

N. R.G. 1704/2020



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI VERCELLI
SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice monocratico Annalisa Fanini
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **1704/2020**

avente ad oggetto: Assicurazione contro i danni – liquidazione degli indennizzi

promossa da

████████████████████ (C.F. ████████████████████) rappresentata e difesa dall'avv.
████████████████████ elettivamente domiciliata in Via ████████████████████ 2 ██████████ - 16121 Genova Italia
presso il difensore

PARTE ATTRICE

contro

████████████████████ **S.P.A.** (C.F. ████████████████████) rappresentata e difesa dall'avv. ████████████████████
elettivamente domiciliata in Corso ████████████████████ - 10128 TORINO presso il difensore

PARTE CONVENUTA



CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni ai sensi dell'art. 281 *quinquies* c.p.c. del 24.11.2022.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

I

Con ricorso *ex art.* 702 *bis* c.p.c. [REDACTED] ha proposto giudizio nei confronti di [REDACTED] S.P.A. per sentirla condannare al pagamento degli indennizzi e dei rimborsi dovuti in base ai contratti di polizza assicurativa stipulati.

L'attrice ha allegato:

1. di essere titolare delle polizze n. 370421158 (“[REDACTED] sei in sicurezza”) e n. 370421157 (“[REDACTED] sei in salute”), entrambe stipulate con la Compagnia [REDACTED] s.p.a. in data 17/2/2017 (doc. n. 1 - 2);

2. il 12/8/2017, alle ore 17.00 circa, mentre si trovava nel campo dietro alla propria abitazione (all'epoca in Altavilla Monferrato - via [REDACTED] n. [REDACTED] attualmente invece la ricorrente risiede a Vignale Monferrato in via [REDACTED] n. [REDACTED] - doc. n. 3), rimaneva vittima di un gravissimo infortunio;

3. nell'occasione, allorché si apprestava a rimuovere alcune ramaglie e segatura al di sotto del banco ove era posizionata la sega circolare che il marito aveva utilizzato fino a poco prima e che ancora girava per forza di inerzia, mentre con un bastone allargava la segatura al disotto del disco, urtando inavvertitamente il sostegno di legno che manteneva in equilibrio il manufatto, la mano destra subiva un contraccolpo e il guanto indossato dalla scrivente veniva agganciato da un dente della lama che dilaniava la mano e il polso destro (doc. n. 4);

4. immediatamente soccorsa dal marito, veniva trasportata dal medesimo al Pronto Soccorso di Casale Monferrato e da lì, constatata la gravità delle lesioni, con l'Elisoccorso, trasferita al Centro Traumatologico di Torino (C.T.O), dove veniva sottoposta a tre interventi chirurgici e rimaneva ricoverata per 38 giorni (doc. n. 5 - 6);

5. nella lettera di dimissioni in data 19/9/2017 veniva indicata la diagnosi di “*subamputazione polso destro*” e in data 17/4/2018, dopo un lungo percorso riabilitativo, il dott. [REDACTED] certificava “*quadro clinico da considerarsi stabilizzato con postumi da valutare in sede medico-legale*” (doc. n. 7);

6. la relazione medica del consulente di parte, dott. [REDACTED] del 7/2/2019, valutava come segue il danno derivante dall'infortunio in oggetto: - inabilità temporanea al 100% giorni 67, -



inabilità temporanea al 50% giorni 198; - invalidità permanente nella misura del 66% (doc. n. 8, cfr. per le spese mediche il doc. n. 9).

La procedura di mediazione ha dato esito negativo; la compagnia assicurativa invitata non si è presentata al primo incontro in mediazione e ha inviato una comunicazione di “non adesione” (doc. 13 di parte attrice).

L'attrice ha quindi concluso chiedendo di accertare e dichiarare il proprio diritto agli indennizzi e rimborsi previsti dalle polizze n. 370421158 e n. 370421157 stipulate con [REDACTED] s.p.a., ottenendo la condanna di questa al pagamento della somma di 126.178,90 euro o altra accertanda, maggiorata della rivalutazione monetaria e degli interessi legali dalla data dell'evento (12/8/2017) al saldo; ha poi chiesto la condanna della convenuta al pagamento dell'indennizzo risultante in applicazione degli art. 3.9 (Indennità aggiuntiva) e 3.11 (Indennità speciale) delle Condizioni della polizza n. 370421158 “Sei in sicurezza”; infine, ha chiesto la condanna di controparte al rimborso delle spese mediche, nonché delle spese di questo giudizio, sollecitando condanna per lite temeraria ai sensi dell'art. 96, comma 3, c.p.c.

