse assicurato non è più del contraente) l'automatico trasferimento del rapporto assicurativo in capo all'acquirente della cosa assicurata, riconoscendogli tuttavia la facoltà di non subentrare nel contratto mediante raccomandata da inviarsi all'assicuratore nel termine di dieci giorni dalla scadenza del primo

premio successivo all'alienazione o, se questo è posteriore, dal momento in cui ha avuto notizia dell'esistenza del contratto.

A sua volta, è consentito anche all'assicuratore il diritto di recedere (con un preavviso di quindici giorni) entro dieci giorni da quando è venuta a conoscenza dell'alienazione.

In altre parole, il rapporto assicurativo è destinato a continuare senza che si renda necessaria alcuna accettazione espressa, purché una delle parti, fra le quali questo deve proseguire, non si opponga nei termini e nei modi anzidetti.

E affinché tanto l'acquirente quanto l'assicuratore siano effettivamente posti a conoscenza dell'esistenza del contratto, il secondo comma della disposizione in esame fa onere all'alienante di comunicarlo ad entrambi se non vuole, in difetto, pagare anche i premi successivi al trasferimento della proprietà sulla cosa.

Conseguentemente, secondo la giurisprudenza (ma non per la totalità della dottrina), anche qualora il venditore ometta di avvertire l'assicuratore dell'avvenuta alienazione, si verifica comunque l'automatico trasferimento del contratto di assicurazione all'acquirente e sarà questi ad avere diritto all'indennizzo per l'eventuale sinistro avvenuto dopo che la proprietà è stata trasferita.

Nel medesimo senso, l'art. 171 c.a.p. (che ha ora sostituito l'art. 8 della legge 24 dicembre 1969, n. 990) prevede, nell'ipotesi particolare di trasferimento di proprietà di un veicolo o di un natante, la cessione del contratto di assicurazione all'acquirente del mezzo, consentendo, tuttavia, all'alienante la scelta fra due ulteriori alternative: la sostituzione del contratto per l'assicurazione di altro veicolo o natante di sua proprietà (con eventuale conguaglio del premio) o, come già riferito *sub art.* 1896 c.c., la possibilità di recedere dal contratto e di ottenere il rimborso del rateo del premio netto relativo al periodo residuo di assicurazione.

Per ovvie ragioni, infine, l'ultimo comma dell'art. 1918 c.c. dispensa l'alienante dall'obbligo di comunicare la vendita all'assicuratore (e né questi né l'acquirente hanno facoltà di recedere dal contratto) nel caso la polizza sia stata emessa all'ordine o al portatore (art. 1889 c.c.).

E l'art. 1918 c.c. non troverà, inoltre, applicazione nel caso di contratto "per conto di chi spetta" di cui all'art. 1891 c.c.

Giurispr.: Cass. 7 dicembre 2005, n. 27011; Cass. 31 maggio 2005, n. 11585; Cass. 13 marzo 1998, n. 2746; Cass. 19 giugno 1995, n. 6918; Pret. Catania 3 febbraio 1990; Cass. 16 dicembre 1988, n. 6851; Cass. 8 luglio 1987, n. 5938.

SEZIONE III
Dell'assicurazione sulla vita

Art. 1919

(Assicurazione sulla vita propria o di un terzo)

1. L'assicurazione può essere stipulata sulla vita propria o su quella di un terzo.
2. L'assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo non è valida se questi o il suo legale rappresentante non dà il consenso alla conclusione del contratto. Il consenso deve essere provato per iscritto.

Nell'assicurazione stipulata sulla propria vita coincidono le figure del contraente e dell'assicurato (il soggetto alla cui sopravvivenza o morte l'assicuratore sarà tenuto a pagare un capitale o una rendita), mentre, in quella contratta sulla vita di un terzo, l'assicurato è soggetto diverso dal contraente.

E qualora il contratto riguardi il caso di morte di un terzo, il secondo comma richiede, a pena di nullità, il consenso di questi (o di quello del suo legale rappresentante) alla conclusione del contratto: ciò al chiaro fine di evitare che l'assicurazione possa trasformarsi in una sollecitazione all'omicidio dell'assicurato (o nella scommessa sulla sorte di una persona del tutto estranea, non essendo richiesta dalla disposizione la sussistenza di un interesse del contraente alla permanenza in vita del terzo) e far sì che questi abbia almeno conoscenza del fatto che altro soggetto (lo stesso contraente o altro beneficiario da questi indicato) potrebbe ricavare un utile dalla sua morte.

Tali essendo i motivi di ordine pubblico per i quali è richiesto il consenso, non vi è ragione che questo sussista sia nell'ipotesi di assicurazione per il caso di sopravvivenza del terzo (eventualità espressamente esclusa dalla stessa lettera della disposizione in esame) sia in quella per il caso di morte del terzo qualora l'assicurazione sia stata stipulata dal contraente per conto (v., *supra*, sub art. 1891 c.c.) e nello stesso interesse dell'assicurato (che è, quindi, il solo legittimato a designare il beneficiario e non mero "portatore del rischio", come, ad esempio, nell'assicurazione collettiva stipulata da un datore di lavoro per il caso di morte dei propri dipendenti e a favore dei rispettivi eredi, legittimi o testamentari, o di altri soggetti sempre dagli stessi designati).

Ad ogni modo, la forma scritta del consenso è richiesta (dall'ultima parte del secondo comma) solo a fini probatori, per cui, in teoria, questo potrebbe essere espresso anche solo oralmente; la prassi, in ogni caso, prevede che l'assicurato sottoscriva il modulo di proposta o la polizza (il consenso, tuttavia, potrebbe risultare anche da altro documento, purché contenente un preciso riferimento al contratto).

E, nonostante la chiara lettera della disposizione (il consenso deve sussistere al momento della conclusione del contratto), la migliore dottrina ritiene che la dichiarazione del terzo possa sopraggiungere anche successivamente, con l'effetto di sanare così l'originaria invalidità del contratto.

Inoltre, sempre secondo la dottrina e seppure con motivazioni diverse, nell'assicurazione stipulata sulla vita di un terzo si applicano anche a quest'ultimo (che è il portatore del rischio e l'unico ad avere esatta conoscenza dello stesso) gli artt. 1892 e 1893 c.c. in tema di dichiarazioni inesatte e reticenti, che pur fanno esclusivo riferimento alla sola figura del "contraente" (ignorando così quella del terzo assicurato).

L'articolo in esame, infine, è certamente applicabile anche all'assicurazione contro gli infortuni mortali.

Giurispr.: App. Roma 9 dicembre 2008; Cass. 13 maggio 1977, n. 1883.

