



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI BOLOGNA
SECONDA SEZIONE CIVILE

in composizione monocratica, nella persona del magistrato Antonio Costanzo, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

definitiva nella causa civile n. 9780/09 R.G. promossa
da

Oggetto: assicurazione

(A) s.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore **(B)** (avv. ..., avv. ...);
- ATTRICE

contro

(C) s.p.a. con sede a ... (avv. ...);

- CONVENUTA

Oggetto del processo: assicurazione.

CONCLUSIONI

Per l'**attrice**:

<<Come da prima memoria ex art. 183 del 6.11.2009>>.

Per la **convenuta**:

<<Piaccia al Tribunale adito, contrariis reiectis, previa declaratoria di inammissibilità della modifica della causa petendi della domanda attorea mediante l'estensione dell'oggetto del contendere, come effettuata da parte attrice con memoria 5/5/2015, rigettare la domanda attorea siccome prescritto il preteso diritto e comunque per infondatezza della domanda stessa.

Col favore delle spese.>>

MOTIVI DELLA DECISIONE

1.

La causa è stata promossa dalla società **(A) s.r.l.** con citazione notificata a mezzo posta il 20 maggio 2009 alla società **(C) s.p.a.**

2.

Era opportuna una soluzione amichevole, ma l'invito ad un accordo non è stato accolto.

3.

L'attrice, richiamato il contratto di assicurazione di responsabilità professionale (polizza n. ...) concluso il 23 luglio 2002 con validità triennale a copertura del rischio inerente all'attività professionale di ragioniere commercialista esercitata dal rag. **(B)** (legale rappresentante della stessa società **(A) s.r.l.**), ha chiesto la condanna della convenuta al pagamento di euro 9.772,65 oltre interessi, somma corrispondente all'esborso sostenuto dall'attrice in favore del signor **(D)** (come da scrittura privata 19 gennaio 2007) a riparazione del danno da colpa professionale; in sintesi, il rag. **(B)**, incaricato dal signor **(D)** di proporre impugnazione avverso un avviso di accertamento notificatogli nel novembre 2004 dall'Ufficio delle entrate di Bologna, aveva proposto tardivamente (in data 25

gennaio 2005) il ricorso al giudice tributario: pertanto con sentenza deliberata il 21 dicembre 2005 e pubblicata il 18 gennaio 2006 la Commissione tributaria di Bologna aveva dichiarato inammissibile il ricorso.

In corso di causa l'attrice, e precisamente con la prima memoria *ex art.* 183, 6° co., c.p.c. (richiamata in sede di conclusioni finali), ha ridotto l'oggetto della domanda in considerazione della previsione di uno scoperto di polizza del 10% ed ha così chiesto la condanna della convenuta al pagamento della somma di euro 8.795,39 oltre interessi.

Si richiamano gli scritti difensivi presentati, e i documenti prodotti, dall'attrice.

4.

Costituitasi il 19 settembre 2009 la società (C) s.p.a. aveva eccepito in primo luogo l'inoperatività della polizza poiché non vi era prova che il cliente danneggiato avesse chiesto il risarcimento entro il periodo di vigenza del contratto (scaduto il 23 luglio 2005), mentre l'assicurato aveva denunciato il sinistro solo il 14 novembre 2006, ossia dopo che sia era ormai compiuto il triennio con scadenza alle ore 24 del 23 luglio 2005 costituente il <<periodo di assicurazione>> (art. 14 delle condizioni generali di contratto)

La convenuta aveva inoltre sollevato numerose altre contestazioni ed eccezioni, come da comparsa di costituzione.

Si richiamano gli scritti difensivi presentati, e i documenti prodotti, dalla convenuta.

5.

Dopo un primo passaggio in fase decisoria, rilevata fra l'altro una non piena concordanza tra i documenti contrattuali prodotti dall'una e dall'altra parte nonché tra alcuni dati di fatto esposti dalle parti e le risultanze documentali, il giudice subentrato nella trattazione della causa ha chiesto ai difensori delle parti alcuni chiarimenti sulla base delle seguenti osservazioni:

<<- si discute, fra l'altro, di validità ed efficacia del contratto contenente clausola *claims made* (tema discusso in dottrina e giurisprudenza);

- in punto di fatto, si osserva – e ciò potrebbe avere rilevanza ai fini dell'interpretazione del contratto o dell'indagine sulla causa in concreto o sull'effettivo contenuto dell'accordo – che non vi è piena coincidenza tra le produzioni dell'attrice e quelle della convenuta quanto – pare – alle condizioni aggiuntive (e in parte alla polizza): l'attrice produce, oltre alla polizza (senza indicazione di massimale), un documento con timbro, o su carta intestata di, (C) Agenzia Generale di ..., col titolo <<NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE>> e in cui il sinistro è descritto come <<il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione>>, oltre alle <<NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONISTI>>; la convenuta una polizza (con annotazione <<correzione autorizzata>> e indicazione dei massimali) nonché un foglio sotto la dicitura <<NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE>> in cui il sinistro è descritto come <<la richiesta di risarcimento di perdita o danni per i quali è presentata l'assicurazione>>;

