

RACCOMANDATA



Incarto n.
36.2000.00093

Lugano
14 marzo 2002 / 22.3.02

CS/sc

In nome
della Repubblica e Cantone
del Ticino



Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

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

redattore: Christian Steffen

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 21 agosto 2000 di

Y **Assicurazioni SA**,
rappr. da: Servizio giuridico della Y

contro

K.

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. K. e sua moglie M. sono assicurati contro le malattie presso la Cassa malati Y (di seguito: Y). La copertura comprende, oltre all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'assicurazione Vacanza e l'assicurazione malattie complementari ambulatoriale, complementare e ospedale.

Dal 29 aprile 1998 al 1° maggio 1998, M è stata in degenza per un parto in un ospedale degli Stati Uniti. Sulla fattura della Clinica la Y ha versato un importo complessivo di fr. 16'254.50, corrispondente a \$ 11'081.80.

- 1.2. In occasione di un controllo di revisione, la Y si è accorta di un errore nel versamento delle prestazioni ed ha chiesto ai coniugi K la restituzione di un importo di fr. 10'458.35.

Dopo un intenso scambio di corrispondenza, la Y ha fatto spiccare un precetto esecutivo nei confronti di Isaac K. In seguito all'opposizione interposta dall'assicurato al PE no.

la Cassa malati ha presentato una petizione al TCA, con la quale chiede la condanna di K al pagamento di fr. 10'458.35, oltre alle spese amministrative di fr. 240, e il rigetto in via definitiva dell'opposizione.

Nella petizione la Y precisa quanto segue:

"(...)

Le prestazioni furono dunque erroneamente versate per intero. Solo più tardi, in occasione di un controllo di revisione, ci si accorse che in base alla copertura di cui l'assicurata disponeva si sarebbero dovute applicare le disposizioni seguenti:

- Art. 36, cpv. 4 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattia (OAMal), secondo il quale le prestazioni per i trattamenti in caso d'urgenza durante un soggiorno all'estero sono assunti nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria al massimo fino ad un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera.
- Cifra 5.1 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA) per l'assicurazione "Vacanza" secondo la quale le spese sono assicurate solo in caso di parto *imprevisto*.
- Cifra 3.4 delle Condizioni complementari per l'assicurazione LCA, secondo la quale se un assicurato in camera comune è degente al di fuori dell'Europa, i relativi costi vengono corrisposti nella misura del 25 % (una volta trascorse 8 settimane di soggiorno all'estero per anno civile).

Nell'applicare la detta disposizione la richiedente parte del presupposto che il soggiorno all'estero aveva già superato le 8 settimane al momento del ricovero in ospedale.

Sulla base di tali disposizioni, il conteggio fu rettificato come segue:

Totale dei costi come sopra	Fr. 16'254.50
Prestazioni dall'assicurazione obbligatoria: Fr. 770.00 al giorno (doppio tariffa Ospedale di Lugano) per 3 giorni di degenza	/./ Fr. 2'310.00
Importo non coperto dall'assicurazione obbligatoria	Fr. 13'944.50
Prestazioni dall'assicurazione complementare cat. E/A nella misura del 25 %	/./ Fr. 3'486.15
Differenza a carico dell'assicurata	Fr. 10'458.35

Mezzi di prova

- Condizioni generali di assicurazione e Condizioni complementari "LCA", edizione 1998 (vedi a pag. 26) allegato 6
- Condizioni generali di assicurazione "Vacanza", edizione 1997 valida anche per il 1998 (vedi a pag. 6) allegato 7
- Copia convenzione Ente ospedaliero cantonale/Casse malati per il 1998 allegato 8

Con lettere datate 6.10.1998 rispettivamente 23.10.1998, la richiedente comunicò all'assicurata che le prestazioni corrisposte erano troppo elevate e la pregò di mettersi in contatto con la richiedente. Non avendo ottenuto alcuna risposta, la richiedente invitò l'assicurata con scritto datato 9.11.1998 a rimborsarle l'importo di Fr. 10458.35 versato a torto. Ne seguì un primo sollecito di pagamento, poi una lettera esplicativa da parte della richiedente e quindi un secondo sollecito rimasto anche esso infruttuoso. Vi fu infine una lettera dell'opponente all'indirizzo della richiedente datata 14.7.1999 alla quale la richiedente rispose con scritto del 12.8.1999. Dal contenuto di questo scambio di corrispondenza sono desumibili le rispettive posizioni in merito alla fattispecie.