La convenuta si è costituita contestando gli assunti avversari e chiedendo il rigetto delle domande *ex adverso* proposte o il contenimento delle somme dovute entro i limiti di polizza.

La compagnia [REDACTED] s.p.a. ha svolto diverse contestazioni in merito all'operatività delle polizze.

La Compagnia assicurativa ha eccepito nel merito e in sintesi:

- ✓ che, in difetto di tempestiva denuncia del sinistro, non ha potuto compiere un'istruttoria nell'immediatezza dell'evento;
- ✓ che desta perplessità il fatto che la sig.ra [REDACTED] nonostante la gravità delle lesioni, si sottoponeva ad un tragitto di oltre 25 Km, in auto, per raggiungere il pronto Soccorso di Casale Monferrato, allorquando sarebbe stato naturale e prudente chiedere l'intervento di un'ambulanza;
- ✓ che, dal punto di vista del *quantum debeatur*, il criterio di calcolo adottato da controparte deve ritenersi errato (articolando una serie di doglianze che saranno esaminate in seguito);
- ✓ che non può operare il cumulo delle polizze in questione.

È stato disposto il passaggio dal rito sommario a quello ordinario di cognizione.

La causa è stata istruita con prove testimoniali, indi, è stata licenziata consulenza medico legale.

Con ordinanza dell'8.7.2022 è stata respinta l'istanza di rinnovazione di ordine di esibizione e l'istanza a norma dell'art. 213 c.p.c., per le cui motivazioni si rinvia a suddetta ordinanza.



A seguito di tramutamento ad altro Ufficio del precedente giudice assegnatario del fascicolo, la causa è stata riassegnata alla scrivente che, completata l'istruttoria e fatte precisare le conclusioni, ha incamerato la causa in decisione, previa assegnazione dei termini per il deposito degli scritti difensivi finali di cui all'art. 190 c.p.c.

II

Sulla denuncia del sinistro e la prova dello stesso.

La denuncia del sinistro è stata tempestiva.

L'art. 1913 c.c. stabilisce al primo comma, primo periodo: *“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 avuto conoscenza”*.

L'avviso è stato fatto in un tempo *“brevissimo”*, come affermato in sede testimoniale dall'agente assicuratore [REDACTED] (cfr. verbale di testimonianza del 7.3.2022) che, pur non ricordando con precisione le date, ha confermato di essere stato notiziato a distanza ravvicinatissima dall'incidente, così confermando le testimonianze di marito e cugino dell'attrice che, sul punto, possono ben concorrere, essendo state fatte diverse telefonate proprio per rintracciare l'agente assicuratore.

Si ritiene quindi che, confrontando le testimonianze in atti, l'avviso sia stato dato per telefono, il giorno successivo all'infortunio (cfr. testimonianze di marito e cugino dell'attrice).

L'art. 5.1 C.G.A. della Polizza n. 370421158, “[REDACTED] sei in sicurezza”, richiamata dalla difesa convenuta prevede che: *“La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile...”*.

Ancora, l'art. 5.7 C.G.A. della Polizza n. 370421157, “[REDACTED] sei in salute”, richiamata dalla difesa convenuta dispone che: *“In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi: 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo; 2) presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica ...”*.

Occorre sottolineare che la prima polizza richiede una denuncia per iscritto, non prevista dalla legge, ma pur sempre nell'ambito dell'effettiva *“possibilità”* dell'assicurato, criterio che va a mitigare il suddetto obbligo pattizio: la *“possibilità”* va opportunamente calata nel contesto, estremamente grave e concitato, in cui gli avvenimenti hanno avuto luogo.



Va, quindi, valorizzata in pieno la buona fede dell'attrice e dei suoi familiari, che hanno notiziato immediatamente, a distanza ravvicinatissima dall'evento, l'agente assicuratore, fatto che va a superare qualunque ombra - paventata dalla difesa della compagnia - circa una un doloso inadempimento all'obbligo di avviso (cfr. il verbale di testimonianza del 7.3.2022 del sig. ██████████ agente assicuratore, che ha confermato, rispondendo al capitolo 5 di parte attrice, di essere stato contattato in tempo "brevissimo").

