

Tribunale di Ascoli Piceno - Sezione I civile - Sentenza 17 giugno 2016 n. 720

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO DI ASCOLI PICENO

PRIMA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Anna Maria Teresa Gregori ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 728/2014 promossa da:

TRA

NE.RO., rappresentato e difeso dall'avv. Ve.Fa. ed elettivamente domiciliato presso il suo studio, in Ancona, C.so (...);

ATTORE

CONTRO

AL. SPA, con sede in Trieste, in Largo (...), in persona del suo Procuratore di Direzione abilitato, legale rappresentante pro tempore, dott. Gi.Di., rappresentata e difesa dall'avv. St.Pa. e dall'Avv. Ro.Ca., congiuntamente e disgiuntamente, ed elettivamente domiciliata presso lo studio di quest'ultimo, in Ascoli Piceno, via (...)

CONVENUTA

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione, il sig. Ne.Ro., chiamava in giudizio la compagnia assicuratrice convenuta, come sopra indicata, al fine di ottenere la condanna della stessa, al pagamento dell'indennizzo dovuto, in conseguenza dell'infortunio da lui subito, nella somma complessiva di Euro 68.035,43, oltre interessi e rivalutazione monetaria.

A sostegno della pretesa, rilevava l'attore che, in data 03 settembre 2009, all'età di 45 anni, mentre svolgeva alcuni lavori di manutenzione del muretto della propria abitazione sita nel comune di Acquaviva Picena, cadeva accidentalmente dal predetto muro e veniva trasportato presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale A.S.U.R. Zona Territoriale 12 di San Benedetto del Tronto, dove gli veniva diagnosticato "trauma contusivo gomito dx Trauma contusivo - distorsivo ginocchio dx e cavaglia dx", con immobilizzazione del ginocchio con doccia gessata ed immobilizzazione della cavaglia con benda elastica, con prognosi di giorni 15. A seguito di una serie di visite specialistiche, in data 14.01.2010, lo specialista Dott. Pa.Al. certificava l'avvenuta guarigione clinica del sig. Ne., con postumi da valutare in sede medico - legale. Rilevava l'attore di aver subito, in conseguenza dell'infortunio, un danno biologico

permanente pari al 13%, secondo quanto risultante dalla relazione medico - legale. Chiedeva, pertanto, di essere indennizzato dalla Compagnia assicuratrice, Al. S.p.A. presso cui era assicurato, con polizza infortuni "(...)" n. (...), che prevedeva un capitale assicurato in caso di invalidità permanente di Euro 500.000, un'indennità giornaliera da gessatura di Euro 70 ed un rimborso per le spese di cura da infortunio di Euro 2.500. Rilevava di aver effettuato la messa in mora della compagnia convenuta con raccomandate a/r del 21.01.2010 e del 04.03.2011, e del 30.07.2012, senza alcun esito. Instava pertanto l'attore affinché il Tribunale adito accogliesse le seguenti conclusioni: accertato il diritto all'indennizzo del sig. Ne.Ro. in forza della polizza Infortuni n. 067331139, di condannare la Al. S.p.A. al pagamento dell'indennizzo in favore dell'attore, nella somma di Euro 68.035,43 (in particolare, un'indennità di Euro 65.000 per l'invalidità permanente del 13%, di Euro 2.450 per l'indennità da gessatura, e di Euro 585,43 per spese), oltre interessi e rivalutazione monetaria.

Si costituiva la compagnia assicuratrice convenuta, Al. S.p.A. in persona del legale rappresentante pro tempore, la quale impugnava e contestava tutto quanto ex adverso dedotto, rilevando l'infondatezza della pretesa attorea ed instando per la relativa reiezione. Rilevava la convenuta che il sig. Ne.Ro. era assicurato, all'epoca del sinistro, per lo stesso rischio e per un periodo di tempo coincidente, presso altre compagnie assicuratrici, come risultanti dal Casellario Centrale Infortuni, tenuto dall'Inail e consultato in data 09.06.2014. In particolare, la convenuta rilevava la sussistenza, per il medesimo sinistro, di una polizza con Fo. - SA., un'altra con Ca. Spa, un'altra con As. S.p.A. nonché con Du. Sosteneva la: Al. S.p.A. l'operatività, in relazione all'assicurazione contro gli infortuni della norma di cui all'art. 1910 cc, seppur dettata in materia di assicurazione contro i danni, che impone all'assicurato presso plurime assicurazioni di dare avviso a ciascuna assicurazione della contemporanea sussistenza delle altre assicurazioni. Di conseguenza, la Al. sosteneva la perdita del diritto all'indennizzo da parte del sig. Ne., per aver quest'ultimo omesso dolosamente di fornire tale avviso. Contestava inoltre il quantum debeatur richiesto dall'attore, in quanto sproporzionato. Instava pertanto la convenuta perché il Tribunale adito accogliesse le seguenti conclusioni: accertata l'omissione dell'avviso di cui all'art. 1910 c.c. da parte del sig. Ne., di rigettare la domanda attorea.

