

Quaggio

I. ROMANELLI e F. MARSELLA

1

La clausola di incontestabilità nelle
polizze di assicurazione sulla vita
umana nella pratica medico-legale

Estratto dagli *Atti del Secondo Congresso Nazionale
di Scienza delle Assicurazioni*, Vol. II

ROMA
1933-XI

ISTITUTO NAZIONALE
DELL'ASSICURAZIONE
BIBLIOTECA

ROMA
13.420
M
156+10



Corporate Heritage
& Historical Archive

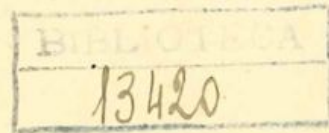


Corporate Heritage
& Historical Archive

I. ROMANELLI e F. MARSELLA

**La clausola di incontestabilità nelle
polizze di assicurazione sulla vita
umana nella pratica medico-legale**

Estratto dagli *Atti del Secondo Congresso Nazionale
di Scienza delle Assicurazioni*, Vol. II



ROMA

1933-XI



Corporate Heritage
& Historical Archive

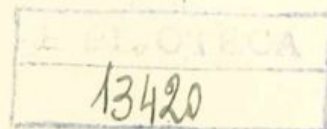
1933

La Commissione di studio ha
avuto l'onore di essere convocata
per il giorno 15/11/33 alle ore 10
in viale Mazzini n. 150



LA CLAUSOLA DI INCONTESTABILITÀ NELLE POLIZZE
DI ASSICURAZIONE SULLA VITA UMANA NELLA PRATICA
MEDICO-LEGALE

I. ROMANELLI e F. MARSELLA



SUNTO. — Premesso il compito del medico degli Enti di Assicurazione Vita nell'esame dei sinistri, si passano in rassegna le clausole di incontestabilità dei vari Istituti assicuratori italiani e stranieri.

Si accenna quindi alla legislazione comparata vigente in materia di contestabilità e si riferiscono le norme di liquidazione dei sinistri adottate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, citando i dati statistici relativi ai sinistri verificatisi nell'ultimo quinquennio.

Si riportano infine alcuni casi medico-legali dai quali apparisce evidente la malafede dell'assicurato nella stipulazione del contratto, e si conclude affermando come le Compagnie di Assicurazione di tutto il mondo basano il contratto sulle dichiarazioni dell'assicurato e, nel limitare la incontestabilità dei contratti, escludono il caso di malafede, frode o dolo, poichè con tale dicitura si sono volute intendere le reticenze di deliberato proposito e le dichiarazioni scientemente difformi dal vero.

I. L'esame dei sinistri è uno dei compiti del medico delle Direzioni degli Enti di Assicurazione Vita. Egli deve, in base ai dati del certificato di morte, a quelli del rapporto medico all'ingresso in assicurazione ed agli altri dati, che eventualmente deve procurarsi, rifare la storia clinica del sinistrato.

Egli ricerca :

a) se vi è un rapporto diretto od indiretto tra la causa di morte e le condizioni di salute all'assunzione del rischio ;

b) se l'assicurato ha denunciato all'assicuratore, alla stipulazione del contratto, tutti gli elementi necessari per la valutazione del rischio.

Qualora il medico, dall'esame del sinistro, riportasse la convinzione che il rischio è stato insufficientemente valutato all'ingresso, perchè l'assicurato ha scientemente taciuto od alterato circostanze importanti, egli deve fornire al legale tutte le prove che possono servire per un eventuale giudizio del Magistrato.

Ecco quindi un aspetto medico legale del compito del medico della Direzione di un Ente di Assicurazione Vita, che rende indispensabile la collaborazione del medico e del legale. È evidente quindi la necessità che il medico conosca quel tanto di questioni legali che servano all'espletamento del compito affidatogli.

L'antica « vexata quaestio » della incontestabilità delle polizze di assicurazione sulla vita è diventata in Italia di massima importanza per l'industria assicurativa, e di palpitante attualità dopo alcune recenti sentenze della Magistratura e soprattutto dopo qualcuna recentissima della Corte di Cassazione del Regno.

Giusta le disposizioni del nostro Codice di commercio, che regolano la materia dei contratti di assicurazione, le polizze vita, quando ricorrono determinate circostanze, sono sempre contestabili ed annullabili.

L'articolo 429 del Codice di commercio, richiamato dal successivo articolo 452, che riguarda le assicurazioni sulla Vita, dice testualmente :

« Qualunque dichiarazione falsa od erronea, e qualunque reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato, è causa di nullità dell'assicurazione, quando la dichiarazione o la reticenza sia di tale natura, che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso al contratto o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

« L'assicurazione è nulla, sebbene la dichiarazione riguardi circostanze che in effetto non hanno influito sul danno o sulla perdita delle cose assicurate.

« Se da parte dell'assicurato vi è stata malafede, l'assicuratore ha diritto al premio ».