- le parti sono chiamate a prendere posizione sul punto, nel più ampio quadro riguardante la questione di diritto (che presuppone però chiarezza sul fatto);

- le parti chiariranno cosa sia la polizza ... (e se il richiamo a quella polizza abbia rilievo nella ricostruzione della volontà contrattuale);

- le parti (e nello specifico l'attrice) chiariranno se l'atto (avviso di accertamento) impugnato dal professionista sia stato notificato il 22 novembre 2004 (come si legge nella sentenza CTP Bologna 21 dicembre 2005 – 18 gennaio 2006 n. ..././05, sinteticamente motivata; cfr. anche gli allegati 15 e 16, cartelle di pagamento) o invece il 29 novembre 2004 (come si legge in altri documenti prodotto dall'attrice, ad es. la scrittura provata 19 gennaio 2007 tra il rag. **(D)** e il signor **(B)**, doc. 3; o nella denuncia di sinistro 11 novembre 2006, doc. 4);

- per quali ragioni nella lettera 4 dicembre 2006 di **(C)** (doc. 8 di parte attrice) il sinistro 222.06.48 sia indicato come <<del 29/8/02>>>.

6.

I difensori hanno risposto, come da atti depositati (cui si fa rinvio) e poi discussi in udienza.

7.

La causa è stata istruita documentalmente.

8.

Si rimanda agli atti, ai documenti e ai verbali di causa, tutti noti alle parti.

9.

Alla luce di quanto emerso all'esito dell'istruttoria e dei chiarimenti resi dai difensori, per ricostruire il regolamento contrattuale è opportuno fare immediato ed esclusivo riferimento al documento n. 1 prodotto dalla convenuta e tenere distinta, ai fini della presente decisione, la polizza n. ... c.d. RC PROFESSIONISTI (l'unica riferibile al rischio inerente alla responsabilità professionale e dunque da identificare come fondamento della domanda di parte attrice) dalla polizza n. ... (abbinata all'altra, ma relativa invece alla responsabilità civile verso terzi e dunque estranea all'oggetto del presente giudizio: cfr. anche i documenti 21 e 22 prodotti dall'attrice dopo la richiesta di chiarimenti ma che vanno correttamente ordinati, poiché non vi è corrispondenza tra polizze e relative condizioni generali, come anche rilevato criticamente dalla convenuta).

10.

Così delimitato l'oggetto del contendere, e richiamati i dati di fatto rilevanti ai fini della decisione (pacifici, anche all'esito dei chiarimenti forniti dai difensori, o comunque documentati), deve concludersi nel senso della fondatezza dell'eccezione di inoperatività della polizza sollevata dalla convenuta, posto che:

- l'assicurazione per cui è causa va ricondotta al novero dei contratti di assicurazione c.d. *claims made* (clausola a richiesta fatta: sul punto v., fra le altre, Cass., sez. III, 13 febbraio 2015, n. 2872; Cass., sez. III, 10 novembre 2015, n. 22891; Cass., sez. un., 6 maggio 2016, n. 9140), come si desume agevolmente dagli artt. 13 (oggetto dell'obbligazione) e 14 (inizio e termine della garanzia) delle condizioni generali di contratto definite "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONISTI" nonché dalle definizioni preliminari, tra le quali in particolare spicca quella di <<SINISTRO: la richiesta risarcimento di perdite o danni per i quali è prestata l'assicurazione>> (definizione che già di per sé evidenzia la non riconducibilità del contratto in esame allo schema incentrato sulla c.d. *loss occurence* o insorgenza del danno, recepito dal 1° comma dell'art. 1917, c.c., che è disposizione derogabile, come già si ricava dalla lettura dell'art. 1932 c.c. e come

affermato anche dalla Suprema Corte: infondata dunque è l'eccezione di nullità della clausola per violazione della disposizione codicistica);

