

RACCOMANDATA



Incarto n.  
36.2001.00015-16  
36.2002.00013

Lugano  
18 febbraio 2002

IR/nh

In nome  
della Repubblica e Cantone  
del Ticino

## Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente,  
Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sul ricorso/petizione del 12 febbraio 2001 di

**F**

contro

**Cassa malati Y**

in materia di assicurazione contro le malattie  
(sociale e complementare)

e

sulla petizione del 22 febbraio 2001 della

**Cassa malati Y**

contro

**F**

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

## B. ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

- 2.7. Con l'atto 12 febbraio 2001 il signor F indica di avere pagato in maniera totale in premi per le prestazioni complementari pari a CHF 48.- mensili.

Come rilevabile dalle considerazioni precedenti effettivamente l'assicurato ha eseguito (come riconosce lo stesso assicuratore) i seguenti pagamenti:

08.05.2000	CHF	144.-
11.07.2000	CHF	144.-
07.09.2000	CHF	48.-
07.09.2000	CHF	48.-
11.10.2000	CHF	48.-
08.11.2000	CHF	48.-
08.11.2000	CHF	48.-
08.11.2000	CHF	48.-

per un totale di CHF 576.-.

La Cassa non contesta, nella risposta di causa, tale assunto.

- 2.8. Giusta l'art. 86 cpv. 1 CO, in caso di più debiti verso la stessa persona, spetta, in primo luogo, al debitore dichiarare, all'atto del pagamento, quale sia il debito che intende soddisfare. In difetto di dichiarazione da parte del debitore, è il creditore che decide (cpv. 2). In caso di silenzio, l'art. 87 CO stabilisce delle regole dettagliate: in particolare, il suo cpv. 1 recita che il pagamento sarà imputato al debito scaduto, fra più debiti scaduti, a quello per cui prima si procedette contro il debitore, e se non si procedette, al debito scaduto prima. A mente di questo Tribunale, tuttavia, non può essere ignorata la circostanza che sulle fatture a suo tempo trasmesse a F la Cassa malati ha espressamente indicato che ad essere pretesi erano i premi afferenti a periodi specifici (come rilevabile dal doc. 7 e 8 prodotti dalla parte attrice). Ora, il fatto di pagare i summenzionati importi - utilizzando delle polizze di versamento che recano il mese del premio cui si riferiscono (come ben desumibile dal doc. 8) - è già di per sé sufficiente per rendere applicabile l'evocato art. 86 cpv. 1 CO. A questo riguardo, apparirebbe irragionevole, persino urtante, far dipendere l'applicabilità del già evocato art. 86 cpv. 1 CO dall'esistenza di una dichiarazione supplementare, dal momento

in cui la causa del pagamento già emerge dalle polizze messe a disposizione degli assicurati dal creditore.

Nel caso specifico va quindi accertato come il signor F abbia pagato quanto dovuto per i premi LCA dei suoi famigliari durante tutto il 2000. Egli, come rammenta la Cassa, ha in effetti versato complessivamente i CHF 576.- pretesi.

Su tale base Y non può quindi esigere il pagamento di premi compensando i versamenti eseguiti con altre pretese.

- 2.9. Nella sua petizione ("causa") F. rileva come - dopo l'inoltro di una fattura del dott. E - Y non abbia riconosciuto pretese per CHF 860.-, a suo avviso dietro il conteggio si nasconderebbe una seconda franchigia.

Dal canto suo Y rileva di avere rimborsato parzialmente solo la fattura 18 aprile 2000 (doc. 13) del dott. E per l'esistenza di una riserva. La Cassa avrebbe versato CHF 374.70, anche se non dovuti, per le consultazioni. Nei suoi allegati l'assicuratore evidenzia l'esistenza di una "riserva" come al doc. 14 del 12 luglio 2000. In merito a tale riserva la Cassa ha spiegato (doc. X) di avere preso detta decisione a seguito dell'accertamento medico conseguente alla comunicazione 26 giugno 2000 del dott. E da cui si desume (doc. 16) come V F soffrisse di una "intossicazione da arsenico cronica", con primo trattamento l'11 gennaio 1999 ed apparizione della malattia il 17 dicembre 1998.