2. In deroga delle suddette chiare disposizioni di legge, quasi tutte le Compagnie di Assicurazione Vita hanno inserito, fra le condizioni generali di polizza, una clausola di incontestabilità. Essa varia alquanto nella sua formulazione, ma unico è il principio informatore: quello cioè di riconoscere, dopo un dato periodo di tempo, la incontestabilità della polizza per i contraenti assicurati in buona fede, ma di escluderla per quelli che manifestamente indussero in errore, col pravo proposito dell'inganno, l'Ente di Assicurazione.

Ci piace riportare la formula adoperata al riguardo dalle varie Compagnie sia italiane che estere.

In Italia l'assicurazione Vita è oggi esercitata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, Ente di Stato, e da 18 Compagnie private, di cui 13 italiane e 5 straniere.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, nelle sue condizioni di polizza, dopo aver detto che assume l'assicurazione in base alle dichiarazioni rese sia dall'assicurato che dal contraente, nella proposta e negli altri documenti, aggiunge :

« Decorsi sei mesi dalla emissione della polizza, l'Istituto non può promuovere l'azione di nullità per reticenze e per dichiarazioni erronee rese dall'assicurato o dal contraente, salvo il caso di malafede ».

Il periodo di tempo occorrente per l'incontestabilità, che prima del 30 marzo 1930 era di un anno, fu portato, come si è visto, a sei mesi, mentre la formula è rimasta, pel resto, invariata.

Le Assicurazioni Generali di Venezia hanno questa dicitura : « Dopo nove mesi il contratto non può essere impugnato per vizio di consenso, eccettuato il caso di malafede ».

Detta Compagnia, fino al maggio 1931, aveva invece questa formula :

« Dopo un anno il contratto non potrà essere impugnato per vizio di consenso, salvo il caso di dolo ».

La Riunione Adriatica di Sicurtà ha questa clausola :

« La Compagnia non potrà far valere la nullità :

a) quando l'assicurato fosse morto entro l'anno e la circostanza, cui si riferisce la dichiarazione falsa o erronea o reticente, fosse estranea alla causa di morte ;

b) dopo un anno in ambedue i casi, a meno che non vi sia stata malafede ».

Nelle vecchie polizze, fino al 1° marzo 1930, la suddetta Compagnia adottava invece questa formula : « Dopo un anno non può elevare contestazione per risposte non veritiere o non complete, tranne che nei casi di frode o di inganno ».

La Fondiaria Vita all'articolo 1° delle condizioni generali di polizza dice : « Decorsi sei mesi la Compagnia rinunzia alla facoltà concessale dalla Legge di contestare la validità della polizza per dichiarazioni reticenti o non veritiere rese dall'assicurato o dal contraente, salvo il caso che da parte di questi la verità sia stata taciuta in malafede, od alterata scientemente ».

La formula, in uso nei vecchi contratti fino al 1° dicembre 1931, invece era questa : « Trascorso un anno dalla stipulazione del con-

tratto e dalla sua rimessa in vigore dopo decadenza, o quando sia escluso il dolo per parte del contraente e dell'assicurato, nel fornire le indicazioni necessarie, la Compagnia rinunzia, ora per allora, al diritto di annullamento ».

La Società Assicurazioni Alta Italia, che di recente ha ceduto tutto il suo portafoglio all'Istituto, aveva questa formula: « Dopo un anno il contratto non potrà essere impugnato per vizio di consenso, salvo il caso di dolo ».

La Società Cattolica di Assicurazione all'articolo 20 dice: « Dopo sei mesi rinunzia a contestare per reticenze o dichiarazioni non veritiere rese dall'assicurato, salvo il caso che questi avesse taciuto o alterato la verità in malafede ».

L'Italiana Vita all'articolo 2: Decorsi tre anni dalla data di emissione della polizza o del suo ristabilimento in vigore, la Società, nei casi involontariamente incorsi di omissione, inesattezza od errore, nelle dichiarazioni fatte, rinuncia a contestare la validità dell'assicurazione in base all'articolo 429 del Codice di commercio ».

La Compagnia Anonima di Assicurazioni di Torino, la Società Reale Mutua di Assicurazione, l'Anonima Vita, l'Italia, l'Alleanza, la Compagnia di Assicurazione di Milano, la Praevidentia, hanno la stessa formula dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Delle Compagnie estere operanti in Italia La Fenice di Vienna e la Danubio hanno clausola identica a quella dell'Istituto stesso.

L'Abeille non ha alcuna condizione speciale circa l'incontestabilità, e quindi applica la legge dei paesi dove opera.

Il Phenix di Parigi all'articolo 1° dice: « Dall'atto del perfezionamento il contratto è incontestabile, salvo il caso di frode ».

Il Mondo anche di Parigi: « Le polizze sono incontestabili fin dall'inizio, anche in caso di reticenza e di dichiarazione erronea, salvo tuttavia il caso di frode ».

Esaminiamo ora le condizioni di polizza, rispetto alla incontestabilità, usate da alcune grandi Compagnie estere, operanti nel resto del mondo.

Abbiamo visto quanto stabiliscono le cinque Compagnie estere che lavorano, oltre che in Italia e nei loro paesi di origine, Francia ed Austria, in altri Stati ancora, e che adottano dappertutto la stessa formula.

