

N. R.G. [REDACTED]



**REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE ORDINARIO di BARI**

Seconda CIVILE

Il Tribunale, nella persona del giudice Andrea Chibelli  
ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. [REDACTED] promossa da:

[REDACTED] *Parte\_1* [REDACTED] *Parte\_2* e [REDACTED] *Parte\_3*, con il  
patrocinio dell'avv. [REDACTED], giusta procura in atti;

ATTORI

contro

[REDACTED] *Controparte\_1* (già [REDACTED] *Controparte\_2* e già  
[REDACTED] *Controparte\_3*, in persona del legale rappresentante p.t., con il patrocinio  
dell'avv. [REDACTED] e dell'avv. [REDACTED], giusta procura in atti;

CONVENUTA

**CONCLUSIONI**

Le parti hanno concluso come da note di trattazione scritta depositate per  
l'udienza del 26/11/2025, celebrata con le modalità di cui all'art. 127 ter c.p.c.

**MOTIVI DELLA DECISIONE**

I. - Nei limiti di quanto strettamente rileva in funzione della motivazione  
della decisione, giusta il combinato disposto degli artt. 132 co. 2 n. 4 c.p.c. e 118

disp. att. c.p.c., l'iter del processo e le posizioni delle parti possono sinteticamente riepilogarsi come segue.

I.1. – Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., gli odierni attori, quali eredi legittimi di *Persona\_1* e beneficiari della polizza sottoscritta da quest'ultimo con la società *Controparte\_3* convenivano in giudizio la compagnia assicurativa, rassegnando le seguenti conclusioni: "1) *Accertare e dichiarare che i beneficiari della polizza sottoscritta dal Sig. Persona\_1 sono gli eredi legittimi sigg. Parte\_1, Parte\_2 e Parte\_3*; 2) *Per l'effetto condannare la società CP\_3 in persona del legale rapp.te p.t. al pagamento in favore dei ricorrenti di euro 40.950,52 secondo quanto statuito dall'art. 1 delle condizioni di assicurazione della polizza e nel piano di ammortamento, ovvero a quella maggiore o minore in termini di polizza e/o stabilita dal Tribunale adito, oltre interessi e rivalutazione monetaria, 3) Con vittoria di spese, onorari, IVA e CAP del presente giudizio da distrarsi in favore del sottoscritto legale anticipatario e distrattario*".

A fondamento delle proprie richieste, i ricorrenti assumevano che:

- in data 03/04/2012, *Persona\_1* stipulava il finanziamento n. [REDACTED] di euro 47.363,44 con l'istituto di credito *CP\_4* e sottoscriveva con la compagnia assicurativa *Controparte\_3* la polizza vita n. [REDACTED] tramite il modulo di adesione n. [REDACTED], che prevedeva che "in caso di decesso dell'assicurato i beneficiari della prestazione sono gli eredi testamentari o in mancanza legittimi" e che la liquidazione a favore dei medesimi beneficiari della prestazione assicurativa sarebbe stata pari al debito residuo in linea capitale del mutuo/finanziamento alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute;
- *Persona\_1* decedeva data in 22/03/2014;
- gli eredi legittimi dell'assicurato erano da considerarsi i medesimi attori, ovvero il coniuge superstite *Parte\_1* ed i figli *Parte\_2* e *Parte\_3* ;
- il debito residuo del predetto finanziamento n. [REDACTED] dell'originario importo di euro 47.363,44, alla data della morte di *Persona\_1*

(22/03/2014), ammontava a euro 40.950,42, come indicato alla rata n. 25 del piano di ammortamento con decorrenza 03/04/2012;

- la liquidazione della polizza vita prevista all'art. 13 delle condizioni di contratto sarebbe dovuta avvenire entro 30 giorni dall'invio della documentazione;

- con raccomandata del 04/11/2015, era stata formulata la richiesta di liquidazione della polizza vita n. [REDACTED] alla società *Controparte\_3* reiterata con successive comunicazioni tramite PEC con allegata la documentazione richiesta;

- infine, i ricorrenti avevano attivato la negoziazione assistita, giusta PEC in data 12/04/2016, senza sortire effetto;

- la convenuta non ha mai provveduto a liquidare l'indennizzo agli eredi.