Va, pertanto, escluso il richiamo all'art. 1915 c.c., sia nel primo sia nel secondo comma, dato che l'assicuratore non ha comunque dimostrato di aver sofferto di un pregiudizio, potendo conoscere del sinistro fin da subito, per mezzo del proprio agente assicuratore.

A quel punto, è stata una scelta della compagnia convenuta non attivarsi tempestivamente per svolgere, se ritenuto, le necessarie indagini per proprio conto.

L'obbligo di avviso è stato rispettato secondo le possibilità concrete dell'assicurato, perché il rispetto dell'obbligo va inteso nella sua essenza o sostanza; esso è stato tempestivamente assolto, con pieno raggiungimento dello scopo a cui l'avviso stesso è destinato, tutto ciò contro ogni superfetazione formalistica diretta, sembrerebbe nel caso specifico, più a negare l'indennità che a tutelare l'assicuratore da macchinazioni dell'assicurato.

La missiva inviata per conto dell'attrice, a distanza di tre mesi circa dal sinistro, è stata effettuata solo al fine di sollecitare la liquidazione da parte della compagnia assicuratrice che, nonostante dovesse ritenersi già informata, attraverso il proprio agente, ha tardato a chiedere ed effettuare eventuali accertamenti per proprio conto.

Va tenuto conto che, rispetto ad un evento così grave e traumatico, l'assicuratore avrebbe dovuto, con diligenza professionale, comprendere le ragioni del proprio assicurato e, piuttosto che invocare sterili formalismi, richiedere, se effettivamente necessario, una conferma per iscritto.

A quel punto si poteva richiedere, tramite l'agente assicuratore, fin da subito notiziato dell'incidente (giòva ribadirlo) qualunque documentazione, necessaria o utile, oltre che richiedere di visionare la sega circolare e il guanto indossato al momento dell'incidente (circostanze segnalate dalla difesa della compagnia come ostative all'accertamento dei presupposti per la liquidazione dell'indennizzo).

Come ricorda efficacemente la difesa dell'attrice: *"Affinché l'assicurato possa ritenersi inadempiente all'obbligo, imposto dall'art. 1913 c.c., di dare avviso del sinistro all'assicuratore, occorre accertare se l'inosservanza abbia carattere doloso o colposo, atteso che, mentre nel primo caso l'assicurato perde il diritto all'indennità, ai sensi dell'art. 1915, comma 1, c.c., nel secondo l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto, ai sensi dell'art. 1915, comma 2 c.c.; in entrambe le fattispecie l'onere probatorio grava sull'assicuratore, il quale è tenuto a dimostrare, nella*



prima, l'intento fraudolento dell'assicurato e, nella seconda, che l'assicurato volontariamente non abbia adempiuto all'obbligo ed il pregiudizio sofferto" (Cass. civ., Sez. 3, Ordinanza n. [24210](#) del 30/09/2019).

Si è già detto che l'avviso è stato tempestivo e ha raggiunto l'agente assicuratore, al di là della forma scritta; si è escluso in radice il dolo dell'assicurato; infine, l'assicuratore non ha dimostrato un pregiudizio per il solo fatto di aver avuto avviso per telefono, tramite l'agente assicuratore, del sinistro in questione.

Eventuali ritardi nell'istruttoria del sinistro sono quindi imputabili alla compagnia assicurativa.

Va pertanto escluso il ricorrere dell'art. 1915 c.c.

Quanto alla "perplexità" manifestata dalla difesa della compagnia circa la scelta, nell'immediato, di trasportare l'infortunata in macchina e non attendere l'ambulanza, si può ritenere che la scelta sia stata volta a scongiurare ritardi nell'arrivo dei mezzi di soccorso e non comporta certo un giudizio diverso circa la dinamica dell'incidente.

La testimonianza del marito è pienamente ammissibile e certamente rilevante, viste le dinamiche dell'incidente (in casa, al momento dell'infortunio, era presente l'attrice e il marito).

È ammissibile perché si tratta di risarcimento di un danno da lesione di un diritto strettamente personale per cui non è configurabile un interesse del marito a essere parte del processo.

Le circostanze ostative all'ammissione della testimonianza vanno interpretate, in quanto norme eccezionali, restrittivamente, come del resto sempre sostenuto dalla Giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass. civ., Sez. 1, *Sentenza n. 2621* del 09/02/2005 e successive conformi).