La grande Compagnia americana Metropolitan di New York, che ha ben sei milioni di polizze ordinarie in vigore e trentotto milioni di polizze popolari, rispetto all'incontestabilità dice:

« La polizza diverrà incontestabile dopo che sarà stata in vigore durante la vita dell'assicurato, per un periodo di un anno dalla data di emissione, salvo il caso di mancato pagamento dei premi, di frode, o di false dichiarazioni relative all'età ».

La Prudential inglese, che ha oltre un milione di polizze ordinarie e ventisette milioni di polizze popolari, rende incontestabile la polizza dopo tre anni dalla sua emissione, salvo il caso di frode.

La National Mutual dice incontestabile la polizza fin dalla data di emissione, eccetto i casi di frode, così pure la London and Scottish, la Norwich, la Royal Exchange, la The British Widors dicono la polizza incontestabile, salvo il caso di frode o di false dichiarazioni.

La Gresham rende la polizza incontestabile dopo tre anni e la Prevident Mutual dopo cinque anni, salvo il caso di frode.

In Germania la Allgemeine Deutsche Lebensversicherung non pone alcun limite alla contestabilità in caso di false dichiarazioni per riconosciuta malafede.

La Friedrich Wilhelm dice la polizza incontestabile dopo tre anni salvo il caso di frode.

L'Atlas, e l'Arminia non pongono alcun limite per la contestabilità in caso di malafede.

La Frankfurter rende incontestabile la polizza dopo un mese, salvo dolo.

Il Ianus di Magdeburg parla di incontestabilità dopo due anni salvo caso di malafede.

La Concordia dichiara contestabile la polizza solo in seguito a riconosciuta malafede dell'assicurato per inosservanza del dovere di denuncia...

L'Allianz parla di incontestabilità dopo tre anni, salvo malafede; le Compagnie austriache Auker e Atlas salvo il caso di frode.

Delle Compagnie Australiane, l'Australian Mutual Providente non pone alcun limite, se le dichiarazioni risultano fraudolentemente falsate.

La National Mutual rende incontestabili le polizze fin dall'emissione, salvo il caso di frode. La polizza diviene nulla se vi sono dichiarazioni non rispondenti a verità o se il proponente rese dichiarazioni false o ad arte ha snaturato la verità dei fatti.

3. Come si è visto la condizione di polizza circa l'incontestabilità, salvo il periodo di tempo, che varia, a seconda delle Compagnie, è press'a poco identica, e solo si differenzia perchè in taluni

casi, per l'esclusione della incontestabilità, si adopera la parola malafede, in altri la parola frode e in altri dolo.

Da uno sguardo d'insieme apparisce chiaro che la formula, salvo la suddetta differenza di parola adoperata, è uguale e direi quasi universale.

In tutte apparisce evidente che la malafede, la frode e il dolo si riferiscono alle dichiarazioni dell'assicurato. Con detta clausola si è voluto mitigare il rigore della legge, che commina la nullità del contratto, anche per i casi di dichiarazioni erronee e reticenti, fatte in buona fede.

Alla disposizione di legge sancita dall'articolo 429 del nostro Codice di commercio, ne corrisponde una quasi uguale nelle legislazioni straniere e infatti il Vivante dice che la costruzione giuridica dell'articolo 429 è identica a quella che vige nel maggior numero delle legislazioni per le assicurazioni terrestri e marittime.

La maggior parte comminano la nullità per semplici dichiarazioni erronee oltre che per reticenze e dichiarazioni false.

Alcuni Codici, come quello Ungherese, il Codice civile del Cantone di Zurigo, le leggi di molti Stati dell'Unione Americana, ecc. seguono la massima che non producono nullità che le sole dichiarazioni *scientemente erronee*.

In Francia i contratti di assicurazione erano regolati dall'articolo 348 del Codice di commercio, presso a poco identico alla prima parte del nostro articolo 429, mentre all'ultimo capoverso corrispondeva l'articolo 380, che mi piace qui riferire, per dimostrare che la legislazione, la giurisprudenza e la prassi assicurativa di tutto il mondo riferiscono la frode, la malafede e il dolo alle dichiarazioni dell'assicurato :

« En cas de declaration fraudolente l'assuré est privé des effets de l'assurance, il est tenu de payer les sommes empruntées ».

Il 13 luglio 1930 è stata promulgata in Francia la nuova legge sul contratto di assicurazione. L'articolo 21 e 22 riguardano soprattutto le dichiarazioni dell'assicurato e propriamente l'articolo 21 commina la nullità dell'assicurazione e l'acquisizione dei premi da parte dell'assicuratore nei casi di « reticence ou de fausse declaration intentionnelle de la part de l'assuré ».