Art. 1920

(Assicurazione a favore di un terzo)

1. È valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo.
2. La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata all'assicuratore o per testamento; essa è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona.
3. Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Superando tutte le controversie legate al previgente Codice civile del 1865 che ignorava la fattispecie, il primo comma dell'art. 1920 c.c. afferma espressamente la validità dell'assicurazione sulla vita (di qualunque specie essa sia) a favore di un terzo.

La dottrina è uniforme nel ricondurre la figura all'interno dello schema più generale del contratto a favore di terzo disciplinato dagli artt. 1411 c.c. ss., dal quale, tuttavia, si distingue per la mancanza di un qualsiasi richiamo all'interesse del contraente, richiesto invece, quale requisito necessario, dal primo comma dell'art. 1411 c.c.

La designazione del beneficiario, ad ogni modo, costituisce atto unilaterale (non recettizio giacché non deve essere comunicato al soggetto designato) del contraente e può essere contenuta nella stessa polizza, in altro documento trasmesso all'assicuratore o, ancora, nel testamento (con riferimento a quest'ultimo, il secondo comma precisa che equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata a favore di un determinato soggetto).

La designazione, inoltre, può essere fatta anche con formulazione generica (ad es. "ai miei figli", "ai miei eredi") purché sia sufficiente alla effettiva individuazione delle persone alle quali questa si riferisce.

Il beneficiario, per effetto della designazione, acquisisce un diritto proprio (e, quindi, non derivato da quello del contraente) ai vantaggi dell'assicurazione, potendo così far valere, dopo il verificarsi dell'evento, un credito diretto ed autonomo nei confronti dell'assicuratore.

Stante la formulazione usata dal terzo comma, si ritiene che il diritto del beneficiario sorga già al momento della designazione (e, quindi, per atto *in vivo* e non *mortis causa* come accade nel caso dell'erede), seppur sottoposta a condizione risolutiva (la revoca di cui al successivo art. 1921 c.c.).

Si giustifica così il fatto che la prestazione dovuta dall'assicuratore non possa, a norma del successivo art. 1923 c.c., essere sottoposta ad esecuzione o azione cautelare da parte dei creditori dello stipulante (del cui patrimonio la somma, infatti, non è mai entrata a fare parte), non debba essere sottoposta alle regole della successione (ragion per cui, se la designazione è stata genericamente effettuata a favore degli "eredi" e senza indicazione di un diverso criterio di riparto, la somma sarà suddivisa fra questi in parti uguali e non secondo le rispettive quote di eredità), né essere assoggettata, se vigente al tempo della morte, all'imposta di successione.

A questo proposito è opportuno precisare che la generica designazione di "eredi" (legittimi o testamentari che siano) rappresenta una mera indicazione del criterio per l'individuazione dei beneficiari i quali andranno, pertanto, identificati in coloro che rivestono, al momento della morte del contraente, la sola qualità di chiamati alla sua eredità, essendo irrilevante la successiva rinuncia o accettazione di questa da parte degli stessi.

Trovando, tuttavia, il diritto del beneficiario il proprio fondamento in un contratto, a questi l'assicuratore potrà opporre le eccezioni di invalidità ed inefficacia relative al contratto stesso, nonché le eventuali clausole o pattuizioni particolari in questo contenute (restando, invece, incompatibili le eccezioni personali al contraente).

L'articolo in esame non disciplina l'ipotesi della morte del beneficiario prima del verificarsi dell'evento al quale è collegata la prestazione dell'assicuratore: salva la facoltà di revoca del contraente (v. il successivo art. 1921 c.c.), la migliore dottrina è per l'applicabilità dell'art. 1412 c.c. (in materia di contratto a favore di terzi), facendo così subentrare nei diritti del beneficiario gli eredi di questo anziché quelli del contraente.

Si ritiene, infine, che l'articolo in esame trovi attuazione anche nell'assicurazione contro gli infortuni a favore di un terzo.

Giurispr.: App. Roma 2 ottobre 2008; Cass. 23 marzo 2006, n. 6531;

Trib. Roma 2 dicembre 2002; Cass. 5 marzo 2001, n. 3160; Cass. 2 dicembre 2000, n. 15407; Cass. 14 maggio 1996, n. 4484; Cass. 10 novembre 1994, n. 9388; Cass. 1 aprile 1994, n. 3207; Cass. 25 ottobre 1978, n. 4833.

Art. 1921

(Revoca del beneficio)

1. La designazione del beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente. La revoca non può tuttavia farsi dagli eredi dopo la morte del contraente, né dopo che, verificatosi l'evento, il beneficiario ha dichiarato di voler profittare del beneficio.
2. Se il contraente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca, questa non ha effetto dopo che il beneficiario ha dichiarato al contraente di voler profittare del beneficio. La rinuncia del contraente e la dichiarazione del beneficiario devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore.

Con il passare del tempo i motivi (affettivi, economici o di altra natura) che hanno determinato la designazione del beneficiario, possono mutare; il legislatore ha conseguentemente stabilito che il contraente può sempre revocare la propria designazione con dichiarazione scritta all'assicuratore o nel testamento (è peraltro da ritenersi valida anche una revoca implicita risultante o dalla successiva indicazione, anche testamentaria, di un altro soggetto quale beneficiario, o dal riscatto - v. *sub* art. 1925 c.c. - della polizza, o, ancora, dal mancato pagamento dei premi).

Trattandosi, come per l'atto di designazione, di un diritto personale del contraente, a questi non potranno mai sostituirsi, dopo la morte, i suoi eredi (né il curatore fallimentare o, in via surrogatoria, i suoi creditori).

Il potere di revoca da parte del contraente trova, pertanto, un primo limite "naturale" nella morte del contraente, ed un altro (nell'assicurazione per il caso di sopravvivenza) quando, essendosi già verificatosi l'evento al quale è collegata l'obbligazione dell'assicuratore, il designato ha fatto conoscere la propria volontà di profittare del beneficio.

È data anche facoltà al contraente di rendere irrevocabile la propria designazione; il potere di revoca, tuttavia, gli è ancora conservato sino a quando il soggetto beneficiario non gli ha fatto conoscere di voler profittare del beneficio; entrambi gli atti, inoltre, debbono essere comunicati in forma scritta all'assicuratore (a questa precisa fattispecie ricorrono sovente gli enti finanziari che concedono credito al contraente assumendo a garanzia una polizza vita stipulata a proprio favore).

Giurispr.: Trib. Palermo 22 gennaio 2003.