La testimonianza è certamente rilevante, viste le dinamiche dell'incidente, e deve ritenersi credibile perché ampiamente confermata dalle circostanze esterne (documentazione medica versata in giudizio e altre testimonianze raccolte a processo).

Come correttamente ricordato dalla difesa dell'attrice: *"Nel giudizio promosso dall'assicurato nei confronti dell'assicuratore ed avente ad oggetto il pagamento dell'indennizzo assicurativo è onere dell'attore provare che il rischio avveratosi rientra nei "rischi inclusi" e, cioè, nella categoria generale dei rischi oggetto di copertura assicurativa; tuttavia, qualora il contratto contenga clausole di delimitazione del rischio indennizzabile (soggettive, oggettive, causali, spaziali, temporali), spetta all'assicuratore dimostrare il fatto impeditivo della pretesa attorea e, cioè, la sussistenza dei presupposti fattuali per l'applicazione di dette clausole"* (Cass. civ., Sez. 3, Ordinanza n. [1558](#) del 23/01/2018).

L'assicurata ha assolto l'onere della prova allegando la dinamica dell'evento avverso e versando in atti la documentazione medica.

Nei rischi inclusi era compreso un qualunque tipo d'infortunio, anche in casa.

L'evento rientrava cioè nei rischi inclusi dalle polizze (cfr. in particolare l'art. 1.1. e l'art. 2.1 di "██████████ sei in sicurezza"; cfr. la definizione di "infortunio" nella polizza "██████████ sei in salute").



È stato compreso in polizza - espressamente - l'infortunio che dipenda anche da colpa grave dell'assicurato e in parziale deroga dell'art. 1900 c.c.

L'assicuratore, invece, non ha dimostrato la sussistenza di cause impeditive del pagamento.

Occorre, quindi, procedere al calcolo delle indennità previste.

III

Sul quantum debeatur e sulle ulteriori contestazioni di inoperatività delle polizze.

È stata espletata consulenza medico-legale i cui risultati sono scevri da vizi logici e motivazionali, le risultanze appaiono congrue e sono fatte proprie dalla scrivente, dunque, poste alla base della decisione, pur con le precisazioni che saranno fatte nel proseguo.

L'infortunio è indennizzabile nei termini delle polizze (cfr. docc. 3 e 4 di parte convenuta): la polizza n. 370421158 "██████████ sei in sicurezza" e la polizza n. 370421157 "██████████ sei in salute".

La compagnia assicurativa ha svolto ulteriori eccezioni all'operatività delle polizze, che non meritano accoglimento, per le ragioni che seguono.

La difesa di parte convenuta evidenzia che la definizione di "invalidità permanente" accettata contrattualmente dalla sig.ra ██████████ è: *"La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione"*.

Il riferimento è alla polizza "██████████ sei in sicurezza" e alle definizioni in essa contenute (cfr. doc. 3 di parte convenuta; doc. 1 di parte attrice).

Contrariamente a quanto ritenuto dalla difesa convenuta, nulla osta alla liquidazione di tale voce perché l'invalidità permanente, accertata in sede medico-legale, comprende, pur non esaurendosi con esso, il pregiudizio alla capacità lavorativa c.d. generica, che rientra nell'ambito del danno non patrimoniale, a differenza della lesione della c.d. capacità lavorativa specifica, che qui non viene in considerazione, e che invece attiene alla sfera del danno patrimoniale.

Diversamente da quanto ritiene la difesa convenuta, la menomazione subita dall'attrice è in sé prova della compromissione alla capacità di attendere un qualsiasi lavoro, inteso in senso generico, perché pure compromissione della sfera biologica, nella misura accertata, con diretto riflesso sulla capacità generica di lavoro e di attendere ad una qualunque attività, generalmente intesa.

Si sta, infatti, discutendo di subamputazione del polso e mano destra in destrimane, con l'evidenza che l'attrice non può più attendere a qualunque attività, lavorativa o meno, come prima.

Una conferma che questa sia l'interpretazione conforme ai termini di polizza si trova nell'art. 3.1. della polizza "██████████ sei in sicurezza":



Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui al successivo articolo, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La prima polizza, quella "Sei in sicurezza", riguarda una pluralità di rischi delle persona.

La seconda polizza, quella "Sei in salute", riguarda la copertura dei rischi malattia e assistenza.

Si tratta di due contratti di polizza, per cui gli indennizzi si cumulano.