In sede di memoria ex art. 183 c.p.c., il sig. Ne. deduceva l'eccezione preliminare di tardività della costituzione della Al., essendosi quest'ultima costituita soltanto alla prima udienza, con conseguente decadenza dal diritto di sollevare eccezioni non rilevabili d'ufficio. Sosteneva, altresì, l'inoperatività dell'art. 1910 cc, non avendo controparte fornito la prova del dolo in relazione all'omesso avviso.

Non esperiti i mezzi istruttori, in data 4 marzo 2016, previa precisazione delle conclusioni delle parti, il giudice assumeva la causa in decisione, concedendo i richiesti termini di cui all'art. 190 c.p.c.

MOTIVI DELLA DECISIONE

La domanda attorea non si appalesa meritevole di accoglimento.

Parte attrice chiede di essere indennizzata da parte della Al. spa - presso cui è assicurato con Polizza infortuni - dei danni subiti a seguito dell'infortunio avvenuto in data 03.09.2009.

Va tuttavia rilevato che l'attore, sig. Ne., all'epoca del sinistro, risultava assicurato per il medesimo rischio presso altre compagnie assicuratrici. Di conseguenza, va affermata l'operatività della regola di cui all'art. 1910 c.c.

Tale norma, nel disciplinare l'ipotesi in cui l'assicurato abbia stipulato più assicurazioni presso diverse assicurazioni, impone a quest'ultimo "di dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore", con la conseguenza che, in caso di omissione dolosa di tale avviso, si determina la perdita, da parte dell'assicurato, del diritto all'indennizzo. La norma in esame è riconducibile alla sezione dedicata all'assicurazione contro i danni. Ciò, tuttavia, non esclude la sua applicabilità pure all'assicurazione contro gli infortuni in conformità di quanto evidenziato dalla Suprema Corte di legittimità, la quale ha statuito che "all'assicurazione contro gli infortuni non mortali, in quanto partecipe della funzione indennitaria propria dell'assicurazione contro i danni, si applica l'art. 1910 commi 1 e 2 cc, il quale mira ad evitare che l'assicurato, ottenendo l'indennizzo da più assicuratori, persegua fini di lucro conseguendo un indebito arricchimento" (Cass. sez. III, 9 marzo 2006, n. 5102).

Quanto alla sussistenza del dolo nell'omissione, richiesto dall'art. 1910 per escludere il diritto all'indennità, va rilevato che esso non richiede che l'assicurato ponga in essere gli artifici o raggiri, che costituiscono i necessari presupposti dell'annullamento negoziale, ben potendo il dolo consistere nella coscienza e volontà dell'assicurato di omettere l'avviso, secondo la stessa interpretazione del dolo che viene comunemente data in riferimento all'art. 1892 c.c. Nel caso di specie, deve ritenersi sussistente il dolo dell'omissione da parte del sig. Ne., avendo egli coscientemente sottaciuto la sussistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio sia alla Al., sia in tale sede giudiziale, nell'atto di citazione.

Si aggiunga inoltre che, pure in caso di rispetto dell'obbligo di avviso di cui all'art. 1910 cc, il comma III della stessa norma, stabilisce un limite alla somma che può essere complessivamente riscossa dall'assicurato nei confronti delle assicurazioni, la quale non può in ogni caso superare l'ammontare del danno. Con riguardo all'onere probatorio, Cass., sez. III, 13 aprile 2015, n. 7349, ha ritenuto che "nell'ipotesi di assicurazione presso diversi assicuratori, qualora l'assicurato agisca contro l'assicuratore per ottenere il pagamento dell'indennità dovuta secondo il contratto con il medesimo stipulato, è tenuto a provare che il cumulo tra la chiesta indennità e le somme eventualmente da lui già riscosse per il medesimo sinistro da altri assicuratori, non superi l'ammontare del danno sofferto in conseguenza di esso, poiché tale circostanza rappresenta un fatto costitutivo del diritto da lui fatto valere". Pertanto, avendo il sig. Ne. già ottenuto l'indennizzo da parte delle altre assicurazioni (come si desume dal documento proveniente dal (...) Centrale Infortuni, versato in atti da parte convenuta), e non avendo fornito la prova del quantum già ottenuto, non si potrebbe in alcun modo stabilire se la somma richiesta, in aggiunta, alla Al. S.p.A. esorbiti dal danno effettivamente subito. Anche alla luce di tali considerazioni, la domanda attorea, non merita accoglimento.

La domanda attorea va pertanto rigettata, e la refusione delle spese processuali, quantificate come in dispositivo, alla luce dell'oggetto della domanda, e dell'impegno richiesto, va posta a carico della parte attrice in virtù del principio della soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale, in persona del Giudice Unico, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- RIGETTA la domanda attorea;
- CONDANNA l'attore, sig. Ne.Ro., alla refusione delle spese giudiziali in favore di parte convenuta, nella somma di Euro 4.015, oltre c.p.a e i.v.a. e 15% per spese generali.

Così deciso in Ascoli Piceno il 17 giugno 2016.

Depositata in Cancelleria il 17 giugno 2016.