

9866-2022

ORIGINALE



REPUBBLICA ITALIANA
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
TERZA SEZIONE CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati

ANGELO SPIRITO
LINA RUBINO
ENZO VINCENTI
MARCO DELL'UTRI
GIUSEPPE CRICENTI

Presidente
Consigliere
Consigliere
Consigliere
Consigliere - Rel.

Oggetto

ASSICURAZIONE
VITA

Ud. 27/01/2022 CC
Cron. 9866

ORDINANZA

sul ricorso 38182/2019 proposto da:

Giuseppe elettivamente domiciliato in Tortona, via Emilia, 102, presso lo studio dell'avvocato Paolo Maria Federico Candida, che lo rappresenta e difende.

contro

Hdi Assicurazioni Spa,

nonchè contro

-ricorrente -

- intimato -

2022
192

Hdi Assicurazioni Spa, elettivamente domiciliato in Roma Via Settembrini 30 presso lo studio dell'avvocato Colaiuda Serafino che lo rappresenta e difende unitamente all'avvocato Corsi Alfonso Vincenzo

-controricorrente -

avverso la sentenza n. 813/2019 della CORTE D'APPELLO di TORINO, depositata il 14/05/2019;

udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 27/01/2022 da CRICENTI GIUSEPPE

Ritenuto che

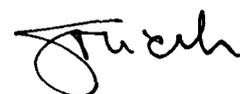
1.-Giuseppe C ia stipulato, in data 2 Febbraio 2007, con la società Pitagora SPA, un mutuo per la somma di 23.040,00 €, da rimborsare mediante cessione del quinto della retribuzione, mediante pagamento mensile.

Contestualmente, la società finanziatrice, ossia Pitagora SPA, ha contratto una assicurazione con HDI SPA, per l'eventualità che, a causa della perdita del lavoro, il non fosse più in grado di restituire la somma presa a prestito, con la particolarità che il premio assicurativo è stato posto a carico dello stesso

Costui ha perso il lavoro in data 11 novembre 2008, quando rimanevano da rimborsare 5.304,80 €, somma che, di conseguenza, la HDI spa ha corrisposto a Pitagora spa, in adempimento della obbligazione di assicurazione assunto nei confronti di quest'ultima.

Poiché il contratto di assicurazione prevedeva il diritto di surroga dell'assicuratore nei confronti del mutuatario, la HDI spa ha ottenuto decreto ingiuntivo nei confronti del per avere da costui il pagamento dei 5.304,80 € che, a causa della perdita del lavoro, il non ha potuto rimborsare a Pitagora spa, e che a quest'ultima sono stati per l'appunto corrisposti dall'assicuratore HDI spa.

2.- ha proposto opposizione a tale decreto ingiuntivo, che il Tribunale di Alessandria ha accolto, interpretando il contratto di assicurazione come a favore del mutuatario, e non già a favore del mutuante, sia in ragione della classificazione dei contratti di assicurazione introdotta dal regolamento numero



20 del 2009, sia in ragione del fatto che il premio assicurativo era stato corrisposto dal mutuatario stesso e non dal finanziatore.

3.-Questa decisione è stata tuttavia riformata in secondo grado dalla Corte di Appello di Torino che, ha escluso, invece, l'applicabilità di quel regolamento *ratione temporis*, ed ha ritenuto che il soggetto beneficiario dell'assicurazione fosse il finanziatore, ossia la Pitagora SPA, in forza di un contratto a favore di terzo di cui quest'ultima era beneficiaria, e nel quale era per l'appunto prevista la surroga dell'assicuratore verso il mutuatario.

4.- Avverso tale decisione ricorre Giuseppe con cinque motivi, mentre HDI spa assicurazioni si è costituita con controricorso chiedendo il rigetto della impugnazione.

Considerato che

5.-La *ratio* della decisione impugnata sta nella qualificazione delle pattuizioni contenute, sia nel contratto di mutuo che nel successivo contratto di assicurazione, come a vantaggio del finanziatore anziché del finanziato: la Corte di appello ha ritenuto che l'assicurazione risultante dagli accordi delle parti è stata stipulata nell'interesse del finanziatore, anziché nell'interesse del consumatore, e che di conseguenza è giustificato il diritto di surroga del l'assicuratore nei riguardi del finanziato; surroga che non avrebbe avuto senso solo ove l'assicurazione fosse stata stipulata nell'interesse di quest'ultimo.