- 2.10. Secondo l'art. 4 LCA il proponente l'assicurazione deve dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario ed in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio, in quanto e come gli sia noto o debbano essergli noti alla conclusione del contratto.

Il mancato rispetto di questa norma comporta, o può comportare a determinate condizioni, una reticenza.

Secondo l'art. 6 LCA infatti se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione ha dichiarato inesattamente o sottaciuto un fatto rilevante, che conosceva o doveva conoscere, l'assicuratore non è vincolato al contratto purchè ne sia receduto entro quattro settimane da quando ebbe cognizione.

Va anzitutto osservato che l'art. 6 LCA è norma semi imperativa alla quale non è possibile derogare in sfavore dell'assicurato (art. 98 LCA). Il termine di 4 settimane per notificare la recessione dal contratto è termine di perenzione (DTF 119 V 287) che decorre dalla conoscenza completa di tutti i punti relativi alla reticenza. Non bastano semplici sospetti, anche se gravi, di reticenza per stabilire la decorrenza del termine (DTF 118 II 333; SJ 1984 162, cfr. Olivier Carré: *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, pag. 148, Ed. Carré, maggio 2000). L'assicuratore agisce in tempo utile anche quando cerchi delle informazioni precise e receda dal contratto solo dopo averle ottenute. Il termine decorre unicamente dalla conoscenza positiva della reticenza e non dal momento in cui l'assicuratore avrebbe potuto sapere o conoscere dell'esistenza della reticenza (in questo senso: DTF 119 V 283; 116 V 218; 118 II 333 c. 3), il legislatore non ha voluto creare un dovere di diligenza particolare per l'assicuratore. Decorre poi un termine di 4 settimane da ogni reticenza ritenuta, in effetti per ognuna delle reticenze commesse dall'assicurato inizia a decorrere un termine nuovo di 4 settimane dalla conoscenza effettiva della stessa da parte dell'assicuratore (DTF 109 II 159). Qualora l'assicuratore abbia liquidato dei sinistri in rispetto del contratto prima della sua conoscenza con sicurezza della reticenza non se ne può dedurre che abbia rinunciato a prevalersi del suo diritto (DTF 116 V 218). Come rammenta O. Carré (op. cit. pag. 148/149) il termine di 4 settimane decorre se l'assicuratore apprende di un soggiorno in ospedale ed era a conoscenza dell'esistenza della malattia che l'assicurato aveva ommesso di indicare nella sua proposta d'assicurazione, non costituendo il ricovero – quanto piuttosto la malattia – il fatto importante per l'apprezzamento del rischio (cfr. TF in RUA XVII n. 8 in re P. Ass. c./B.). Ancora agisce con ritardo l'assicuratore che, orientato della reticenza, va alla ricerca di nuove informazioni che nulla apportano di nuovo alle sue conoscenze e non rispetta così il termine di 4 settimane (O. Carré, op. cit., pag. 149; RUA XVII 8). La reticenza può essere invocata anche dopo che sia subentrato l'evento assicurato (DTF 118 II 333; 109 II 159; SJ 1984 164). L'avviso del medico curante l'assicurato reso in corso di un'udienza è sufficiente per far decorrere il termine, senza che sia necessario attendere l'esito del giudizio e l'apprezzamento dato alla prova (DTF 116 II 338).

La reticenza deve essere riferita a fatti rilevanti. La legge presume importanti i fatti per i quali l'assicuratore abbia formulato domande scritte. Occorre comunque che le domande

scritte poste siano precise e non equivoche. Nell'ambito di una assicurazione individuale contro gli incidenti la domanda tendente a sapere di cure di una certa durata appare generica e non può quindi fondare una reticenza (RUA XVII 7), costituisce invece reticenza – nello stesso ambito – il fatto di tacere l'esistenza di una incapacità lavorativa al 50% (RUA XVI 5 citata da Benoit Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Ed. Universitaires Fribourg Suisse, pag. 12). Nell'ambito della conclusione di una assicurazione sulla vita costituisce reticenza negare di avere sofferto di male allo stomaco quando siano stati consultati due medici in proposito e ciò anche se gli esami non hanno rilevato l'esistenza di malattie gravi (RUA XV 22).