I.2. – Costituendosi in giudizio, *Controparte\_3* (poi *CP\_5* [...] ora *Controparte\_6* a seguito di fusione per incorporazione), contestando ogni avversa pretesa, ed in particolare motivando il diniego della liquidazione in ragione dell'impossibilità di concludere l'istruttoria del sinistro apertosi dopo il decesso del contraente-assicurato per omessa produzione, da parte degli eredi/beneficiari, della documentazione medica afferente il *de cuius*, come pure previsto dall'art. 13 della polizza, ha richiesto: *"IN VIA PRINCIPALE E NEL MERITO: - respingere, in quanto infondata in fatto e in diritto per i motivi espressi nella presente memoria difensiva, la richiesta dei ricorrenti di ottenere la liquidazione della polizza vita n. [REDACTED] in assenza della richiesta documentazione medica prevista contrattualmente sub art. 13 delle "Condizioni di Assicurazione", per i motivi di cui in narrativa e, per l'effetto, respingere, in ogni caso, integralmente le domande dei ricorrenti perché infondate in fatto e in diritto; IN VIA SUBORDINATA: - nella denegata ipotesi, mutato il rito del presente procedimento, venisse accertato in via istruttoria, tramite la produzione spontanea o disposta giudizialmente della documentazione medica prevista contrattualmente, la sussistenza di reticenze od omesse dichiarazioni sul proprio reale stato di salute da parte dell'assicurato sig. Per\_1 [...] , ancorché senza dolo o colpa grave, nella "dichiarazione sullo stato di salute dell'assicurato" sottoscritta in data 3 aprile 2012 e allegata al modulo di*

adesione n. [REDACTED] alla proposta-certificato " [REDACTED] Parte\_4 ; accertata e dichiarata l'annullabilità ex art. 1892 c.c. del contratto assicurativo (polizza n. [REDACTED]) stipulato per adesione dal sig. [REDACTED] Persona\_1 , per i motivi espressi in narrativa, per l'effetto, respingere nel merito le domande avverse tutte perché non provate e, comunque, infondate in fatto e diritto; IN VIA ULTERIORMENTE SUBORDINATA: - nella denegata ipotesi venisse respinta la richiesta della convenuta [REDACTED] CP\_3 di accertamento e declaratoria di annullabilità ex art. 1892 c.c. del contratto assicurativo stipulato per adesione alla polizza collettiva dal sig. [REDACTED] Persona\_1 (modulo di adesione n. [REDACTED]), accertato che le dichiarazioni inesatte e reticenti del contraente sono state rese senza dolo o colpa grave, per l'effetto accertare e disporre che la somma dovuta da [REDACTED] Controparte\_3 sia ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato di salute del sig. [REDACTED] Per\_1 [...] , come sarà accertato in corso di causa mediante espletanda CTU o disposto da Codesto Giudice anche in via equitativa; IN OGNI CASO: con vittoria delle spese, competenze ed onorari del presente giudizio".

I.3. - Esperito il procedimento di mediazione di cui all'art. 5 co. 1 bis d.lgs. n. 28/2010 e disposto il mutamento del rito, la causa è stata istruita per mezzo di prove documentali e attraverso l'indagine peritale affidata alla C.T.U. dott.ssa [REDACTED] Persona\_2 ed è infine pervenuta all'udienza del 26/11/2025, celebrata con le modalità di cui all'art. 127 ter c.p.c., all'esito della quale è stata riservata per la decisione con la concessione dei termini ex art. 190 c.p.c.

II. - La domanda attorea è fondata e merita accoglimento per i motivi che seguono.

II.1. - Oggetto del presente giudizio è l'accertamento del diritto dei beneficiari [REDACTED] Parte\_1 , [REDACTED] Parte\_2 e [REDACTED] Parte\_3 , quali eredi legittimi di [REDACTED] Persona\_1 , alla ricezione del pagamento della prestazione assicurativa relativa alla polizza vita da quest'ultimo sottoscritta in concomitanza con il finanziamento stipulato il 3/4/2012 presso [REDACTED] (già [REDACTED])

La convenuta si è rifiutata di liquidare l'indennizzo perché gli odierni ricorrenti – beneficiari della polizza in caso di premorienza dell'assicurato – hanno ommesso di depositare la documentazione medica richiesta ai sensi dell'art. 13 delle condizioni generali di assicurazione.