6.-Il ricorrente contesta questa qualificazione con cinque motivi.

7.-Con il primo motivo egli denuncia violazione e falsa applicazione degli articoli 2 della legge 209 del 2005 e 14 del Regolamento numero 20 del 2009.

Si tratta di due disposizioni che introducono, nell'ambito dei rapporti di assicurazione, alcune definizioni miranti a classificare i contratti di assicurazione secondo lo scopo proprio di ciascuno: in particolare la legge del 2005 ha demandato ad un successivo regolamento l'emanazione delle istruzioni applicative sulla classificazione dei rischi. Il regolamento è stato emanato nel 2009, ed all'articolo 14, ha distinto il contratto di assicurazione a favore del finanziatore, che ha come scopo di garantire quest'ultimo dal rischio di mancato adempimento dell'obbligazione di pagamento da parte del debitore finanziato, disponendo che in questo caso il premio venga posto a carico dello stesso



finanziatore, ossia del soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione, dal contratto con cui invece viene assicurato il debitore finanziato per l'ipotesi in cui costui non possa restituire il mutuo per il caso in cui perda il lavoro.

Come si è accennato, la Corte d'appello ha escluso l'applicabilità di tale regolamento, e quindi delle classificazioni in esso contenute, al contratto in questione, in quanto l'articolo 23 ne prevede l'applicazione solo ai contratti stipulati successivamente alla sua entrata in vigore.

Con questo primo motivo il ricorrente deduce che invece questa classificazione, ossia la distinzione introdotta dal regolamento, era già applicabile a prescindere dal regolamento medesimo al momento in cui era stato stipulato il contratto.

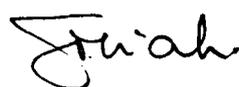
8.-Con il secondo motivo il ricorrente denuncia violazione degli articoli 1203, 1916 e 1919 del codice civile.

Sostiene in particolare che la compagnia di assicurazione ha invocato un diritto di surroga di fonte legale, e che a tale prospettazione avrebbe dovuto attenersi il giudice di appello, il quale ha invece ritenuto che la surroga cui aveva diritto la compagnia di assicurazione aveva fonte negoziale, e precisamente si fondava sia sul contratto di mutuo che sul collegato contratto di assicurazione stipulato tra le parti.

9.-Con il terzo motivo si denuncia violazione dell'articolo 1916 del codice civile e dell'articolo 54 del DPR 180 del 1950.

Sostiene il ricorrente che, anche a prescindere da quel successivo regolamento del 2009, e dunque attenendosi alla precedente disciplina costituita dal DPR numero 180 del 1950, la stipulazione tra le parti non poteva che essere intesa come a favore del debitore finanziato, ossia come un'assicurazione stipulata nell'interesse di quest'ultimo e non già nell'interesse del finanziatore: infatti se la clausola fosse intesa come a favore di quest'ultimo sarebbe priva di causa in quanto priva il soggetto assicurato della garanzia per i rischi di non poter pagare il mutuo a causa della perdita del lavoro e si traduce dunque in una clausola che impedisce lo stesso scopo dell'assicurazione.

10.- Con il quarto motivo si denuncia motivazione insufficiente e comunque violazione dell'articolo 1882 del codice civile.



Sostiene il ricorrente che la Corte di appello ha trascurato, ai fini della interpretazione del contratto, un elemento determinante costituito dalla circostanza che il pagamento del prezzo del premio è stato corrisposto dal ricorrente: circostanza che fa presumere che l'assicurazione deve essere stata stipulata nell'interesse di quest'ultimo.

Osserva inoltre il ricorrente come la stessa Corte d'appello abbia ritenuto inspiegabile che in un contratto di assicurazione a favore del finanziatore il premio venga pagato dal finanziato, e questa contraddizione sarebbe significativa dell'errore in cui è in corsa la Corte di appello nella qualificazione del contratto.