Art. 1922
(Decadenza dal beneficio)

1. La designazione del beneficiario, anche se irrevocabile, non ha effetto qualora il beneficiario attenti alla vita dell'assicurato.
2. Se la designazione è irrevocabile ed è stata fatta a titolo di liberalità, essa può essere revocata nei casi previsti dall'art. 800.

La disposizione prende in considerazione due diverse ipotesi di perdita di efficacia (qualunque sia la forma di assicurazione sulla vita) della designazione, anche se irrevocabile, fatta dal contraente.

La prima, che opera in modo automatico, si verifica quando il beneficiario attenta alla vita dell'assicurato, senza però che la sua azione raggiunga il risultato voluto.

Essendo rimasto ancora in vita l'assicurato, la conseguenza della decadenza comminata dal primo comma sarà di consentire a costui una nuova designazione in mancanza della quale, al successivo verificarsi dell'evento, i beneficiari saranno i suoi eredi; ovviamente, nel caso di designazione irrevocabile di una pluralità di beneficiari, saranno questi a poter vantare il diritto alla prestazione dell'assicuratore con la sola esclusione di quello o di quelli che hanno attentato alla vita dell'assicurato.

L'articolo in esame, invece, ignora l'ipotesi che la condotta criminosa del beneficiario raggiunga il suo scopo (la morte dell'assicurato): la quasi totalità della dottrina e la scarsa (e ormai datata) giurisprudenza ritengono che in questo caso debba trovare applicazione la norma di ordine pubblico (posta dall'art. 1900 c.c.) che autorizza l'assicuratore a rifiutare il pagamento se il sinistro è stato determinato dal comportamento doloso del beneficiario; e ciò anche qualora vi siano altri beneficiari o eredi, rimasti del tutto estranei al fatto, poiché la ratio della disposizione appena richiamata è proprio quella di evitare che la garanzia assicurativa possa dare luogo ad un interesse alla provocazione dell'evento in uno qualsiasi dei soggetti del rapporto assicurativo, senza operare alcuna distinzione tra coloro che dal fatto traggono un concreto vantaggio e quelli che da questo non possono ricavare alcunché.

La seconda ipotesi di decadenza dal beneficio si ha quando la designazione, seppur irrevocabile, è stata fatta a titolo di liberalità e nei soli casi di ingratitudine o di sopravvenienza di figli di cui all'art. 800 c.c. (in tema di revocazione delle donazioni); si tratta, tuttavia, in questo caso di una mera facoltà concessa al contraente il quale, ricorrendone i presupposti, potrà decidere se revocare la propria persistente designazione ovvero lasciarla immutata.

Art. 1923
(Diritti dei creditori e degli eredi)

1. Le somme dovute dall'assicuratore al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.
2. Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.

Quanto dovuto (capitale o rendita) dall'assicuratore al contraente o al beneficiario (od ai rispettivi eredi) in forza di un contratto di assicurazione sulla vita (esclusa, invece, la garanzia contro i danni) non può essere né pignorato né sottoposto ad azione cautelare.

Il legislatore ha così voluto dare concreta tutela alla funzione previdenziale propria dell'assicurazione sulla vita, inibendo ai terzi creditori del contraente o del beneficiario la possibilità di agire giudizialmente per soddisfarsi su quanto dovuto dall'assicuratore al loro debitore.

Non è mancato, tuttavia, chi ha voluto leggere il primo comma quale forma di tutela dell'impresa assicuratrice la quale, in tal modo, è effettivamente sollevata nella propria attività da qualsiasi fastidio connesso ad azioni esecutive o cautelari che non la interessino direttamente.

Il tenore letterale della disposizione (*le somme dovute*, e, quindi, ancora da corrispondere) non pare, infatti, sollevare dubbi in merito al fatto che la tutela (posta che sia a favore dell'assicuratore oppure del contraente o del beneficiario) perde la propria efficacia nel momento in cui la somma è corrisposta all'avente diritto alla prestazione e si confonde così con il suo patrimonio.

Dubbi sorgono, invece, quando si deve appurare se il divieto posto ai terzi creditori debba valere solo per le somme dovute dall'assicuratore al momento in cui effettivamente si concreta lo scopo previdenziale (e cioè quello della prefissata cessazione del contratto, scadenza del termine temporale o morte dell'assicurato che sia) o possa trovare applicazione anche nel caso in cui, in corso di contratto, il contraente faccia valere il diritto di riscatto di cui al successivo art. 1925 c.c.

Nel mentre dottrina e giurisprudenza nettamente prevalenti ritengono di dare risposta positiva al quesito in virtù del tenore letterale della disposizione che in proposito non opera alcuna distinzione (pur essendo il diritto di riscatto previsto nella polizza e garantito dalla disposizione codicistica appena sopra menzionata), la Cassazione ha mostrato una minore uniformità interpretativa, giungendo, in un'occasione (e in contrasto con precedenti, ma più datate, decisioni), ad affermare che la finalità previdenziale

17.

possa dirsi raggiunta soltanto nel caso in cui il contratto sia pervenuto alla sua prefissata scadenza e non anche in quello in cui l'assicurato, mediante l'esercizio del diritto di riscatto, recuperi al suo patrimonio somme che, pur realizzando lo scopo di risparmio, non integrano altresì gli estremi della funzione previdenziale, concludendo che, in questa seconda ipotesi, il capitale dovuto dall'assicuratore in ragione dell'estinzione anticipata del contratto non può godere della tutela prevista dalla disposizione in esame (potendo, perciò, essere acquisito all'attivo fallimentare qualora il curatore si sostituisca all'assicurato fallito nel diritto a richiedere il riscatto della polizza).

Solo recentemente le Sezioni Unite della Cassazione, risolvendo il contrasto di giurisprudenza, hanno affermato la necessità di tenere conto, in primis, del valore costituzionalmente riconosciuto alla previdenza e che, per tale ragione, vada respinta ogni interpretazione restrittiva dell'art. 1923 c.c. posto, appunto, a tutela di tale valore, e con ciò escludendo ogni possibile eccezione alla "rete di protezione" da azioni esecutive o cautelari che la disposizione appresta a favore del credito dell'assicurato (di conseguenza il contratto di assicurazione sulla vita non si scioglie con la dichiarazione di fallimento del contraente o del beneficiario, le somme dovute al fallito dall'assicuratore non sono acquisibili al fallimento e il curatore non è legittimato a chiedere il valore di riscatto della polizza).