- l'art. 14 delle condizioni generali di contratto, a proposito di <<Inizio e termine della garanzia>>, specifica che: <<L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di assicurazione>>, senza limiti a ritroso quanto al tempo del fatto generatore della responsabilità professionale (osserva la convenuta in memoria di replica: <<si è già detto in comparsa conclusionale – citando numerose sentenze di merito e di legittimità – che tale clausola, nella sua “versione” c.d. pura, è perfettamente valida e non abbisogna di doppia sottoscrizione. La clausola di cui all'art. 14 C.G.A. “polizza professionisti” è proprio di questo tipo, in quanto non limita nel tempo la sua operatività, ma “copre” tutto il periodo decennale della prescrizione, a condizione, naturalmente che la richiesta risarcitoria pervenga all'assicurato nel corso del periodo assicurativo>>); dunque, l'art. 14 concorre a delimitare l'oggetto della copertura assicurativa, e non a ridurre la portata dell'art. 13, la cui lettura di per sé sarebbe insufficiente a identificare contenuto e limiti della garanzia assicurativa, e dunque a specificare quale sia il rischio garantito;

- in base all'art. 7 delle condizioni generali di contratto, <<in caso di sinistro>> (la cui definizione è <<la richiesta risarcimento di perdite o danni per i quali è prestata l'assicurazione>>), e dunque in caso di richiesta risarcitoria ad opera del danneggiato, l'assicurato deve darne avviso all'agenzia assegnataria della polizza o alla società di assicurazione entro tre giorni da quando ne abbia avuto conoscenza;

- nel caso di specie, riconducibile alla figura della clausola *pure claims made*, benché la condotta integrante errore professionale fosse compresa nel periodo di vigenza del contratto (ma secondo la convenuta l'evento dannoso doveva ritenersi successivo al 23 luglio 2005), la richiesta di risarcimento da parte del cliente che si riteneva danneggiato è successiva alla scadenza di quel periodo (**23 luglio 2005**): in assenza di contestazione e prova contraria da parte dell'attrice - questo è un dato pacifico (cfr. anche il già citato art. 7 delle condizioni generali in tema di obbligo di avviso all'assicuratore in caso di sinistro); tanto è vero che solo con lettera **11 novembre 2006** (pervenuta all'agente (C) di ... il 22 dicembre 2006) il rag. (B) aveva inviato denuncia di sinistro con riferimento appunto, come evidenziato nell'oggetto, alla <<polizza assic. N. ... rischi professionali>>, e in quella lettera si legge anche: <<Ho provveduto a corrispondere [al sig. (D), che aveva nel frattempo ricevuto due cartelle esattoriali, n.d.r.] un acconto di euro 9.772,00 a titolo di parziale rimborso delle sanzioni amministrative in attesa di conguaglio>> (doc. 4 di parte attrice); in base a scrittura privata **19 gennaio 2007** (doc. 3 di parte attrice) il rag. (B), quale legale rappresentante della società attrice, aveva pagato al signor (D) la somma di euro 9.772,65 <<corrispondente all'importo notificato a titolo di sanzioni amministrative>>;

- la clausola *pure claims made* non è di per sé vessatoria ai sensi dell'art. 1341 c.c. in quanto delimita l'oggetto del contratto (in deroga all'art. 1917, 1° co., c.c.) e non introduce limitazioni di responsabilità (da ultimo v., sul punto, Cass., sez. un., 6 maggio 2016, n. 9140);

- pacifica la mancanza in capo all'attrice della qualità di consumatore, non si ravvisa nullità del contenuto dell'accordo contrattuale *inter partes* (e nello specifico della clausola in esame), derogatorio rispetto alla previsione desumibile

dal codice civile (art. 1917, 1° co., c.c.), per violazione di norme imperative (e tanto meno dei principi generali di correttezza e buona fede);

- il tenore delle previsioni contrattuali non è affatto ambiguo (tanto più in raffronto a quelle della diversa polizza n. ...);

- non sono allegati e provati né emergono dagli atti ulteriori profili di nullità, tanto più alla luce della entità del premio (sensibilmente inferiore a quello previsto dalla abbinata polizza di assicurazione della responsabilità civile verso terzi, secondo la quale sinistro è il fatto dannoso per il quale è prestata assicurazione, a parità di massimale) in relazione al massimale (euro 517.000) e dell'unica condizione di operatività dell'assicurazione (l'intervento di una richiesta risarcitoria da parte del danneggiato nel periodo di vigenza del contratto) tale da coprire anche fatti generatori della responsabilità anteriori alla stipula.

11.

Ne consegue il rigetto della domanda.

12.

Ogni altra questione è assorbita.

13.

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo.

P.Q.M.

Il Tribunale di Bologna, in composizione monocratica, **definitivamente** pronunciando, nel **contraddittorio** delle parti, ogni diversa domanda, istanza ed eccezione respinta:

- **rigetta** la domanda di condanna proposta dall'attrice contro la convenuta;

- **condanna** l'attrice a pagare alla convenuta le spese processuali liquidate in euro 4.835,00 per compenso oltre rimborso forfettario 15% spese generali, IVA e CPA come per legge.

Bologna, 27 luglio 2016

Il giudice
Antonio Costanzo

depositata il **12 agosto 2016**