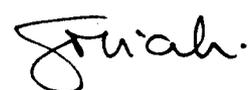
10.1.- Questi quattro motivi pongono una medesima questione, vale a dire quella della interpretazione del contratto di assicurazione, e segnatamente la questione del soggetto beneficiario dell'assicurazione, ossia se possa ritenersi tale il finanziato oppure il finanziatore, e dunque possono trattarsi insieme.

I motivi sono infondati.

10.2.- Quanto alla applicazione del regolamento del 2009, correttamente la Corte d'appello ne ha escluso la riferibilità al contratto in questione per ragioni temporali. Infatti, l'articolo 23 del Regolamento ne prevede l'applicazione solo ai contratti stipulati dopo l'entrata in vigore, mentre il contratto di cui è causa è stato stipulato anteriormente: e questo è un dato pacifico.

Ma, a prescindere da tale circostanza, il regolamento, nel distinguere tra assicurazioni che garantiscono il finanziatore ed assicurazioni che garantiscono il finanziato, introduce una classificazione che, a sua volta, ha bisogno di essere applicata nel caso concreto: occorre cioè sempre che le dichiarazioni negoziali vengano interpretate e dunque riferite all'una o all'altra ipotesi classificatoria. La riconduzione del contratto di assicurazione all'uno o all'altro schema (ossia a favore del finanziato o del finanziatore) non è automatica, non discende direttamente dalla astratta distinzione tra i due tipi, ma va verificata nel caso concreto.

Ossia: il regolamento prevede che un contratto va considerato come a garanzia della perdita subita dal finanziatore quando è stipulato nell'interesse di quest'ultimo, e dunque dà per presupposto che, nel caso concreto, si sia

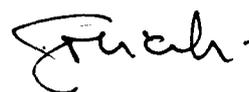


accertato che la stipula è avvenuta, per l'appunto, nell'interesse del finanziatore anziché del finanziato.

10.3.- Conseguentemente, anche in tal caso in modo corretto, la Corte di appello ha ritenuto che, per stabilire se l'assicurazione sia stata stipulata a favore del finanziatore o a favore del finanziato, occorre riferirsi ai contratti di finanziamento e di assicurazione, e non già solamente al Regolamento di attuazione della legge del 2005: ed è interpretando quei contratti che la Corte d'appello ha ritenuto che l'assicurazione stipulata dalle parti fosse a beneficio del finanziatore anziché del finanziato. Questa interpretazione si dimostra corretta per le ragioni che seguono.

10.4.- Secondo un consolidato orientamento di questa Corte "in tema di interpretazione del contratto, il procedimento di qualificazione giuridica consta di due fasi, delle quali la prima - consistente nella ricerca e nella individuazione della comune volontà dei contraenti - è un tipico accertamento di fatto riservato al giudice di merito, sindacabile in sede di legittimità solo per vizi di motivazione in relazione ai canoni di ermeneutica contrattuale di cui agli artt. 1362 e ss. c.c., mentre la seconda - concernente l'inquadramento della comune volontà nello schema legale corrispondente - si risolve nell'applicazione di norme giuridiche, anche straniere, se ne è allegata e provata la riferibilità al contratto ed il relativo contenuto, potendo pertanto formare oggetto di verifica e riscontro in sede di legittimità sia per quanto attiene alla descrizione del modello tipico della fattispecie legale, sia per quanto riguarda la rilevanza qualificante degli elementi di fatto così come accertati, sia infine con riferimento alla individuazione delle implicazioni effettuali conseguenti alla sussistenza della fattispecie concreta nel paradigma normativo" (da ultimo Cass.3115/ 2021; Cass. 29111/ 2017; Cass. 12936/ 2007).

Sebbene non sempre la distinzione tra interpretazione e qualificazione è così netta, e sebbene non sempre l'una è un accertamento in fatto e l'altra un accertamento in diritto, nel senso che non sempre i due momenti sono logicamente distinti, qui siamo tuttavia in presenza di una attività di qualificazione, come tale sindacabile in sede di legittimità: invero altro è stabilire cosa le parti abbiano voluto- nel caso presente la copertura assicurativa di un



nemmeno dirsi incompatibile con lo schema contrattuale, poiché ben può rispondere all'interesse delle parti che il finanziato riconosca al finanziatore un diritto alla assicurazione per il rischio in cui il debito non venga restituito.

Altra essendo l'abusività della clausola, qui però non denunciata.