Mezzi di prova

- Copia lettera richiedente/assicurata del 06.10.1998 allegato 9
- Copia lettera richiedente/assicurata del 23.10.1998 allegato 10
- Copia lettera richiedente/assicurata del 09.11.1998 allegato 11
- Copia sollecito di pagamento del 16.03.1999 con messaggio via fax dell'assicurata allegato 12
- Copia lettera richiedente/assicurata del 13.04.1999 allegato 13
- Copia sollecito di pagamento del 18.05.1999 allegato 14
- Copia lettera opponente/richiedente del 14.07.1999 con allegati allegato 15
- Copia lettera richiedente/assicurata del 12.08.1999 e copia del questionario firmato a cui si fa riferimento allegato 16

La richiedente fu quindi costretta a inoltrare in data 5.7.1999 una domanda di esecuzione nei confronti dell'opponente per un importo di Fr. 10'458.35 più spese amministrative di complessivi fr. 240.00. Si fa presente che in tale importo non sono comprese le spese esecutive, ma si tratta di spese interne che la richiedente fa valere per il trattamento del caso. L'opponente interpose in seguito opposizione al precetto esecutivo n°

in data 12.7.1999 e recapitato il 31.8.1999. In data 2.9.1999, la richiedente emise quindi una decisione passibile di opposizione dichiarante il rigetto dell'opposizione al precetto esecutivo. Tale decisione, alla quale l'opponente fece poi opposizione, fu emessa però per errore, visto che nella fattispecie non si tratta di prestazioni derivanti dall'assicurazione obbligatoria secondo la LAMal, bensì come sopra esposto dalle assicurazioni complementari secondo la LCA.

Mezzi di prova

- Copia domanda di esecuzione del 05.07.1999 allegato 17
- Precetto esecutivo n° allegato 18
- Copia decisione passibile di opposizione del 02.09.1999 allegato 19
- Copia lettera opponente/richiedente del 29.09.1999 (opposizione alla decisione) allegato 20

Spese, tasse di giustizia e ripetibili devono andare a carico dell'opponente. Alla richiedente va concessa un'indennità di parte adeguata." (Doc. I)

1.3. Con risposta del 27 settembre 2000 K chiede la rieiezione della petizione rilevando in particolare:

"(...)

- Siamo in possesso di una dichiarazione firmata dall'ex collaboratore della Y in data 11.6.99, che dichiara di essere sempre stato al corrente del fatto che i Sign. K sono spesso tenuti a frequentare corsi di perfezionamento negli USA che spesso durano a lungo. Però quando noi abbiamo stipulato il contratto con il Sign. L della Y, gli abbiamo presentato tutti i nostri fabbisogni e in base alla nostra situazione egli ci ha assicurato che non dobbiamo preoccuparci perchè saremo pienamente assicurati. (vedi allegato 1)
- Secondo allegato certificato medico del Dott. S un rientro in patria era assolutamente proibito perciò e considerato un'urgenza non solo la degenza ospedaliera ma anche le cure e visite mediche che la paziente necessitava. (vedi allegato 2)
- Desidero chiarire che la camera all'ospedale era camera comune che negli USA viene chiamata semiprivata. Vedi allegato informativo 3.
- La fattura di frs. 1514.00 per prestazioni al neonato non è a carico della madre, bensì il responsabile impiegato della Y avrebbe, al momento del nuovo contratto, dovuto proporre un'assicurazione di copertura che favorisca al massimo la situazione attuale." (Doc. V)

1.4. Con scritto del 18 ottobre 2000 la Cassa ha affermato:

"(...)