In particolare, secondo quanto sostenuto dalla convenuta, l'acquisizione di tale documentazione medica è prodromica alla valutazione dell'operatività della polizza stessa, in quanto *"finalizzata all'accertamento cui è tenuta la compagnia assicurativa per verificare se l'assicurato abbia o meno sottaciuto patologie pregresse al momento della stipula della polizza vita e la correlazione della causa del decesso con eventuali omesse patologie pregresse e sottaciute dall'assicurato all'atto della stipula della polizza e della "dichiarazione di buono stato di salute" (v. pagina 11 della comparsa di costituzione).*

Invero, ai sensi dell'art. 13 delle condizioni generali di polizza (*"pagamenti dell'impresa di assicurazione"*), al fine di ottenere il pagamento dell'indennizzo spettante in caso di decesso dell'assicurato, il beneficiario della polizza ha l'onere di consegnare preventivamente all'assicuratore *"i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto"* e in particolare, per quanto qui rileva, *"- certificato medico indicante la causa del decesso; - relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del decesso dell'assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso; - se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero subito dall'assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso"*.

Ai sensi dell'art. 13 delle condizioni generali di polizza, è in facoltà dell'assicuratore - in presenza di particolari esigenze istruttorie - *"di richiedere eventuale ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per la definizione delle circostanze in cui si è verificato il decesso"*.

Nel caso di specie, i ricorrenti hanno consegnato all'assicuratore i documenti previsti dall'art. 13, fatta eccezione per la documentazione medica attestante le

cause del decesso (ciò che sarebbe sufficiente, secondo la convenuta, a giustificare il diniego di liquidazione del sinistro).

II.2. – Ciò premesso, al fine di meglio comprendere le ragioni della decisione, giova premettere talune considerazioni in punto di onere della prova nel contratto di assicurazione, nonché in ordine al più preciso tema della vessatorietà delle clausole inserite nella polizza assicurazione vita e della rilevabilità d'ufficio della nullità di dette clausole.

Come noto, nel contratto di assicurazione sulla vita grava sul beneficiario l'onere di provare l'avverarsi del rischio assicurativo e quindi la morte della persona sulla cui vita è stata stipulata l'assicurazione – c.d. portatore di rischio – spettando invece alla Compagnia assicurativa dimostrare la ricorrenza di eventuali cause di esclusione della polizza.

Di recente, è stato precisato che l'assicurato, nell'agire in giudizio, è tenuto a provare che l'evento dannoso, le sue cause e gli effetti dello stesso corrispondano a quelli previsti nel contratto assicurativo.

In altre parole, deve dimostrare il verificarsi di un cosiddetto "*rischio incluso*" per il quale il contratto accorda all'assicurato il pagamento dell'indennizzo.

I contratti assicurativi, tuttavia, contengono solitamente clausole di delimitazione del rischio indennizzabile, di natura soggettiva, oggettiva, causale, spaziale o temporale; di conseguenza, se l'assicuratore convenuto eccepisce che il rischio rientra fra quelli esclusi, sarà suo onere provare la sussistenza dei presupposti di fatto per l'applicazione dell'esclusione di polizza ed il rigetto dell'indennizzo (Cass. Civ. Sez. III, sent. 23/1/2018 n. 1558).

Quanto poi al più preciso tema della vessatorietà delle clausole inserite nelle polizze assicurative vita, la giurisprudenza di legittimità ha qualificato come vessatorie ai sensi dell'art. 33 comma 2, D.lgs. 206/2005, talune clausole che nella prassi vengono talvolta inserite nelle condizioni generali di polizza in quanto, tra le altre cose, subordinano l'adempimento dell'assicuratore al compimento di attività ed all'esecuzione di oneri ritenuti particolarmente gravosi da parte del beneficiario; tali clausole, in sostanza, addossano al beneficiario l'onere di