L'articolo 22 invece riguarda il caso delle inesatte dichiarazioni dell'assicurato, senza che se ne possa stabilire la malafede, e dice che, se la contestazione è stata fatta prima del sinistro, l'assicuratore ha il diritto di mantenere il contratto aumentando il premio o di

sciogliere il contratto. Se la contestazione è fatta dopo il sinistro, l'indennità è ridotta in proporzione del tasso dei premi pagati in rapporto ai tassi dei premi che sarebbero stati dovuti se il rischio fosse stato completamente ed esattamente dichiarato.

Come si vede si è voluto proteggere l'assicurato di buona fede, mentre sono rimaste invariate le sanzioni contro l'assicurato di malafede, la cui malafede o dolo, ci piace ripetere, si desume dalle reticenze o false dichiarazioni intenzionali, senza dover ricorrere per l'applicazione delle parole malafede, frode o dolo, contenute nelle clausole di incontestabilità delle polizze francesi, all'articolo 1116 del Codice civile francese, che suona come il nostro 1115 sulla nullità dei contratti ordinari per dolo.

La clausola dell'incontestabilità contenuta nelle polizze è stata sempre riferita alle dichiarazioni erronee, rese in buona fede.

Il Lefort così si esprime: «Ce que la clause d'incontestabilité vise, c'est surtout l'omission, l'erreur dont le futur assuré peut se rendre coupable et qui, même en présence de sa bonne foi, serait de nature à entraîner la résiliation de police».

La legge belga contempla anche il caso in cui l'assicurato ha reso dichiarazioni non vere in buona fede, o in malafede, nel primo caso l'assicuratore restituisce i premi, nel secondo li conserva.

La giurisprudenza inglese, premesso che il contratto di assicurazione è fondato sulla buona fede, limita l'incontestabilità ai casi di buona fede, e ritiene che la malafede e la frode inficiano sempre il contratto.

La legge austriaca (§ 131-V. V. G.) libera l'Istituto assicuratore da ogni impegno se il contraente o l'assicurato, nel concludere il contratto, non ha risposto secondo verità o in maniera incompleta alle domande rivoltegli, a mezzo di un questionario, su circostanze importanti riguardanti il rischio. In caso di contestazione sono ritenute importanti tutte le domande fatte dall'assicuratore, con le modalità suaccennate.

Dopo trascorsi tre anni dalla conclusione del contratto, l'assicuratore non può più impugnare la validità del contratto per deficienza di dichiarazioni, salvo che si possa presumere la malafede del contraente o dell'assicurato (§ 136-V. V. G.).

La legge tedesca del 30 maggio 1908 dispone che l'assicuratore può chiedere l'annullamento del contratto se l'assicurato dichiara inesattamente o tace una circostanza essenziale per la valutazione del rischio e considera come dolo (§ 16) persino lo stato di igno-

ranza in cui l'assicurato ha voluto dolosamente (arglistig) permanere.

Ad esempio si cita dagli autori il caso di un assicurando che avvertendo sintomi di grave infermità, trascura di accertarsene, in vista di un prossimo contratto di assicurazione sulla vita, che intende stipulare.

Il dolo, la malafede, la frode, in ogni modo, si riferiscono sempre al dovere dell'assicurato di rendere esatte dichiarazioni (anzeigepflicht).

La incontestabilità della polizza, che da noi è inserita liberamente come clausola contrattuale, in Germania è stabilita per legge. L'articolo 163 della legge stabilisce che, decorsi dieci anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore perde il diritto di rescissione per dichiarazioni inesatte, a meno che l'assicurato non abbia dolosamente mancato al suo dovere di dare le necessarie indicazioni.

In quanto ai premi la legge stabilisce (§ 176 e 177) che, se il contratto dura da almeno tre anni, l'assicurato ha diritto alla riserva, minorata di congrue deduzioni, fissate dall'Ufficio di Sorveglianza delle Assicurazioni.

Otto Hagem afferma: « la clausola di incontestabilità non si applica in ogni modo mai per dichiarazioni inesatte dolose ».

Tutte le legislazioni e tutte le Compagnie di assicurazione del mondo stabiliscono concordemente che base del contratto di assicurazione vita sono le dichiarazioni dell'assicurato e che i dati e le notizie da lui e dal contraente fornite nella proposta e negli altri documenti sono gli elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Istituto assicuratore.

Il consenso al contratto da parte dell'assicuratore è dato essenzialmente in base alle dichiarazioni dell'assicurato e del contraente. Se queste non corrispondono al vero, il consenso è viziato e quindi il contratto annullabile.

4. Vediamo ora come in Italia le Società di Assicurazioni, e soprattutto l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, applicano le disposizioni di legge e le clausole contrattuali.

Si deve riconoscere che della facoltà di contestazione i vari Enti si avvalgono in un numero limitatissimo di casi.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni liquida annualmente somme ingenti per sinistri, senza muovere ordinariamente la minima obbiezione.

La norma che si segue è che gli Uffici amministrativi liquidano ordinariamente senz'altro i sinistri dei contratti ordinari con antidurata superiore a cinque anni e solo li passano al Servizio medico, per la raccolta dei dati statistici, a liquidazione effettuata.