In ogni caso, il secondo comma "tempera" il mancato assoggettamento delle somme dovute dall'assicuratore alle azioni dei terzi, consentendo ai creditori o agli eredi (in presenza, ovviamente, dei relativi presupposti) di far rispettivamente valere, con riferimento ai premi pagati (poiché è del loro controvalore che è diminuito il patrimonio del contraente) e non alla prestazione dell'assicuratore, l'azione revocatoria (tanto quella ordinaria di cui all'art. 2901 c.c. che quella fallimentare ex art. 67 legge fall.) o l'applicazione delle norme relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (dovendosi, nella seconda ipotesi, necessariamente trattare sia di assicurazione a favore di terzo sia di designazione effettuata a titolo di liberalità).

Dibattuta, infine, è l'applicabilità della disciplina dettata dall'articolo in esame anche alle assicurazioni contro gli infortuni, dovendosi precisare che di recente la Cassazione (aderendo così all'opinione della dottrina maggioritaria) ha risolto positivamente il problema con riferimento alle sole infortunità dovute per un infortunio mortale e non anche a quelle conseguenti ad invalidità permanente o inabilità temporanea.

Giurispr.: App. Napoli 22 settembre 2008; Cass., S.U., 31 marzo 2008, n. 8271; Cass. 19 luglio 2004, n. 13342; Trib. Bologna 12 gennaio 2001; Cass. 26 giugno 2000, n. 8676; Cass. 25 ottobre 1999, n. 11975; Cass. 3 dicembre 1988, n. 6548.

Art. 1924
(Mancato pagamento dei premi)

1. Se il contraente non paga il premio relativo al primo anno, l'assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il premio è ripartito in più rate, fermo restando il disposto dei primi due commi dell'art. 1901; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate.
2. Se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risolto di diritto, e i premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata.

Lo scopo previdenziale e la lunga durata che contraddistinguono le assicurazioni sulla vita hanno indotto il legislatore a regolamentare, in maniera palesemente difforme rispetto alla disciplina dettata in via generale (v. l'art. 1901 c.c.), il mancato pagamento dei premi.

Il contraente, infatti, nel corso del tempo potrebbe veder mutare le condizioni economiche (proprie o del beneficiario) o la sua situazione personale o familiare in misura tale da rendere del tutto inutile o, al contrario, eccessivamente onerosa la prosecuzione del contratto.

E, del resto, anche da un punto di vista tecnico, solo nell'assicurazione sulla vita una parte del premio pagato può trovare una giustificazione diversa da quella della copertura del puro rischio, essendo destinata alla creazione di una riserva matematica (v. *sub* art. 1925 c.c.).

In ogni caso è lo stesso art. 1901 c.c. ad affermare espressamente l'inapplicabilità del proprio terzo comma al ramo vita, rimanendo conseguentemente disciplinate dal suo primo comma (efficacia della garanzia subordinata al pagamento del premio iniziale) e da quello successivo (sospensione della garanzia, decorso un termine di tolleranza in caso di mancato pagamento dei premi nel corso del rapporto) anche le assicurazioni sulla vita.

Mentre, con ovvio riferimento solo a queste ultime, l'articolo in commento distingue due diverse ipotesi.

La prima concerne il mancato pagamento del premio relativo al primo anno, attribuendosi all'assicuratore, sempre in analogia con l'art. 1901 c.c., l'onere di agire, pena la risoluzione del contratto, nei confronti dell'assicurato inadempiente nel termine di decadenza di sei mesi, ma, in caso di sua inerzia, non riconoscendogli più, a differenza di quello, la conservazione del diritto al premio relativo al periodo in corso nonché al rimborso delle spese; la medesima disposizione si applica anche se il premio è ripartito in più rate.

La seconda ipotesi (in cui maggiormente si apprezza la diversità rispetto alla regola generale) riguarda il mancato pagamento dei premi successivi al primo, lasciandosi al contraente la libertà di scelta di corrispondere alle singole scadenze o, invece, di determinare la risoluzione del contratto mediante il semplice inadempimento entro il termine di tolleranza previsto dalla polizza (o, in assenza di questo, entro venti giorni dalla scadenza), e attribuendo all'assicuratore (che non potrà, pertanto, agire per ottenere la prosecuzione del rapporto e la corresponsione del premio scaduto) unicamente il diritto di trattenere le somme già incassate qualora non sussistano i presupposti per la riduzione o il riscatto.

In buona sostanza, lo stipulante con il suo solo comportamento omissivo è in grado (qualora non ricorrano le condizioni per la riduzione di cui all'articolo immediatamente successivo) di determinare lo scioglimento del contratto, fatto questo certamente eccezionale rispetto tanto alla disciplina generale dei contratti che a quella del diritto delle assicurazioni; ed è questa la ragione che esclude l'applicabilità dell'art. 1924 c.c. alle assicurazioni contro gli infortuni nelle quali, infatti, manca ogni finalità previdenziale e non è presente la costituzione di alcuna riserva matematica.

Sempre a differenza dell'art. 1901 c.c., l'art. 1932 c.c. non dichiara inderogabile l'art. 1924 c.c.: ciò consente il frequente inserimento in polizza di termini di tolleranza più lunghi rispetto a quello indicato dalla legge (e durante i quali il contratto è destinato comunque a produrre i suoi effetti), e soprattutto di un successivo e più consistente periodo di quiescenza (in cui la copertura è sospesa) entro il quale è data facoltà al contraente (salvo, in alcuni casi, un nuovo accertamento medico) di pagare - facendo così rivivere con effetto *ex nunc* la garanzia assicurativa - i premi arretrati oltre ad eventuali interessi legali; solo dopo l'inutile decorso anche di tale periodo si verifica la risoluzione di diritto del contratto.

Si tratta della c.d. **clausola di riattivazione** che consente al contraente di poter, entro un determinato lasso di tempo, conservare gli eventuali vantaggi (ad es., la classe demografica o le spese di acquisizione e gestione già corrisposte) che gli derivano dalla prosecuzione del vecchio rapporto rispetto alla stipulazione di un contratto del tutto nuovo.

Giurispr.: Cass. 24 maggio 2006, n. 12353; Cass. 20 ottobre 1994, n. 8558; Cass. 13 maggio 1977, n. 1883.

Art. 1925

(Riscatto e riduzione della polizza)

1. Le polizze di assicurazione devono regolare i diritti di riscatto e di riduzione della somma assicurata, in modo tale che l'assicurato sia in grado, in ogni momento, di conoscere quale sarebbe il valore di riscatto o di riduzione dell'assicurazione.

A) Il **riscatto**, in particolare, consente all'assicurato di recedere dal contratto prima della scadenza, ottenendo l'anticipata prestazione dell'assicuratore (per alcuni autori si tratterebbe della sola restituzione parziale dei premi pagati) che, in quanto tale ed interrompendosi i versamenti, risulterà ovviamente ridotta rispetto a quella inizialmente indicata.