In merito alla controversia stessa precisiamo che la risposta in oggetto non contiene nulla che possa modificare la nostra

valutazione della situazione giuridica. Ciò vale in particolare per quanto riguarda la dichiarazione di un ex collaboratore della Y allegata alla risposta. Se l'assicurazione stipulata non corrispondeva a quanto auspicato dall'assicurato, egli avrebbe dovuto reagire in tempo utile. Secondo l'art. 12 LCA, quando il contenuto della polizza non concorda con le convenzioni intervenute, lo stipulante deve chiederne la rettifica entro quattro settimane dal ricevimento della polizza. Tale rettifica non è mai stata richiesta. Per questo motivo lo stipulante l'assicurazione è vincolato all'esistente contratto d'assicurazione." (Doc. VII)

- 1.5. Il 12 gennaio 2001 K è stato sentito dal TCA, ed ha affermato:

"Posso dire di non ricordare più esattamente quando è iniziato, nel 1998, il soggiorno di mia moglie negli Stati Uniti. Esaminata la fattura 8 aprile 1998 prodotta sub doc. A2, ritengo, tuttavia, che mia moglie si trovasse già all'estero nel corso del mese di gennaio 1998. Non posso neppure affermare che per il soggiorno all'estero qui in discussione, avessimo preventivamente stabilito una precisa durata. Io e mia moglie andiamo e torniamo dagli USA senza alcuna regola. La gravidanza di mia moglie è iniziata nel corso del mese di agosto 1997. Il termine per il parto è stato previsto dal dottor nella dichiarazione acclusa al doc. A15, ossia il 29 aprile 1998.

Voglio aggiungere che, dopo aver stipulato il contratto, mi sono recato più volte presso l'Agenzia di Lugano della Cassa malati Y, per assicurarmi che la mia copertura non aveva, nel frattempo, subito alcuna modifica. La risposta fornitami dal signor L. e dal signor G., ex collaboratori della Y è sempre stata positiva, nel senso che nessun cambiamento era intervenuto.

Riguardo alla lettera 18 ottobre 2000 della Y (VII), non ho ritenuto di rispondere, anche se il suo contenuto è da considerare manifestamente fuori luogo e, perciò, contestato." (Doc. XI)

- 1.6. In data 23 gennaio 2002, alla presenza della parti, sono stati sentiti L. e G. (doc. XVIII).
- 1.7. Infine, interpellata dal TCA, la Cassa ha ancora rilevato quanto segue:

"1. Come si rileva dall'allegato estratto informativo, il pagamento dell'importo in discussione di 16'254.50 franchi, è stato fatto al signor K, sotto il cui numero di famiglia () figura anche l'assicurazione della moglie, M'

2. Quale data di pagamento l'estratto informativo indica il 3 luglio 1998. A tale data l'importo è stato versato sul conto corrente postale K

La richiesta di rimborso dell'importo di 10'458.35 franchi è avvenuta il 9 novembre 1999, dopo che l'errore era stato rilevato in occasione di una revisione. Il 5 luglio 1999, otto mesi dopo l'accertamento del diritto al rimborso, è stata avviata l'esecuzione." (doc. XX)

in diritto

- 2.1. In concreto, oggetto della vertenza è la questione a sapere se la Y può chiedere in restituzione a K. l'importo di fr. 10'458.35.

Occorre anzitutto verificare la competenza di questo TCA a giudicare la fattispecie.

L'assicurazione contro le malattie è stata regolamentata, sino al 31 dicembre 1995, dalla LAMI che è stata sostituita, con effetto a decorrere dal 1. gennaio 1996, dalla nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Secondo quanto disposto dall'art. 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa.

La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati (art. 13 OAMal) e gli altri rami d'assicurazione (art. 14 OAMal) sono diventate di puro diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Dal profilo procedurale, la LAMal ha operato una cesura completa fra i rimedi giuridici nell'assicurazione malattia sociale e nelle assicurazioni complementari: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa (cfr. art. 85ss LAMal), per le vertenze relative alle seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile.