L'Istituto suol liquidare in ogni caso i sinistri dei contratti senza visita medica e specialmente quelli delle assicurazioni popolari poichè questi sono contratti per lo più di persone che possono anche non rendersi esatto conto delle dichiarazioni rese.

I contratti ordinari con antidurata inferiore a cinque anni vengono sottoposti all'esame del Servizio sanitario, che verifica i documenti di ordine medico esibiti e concede il nulla osta, oppure provvede a praticare indagini, nei casi dubbi, per assodare le vere condizioni di salute dell'assicurato all'ingresso in assicurazione, in rapporto alle dichiarazioni rese.

Nei casi in cui il Servizio legale riconosce che i dati forniti dal Servizio sanitario contengono fondati elementi di malafede da parte dell'assicurato, procede alla contestazione del sinistro.

In ciò peraltro si è guidati da criteri di grande larghezza e si contesta solo quando una acquiescenza eccessiva potrebbe sembrare colposa, e riuscire quasi incitatrice al ripetersi del fatto doloso, contrario alla giustizia e al buon costume.

Perciò mai si contesta per dichiarazioni erronee e reticenze avvenute in buona fede, neanche quando il contratto abbia una antidurata inferiore a sei mesi. Si suol fare la contestazione della polizza, quando emergono circostanze gravi, che fanno ritenere essersi stipulato il contratto col deliberato proposito di ingannare l'Istituto, inducendolo, con volute reticenze, o con dichiarazioni false, a dare un consenso, che certamente sarebbe stato negato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Nelle comunicazioni agli interessati si sogliono specificare bene i motivi della mancata liquidazione. Qualche volta si addivene ad amichevole composizione della vertenza, specialmente, se considerazioni di pietà consigliano un atto di liberalità da parte dell'Istituto.

5. Abbiamo voluto portare la nostra attenzione sui sinistri verificatisi e sulle somme pagate dall'Istituto, nel quinquennio 1927-1931. Su un totale di 16.444 polizze sinistrate e regolarmente e pacificamente liquidate per la cifra di lire 246.113.189, ve ne sono state appena 141 contestate, riflettenti 100 assicurati.

La somma non pagata è stata di lire 4.791.524. Vi è stata quindi una percentuale di polizze contestate rispetto ai contratti liquidati del 0,86% e dell'1,95% dei capitali non pagati rispetto a quelli liquidati.

Sono proporzioni e cifre ben modeste, che dimostrano tutta la correttezza dell'Istituto, nella liquidazione dei sinistri.

Per questi contratti contestati, il sinistro si era verificato per i 2/7 nel primo semestre di vigore del contratto, per i 4/7 nel periodo da sei mesi a tre anni e per 1/7 oltre i tre anni.

La forma di assicurazione, che prevale fra questi contratti, è quella a Vita Intera, nella quale a parità di premi il capitale assicurato è più forte, mentre la forma abitualmente più richiesta è quella dei tipi Misti.

Sono importanti le cause di morte per le polizze contestate: viene in prima linea la tubercolosi, con un terzo circa dei casi, poi in ordine decrescente i tumori, le cardiopatie, le malattie del sistema nervoso, le malattie dell'apparato digerente, le nefriti, ecc. Si è trattato quindi specialmente di malattie sfuggite all'esame del medico, perchè non ne era stato in alcun modo richiamata l'attenzione di lui a causa delle reticenze dell'assicurando.

Sarebbe ingiusto incolpare in tutti i casi il medico per non avere egli compiuto il proprio dovere esaminando il candidato con lo scrupolo richiesto.

Anche i profani di medicina sanno come sia difficile fare una diagnosi, specialmente nei casi di lesioni iniziali, quando l'anamnesi rimane muta perchè l'assicurando tace i disturbi da cui è affetto.

Vi sono poi malattie che si presentano ad accessi e che non possono essere ben diagnosticate se si tacciono al medico le sofferenze. Per es. se si esamina un malato di asma bronchiale nel periodo di intervallo tra un accesso e l'altro quando non si sono ancora stabilite lesioni anatomiche e funzionali, non si può fare la diagnosi senza le dichiarazioni dell'assicurando.

Il caso di ulcera duodenale in persona in buone condizioni generali anche se ha avuto ematemesi o melena può sfuggire completamente al fiduciario se l'assicurando tace le sue sofferenze.

Si aggiunga che spesso si obbliga il medico a procedere alle visite in luoghi poco adatti (officine rumorose, retrobotteghe, ecc.) ovvero in grande fretta poichè l'assicurando afferma di non aver tempo da perdere giacchè egli si sente sano e deve accudire agli affari che urgono.

Ci riserviamo di illustrare in altra sede la importanza delle dichiarazioni dell'assicurando per la diagnosi medica e per la valutazione del rischio nell'assicurazione vita. Qui vogliamo solo accennare ad alcuni casi oggetto di inchiesta da parte del Servizio sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e verificatisi nelle varie Regioni d'Italia.

Incominciamo dalla Sicilia e propriamente dalla sua città più lontana da noi, verso il lato occidentale.