produrre tutta una serie di documenti, analiticamente indicati nel contratto (quali, sottoscrivere una domanda su apposito modulo predisposto dall'assicuratore; produrre il certificato di morte del portatore di rischio; produrre una relazione medica sulle cause della morte scritta da un medico su un modulo predisposto dall'assicuratore; produrre una dichiarazione del medico autore della relazione di cui sopra, nella quale questi attesti di avere "*personalmente curato le risposte*"; produrre, a semplice richiesta dell'assicuratore, le cartelle cliniche relative ai ricoveri subiti dal portatore di rischio; produrre un atto notorio "*riguardante lo stato successorio*" della persona deceduta; produrre l'originale della polizza), atteggiandosi a "*previsioni, ciascuna delle quali già di per sé gravosa, [che] messe insieme formano un cocktail giugulatorio ed opprimente per il beneficiario, e per di più, senza alcun reale vantaggio per l'assicuratore, che non sia quello di frapporre formalistici ostacoli al pagamento dell'indennizzo*" (cfr., Cass. Civ., Sez. III, n. 17024/2015).

La Suprema Corte, in quel caso, aveva confermato la decisione della Corte di Appello di Bologna n. 828/2012 che aveva dichiarato la nullità della clausola delle condizioni di polizza, che subordinava il pagamento dell'indennizzo alla presentazione di documentazione medica, ritenendola vessatoria ai sensi dell'art. 33, D. Lgs. n. 206 del 2005.

È altresì noto che, a seguito della citata sentenza della Cassazione, l' [CP\\_7](#) nell'esercizio del proprio potere-dovere di orientare il mercato alla sana e prudente gestione dell'attività assicurativa nonché alla trasparenza e correttezza dei soggetti vigilati (art. 5 CAP), con la lettera al mercato del 17/11/2015, ha richiamato "*l'attenzione delle imprese sull'importanza di adottare le idonee iniziative volte a recepire le indicazioni della Corte nella redazione delle clausole dei nuovi contratti di assicurazione sulla vita e nella gestione delle richieste di indennizzo relative a contratti già stipulati che dovessero contenere clausole analoghe a quelle oggetto di censura*".

Con riguardo poi alla questione della rilevanza d'ufficio della nullità delle predette clausole contrattuali, la Corte ha affrontato altro profilo, ancora utile ai fini della definizione della vicenda oggetto di indagine; ci si riferisce alla necessità

o meno che le parti allegghino tempestivamente i fatti materiali posti a fondamento dell'eccezione di nullità.

Le Sezioni Unite, dopo aver stabilito che il Giudice ha sempre il potere di rilevare d'ufficio la nullità del contratto o di singole clausole, e che tale potere riguarda sia le nullità tradizionali, sia quelle cosiddette "di protezione", come appunto quelle dettate dall'art. 33 D. Lgs. n. 206/2005 a protezione del consumatore (cfr., Cass., Sez. Un., n. 26242/2014), ha anche precisato che laddove la causa di nullità di una clausola contrattuale non riposi su circostanze di fatto (come, appunto, nel caso in cui si ritenga nulla la clausola contrattuale imponga al beneficiario oneri gravosi, o comporti l'inversione dell'onere della prova) non sarebbe necessaria altra allegazione oltre al testo del contratto che, laddove tempestivamente prodotto in giudizio dalle parti, comporta l'applicazione di altro principio, secondo cui *"il rilievo d'ufficio delle eccezioni in senso lato non è subordinato alla specifica e tempestiva allegazione della parte ed è ammissibile anche in appello, dovendosi ritenere sufficiente che i fatti risultino documentati ex actis, in quanto il regime delle eccezioni si pone in funzione del valore primario del processo, costituito dalla giustizia della decisione, che resterebbe svisato ove anche le questioni rilevabili d'ufficio fossero subordinate ai limiti preclusivi di allegazione e prova previsti per le eccezioni in senso stretto"* (Sez. Un, ord., n. 10531/2013).

Nella specie, la *quaestio nullitatis* è stata sottoposta al contraddittorio delle parti con ordinanza del 26/10/2025.

II.3. - Ciò detto, applicando le predette coordinate ermeneutiche alla vicenda in esame, il Tribunale ritiene che la clausola contenuta nell'art. 13 delle condizioni generali di polizza versate in atti, sia vessatoria ex art. 33, comma 2 lett. q) e t), D.lgs. 206/2005, atteso che la stessa subordina il pagamento dell'indennizzo a favore dei beneficiari al compimento di attività ed all'adempimento di oneri formali da parte degli stessi, determinando, in particolare, un'indebita inversione dell'onere probatorio, addossando loro, tra l'altro, il compito di dimostrare oltre alla morte del portatore di rischio, le cause di essa.