Se ad una domanda l'assicurato non abbia risposto l'assicuratore non potrà prevalersi di questo fatto per risolvere il contratto, a meno che dal contesto particolare (altre risposte del proponente), la domanda lasciata in bianco possa essere ritenuta evasa in un determinato senso e che questa risposta costituisca una reticenza (Carron, citato pag. 13; DTF 110 II 499). Se circostanze importanti non hanno fatto oggetto di domande, in generale non se ne potrà dedurre una reticenza. Nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie la domanda a sapere se negli ultimi 5 anni sia stata eseguita una radiografia verte su di un fatto importante, non tanto per la radiografia come tale quanto per le indicazioni che se ne possono dedurre riferibili al rischio assicurabile (Carron, citato, pag. 15 no. 42) mentre l'assicuratore non può invocare la reticenza a fronte di risposta imprecisa a domanda non intelligibile per tutti e se il proponente non l'aveva compresa (DTF 101 II 339). Non può essere inoltre ritenuta una reticenza laddove il proponente l'assicurazione ometta di segnalare dei sintomi di una malattia alla domanda tendente a sapere di quale malattia importante abbia sofferto, ciò se la malattia sia stata indicata (TA del Cantone Ticino, RUA XVII 6). Come ricorda Carron (citando un giudizio del Cantone Svitto pubblicato in RUA XVI 9):

"Comme la réticence ne peut être admise qu'avec la plus grande retenue, sa preuve n'est pas apportée lorsque les médecins traitants du preneur d'assurance n'étaient pas au courant d'un petit infarctus qu'il aurait subi et n'ont décelé aucune trace de troubles cardiaques ..."

E' d'altra parte possibile al proponente l'assicurazione dimostrare che la domanda alla quale ha risposto con reticenza non sia stata determinante per la conclusione del contratto da parte dell'assicuratore (cfr. comunque l'art. 4 cpv. 3 LCA), e che

l'assicuratore avrebbe comunque concluso il contratto se a conoscenza del fatto (SJ 1986 557).

La giurisprudenza ha ammesso reticenza, con riferimento all'assicurazione contro le malattie, per domande alle quali non sia stata data veritiera o completa risposta relativa a precedenti patologie del tubo digerente (Carron, citato, pag. 23 n. 64).

In merito all'esattezza delle risposte fornite occorre considerare gli aspetti soggettivi connessi al proponente. In altri termini il fatto di ignorare in maniera volontaria o per negligenza una circostanza può essere opposto al proponente. Come rammenta Carron (citato, no. 65) "Le propositant satisfait à son obligation de faire des déclarations lorsqu'il indique, outre les faits qui lui sont connus sans autre, ceux dont l'existence ne peut pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur".

La conseguenza di una reticenza è che l'assicuratore non è vincolato al contratto se ne sia receduto entro 4 settimane. L'assicuratore può recedere dal contratto ma può anche rinunciarvi come prevede l'art. 8 cpv. 5 LCA. La risoluzione del contratto ha effetti ex tunc (RUA V n° 798) e gli effetti retroagiscono al momento in cui le informazioni erronee sono state date (RUA V n° 78 in un caso ticinese).

Come indicato gli effetti della reticenza - assicuratore non vincolato al contratto dal quale può recedere entro 4 settimane dalla cognizione della reticenza - sono attenuate dalla possibilità (art. 8 cifra 5 LCA) di rinunciare al diritto di recedere dal contratto.