Il cumulo di polizze è implicitamente ammesso dalla formulazione dell'art. 1910 c.c. e si tratta, in questo caso, di polizze stipulate con la stessa compagnia e pressoché contestualmente.

Il cumulo è poi espressamente previsto dalle polizze stesse (cfr. art. 2.4 polizza "Sei in Salute"; art. 2.9 polizza "Sei in Sicurezza").

I rischi coperti, poi, sono solo in parte sovrapponibili tra le due polizze (cfr. docc. 1 e 2 di parte attrice e docc. 3 e 4 di parte convenuta).

Il rimborso delle spese mediche, a quest'ultimo proposito, come precisato dalla difesa attrice, è stato chiesto una sola volta, in misura di 2.568,90 euro, spese ritenute congrue dalla stessa C.T.U. in atti.

Le indennità di ricovero e di convalescenza possono invece ben cumularsi, essendo corrispondenti a due contatti di polizza concorrenti.

Non vi è prova che la somma delle polizze superi il valore del danno patito, quindi, il richiamo operato dalla difesa convenuta a principi di ordine pubblico, volti a evitare locupletazione del danneggiato, non è operante, non avendo l'assicuratore dato prova di tale circostanza, che si ritiene fosse a suo carico, trattandosi di prova del fatto su cui l'eccezione si fonda.

La difesa di parte convenuta sostiene l'inoperatività della seconda polizza "Sei in salute" perché, ai sensi di polizza, per "malattia" si intende "ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio".

L'eccezione si limita a una lettura parziale della polizza in atti.

Per infortunio, sempre ai sensi di polizza, s'intende "*l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili*".

Rientra evidentemente il sinistro in questione.

Il sinistro, poi, è, più genericamente, "*l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione*".



A questo punto, l'assicurazione è prestata sia in caso di malattia sia in caso d'infortunio, oltre che in altri ipotesi espressamente indicate.

Parte attrice ha quindi replicato che non rileva esclusivamente la definizione di malattia, assumendo rilevanza nel caso specifico quella di infortunio.

L'assicurazione è prestata anche in caso di infortunio, non solo in caso di malattia (si veda l'art. 3.1. della polizza "██████ sei in salute" e le altre pattuizioni collegate).

L'eccezione deve essere disattesa.

In merito all'invalidità permanente prevista in "██████ sei in sicurezza" si precisa quanto segue.

Ai sensi della sotto riportata condizione contenuta nella polizza "██████ sei in sicurezza":

CODICE I101 - Adozione della tabella di legge per invalidità permanente

A deroga dell'art.3.2 "Invalidità Permanente: tabella di determinazione" del Capitolo 3 "Garanzie prestate" della SEZIONE INFORTUNI si conviene che l'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle percentuali previste dalla "tabella INAIL" di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000.

Per la determinazione dell'indennizzo spettante resta fermo quanto stabilito dall'art. 3.3 "Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo".

Va semplicemente chiarito che la polizza prevede una valutazione dell'invalidità permanente ai sensi del Testo Unico del d.P.R. 30/6/1965, n. 1124 e non prevede l'accertamento del danno biologico e relazionale.

Il C.T.U. ha accertato, fra le altre circostanze, quanto segue:

- le lesioni consistono in una subamputazione del polso e della mano destra in soggetto destrimane (che rendono l'arto inservibile) ed estese cicatrici chirurgiche e sono la diretta conseguenza dell'infortunio del 12.8.2017;

- la diaria di ricovero è pari a 38 giorni;

- i residui postumi permanenti incidono sull'integrità psico-fisica globale in misura complessiva del 60%.

Il C.T.U. ha distinto tra perdita della mano in destrimane ed esiti cicatriziali, effettuando comunque un calcolo complessivo dei postumi.

Il calcolo deve essere complessivo e l'accertamento del consulente risente, ovviamente, del tipo di quesito posto allo stesso.

Gli esiti della perizia devono essere interpretati alla luce del tenore contrattuale delle polizze assicurative.



La scrivente, infatti, non è vincolata agli accertamenti del proprio consulente, specie se questi sono a loro volta, in certa misura, condizionati da un quesito peritale non perfettamente in linea con i termini di polizza.

In sede decisionale va data corretta applicazione alle condizioni di polizza.

Appare significativo che, ai sensi di polizza, è espressamente previsto, all'art. 3.2. di '██████████ sei in sicurezza', che la perdita, anatomica o funzionale, della mano destra in destrimane comporti l'accertamento del grado d'invalidità permanente del 60%.