Si consideri che, in base all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione, *"La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di durata della copertura assicurativa e prima del compimento del 70° anno di età (...) il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste al successivo art. 9 "ESCLUSIONI"*".

Nella specie, gli odierni attori hanno prodotto il certificato di morte, la dichiarazione sostitutiva di atto notorio per uso successione e la copia del piano di ammortamento relativo al finanziamento.

Le richieste della convenuta sono invece volte, di fatto, ad addossare ai ricorrenti l'onere probatorio circa la non verificazione di alcuna delle ipotesi di esclusione.

Segnatamente, nel caso in specie, la richiesta della documentazione medica attestante le cause del decesso dell'assicurato di cui all'art. 13 della polizza, era, per espressa ammissione della stessa compagnia di assicurazione, finalizzata a valutare, da un lato, se le cause del decesso fossero conseguenze o meno di pregresse patologie rispetto alla data di stipula e, dall'altro lato, se tali cause fossero conosciute e sottaciute da parte dell'assicurato sempre all'atto della stipula.

L'articolo 13 delle condizioni generali di polizza, nella misura in cui pone a carico del beneficiario l'onere di dimostrare che la morte dell'assicurato non sia dipesa da una delle cause che ai sensi dell'art. 9 delle condizioni generali esclude l'operatività della polizza (segnatamente, *"malattie già in essere alla data di effetto della sottoscrizione del modulo di adesione"*), determina quindi un'inversione dell'onere probatorio quanto alla riconducibilità del sinistro nell'alveo dei cd. rischi esclusi.

Ed invero, l'art. 13 delle condizioni generali di polizza – subordinando la liquidazione dell'indennizzo alla produzione di documentazione medica attestante le cause del decesso dell'assicurato – rende altresì eccessivamente difficile l'esercizio del diritto vantato dai beneficiari della polizza, in quanto agli stessi è stato chiesto di consegnare documentazione medica difficilmente reperibile.

In particolare, nel caso in specie, la difficoltà da parte attrice di reperire la documentazione richiesta risulta provata dalla allegazione delle e-mail (in particolare mail del 27/07/2018), versate in atti (cfr. memoria ex art. 183, co. 6, n. 3 c.p.c.), relative alla infruttuosa richiesta per l'ottenimento della "relazione del medico curante", rivolta al medico di famiglia dell'assicurato, dott.ssa [...] CP\_8, la quale ha negato il rilascio della medesima documentazione per tutelare la *privacy* dell'assistito.

Come già chiarito dalla Corte di cassazione, la previsione per cui il beneficiario, a semplice richiesta, deve proporre le cartelle cliniche relative ai ricoveri della persona deceduta è, poi, di sconfinata latitudine e addossa al beneficiario l'onere economico ma soprattutto quello materiale di contrastare eventuali eccezioni di insostenibilità che la struttura sanitaria potrebbe opporgli, invocando le norme a tutela della riservatezza.

Ciò ritenuto, si evidenzia che la clausola in esame, anche se specificamente approvata per iscritto, non risulta essere stata oggetto di trattativa individuale, requisito necessario al fine di escludere la presunzione di vessatorietà della clausola ex art. 34 cod. cons.

Né la convenuta, gravata dell'onere probatorio ai sensi del comma 5 dell'art. 34 cod. cons, ha fornito tale prova contraria.

Al riguardo, deve infatti rilevarsi che, come di recente ribadito dalla Suprema Corte, la disciplina di tutela del consumatore prevista dal d.lgs. n. 206 del 2005 -c.d. Codice del consumo prescinde dal tipo contrattuale prescelto dalle parti e dalla natura della prestazione oggetto del contratto, trovando applicazione sia in caso di predisposizione di moduli o formulari in vista dell'utilizzazione per una serie indefinita di rapporti, che di contratto singolarmente predisposto (cfr. Cass. n. 4140/2024 che richiama Cass., 20/3/2010, n. 6802; Cass., 26/9/2008, n. 24262) e ciò in quanto "è volta a garantire il consumatore dalla unilaterale predisposizione e sostanziale imposizione del contenuto contrattuale da parte del professionista, quale possibile fonte di abuso sostanziatesi nella preclusione per il consumatore della possibilità di esplicitare la propria autonomia contrattuale nella sua fondamentale espressione rappresentata dalla libertà di determinazione del

*contenuto del contratto, con conseguente alterazione, su un piano non già solamente economico, della posizione paritaria delle parti contrattuali"* (cfr. Cass, 2024 cit.).