Nel settembre 1930 venne stipulato un contratto su due teste di lire 50.000, pagabile, al primo decesso, al coniuge superstite.

Le dichiarazioni rese dagli assicurandi erano state completamente negative per pregresse o presenti infermità e il giudizio medico era stato per entrambi i coniugi favorevole. Senonchè, dopo qualche mese si seppe che la moglie era gravemente inferma e che la infermità era di vecchia data. Fu fatta praticare una inchiesta amministrativa, che concluse per la perfetta regolarità del contratto. La Direzione Generale, non persuasa, volle affidare al Servizio sanitario l'incarico di nuove indagini.

Queste riuscirono ad acclarare che l'assicurata era da vari anni affetta da un vizio cardiaco, di cui era a perfetta conoscenza sia lei che il marito, e che in passato le erano stati praticati aborti a scopo terapeutico, verificandosi gravi fatti di scompenso cardiaco, durante le gravidanze.

Per uno di questi aborti anzi vi era stato un procedimento penale, dal quale gli imputati vennero prosciolti, per avere dimostrata la legittimità dell'atto con certificati dei medici curanti, convalidati da perizia collegiale, disposta dall'Autorità Giudiziaria.

Evidentemente il marito, conscio delle gravi condizioni di salute della moglie, aveva voluto contrarre l'assicurazione, sicuro di beneficiarne a non lontana scadenza, per l'aggravarsi del male, specie in occasione di gravidanze. Il marito, che non versava in buone condizioni economiche, aveva stipulato altro contratto per lire 30.000 con una Società, alla quale aveva avanzato proposta di altra assicurazione per lire 150.000, ed altra proposta aveva fatto per lire 50.000 ad una Società estera.

Era evidente lo scopo della previdenza del marito.

Il nostro contratto fu contestato per malafede dei contraenti; essendo state negate le pregresse infermità della donna: reumatismo articolare acuto, con complicità cardiaca e aborti.

Era stato negato anche che l'assicurata avesse medico curante e che si fosse fatta visitare in passato da alcun sanitario, circostanze tutte risultate false.

Il marito fece viva opposizione alla disdetta del contratto; ma poi finì con l'accontentarsi della restituzione dei premi, che l'Istituto fece, per quel criterio di grande larghezza, che suol seguire sempre in simili circostanze.

La donna venne a morte circa sei mesi dopo la rescissione della polizza.

Passiamo ora alle Puglie: in una cittadina pugliese un giovine sposa una signorina di buona famiglia. Dopo il matrimonio si accorge che la moglie ha tosse e la porta a visitare nella città vicina, sede di Università. Da uno specialista, anche col sussidio del reperto radiologico e dell'esame dell'espettorato, viene diagnosticata una forma specifica polmonare e di ciò viene avvertito chiaramente il marito, mentre alla moglie si prescrivono le cure del caso e il ricovero in un sanatorio.

I coniugi tornati in paese stipulano un contratto di assicurazione per una cospicua cifra sulla testa della donna, contraente e beneficiario il marito.

L'Istituto viene a conoscenza delle non buone condizioni di salute dell'assicurata e fa praticare una visita di controllo, previe indagini, che accertarono quanto sopra abbiamo riferito circa i precedenti sanitari.

È da notare che in paese il marito aveva avuto cura di non far visitare la moglie da alcun medico locale. La visita per l'inchiesta, effettuata in un sanatorio, fece rilevare chiari segni di tubercolosi polmonare in atto e postumi di pregressa pleurite di vecchia data.

Il contratto fu disdettato, ma il marito non volle acconsentire alla rescissione e seguì a fare offerte reali a ogni scadenza di pagamento di premio, che era mensile. Solo dopo vari mesi si decise a definire la vertenza, mercè la restituzione dei premi, che l'Istituto concesse, per il solito suo criterio di longanimità.

Nella Campania si stipula un contratto di assicurazione sulla testa di una donna, che viene a morte dopo otto mesi dall'ingresso in assicurazione. Contraente e beneficiario il marito.

Dall'inchiesta eseguita risultò che l'assicurata, da oltre un anno, era stata giudicata affetta, da diversi sanitari consultati, da cancro inoperabile dell'utero, mentre aveva dichiarato di non aver mai subito visite di medici e di essere in buona salute.

Nella stessa regione, con una Società estera, viene stipulato un contratto sulla testa di un uomo che muore dopo circa due anni, dall'ingresso in assicurazione, per paralisi progressiva di origine luetica. Beneficiaria della polizza, la moglie.

L'inchiesta eseguita dal Servizio sanitario dell'Istituto coin-teressato, a cui la detta Società si rivolse, riuscì ad assodare, con larga documentazione, che l'assicurato era affetto da sifilide di vecchia data, e che ne era a perfetta cognizione, per le cure praticate e per le ripetute reazioni di Wassermann fattesi eseguire con esito positivo a lui comunicato.

Egli invece aveva negato recisamente di essersi contagiato di tale malattia.

In Toscana si stipula un contratto di assicurazione per una forte somma su due teste fra coniugi, di cui il marito molto più giovane. Dopo quattro mesi muore la moglie.