L'invalidità permanente, così definita in polizza, va globalmente intesa e, come risultante da quanto sopra richiamato, deve essere calcolata non inferiore al 60%.

Ai sensi dell'art. 3.3. di '██████████ sei in sicurezza':

In caso di perdita anatomica totale o parziale e non di semplice riduzione funzionale di un organo o un arto, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino a euro 250.000,00

Inoltre, in tutti i casi in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Non vi è dunque alcuna franchigia da applicare.

Invalidità permanente.

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per l'invalidità permanente (150.000,00 euro) la percentuale corrispondente al grado d'invalidità (60% senza franchigia, come sopra precisato).

L'importo dovuto per invalidità permanente ai sensi della polizza n. 370421158 '██████████ sei in sicurezza' è quindi pari a 90.000,00 euro.

Prima indennità giornaliera di ricovero.

L'indennità giornaliera da ricovero prevista dall'art. 3.7., prima parte, della polizza '██████████ sei in sicurezza' ammonta a 3.800,00 euro perché è calcolata tenendo conto della diaria prevista in polizza (pari a 100 euro al giorno) moltiplicata per i giorni di ricovero, indicati in 38 anche dalla C.T.U. (vale a dire 100 euro*38 giorni).

Prima indennità giornaliera di convalescenza.

Va aggiunto il periodo di convalescenza ai sensi dello stesso art. 3.7., seconda parte, della clausola sopra richiamata, che il C.T.U. non ha considerato perché non oggetto del quesito, ma che deve applicarsi sussistendone i presupposti di polizza, tenuto conto della gravità dell'infortunio.



L'indennità giornaliera da convalescenza è limitata al periodo massimo di 30 giorni, certamente ricorrente nel caso in esame, vista la gravità dell'infortunio, pertanto, la voce va liquidata in misura massima, pari a 3.000,00 euro (100 euro*30 giorni).

Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate.

In base all'art. 3.8. della polizza "██████ sei in sicurezza", nell'ultima parte, è inoltre prevista:

Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale l'Assicurato subisca un ricovero, la Società liquida una delle seguenti indennità calcolate sulla somma assicurata per Invalidità Permanente:

- 1%, in caso di ricovero superiore a 14 giorni consecutivi;
- 2%, in caso di ricovero superiore a 21 giorni consecutivi;
- 3%, in caso di ricovero superiore a 30 giorni consecutivi.

L'ammontare di tale indennità aggiuntiva è pari a 4.500,00 euro (€ 150.000,00 euro *3%).

Rimborso spese sanitarie.

Per questa voce (art. 3.8. della polizza "██████ sei in sicurezza"), la C.T.U. ha confermato la congruità delle spese mediche in 2.568,90 euro.

In base alla seconda polizza "██████ sei in salute" sono dovute altre indennità.

Seconda indennità giornaliera di ricovero.

Ai sensi dell'art. 3.1., prima parte, di "██████ sei in salute":

la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza:

- 1) per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con il massimo di 360 giorni per annualità assicurativa.

Detta indennità viene corrisposta:

- a) con le seguenti maggiorazioni non cumulabili tra di loro:
 - 50% a partire dal quindicesimo giorno successivo a quello del ricovero;
 - 100% a partire dal trentesimo giorno successivo a quello del ricovero;
 - 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;
- b) aumentata del 50% qualora l'istituto di cura sia situato ad una distanza di oltre 50 chilometri dal comune di residenza dell'Assicurato (a tale fine si prenderà in considerazione la lunghezza del percorso stradale o ferroviario più breve);

L'indennità giornaliera in questa seconda polizza è di 120,00 euro e deve subire le maggiorazioni sopra previste, considerando che il ricovero è durato 38 giorni e che l'istituto di cura era distante oltre 50 chilometri dalla residenza dell'assicurata.

Competono quindi le seguenti somme:

- indennità base 120 * 38 giorni = euro 4.560
- maggiorazione del 50% pari a 60 euro * 15 giorni = euro 900



- maggiorazione del 100% pari a 120 euro * 8 giorni = euro 960
- maggiorazione per distanza dal luogo di cura (6420 + 50%) = euro 3.210

L'indennità complessivamente calcolata ammonta a 9.630,00 euro.

Seconda indennità giornaliera di convalescenza.