Ciò detto, spetta al professionista che invochi l'insussistenza dell'abusività dare la prova del fatto positivo dello svolgimento della trattativa e della relativa idoneità, in quanto caratterizzata dagli imprescindibili requisiti di individualità, serietà ed effettività, ad atteggiarsi ad oggettivo presupposto di esclusione dell'applicazione della normativa in argomento.

La trattativa, dunque, deve non solo essersi formalmente svolta, ma deve, altresì, essere caratterizzata dai requisiti della individualità, serietà, effettività. La relativa prova, per assicurare alla disciplina tutelante prevista in favore del consumatore una effettiva applicazione, non può essere presunta, ma deve trarsi da specifiche circostanze concrete che depongano nel senso che la pattuizione sia stata effettivamente oggetto di discussione tra le parti.

In particolare, il requisito della effettività si sostanzia *"non solo nel senso di libertà di concludere il contratto ma anche nel suo significato di libertà e concreta possibilità per il consumatore di determinare il contenuto del contratto"* (cfr. Cass. 2024 cit.).

Ebbene, in assenza di prova dello svolgimento di una specifica trattativa individuale con il consumatore – prova che, nel caso di specie, non è stata fornita – la clausola in argomento è da ritenersi illegittima ex art. 34 Cod. Consumo.

A ciò si aggiunga che, secondo quanto previsto dall'art. 2698 c.c. *"sono nulli i patti con i quali è invertito ovvero è modificato l'onere della prova, quando si tratta di diritto di cui le parti non possono disporre o quando l'inversione o la modificazione ha per effetto di rendere a una delle parti eccessivamente difficile l'esercizio del diritto"*, come avviene nel caso di specie, stante la difficoltà di reperire la documentazione medica richiesta, atteso che – trattandosi di dati cd *"super sensibili"* – il diritto di accesso deve essere temperato con il diritto alla protezione dei dati personali tutelato dall'art. 4 della legge 8/3/2017, n. 24.

Si rileva, pertanto, la nullità dell'art. 13 delle condizioni generali di assicurazione – nella parte in cui subordina la liquidazione dell'indennizzo alla

produzione di documentazione medica attestante le cause del decesso dell'assicurato – stante l'eccessiva gravosità degli obblighi posti a carico del beneficiario ai fini della liquidazione dell'indennizzo, che si traduce in una inversione dell'onere probatorio non consentita dalla legge.

La declaratoria di nullità della clausola in questione non comporta poi l'annullamento del c.d. "*rischio demografico*" (che costituisce un elemento tipico del contratto di assicurazione sulla vita), limitandosi a ripristinare la corretta ripartizione dell'onere della prova dei "*rischi inclusi*" e dei "*rischi esclusi*" secondo i principi enunciati dalla giurisprudenza sopra richiamata.

In buona sostanza, la morte dell'assicurato causata da uno degli eventi indicati nell'art. 9 delle condizioni generali di polizza continua a rientrare tra i rischi esclusi dalla garanzia assicurativa (mantenendo inalterata la causa del contratto di assicurazione sulla vita), gravando sull'assicuratore – secondo i principi generali in materia di prova – l'onere di provare che la morte sia dipesa da una di quelle cause che escludono l'operatività della polizza ai sensi dell'art. 9 delle condizioni generali.

Né può dirsi legittima la decisione della convenuta di rifiutare la liquidazione dell'indennizzo, non avendo avuto la possibilità di verificare la rispondenza delle dichiarazioni dell'assicurato con la disciplina prevista dagli artt. 1892 e 1893 c.c.

L'assicurazione avrebbe invero dovuto chiedere la produzione della documentazione medica relativa allo stato di salute dell'assicurato al momento della stipula della polizza.

Una volta verificatosi il rischio (morte dell'assicurato) non può "*ribaltare*" tale adempimento a carico del beneficiario.