L'inchiesta assoda che al decesso, per la malattia ultima, aveva contribuito la sifilide costituzionale, da cui la donna era affetta da vecchia data, sapendolo bene, mentra tale circostanza era stata recisamente negata. La vertenza fu transatta con la corresponsione al marito del 40% del capitale assicurato.

Nelle Marche, a poca distanza di tempo, vengono stipulati due contratti di assicurazione per lire 50.000, sulla testa di una donna che muore dopo un anno dal primo contratto e dopo un mese dal secondo. Beneficiario il marito.

L'inchiesta fece assodare che la donna era gravemente sofferente di coliche epatiche, per le quali aveva anche praticato la cura di Chianciano, mentre nel questionario medico aveva risposto negativamente all'apposita domanda su pregresse coliche epatiche e su cure balneo-terapiche eseguite. Quasi contemporaneamente al nostro contratto, ne aveva stipulato, sempre contraente e beneficiario il marito, un altro di lire 70.000 con una Società, altro di lire 50.000, con altra, e altro di lire 50.000, con una Società estera.

L'Istituto addivenne per i suoi contratti ad una transazione, liquidando il 50% del capitale assicurato.

Ed ora passiamo all'Italia settentrionale.

In Lombardia viene stipulato un contratto di assicurazione sulla testa di un uomo, beneficiaria la moglie.

Dopo alcuni mesi, all'Istituto perviene notizia delle gravi condizioni di salute dell'assicurato.

Le indagini fecero assodare che l'assicurato, soggetto sotto ogni aspetto succube della moglie, era sifilitico e tubercoloso sin da prima dell'ingresso in assicurazione. Egli era a perfetta conoscenza del suo stato di salute ed aveva dichiarato di trovarsi in buona salute al medico visitatore. A costui che pur era un distinto ed onesto professionista della Lombardia, docente Universitario, ben noto nel campo clinico e medico-legale, era sfuggita la constatazione della lesione polmonare.

La visita medica per l'inchiesta fu eseguita in casa del padre dell'assicurato, e fece rilevare l'affezione polmonare.

Il padre stesso dell'assicurato, che aveva ripreso in casa il figlio, completamente trascurato dalla moglie, dopo la stipulazione del contratto di assicurazione, anzi dalla stessa incitato a bere e straviare per accelerare la sua fine, il padre stesso chiedeva l'annullamento del contratto che definiva « una truffa » ai danni dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Disdettata la polizza, la beneficiaria non esitò a rivolgersi a un legale, che scrisse in questi termini all'Istituto: « . . . i miei clienti intendono e considerano il contratto di assicurazione in pieno diritto e valido, essendo la vostra decisione ingiusta ed arbitraria ».

Dopo alcuni mesi l'assicurato decedeva e nessuna richiesta di liquidazione pervenne ma, secondo la giurisprudenza, che ora si vorrebbe far prevalere da noi, il sinistro si sarebbe dovuto liquidare, non essendosi usato raggiro o macchinazione alcuna, da parte del contraente ed assicurato, ma essendo state rese solo dichiarazioni verbali non rispondenti a verità, che indussero in errore anche il medico visitatore.

Ancora un altro caso verificatosi in un'altra grande città settentrionale.

Nell'agosto 1929 viene stipulato con l'Istituto un contratto di lire 750.000 sulla testa di una donna di anni 58, beneficiario il marito, di parecchi anni più giovane. Dopo due mesi, avvalendosi degli stessi certificati medici, si ottiene un nuovo contratto per altre lire 250.000.

Il 31 dicembre 1929 si avanza nuova proposta di assicurazione per un milione. Tutti i documenti e certificati medici sono in regola, senonchè dato il forte capitale assicurato, e da assicurare, sulla testa di una donna senza figli, di età piuttosto avanzata, viene ordinata una visita di controllo e indagini speciali.

La visita fece rilevare un grave vizio cardiaco.

Le indagini riuscirono ad accertare che l'assicurata, che aveva dichiarato di trovarsi in ottima salute e aveva negato di avere medico curante e di essersi mai fatta visitare da alcun medico, era in cura da quattro anni, per vizio di cuore, con ricorrenti accessi di dispnea e palpitazioni, e che si era fatta praticare pochi mesi prima, anche l'esame del sangue, per la reazione di Wassermann.

Fu intimata la rescissione del contratto già stipulato, ed in base alla visita di controllo ed alle risultanze dell'inchiesta, non fu emessa la nuova polizza.

Avendo il contraente beneficiario resistito alla diffida dell'Istituto ed essendo risultato che aveva torbidi precedenti penali (già condannato per truffa e ricettazione) fu deferito all'Autorità giudiziaria, per truffa e tentata truffa. Il Giudice istruttore del Tribunale, con sua sentenza dichiarò chiusa l'istruttoria formale, dichiarando non doversi procedere contro il contraente e l'assicurata, perchè il fatto addebitato non costituiva reato.