La giurisprudenza ha precisato che, a tal fine, non basta un avviso di scadenza di un premio (RUA XVI n° 31) o la concessione di un ulteriore termine per il versamento dei premi in conseguenza al ricovero della persona interessata (RUA VIII 51/55) o se vi sono state liquidazioni di sinistri senza che l'assicuratore fosse a conoscenza sicura di un caso di reticenza. L'assicuratore che propone all'assicurato il mantenimento del contratto previo nuovo esame dello stato di salute (esame medico completo) non può recedere dal contratto (RUA III n° 42 pag. 56).

- 2.11. Nel caso di specie alla signora V . F sono state poste tutta una serie di domande circa il suo stato di salute mediante il formulario sottoscritto il 2 dicembre 1999. L'assicurata ha

precisato come non sia stata ospedalizzata o sottoposta a trattamento medico e come non fosse prevedibile un trattamento medico. Rispondendo in questo modo la signora F. non ha dovuto rispondere alle successive domande (da 11 a 22) previste nel formulario, domande tendenti ad accertamenti più puntuali. La mancata informazione relativa all'esistenza di una "intossicazione di arsenico cronica" con trattamento eseguito presso la con una cura disintossicante in data 11 gennaio 1999 (doc. 16, con la precisazione fornita dal dott. E. che la paziente "stava quasi invalida all'inizio della cura. Adesso sta bene a parte di sintomi di Hypotonia/vertigini"), appare indubbiamente costitutiva di una reticenza. La circostanza andava segnalata alle risposte alle domande poste all'assicurata e si trattava di elemento importante per la valutazione del rischio da parte dell'assicuratore. La scoperta del fatto è avvenuta a seguito delle risposte fornite dal dott. E. a quesiti dell'assicuratore, risposta fornita il 26 giugno 2000.

Nonostante quanto precede va evidenziato come l'assicuratore abbia rinunciato a recedere dal contratto nel termine di 4 settimane ed abbia invece unilateralmente fissato una riserva mediante scritto del 12 luglio 2000.

La Cassa malattia ha quindi applicato, a torto, la giurisprudenza costante relativa agli art. 5 cpv. 3 LAMI e 2 cpv. 1 OllI valida anche in ambito LAMal (v. DTF 125 V 292) secondo cui gli assicuratori hanno la facoltà - nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa retta dagli art. 67 e segg. LAMal - di imporre una riserva retroattiva quando posteriormente alla decisione di ammissione (o di aumento della copertura assicurativa), viene constatato che, nel presentare la domanda, il postulante ha taciuto tutte o parte delle malattie di cui soffre, rispettivamente quelle di natura recidivante di cui soffriva in passato (RAMI 1986, 131 segg.; 1983, 225 e segg.; 1981, 129 segg.).

Nel caso di specie tale procedere non appare ammissibile. L'assicuratore, alla scoperta della reticenza ritenuta, doveva recedere dal contratto e, semmai, offrire all'assicurato una nuova copertura diversa dalla prima. L'ambito in cui ci si muove è infatti quello della LCA. L'assicuratore, nell'ambito delle coperture complementari, non agisce in quanto amministrazione applicando il diritto pubblico, ma agisce come ente che applica il diritto privato. La Cassa Malattia non poteva quindi imporre, con una decisione unilaterale come quella del 12 luglio 2000 in

discussione, una riserva relativa all'intossicazione cronica da arsenico, patologia sofferta in precedenza ma che non esisteva - come anche sostenuto da F in maniera incontestata - al momento della conclusione del contratto (esame dei capelli negativo). La riserva non è stata posta all'inizio del contratto quale clausola di specificazione del rischio (con esclusione dalla copertura di determinate affezioni) come indica l'art. 8 delle CG (doc. 18). Le stesse condizioni contrattuali (CG) prevedono infatti che in caso si appalesi una reticenza l'assicuratore non è vincolato al contratto "a condizione che vi rinunci entro 4 settimane ..." (art. 10). Nel caso concreto non erano presenti neppure gli estremi degli art. 16 cifra 2 e 18 cifra 1 lett. a CG non essendo - come detto - presente la malattia od i suoi postumi alla stipulazione del contratto.