Ai sensi dell'art. 3.1., seconda parte, di "[REDACTED] sei in salute" è altresì prevista l'indennità:

- 2) per un numero di giorni di convalescenza pari a quelli di ricovero, indipendentemente dalla durata prescritta dal medico curante. Questa garanzia è operante solo in seguito a ricoveri di durata continuativa superiore a 10 giorni e con le seguenti modalità:
- per i primi 5 giorni l'indennità viene corrisposta al 50% dell'importo indicato in polizza;
 - per i giorni successivi viene corrisposta al 100% dell'importo indicato in polizza;
 - per un periodo massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.

Il calcolo è il seguente:

- (120 euro al 50%) * 5 giorni = euro 300
- 120 euro * 33 giorni = euro 3.960

L'indennità complessivamente dovuta per questa voce è di 4.260,00 euro.

A questo punto, le somme da liquidare sono:

- invalidità permanente, euro 90.000,00;
- indennità giornaliera da ricovero e convalescenza in base alla Polizza "[REDACTED] sei in Sicurezza" euro, 6.800,00;
- indennità speciale aggiuntiva, euro 4.500,00;
- indennità giornaliera da ricovero e convalescenza in base alla Polizza "[REDACTED] sei in Salute", euro 13.890,00;
- rimborso spese sanitarie, euro 2.568,90.

L'importo finale dovuto ammonta a **117.758,90 euro**, somma che occorre rivalutare, come richiesto da parte attrice, che ha ricordato: "In tema di assicurazione contro i danni, il pagamento dell'indennizzo costituisce debito di valore poiché assolve ad una funzione di reintegrazione della perdita subita dal patrimonio dell'assicurato, sicché è soggetto all'automatica rivalutazione per il periodo intercorso tra il sinistro e la liquidazione, senza che abbia rilevanza l'inadempimento o il ritardo colpevole dell'assicuratore" (Cass. civ., Sez. 3, *Sentenza n. 15868 del 28/07/2015*).

Il debito dell'assicuratore nei confronti dell'assicurato costituisce un debito di valore, con la conseguenza che esso deve essere rivalutato con riferimento al periodo intercorso tra il sinistro e la liquidazione. Il debito diviene di valuta solo al momento della sua liquidazione, con la presente pronuncia.



La somma così liquidata a titolo di indennizzo assicurativo va dunque rivalutata dal sinistro (avvenuto in data 12.8.2017) e sino alla liquidazione, su tale somma decorrono interessi legali dalla pronuncia al saldo.

IV

Sulle ulteriori domande di liquidazione.

Non trova applicazione l'art. 3.9. della polizza '██████████ sei in sicurezza', trattandosi di invalidità permanente accertata inferiore al 66%.

Quanto all'indennità speciale "Salvaguardia piani di investimento", l'art. 3.11. della polizza '██████████ sei in sicurezza' prevede:

Art. 3.11 – Indennità speciale "Salvaguardia piani di investimento"

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato risulti totalmente incapace in via definitiva ad attendere alle proprie occupazioni dichiarate in polizza, la Società, oltre a liquidare quant'altro dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato una indennità al fine di agevolare la prosecuzione delle polizze di assicurazione sulla Vita a premio annuo o unico ricorrente e dei piani individuali di previdenza (P.I.P.) stipulati dall'Assicurato anteriormente alla data dell'evento con la Società.

Tale indennità verrà utilizzata per stipulare con la Società un contratto di assicurazione sulla vita a premio unico scelto dall'Assicurato tra quelli disponibili al momento della sottoscrizione della polizza vita stessa.

L'ammontare complessivo dell'indennità sarà pari alla somma delle seguenti voci:

- dell'ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze vita in corso moltiplicato per il numero delle rate di premio mancanti al completamento del piano di versamento dei premi;
- dell'ammontare dei premi versati (esclusi i trasferimenti) nel piano individuale di previdenza (P.I.P.) nei 12 (dodici) mesi antecedenti la data dell'infortunio stesso moltiplicato per 5 (cinque).

Pertanto, dopo gli accertamenti del caso, la Società liquida all'Assicurato l'importo sopra definito finalizzato alla stipulazione del nuovo contratto di assicurazione sulla vita, con il massimo comunque di euro 80.000,00.

La difesa della compagnia convenuta ha precisato che tale indennità era stata agganciata ad altra polizza per agevolare la prosecuzione della Polizza Vita Retail - Polizza Valore Futuro Plan n. 31399972, stipulata dall'attrice in data 17/02/2017.