Né infine può avere rilievo la circostanza che il contratto di assicurazione non è stato formalmente sottoscritto dal ricorrente, circostanza che secondo costui renderebbe impossibile la qualificazione del contratto di assicurazione come a favore di terzo: infatti il ricorrente aveva autorizzato Pitagora spa a stipulare l'assicurazione con premio a proprio carico.

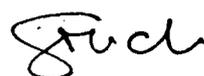
Deve pertanto ritenersi corretta la qualificazione di questa operazione negoziale come di una assicurazione stipulata nell'interesse del finanziatore anziché nell'interesse del finanziato, ma soprattutto, come conseguenza di tale qualificazione, deve ritenersi valida la previsione, in tale pattuizione contrattuale, del diritto di surroga, che pure è espressamente previsto a favore dell'assicuratore ed ai danni del finanziato: diritto di surroga che ha la sua causa nella circostanza che l'assicurazione era per l'appunto non già a beneficio del finanziato questo bensì a beneficio del finanziatore.

11.- Con il quinto motivo il ricorrente denuncia violazione dell'articolo 1341 del codice civile nonché dell'articolo 33 della legge 206 del 2005: il cosiddetto codice del consumo.

Secondo il ricorrente la clausola che consente all'assicuratore di surrogarsi nei diritti del finanziatore verso il finanziato è nulla ai sensi dell'articolo 1341 c.c. ed avrebbe dovuto essere riconosciuta tale in quanto vessatore e mai sottoscritta dal ricorrente.

Il motivo è infondato.

Posto infatti che è corretta la qualificazione del contratto come di una assicurazione a favore del finanziatore, con diritto di surroga nei confronti del debitore, non può accogliersi la censura di violazione dell'articolo 1341 c.c.: invero la prospettazione del ricorrente presuppone la tesi contraria a quella correttamente seguita dalla Corte d'appello: la clausola di surroga sarebbe vessatoria ove l'assicurazione fosse a vantaggio del debitore finanziato, caso nel quale la surroga vanificherebbe la copertura assicurativa, posto che, tenuto da



una parte indenne il debitore delle conseguenze del suo inadempimento, egli sarebbe comunque soggetto, per altra parte, all'azione di surroga.

Ogni sospetto di vessatorietà viene invece meno se si ritiene che il beneficiario dell'assicurazione è il finanziatore e non il finanziato, che dunque, subendo azione di regresso non vede annullati gli effetti della assicurazione.

Il ricorso va dunque respinto.

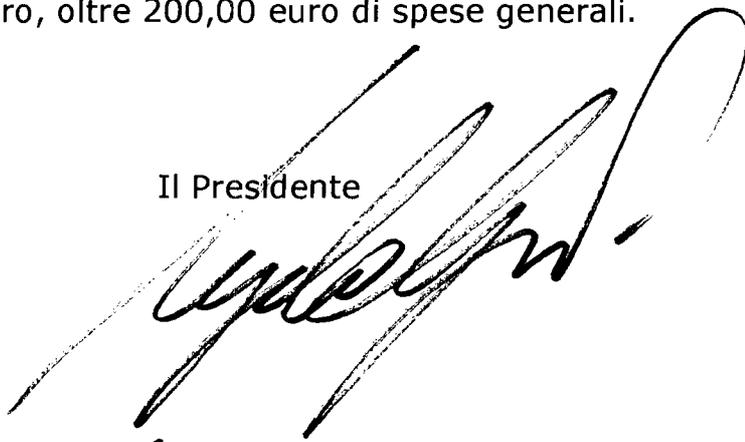
P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso. Condanna il ricorrente al pagamento delle spese di lite, nella misura di 1000,00 euro, oltre 200,00 euro di spese generali.

Doppio contributo.

Roma 27.1.2022

Il Presidente

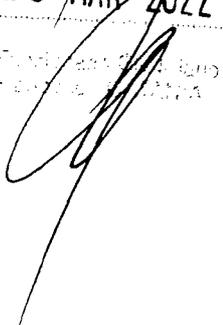


Il Funzionario Giudiziario
Francesco CATANIA



DEPOSITATO IN CANCELLERIA
oggi 28 MAR 2022

Il Funzionario Giudiziario
Francesco CATANIA



Jrich