Perché il diritto di riscatto possa sussistere è, quindi, necessario che il debito dell'assicuratore sia certo pur restando, invece, incerto il momento in cui la sua obbligazione di pagamento è destinata a divenire attuale; ipotesi che ricorrono nelle assicurazioni per il caso morte a vita intera o miste, restandone, all'inverso, escluse quelle temporanee riguardanti tanto il caso morte che la sopravvivenza dell'assicurato (salva, in quest'ultima ipotesi, l'esistenza di una "clausola di controassicurazione" che preveda la restituzione dei premi nel caso di decesso prima della scadenza contrattuale).

La somma spettante al contraente (generalmente indicata come "valore di riscatto") non corrisponde, tuttavia, esattamente alla riserva matematica già costituita, dovendo da questa essere prima dedotti il mancato guadagno dell'assicuratore, le spese non ancora ammortizzate e gli effetti della c.d. "selezione a rovescio", determinata dalla facile constatazione che sono proprio i soggetti che presentano un rischio di morte inferiore (caso morte) o più accentuato (caso vita) a essere maggiormente indotti ad avvalersi del diritto.

L'esercizio del riscatto, inoltre, è considerato atto unilaterale ricettizio (per il cui perfezionamento è, quindi, necessario che pervenga all'assicuratore ma non che questi lo accetti), al quale la dottrina, ma non sempre la giurisprudenza, attribuisce natura di diritto personale e che, come tale, non può essere esercitato, in sua sostituzione, dai creditori o dal curatore fallimentare.

Salva l'ipotesi di irrevocabilità della designazione (in cui gli assicuratori solitamente richiedono l'esercizio congiunto del diritto da parte del contraente e del beneficiario e riconoscono la somma al secondo), il riscatto è esercitabile unicamente dal contraente, con conseguente revoca implicita dell'eventuale beneficio a favore di un terzo.

B) La **riduzione** della polizza, si è detto, comporta la prosecuzione del contratto, ma, per effetto dell'interruzione dei versamenti (c.d. "polizza liberata"), la somma che l'assicuratore, alla scadenza originariamente prevista, dovrebbe pagare, è decurtata e calcolata in funzione dei premi già corrisposti e della corrispondente riserva matematica costituita.

A differenza, però, del riscatto in cui l'assicuratore anticipa la propria prestazione ed è quindi necessario che questa sia certa, la riduzione può, in-

Si è già detto, *sub art.* 1924 c.c., che la lunga durata del contratto (e la connessa possibilità che nel tempo mutino le condizioni economiche o essenziali del contraente) ha indotto il legislatore a conferire a questi la facoltà di liberarsi dall'obbligo di pagamento del premio a partire dal secondo anno di decorrenza della polizza.

E si è altresì precisato che l'assicuratore è, in taluni casi, obbligato alla costituzione di una riserva matematica con la quale fronteggiare gli obblighi contrattualmente assunti.

Consentire allo stipulante di sospendere i pagamenti, perdendo però le utilità derivanti dai premi già versati con corrispondente arricchimento dell'assicuratore, è parso a taluno costituire una grave violazione del sinallagma contrattuale.

In ogni caso, è lo stesso art. 1925 c.c. a prevedere, al fine di garantire l'operazione di risparmio anche nel caso i premi non siano più corrisposti o il contratto sia anticipatamente risolto, l'obbligo delle polizze di regolare i diritti di riscatto e di riduzione della somma assicurata e di consentire al contraente di poter sempre conoscere il valore di entrambi (l'ISVAP obbliga ora l'assicuratore all'invio di un estratto conto annuale contenente anche tali indicazioni).

La disposizione in esame, tuttavia, non prevede alcunché in merito a contenuto e disciplina di tali diritti che devono così trovare la propria regolamentazione esclusivamente nello stesso testo contrattuale.

A dire il vero, l'art. 1932 c.c. non opera alcun richiamo all'articolo in esame e non lo rende, quindi, derogabile solo in senso favorevole all'assicurato, ma si ritiene concordemente che la dizione utilizzata ("devono") sia di per sé sufficiente ad inibire all'assicuratore, ricorrendone i presupposti, la possibilità di non riconoscere in polizza al contraente il diritto al riscatto o alla riduzione.

E vi è anche da aggiungere che la prassi assicurativa consente l'esercizio di tale diritto solo dopo un triennio (termine ora normalmente ridotto in caso di contratti a contenuto in prevalenza finanziario), prevedendosi all'interno delle polizze la costituzione della riserva matematica solo dopo l'imputazione delle due prime annualità del premio a copertura delle spese di acquisizione e di gestione del contratto, con il che risulta, in ogni caso, estremamente penalizzante per l'assicurato far valere nel primo periodo di vigenza contrattuale il riscatto o la riduzione.

Ad ogni modo, questi ultimi divergono concettualmente l'uno dall'altro per il fatto che il primo comporta necessariamente la risoluzione del contratto e la conseguente liquidazione dei suoi effetti, mentre il secondo ne prevede la prosecuzione, seppur modificandone in parte il contenuto.

vece, operare in tutte quelle ipotesi in cui si verifichi un versamento periodico dei premi e sia prevista la costituzione di una riserva matematica (in pratica, alle ipotesi già riferite in tema di riscatto, si aggiunge quella dell'assicurazione per il caso di sopravvivenza, restando così esclusa quella temporanea per il caso morte in cui il premio periodico è direttamente correlato al valore effettivo del rischio nel corrispondente periodo).

La riduzione, infine, può derivare da un atto unilaterale del contraente, ma può anche rappresentare l'automatica e necessaria conseguenza di una mera sospensione del pagamento dei premi oltre il periodo di tolleranza (e di quello di quiescenza, se previsto in polizza) senza che a ciò corrisponda il positivo esercizio del diritto di riscatto.

C) La constatazione che il diritto di riscatto può essere sempre fatto valere dal contraente (decorso il periodo iniziale nel quale al pagamento dei premi non corrisponde ancora la costituzione di una riserva matematica) e che allo stesso è connesso un debito certo dell'assicuratore, consente a quest'ultimo o ad altri soggetti di effettuare operazioni di finanziamento garantite dal credito derivante dal suo esercizio.

Nel caso dell'assicuratore, sono frequentemente le stesse clausole contrattuali a prevedere la concessione di un **prestito su polizza** per un importo non superiore a quello spettante al contraente in caso di riscatto, consentendo così a questi di fare fronte a temporanee esigenze economiche senza interrompere il progetto previdenziale già in corso, e all'assicuratore di conservare il rapporto e di lucrare anche sugli interessi del finanziamento. Qualora il contraente non dovesse provvedere alla restituzione del capitale e degli interessi, l'assicuratore, a scadenza, opererà la compensazione fra il proprio credito e la prestazione finale dovuta, ma è normale che le polizze attribuiscono al secondo anche la facoltà di procedere al c.d. "riscatto d'ufficio" e di effettuare la compensazione con il valore di riscatto (ponendo a disposizione dell'assicurato l'eventuale eccedenza).