L'attrice ha infatti stipulato una polizza vita (cfr. doc. 10 di parte ██████████) per cui le competerebbe anche quanto previsto da suddetta clausola, posto che la subamputazione della mano e del polso destro in destrimane compromette in via definitiva la possibilità di attendere alle proprie occupazioni dichiarate in polizza (codice B203, corrispondente ad agricoltore).

Osta, tuttavia, alla liquidazione la circostanza che non sia stato documentato l'ammontare dell'ultima rata di premio versata e le altre circostanze utili per la liquidazione in questione, descritte dal richiamato art. 3.11.

La domanda è pertanto respinta, non sull'*an*, ma per carenza di prova del *quantum*.

V

Sulle spese di lite e di C.T.U.; sulla mancata partecipazione in mediazione.



Le spese di lite seguono la soccombenza del tutto prevalente di parte convenuta, esse sono liquidate come in dispositivo, sulla base dei parametri medi del D.M. n. 55/2014, come aggiornati, per la cause di valore compreso nello scaglione di valore sino a 260.000,00 euro.

La parziale soccombenza di parte attrice, in relazione a talune voci di liquidazione, giustifica l'esclusione di una condanna per lite temeraria della parte convenuta.

Le spese di C.T.U. e di C.T.P., esclusivamente nei rapporti interni alle parti, sono poste, in base al principio di soccombenza, esclusivamente e definitivamente a carico di parte convenuta.

Le competenze di C.T.U. sono state già liquidate con decreto di pagamento a parte.

In merito al procedimento di mediazione, si osserva quanto segue.

La Giurisprudenza di merito ha più volte affermato la necessità della partecipazione personale alla procedura di mediazione della parte, assistita dal proprio difensore, giacché la norma prevede che alla procedura partecipino le parti con l'assistenza dell'avvocato (art. 8, co. 1, d.lgs. 28/2010). Per la validità della mediazione è quindi richiesta la partecipazione personale delle parti (oppure a mezzo di procuratore speciale).

Inviare, come ha fatto la compagnia assicurativa, una comunicazione di mancata adesione e non presenziare al primo incontro davanti al mediatore, né personalmente, né a mezzo di procuratore speciale, equivale a non presentarsi alla procedura di mediazione.

La circostanza è confermata dalla Giurisprudenza di legittimità laddove ha precisato che, affinché la mediazione si consideri realizzata, una o entrambe le parti devono comunicare, al termine del primo incontro davanti al mediatore, la propria indisponibilità a procedere oltre (cfr. Cass. civ., *Seq. 3, Sentenza n. 8473 del 27/03/2019*).

Non si può certo obbligare le parti a mediare, però, è obbligatorio per le stesse presenziare personalmente o farsi sostituire da un loro rappresentante sostanziale al primo incontro in mediazione.

Si ritiene, pertanto, che il comportamento in sede di procedura di mediazione della parte invitata, ossia la compagnia assicurativa, che non si è presentata, inviando una comunicazione di non aderire alla procedura, vale a integrare i presupposti dell'assenza ingiustificata con condanna della stessa ai sensi dell'art. 8, comma 5, del d.lgs. n. 28/2010.

P.Q.M.

Il Giudice, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda, eccezione e deduzione respinta, così dispone:

accerta e dichiara che [REDACTED] ha diritto agli indennizzi e rimborsi di cui alle polizze oggetto di giudizio nei termini di cui alla motivazione;



dichiara tenuta e condanna parte convenuta al pagamento in favore di parte attrice della somma di 117.758,90 euro, oltre rivalutazione e interessi come in parte motiva;

dichiara tenuta e condanna parte convenuta al rimborso in favore di parte attrice delle spese di lite, che liquida in complessivi 14.103,00 euro per compensi, oltre contributo unificato e marca, oltre rimborso spese generali forfettario 15%, c.p.a. e i.v.a., se dovuta;

nei rapporti interni alle parti,

pone le spese di C.T.U. e di C.T.P., quest'ultime se e in quanto sostenute, definitivamente ed esclusivamente a carico di parte convenuta;

visto l'art 8, comma 5, del dlgs. 28/2010,

dichiara tenuta e condanna parte convenuta al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio, mandando alla Cancelleria di curarne il recupero.

Così deciso in Vercelli, 20.2.2023.

Il Giudice

Annalisa Fanini