Rimangono, invero, le cause delimitative del rischio e dunque l'alea del contratto, solo che la prova di esse, come da regola generale, è a carico dell'assicuratrice. Se essa non riesce a provare tali circostanze delimitative (es. suicidio o la morte dovuta ad una malattia taciuta al momento della contrattazione) non per questo viene meno l'alea contrattuale.

In definitiva, la compagnia assicuratrice è, quindi, inadempiente e non può giustificare il proprio inadempimento per il fatto di non aver ricevuto dai

beneficiari documenti idonei a dimostrare non già l'esistenza del loro diritto – che è quanto gli stessi hanno fatto –, ma la mancata esistenza di circostanze che possano escluderlo.

Ciò vale, peraltro, a destituire di rilievo le censure indirizzate dalla convenuta alla condotta processuale asseritamente "ostruzionistica" addebitata alla parte attrice.

II.4. – Privata di pregio è infine la richiesta di annullamento del contratto ex art. 1892 c.c. per vizio del consenso per falsità o reticenza delle dichiarazioni rese dall'assicurato in sede di compilazione del questionario al fine della stipulazione della polizza *de qua*.

Invero, come pure chiarito da costante orientamento giurisprudenziale "l'onere della prova della reticenza o delle false dichiarazioni in sede di stipula grava sull'assicuratore, non potendosi invertire tale onere in capo ai beneficiari" (Cass. civ., sez. III, sent. n. 9380/2021).

Nel caso in specie, la convenuta non ha affatto adempiuto all'onere probatorio di dimostrare che l'assicurato abbia reso dichiarazioni inesatte o reticenti.

Vieppiù, l'estratto della cartella clinica, prodotto dai ricorrenti con la seconda memoria ex art. 183, co. 6, c.p.c. ed attestante le condizioni di salute dell'assicurato, è di due anni successivo rispetto alla stipula del contratto di assicurazione in questione, e quindi alla sottoscrizione del questionario da parte dell'assicurato *Persona\_1*, e, pertanto, non è possibile da esso desumere le condizioni di salute dell'assicurato all'atto della stipula della polizza assicurativa né tantomeno la loro correlazione con le cause del successivo decesso (identificate, nel referto clinico versato in atti, con "insufficienza epatica severa, MOF, sepsi"); né, d'altro canto, le datazioni delle patologie riportate nel predetto estratto della cartella clinica risultano temporalmente collocabili in epoca coeva alla conclusione del contratto in questione.

II.5. – In conclusione, per effetto della declaratoria di nullità, ai sensi dell'art. 2698 c.c. e D.lgs. 6 settembre 2005, n. 206, art. 33, comma 2, lett. q) e t), della clausola posta a fondamento del rifiuto opposto dalla compagnia

assicurativa, va accolta la domanda attorea, con condanna della convenuta al pagamento della somma di euro 40.950,52, oltre interessi legali dalla data del 04/11/2015 (data della richiesta di pagamento dell'indennizzo cfr. doc. 7, prod. attore).

III. – Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo.

Alla liquidazione degli onorari deve provvedersi applicando i parametri medi di cui al D.M. 147/2022, tenuto conto del valore della causa e dell'attività processuale espletata (fase di studio della controversia: euro 1.701,00,00; fase introduttiva del giudizio: € ██████; fase istruttoria e/o di trattazione: € ██████; fase decisionale: € ██████).

#### **P.Q.M.**

Il Tribunale di Bari, Seconda Sezione Civile, definitivamente pronunciando nella causa in epigrafe, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così provvede:

- a) ACCOGLIE la domanda attorea e, per l'effetto, CONDANNA la convenuta *Controparte\_9* al pagamento in favore degli attori della somma di euro 40.950,52, oltre interessi legali dalla data del 04/11/2015 sino al saldo;
- b) CONDANNA la convenuta al pagamento, in favore degli attori, delle spese processuali, che si liquidano in euro ██████, per esborsi e in euro ██████ per compensi difensivi, oltre a spese generali, IVA e CPA come per legge da distrarre in favore del difensore anticipatario;
- c) PONE definitivamente le spese di C.T.U., come separatamente liquidate, a carico della convenuta, con obbligo di rifondere la controparte di quanto eventualmente versato a tale titolo.

Bari, 17 marzo 2026

Il giudice  
Andrea Chibelli