La certezza del credito vantato dall'assicurato e la sicura capacità di rimborso del suo debitore sono anche alla base di prestiti concessi dalle banche o da altri soggetti finanziari, a garanzia dei quali la somma spettante in base al riscatto è formalmente costituita in pegno a favore dell'ente creditore (c.d. **vincolo della polizza**) mediante notifica all'assicuratore (o sua accettazione) e, se così richiesto dalle disposizioni contrattuali, annotazione del vincolo nel corpo della stessa polizza.

Si esclude, infine, la possibilità di applicare l'art. 1925 c.c. alle assicurazioni contro gli infortuni per le quali, come si è detto (v. *sub art.* 1924 c.c.), non è prevista la costituzione di una riserva matematica.

Giurispr.: Cass. 20 gennaio 1988, n. 401.

Art. 1926
(Cambiamento di professione dell'assicurato)

1. I cambiamenti di professione o di attività dell'assicurato non fanno cessare gli effetti dell'assicurazione, qualora non aggravino il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione.
2. Qualora i cambiamenti siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, il pagamento della somma assicurata è ridotto in proporzione del minor premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato stabilito.
3. Se l'assicurato dà notizia dei suddetti cambiamenti all'assicuratore, questi, entro quindici giorni, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la somma assicurata o elevare il premio.
4. Se l'assicuratore dichiara di voler modificare il contratto in uno dei due sensi su indicati, l'assicurato, entro quindici giorni successivi, deve dichiarare se intende accettare la proposta.
5. Se l'assicurato dichiara di non accettare, il contratto è risolto, salvo il diritto dell'assicuratore al premio relativo al periodo di assicurazione in corso e salvo il diritto dell'assicurato al riscatto. Il silenzio dell'assicurato vale come adesione alla proposta dell'assicuratore.
6. Le comunicazioni e dichiarazioni previste dai commi precedenti possono farsi anche mediante raccomandata.

L'articolo in esame pone, nelle assicurazioni sulla vita, una disciplina speciale rispetto a quella generale dell'aggravamento del rischio dettata dall'art. 1898 c.c.

Essendo, peraltro, relativo al solo cambiamento di professione dell'assicurato (e dovendosi fare riferimento al solo caso di morte in quanto l'opposta ipotesi di sopravvivenza dovrebbe concretizzarsi in impossibili comportamenti attivi dell'assicurato volti al prolungamento della propria vita), potrebbe legittimamente affermarsi l'applicabilità della disciplina generale in tutte le altre ipotesi non espressamente previste dall'articolo in commento.

Senonché, quelle astrattamente possibili si identificano solo con quel cambiamento dell'età e delle condizioni di salute che, da una parte, sono già state valutate in sede di conclusione del contratto e della determinazione del premio e, dall'altra, rientrano appieno nella stessa natura del rischio assunto dall'assicuratore.

In altre parole, nell'assicurazione sulla vita non vi è spazio per ipotesi di aggravamento del rischio diverse da quella positivamente disciplinata dall'art. 1926 c.c.

Sono, altresì, sempre possibili ipotesi di diminuzione del rischio, nei con-

fronti delle quali, mancando un'opposta norma all'interno della disciplina propria delle assicurazioni sulla vita, troverà applicazione l'art. 1897 c.c.

In ogni caso, l'art. 1926 c.c. fa riferimento ai "cambiamenti di professione o di attività dell'assicurato" ed è proprio nell'individuare l'estensione di tale definizione che la dottrina (la giurisprudenza è quasi del tutto assente poiché spesso le polizze considerano irrilevante il mutamento di professione) si mostra divisa, sostenendosi dagli uni che deve trattarsi di cambiamento delle attività lavorative o, comunque, retribuite dell'assicurato, e ritenendosi da altri che l'ampia dizione debba ricomprendere pure ogni altra occupazione o pratica svolta anche a soli fini di svago, rimanendo concordemente esclusi i mutamenti meramente occasionali od episodici di qualsiasi natura.

Ad ogni modo, la disciplina prevista dal primo comma (che, come quella posta dal comma successivo, poco si discosta dall'art. 1898 c.c.) prende in considerazione solo quei mutamenti di professione o attività che aggravino il rischio in modo tale che, qualora sussistenti e conosciuti dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, questi non lo avrebbe stipulato, per farne conseguire la cessazione degli effetti.

E il secondo comma, a sua volta, fa riferimento a quegli aggravamenti del rischio (ovviamente di minore entità rispetto a quelli del primo comma) che, se originariamente esistenti, avrebbero indotto l'assicuratore a richiedere un premio più elevato, per ridurre la prestazione da questi dovuta in modo proporzionale al rapporto fra il premio teorico e quello effettivamente richiesto.

È, tuttavia, data facoltà all'assicurato di evitare l'automatica applicazione della disciplina appena riferita, dando comunicazione del cambiamento intervenuto (che può essere fatta, come tutte le successive dichiarazioni previste, anche mediante raccomandata) all'assicuratore; a questi è assegnato il termine di quindici giorni per rispondere (equivalendo, altrimenti, il suo silenzio ad una valutazione di indifferenza rispetto alla nuova situazione) se considera risolto il contratto ovvero se intende consentirne la prosecuzione con un riequilibrio delle prestazioni (e cioè proponendo la riduzione della somma assicurata o il pagamento di un premio più elevato).

A fronte dell'eventuale proposta, l'assicurato, sempre nel termine di quindici giorni, può dichiarare di non accettarla, risolvendo così il contratto (nel qual caso all'assicuratore è conservato il diritto al premio per il periodo in corso e all'assicurato il diritto, qualora spetti, al valore di riscatto); la sua mancata risposta, invece, deve essere intesa quale adesione alla proposta dell'assicuratore. La maggioranza della dottrina e una ormai datata decisione della Cassazione, infine, escludono l'applicabilità dell'articolo in commento alle assicurazioni contro gli infortuni.

Giurispr.: Cass. 27 settembre 1979, n. 6205.

Art. 1927
(Suicidio dell'assicurato)

1. In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario.
2. L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

L'articolo in commento, affermando l'efficacia della garanzia nel caso di suicidio dell'assicurato, pone, in via del tutto eccezionale, una sostanziale deroga al principio generale posto dall'art. 1900 c.c. (in materia di sinistri determinati dal comportamento doloso dell'assicurato), deroga che solitamente si giustifica col richiamo all'istinto di sopravvivenza che dovrebbe essere proprio di ciascun individuo.