Nella sentenza si dice che mancava nell'imputato l'elemento essenziale costitutivo del reato di truffa, non potendo considerarsi truffa, con artificio o raggirò, diretto ad ingannare, il reticente contegno dei coniugi assicurati.

Anche l'operato dei medici fiduciari fu oggetto di esame da parte del Giudice istruttore.

Egli assolse i medici per non avere concorso al fatto e li giustificava, per non aver rilevata la grave infermità, *da cui indubbiamente era affetta l'assicurata*, tenuto conto del periodo di compenso cardiaco, in cui visitarono l'inferma, del nessun indirizzo ad essi fornito, per un orientamento alla ricerca del male specifico e delle precarie e particolari condizioni in cui le visite vennero praticate.

È da notare che in un esposto all'Autorità giudiziaria, l'imputato, per scagionarsi da possibili appunti di intenzioni criminose verso la persona della moglie, non si peritò di scrivere che egli, nel fare il contratto di assicurazione, aveva inteso di fare un buon affare, sapendo che la sopravvivenza naturale della moglie sarebbe stata breve, dato il suo male cardiaco, ma che nessun delittuoso proposito aveva mai avuto di abbreviarne l'esistenza.

Gli assicurati finirono col rinunciare spontaneamente alle polizze.

Abbiamo riferiti alcuni casi di contratti fatti da coniugi; molti altri ne potremmo citare tra fratelli, fra genitori e figli ed anche fra estranei. Sono casi evidenti di malafede, senza privilegi di età, di

sesso, di condizione sociale, di regione, da giustificare pienamente ciò che dice l'Alighieri:

Frode è dell'uom proprio male.

Vogliamo citare solo altri due fatti recentissimi, capitati per un uomo e una donna. Un fratello fa contrarre una polizza di assicurazione a un fratello minore, affetto da nefrite cronica.

La visita medica viene fatta passare in un paese diverso da quello di abituale domicilio e dopo congrua dieta e riposo dell'assicurato.

Il rischio viene accettato, senonchè si ha il sinistro dopo pochi mesi. Dall'inchiesta risultò che l'assicurato e il contraente conoscevano tanto bene la natura della malattia, che avevano imparato a praticare da sè l'analisi delle urine e spesso si rifornivano dei reagenti necessari dal farmacista del paese.

La nefrite, precedentemente all'ingresso in assicurazione, aveva cagionato anche una retinite albuminurica, di cui era bene a conoscenza il contraente, essendo stato lui a far visitare il fratello a uno specialista oculista.

Cito un ultimo caso occorso nel mese di settembre 1932.

Si viene a sapere che è stata stipulata una assicurazione sulla testa di una donna tubercolosa, beneficiarie due persone estranee.

L'inchiesta ha fatto assodare che la donna, già inferma, si era prestata a fare l'assicurazione, con la promessa che parte della somma sarebbe stata pagata ai figli, in caso di decesso. Per la sua affezione specifica, la donna era stata ricoverata in ospedale ed ora reclamava insistentemente all'ispettore medico dell'Istituto, che la visitava, il ricovero in un sanatorio.

Nulla era stato dichiarato all'ingresso in assicurazione pochi mesi prima. I beneficiari non si sono peritati di confessare che avevano cercato di fare un affare.

Infine un ultimo caso recentissimo nel quale, al senso di riprovazione per il mezzo e l'atto illecito, si unisce un senso di grande pietà per la madre premurosa dell'avvenire dei figli.

Nell'ottobre 1931 viene stipulato un contratto di assicurazione di lire 50.000 sulla testa di una donna di 37 anni, beneficiari i cinque figliuoli.

Dopo dieci mesi la donna morì per carcinoma della mammella.

Dall'inchiesta è risultato che era stata operata nell'aprile 1931 di amputazione della mammella destra per carcinoma e nell'agosto

1931, prima quindi dell'ingresso in assicurazione, per riproduzione del male con metastasi cutanea ed ascellare.

La donna aveva dichiarato al medico visitatore di non avere subito alcun atto operativo, di essere in perfetta salute, di non avere alcun medico curante e di non essere ricorsa negli ultimi tre anni all'opera di alcun sanitario. Il medico si era fidato delle dichiarazioni dell'assicuranda, donna in buone condizioni generali, ed aveva acconsentito a non far denudare il torace, come talora suole accadere per ragioni di falso pudore, specie in alcune regioni d'Italia.

Numerosi altri casi noi potremmo aggiungere per dimostrare che qualche volta, senza bisogno di ricorrere a raggiri o macchinazioni, si può carpire un contratto di assicurazione sulla vita usando solo l'astuzia di tacere all'ingresso le malattie sofferte ed i disturbi di cui si soffre.

Questo fatto giustifica come le Compagnie di Assicurazione di tutto il mondo basano il contratto sulle dichiarazioni dell'assicurando e, nel limitare la incontestabilità dei contratti, escludono il caso di malafede, frode o dolo, poichè con tale dicitura si sono volute intendere le reticenze di deliberato proposito e le dichiarazioni scientemente difformi dal vero.





Corporate Heritage
& Historical Archive