La Cassa, nello scritto 12 luglio 2000, fa esplicito riferimento all'"unseren Entscheid" che reputa come accettato in caso di mancato "Bericht" nelle 4 settimane.

La Cassa ha quindi manifestato la sua intenzione di lasciare in essere il contratto di copertura Global con la sua comunicazione. Come rammentano anche le condizioni contrattuali all'Y era data unicamente - conformemente al testo di legge - la possibilità di recedere dal contratto o di continuare con il vincolo contrattuale. Inammissibile appariva invece imporre una riserva retroattiva riferita ad una patologia lasciando sussistere il vincolo contrattuale.

Alla luce di ciò questo TCA ritiene che il contratto per le coperture complementari concluso tra le parti vincoli le stesse, senza riserva, e quindi l'assicuratore dovrà operare i versamenti dovuti secondo contratto senza ammettere il caso della riserva.

La petizione, anche su tale punto, va ammessa.

- 2.12. Nel suo allegato 8 marzo 2001 l'assicurato fa riferimento ad altra procedura esecutiva, a fatture del dott. E e del dott. V. Su tali generiche affermazioni la Corte non può esprimersi. Qualora l'assicurato vantasse ulteriori diritti derivanti dall'assicurazione per le cure medico sanitarie obbligatoria vorrà esigere dalla Cassa una decisione impugnabile e, dopo l'eventuale opposizione alla decisione, potrà impugnare a questo TCA la decisione su opposizione. D'altro canto eventuali pretese scaturenti dalle coperture complementari dovranno essere avanzate adeguatamente alla Cassa la quale vi prenderà

posizione. In caso di rifiuto all'interessato sarà data la possibilità di adire, mediante petizione, questa Corte con esposto chiaro e richieste precise.

D'altra parte non sono neppure accoglibili in questa sede le richieste della Cassa formulate in sede di risposta alla petizione, tendenti ad ottenere il rigetto, limitatamente a CHF 100.-, dell'opposizione interposta al PE . L'esecuzione, intervenuta il 30 ottobre 2000, non appariva giustificata. L'esecuzione si riferiva ai premi delle coperture complementari per i mesi di luglio e agosto 2000 (cfr. pag. 2 risposta di causa) mentre gli atti della stessa Cassa dimostrano che il signor F ha versato l'importo di CHF 48.- relativi a tali mesi (prestazione complementare Global della moglie V per CHF 28,80 e per le figlie per complessivi CHF 48.- mensili) agli inizi di settembre 2000 (CHF 48.- versati due volte il 7 settembre 2000), ossia mesi prima dell'esecuzione.

- 2.13. Alla luce di quanto precede la petizione 12 febbraio 2001 dell'assicurato va accolta nella misura in cui contesta l'imposizione di una riserva retroattiva sul contratto denominato Global concluso da V F con la resistente Cassa e nella misura in cui chiede l'accertamento dell'avvenuto pagamento dei premi per le coperture Global durante l'anno 2000 da parte degli assicurati. Come indicato nelle considerazioni che precedono il contratto relativo alle coperture complementari vincola le parti e la Cassa dovrà eseguire le sue prestazioni contrattuali senza considerare il caso oggetto della riserva. Visto l'esito della procedura appare giustificato riconoscere al signor F , a titolo di equa indennità, alla luce dell'esito favorevole della sua petizione, un importo di CHF 200.- a carico della Cassa.

Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

## B. Assicurazioni complementari

- 1.- La petizione formulata da [redacted] è **accolta** nel senso dei considerandi.
- 2.- La petizione formulata dalla Cassa in sede di risposta e tendente ad ottenere il rigetto dell'opposizione interposta dall'assicurato al PE [redacted] del 30 ottobre 2000, limitatamente a CHF 100.-, è **respinta**.
- 3.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.  
La Y [redacted] verserà all'attore fr. 200.- a titolo di equa indennità.



4.- Intimazione alle parti.

Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna ai sensi degli art. 43seg della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
Il presidente

Daniele Cattaneo

Il segretario

Fabio Zocchetti