Ad ogni modo, ad evitare che il soggetto (o chi per lui) possa intenzionalmente far trarre vantaggio dal proprio gesto ad altri soggetti a scapito dell'assicuratore, stipulando un'assicurazione sulla vita prima di darsi volontariamente la morte, il primo comma obbliga la compagnia a pagare le somme assicurate solo se l'evento si verifica decorsi due anni dalla conclusione del contratto: si è evidentemente ritenuto da parte del legislatore che il decorso di tale periodo sia sufficiente ad impedire la premeditazione di un tale disegno. E, per la medesima ragione, il decorso di un analogo periodo di carenza è richiesto anche nel caso che, dopo una sospensione del contratto dovuta al mancato pagamento dei premi, la polizza sia riattivata; aggiungendosi, in proposito, da parte della dottrina (e nel silenzio della disposizione di legge), che, qualora il suicidio si verifichi prima del decorso del biennio, l'assicuratore è tenuto, ex art. 1925 c.c., al pagamento del valore di riscatto.

Per espresa previsione del primo comma (ma l'inciso deve intendersi riferibile anche all'ipotesi di cui al secondo comma) è fatto salvo il patto contrario, potendo, pertanto, la regolamentazione contrattuale sia escludere del tutto l'efficacia della garanzia sia eliminare o determinare diversamente (in maggiore o minore misura rispetto a quella fissata dalla legge) il periodo di carenza. Infine, essendo il suicidio caratterizzato dalla coscienza e dalla volontà del soggetto, la disposizione non è certamente applicabile nelle assicurazioni contro gli infortuni, dato che l'infortunio va inteso come fatto prodotto da causa fortuita, violenta ed esterna.

Giurispr.: Cass. 17 luglio 1991, n. 7956; Corte App. Milano 3 gennaio 1989.

SEZIONE IV
Della riassicurazione

Art. 1928
(Prova)

1. I contratti generali di riassicurazione relativi a una serie di rapporti assicurativi devono essere provati per iscritto.
2. I rapporti di riassicurazione in esecuzione dei contratti generali e i contratti di riassicurazione per singoli rischi possono essere provati secondo le regole generali.

Il contratto di riassicurazione consente all'assicuratore di ridistribuire su una o più altre compagnie una parte del rischio o dei rischi assunti o dei relativi danni (può, infatti, avere ad oggetto sia un singolo rischio sia un complesso di rischi della medesima specie sia l'intera attività).

Il legislatore, tuttavia, consapevole che trattasi di contratti che possono essere conclusi solo fra imprese, per lo più attive in paesi diversi, ed i cui schemi (che possono essere i più vari) sono stati da tempo determinati dagli usi e dalla prassi dei mercati internazionali, non aveva, al momento della redazione del Codice civile, definito l'attività di riassicurazione (ora è l'art. 1, primo comma, lett. d), c.a.p. a precisare che questa consiste nell'assunzione e gestione dei rischi ceduti da un'impresa di assicurazione o nella retrocessione dei rischi effettuata da un'impresa di riassicurazione), limitandosi a porre in proposito solo poche norme relative ai soli aspetti "esterni" al rapporto, la prima delle quali è quella in esame, volta a determinare il regime delle prove.

E questa lo fa distinguendo i contratti generali (c.d. *trattati*) attraverso i quali si riassicurano interi rami di attività o, comunque, una serie di rapporti assicurativi, e per i quali è sempre richiesta *ad probationem* la forma scritta (v. *sub* art. 1888 c.c.), da quelli relativi a singoli rischi o meramente esecutivi di contratti generali per i quali, invece, la forma è libera (anche se nell'attuale prassi sarà certamente difficile che si dia corso ad un rapporto concluso solo verbalmente e senza ulteriori formalizzazioni).

Art. 1929
(Efficacia del contratto)

1. Il contratto di riassicurazione non crea rapporti tra l'assicurato e il riassicuratore, salvo le disposizioni delle leggi speciali sul privilegio a favore della massa degli assicurati.

Si tratta di disposizione fondamentale per l'esatta individuazione della

fattispecie riassicurativa che, per la sua stessa esistenza, richiede l'assenza di qualsiasi rapporto fra l'assicurato e l'impresa che si è obbligata a coprire (in tutto o in parte) il rischio assunto dall'assicuratore, con conseguente totale estraneità dell'assicurato agli accordi (che, anche se solo indirettamente, possono rafforzare la tutela di cui gode) stipulati fra questi ultimi.

La riassicurazione, pertanto, si distingue sia dalla cessione di portafoglio (in cui all'assicuratore originario si sostituisce, quale controparte, quello cessionario, v. *sub art.* 1902 c.c.) sia (pur condividendone la medesima finalità di frazionamento del rischio) dalla coassicurazione di cui all'art. 1911 c.c. (in cui il rischio è ripartito, per quote determinate, fra più assicuratori, rimanendo a carico dell'assicurato, che è parte necessaria dell'accordo, l'eventuale insolvenza di uno fra questi).

La parte finale della disposizione fa salve le disposizioni delle leggi speciali aventi ad oggetto i privilegi a favore della massa degli assicurati, privilegi ora previsti, in caso di liquidazione coatta amministrativa dell'assicuratore-riassicurato, dall'art. 258 c.a.p.

Art. 1930

(Diritto del riassicurato in caso di liquidazione coatta amministrativa)

1. In caso di liquidazione coatta amministrativa del riassicurato, il riassicuratore deve pagare integralmente l'indennità dovuta al riassicurato, salva la compensazione con i premi e gli altri crediti.

La disposizione risolve un problema a suo tempo a lungo dibattuto e che, in qualche modo, investiva la stessa natura del contratto di riassicurazione.

Nella liquidazione coatta amministrativa dell'impresa riassicurata, infatti, gli assicurati che, in tale veste, vantano dei crediti nei suoi confronti, sono per lo più pagati in moneta fallimentare (ossia in percentuale); qualora si ritenesse (ma la dottrina non è uniforme) che la riassicurazione sia un contratto assicurativo volto a reintegrare le effettive perdite patrimoniali patite dall'assicuratore nell'esercizio della sua tipica attività, il riassicuratore, sulla base del principio indennitario, sarebbe, quindi, tenuto a corrispondere un risarcimento ridotto e pari alla somma di quanto realmente riconosciuto dalla procedura agli assicurati.

L'art. 1930 c.c. obbliga, al contrario, il riassicuratore al pagamento integrale dell'indennità dovuta in base al contratto senza poter tenere conto della falcidia fallimentare operata dalla procedura, e ciò con indubbio arricchimento dell'attivo di questa e a vantaggio della massa complessiva degli assicurati-creditori. Al riassicuratore, tuttavia, è consentito di ridurre la prestazione dovuta, portando in compensazione per l'intero (così sottraendosi

alla *par condicio creditorum*) i premi e gli altri crediti vantati nei confronti dell'impresa assicuratrice sottoposta alla procedura concorsuale.

L'applicabilità dell'articolo in esame è stata confermata con apposito richiamo contenuto nel primo comma dell'art. 259 c.a.p.

Art. 1931

(Compensazione dei crediti e debiti)

1. In caso di liquidazione coatta amministrativa dell'impresa del riassicuratore o del riassicurato, i debiti e i crediti che, alla fine della liquidazione, risultano dalla chiusura dei conti relativi a più contratti di riassicurazione, si compensano di diritto.

Nella riassicurazione, come si è detto (v. *sub art.* 1928 c.c.), le parti possono dare vita a trattati la cui esecuzione comporta una gestione contabile particolarmente complessa (data per lo più da premi e risarcimenti di sinistri) che è regolata in un conto corrente c.d. "ordinario" (art. 1823 c.c. ss.); e, se più sono i contratti, molteplici saranno pure i conti in cui sono effettuate le registrazioni.

Nell'ipotesi in cui una delle parti del contratto di riassicurazione sia posta in liquidazione coatta amministrativa, la disposizione, diversamente dal principio posto dall'art. 78 legge fall. (il contratto di conto corrente si scioglie per il fallimento di una delle parti), prevede la prosecuzione della registrazione delle poste reciproche sui conti già esistenti sino alla fine della procedura (si ricorda che la principale differenza che contraddistingue il conto corrente "ordinario" rispetto a quello bancario è determinata dal diverso momento in cui opera il conguaglio fra le poste contabili, ossia solo alla chiusura periodica del conto nel primo caso e immediatamente nel secondo).

Solo allora si opererà la compensazione di diritto fra i conti esistenti, e (con evidente semplificazione) unicamente il saldo così risultante seguirà la medesima sorte degli altri crediti o debiti.

L'applicabilità dell'articolo in esame nel caso di liquidazione coatta amministrativa tanto del riassicuratore che del riassicurato è stata confermata con apposito richiamo contenuto nel secondo comma dell'art. 259 c.a.p.

SEZIONE V

Disposizioni finali

Art. 1932

(Norme inderogabili)

1. Le disposizioni degli art. 1887, 1892, 1893, 1894, 1897, 1898, 1899, secondo comma, 1901, 1903, secondo comma, 1914, secondo comma, 1915, secondo comma, 1917,

terzo e quarto comma, e 1926 non possono essere derogate se non in senso più favorevole all'assicurato.

2. Le clausole che derogano in senso meno favorevole all'assicurato sono sostituite di diritto dalle corrispondenti disposizioni di legge.

L'assicurato costituisce la parte debole del contratto e l'articolo in esame manifesta la volontà del legislatore di tutelarne la posizione impedendo che molte delle disposizioni (l'elencazione deve ritenersi tassativa) dettate all'interno del Capo XX siano contrattualmente derogate a suo danno e, ove ciò accada (onde garantire la validità ed efficacia della copertura assicurativa), prevedendo l'automatica sostituzione delle clausole illegittime con le corrispondenti disposizioni derogate. Inoltre, poiché la quasi totalità delle polizze è predisposta dall'assicuratore mediante moduli (che contengono le condizioni generali di contratto) per dare disciplina uniforme ai propri rapporti contrattuali, a tutela dell'assicurato troveranno altresì applicazione gli art. 1341 e 1342 c.c.

Se, infine, l'assicurato può vantare la qualifica di "consumatore", la sua posizione sarà ulteriormente garantita dagli artt. 33 e seguenti del Codice del Consumo in tema di clausole vessatorie, i quali dichiarano invalide (in quanto viziata da nullità relativa) quelle clausole che determinano un significativo squilibrio nel rapporto contrattuale tra il professionista (nel nostro caso l'impresa assicuratrice) e, appunto, il consumatore.

Giurispr.: Corte App. Roma 7 maggio 2002; Cass. 14 maggio 1998, n. 4889; Cass. 4 agosto 1995, n. 8597; Cass. 21 gennaio 1995, n. 709; Cass. 29 settembre 1993, n. 9758; Cass. 30 marzo 1992, n. 3881; Cass. 17 luglio 1991, n. 7956.

Appendice

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

TITOLO XII

NORME RELATIVE AI CONTRATTI DI ASSICURAZIONE

Capo III

ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE E ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA

Art. 173 (Assicurazione di tutela legale)

1. L'assicurazione di tutela legale è il contratto con il quale l'impresa di assicurazione, verso pagamento di un premio, si obbliga a prendere a carico le spese legali peritali o a fornire prestazioni di altra natura, occorrenti all'assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede giudiziale, in ogni tipo di procedimento, o in sede extragiudiziale, soprattutto allo scopo di conseguire il risarcimento di danni subiti o per difendersi contro una domanda di risarcimento avanzata nei suoi confronti, purché non proposta dall'impresa che presta la copertura assicurativa di tutela legale.

2. Qualora l'assicurazione di tutela legale sia prestata cumulativamente con altre assicurazioni, con un unico contratto, il suo contenuto, le condizioni contrattuali ad essa applicabili ed il relativo premio debbono essere indicati in un'apposita distinta sezione del contratto.

Art. 174 (Diritti dell'assicurato nell'assicurazione di tutela legale)

1. Il contratto di assicurazione di tutela legale deve espressamente prevedere in funzione di tutela dell'assicurato che il medesimo, qualora necessiti dell'assistenza di un professionista per la difesa o la rappresentanza dei propri interessi in un procedimento giudiziario o amministrativo oppure nel caso di conflitto di interessi con l'impresa stessa, abbia la facoltà di scelta del professionista, purché quest'ultimo sia abilitato secondo la normativa applicabile.

2. In caso di disaccordo tra l'assicurato e l'impresa sulla gestione del sinistro, le parti possono o adire l'autorità giudiziaria o demandare la decisione sul comportamento da tenere ad un arbitro che provvede secondo equità. Tale seconda facoltà deve essere esplicitamente prevista nel contratto.

3. Fermo restando il diritto dell'assicurato di avvalersi della facoltà di cui al comma 1, non è necessario che le condizioni di contratto prevedano espressamente la mede-