Giusta l'art. 47 cpv. 2-4 della legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati (modificata in occasione dell'adozione della LAMal), per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie giusta la legge federale del 14.3.1994 sull'assicurazione malattie, i cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

Il 1° gennaio 1996 è entrata in vigore la legge di applicazione della LAMal (LCAMal) che, all'art. 75, prevede che

"le contestazioni degli assicuratori tra di loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazioni, praticati da

assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

È applicabile per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA."

In concreto la contestazione si fonda sull'importo chiesto in restituzione fondato sulle prestazioni complementari.

In queste circostanze, trattandosi di prestazioni complementari ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 e 3 LAMal (cfr. A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, ed. Helbing et Lichtenhahn 1996, pag. 134) - ambito nel quale le casse malati e gli altri istituti assicurativi non sono autorizzati a emanare decisioni -, il TCA è competente a statuire sulla petizione presentata dall'interessata in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal.

- 2.2. Rilevanti, per la verifica della fondatezza delle pretese dell'attrice, sono le Condizioni generali d'assicurazione (in seguito CGA), le condizioni complementari (in seguito CC), nonché la LCA che costituisce il fondamento legale su cui poggia il rapporto fra le parti.

Giusta l'art. 100 cpv. 1 LCA "per tutto quanto non sia previsto nella presente legge il contratto d'assicurazione è retto dalle disposizioni del diritto delle obbligazioni."

In DTF 127 III 421 il TF, in una causa che opponeva una clinica ad una cassa malati relativa alla richiesta di rimborso per spese di cura che si ritenevano pagate di troppo, ha stabilito che, avendo l'assicuratore saldato la fattura senza riserve, un'eventuale pretesa di restituzione non è di natura contrattuale. L'Alta Corte ha di conseguenza applicato al caso di specie le norme relative all'indebito arricchimento (art. 62 ss CO). Il TF ha in particolare ribadito che:

"Im Hinblick auf eine zu Unrecht bezogene Versicherungsleistung hat das Bundesgericht ausgeführt, die Rückforderung ergebe sich nicht aus Vertrag, sondern aus ungerechtfertigter Bereicherung (BGE 42 II 674 E. 2a S. 680)." (DTF 127 III 421, pag. 426 consid. 3bb)

Ai sensi dell'art. 62 cpv. 1 CO chi senza causa legittima si trovi arricchito a danno dell'altrui patrimonio, è tenuto a restituire l'arricchimento. Si fa luogo alla restituzione specialmente di ciò che fu dato o prestato senza valida causa, o per una causa non avveratasi o che ha cessato di sussistere (art. 62 cpv. 2 CO).

L'art. 63 cpv. 1 CO prevede che chi ha pagato volontariamente un indebito può pretendere la restituzione, solo quando provi d'aver pagato perché erroneamente si credeva debitore.

Per l'art. 64 CO chi si è indebitamente arricchito non è tenuto a restituire ciò di cui provi che, al momento della ripetizione, non è più arricchito, a meno che se ne sia spossessato di mala fede o che dovesse prevedere la domanda di restituzione.

L'art. 67 cpv. 1 CO prevede che l'azione di indebito arricchimento si prescrive in un anno decorribile dal giorno in cui il danneggiato ebbe conoscenza del suo diritto di ripetizione, in ogni caso nel termine di dieci anni dal giorno in cui nacque tale diritto. Trattandosi di un termine di prescrizione non può essere rilevato d'ufficio, ma deve essere sollevato dalla parte che intende prevalersene (art. 142 CO; A. Koller in: Das Schweizerische Obligationenrecht, 9. Ed., Zurigo 2000, pag. 327).

- 2.3. In concreto K non nega di aver ricevuto la somma chiestagli in restituzione, né afferma di essersene spossessato.

L'attrice, da parte sua, asserisce di aver pagato la prestazione volontariamente, credendo erroneamente di esserne debitrice, accorgendosi in un secondo tempo, in occasione di un controllo di revisione, che in realtà andavano applicate altre disposizioni.

Ora, nella citata sentenza pubblicata in DTF 127 III 421 il TF ha affermato:

"Es stellt sich bei dieser Sachlage die Frage, ob die Klägerin nachzuweisen vermag, dass sie sich über die Schuldpflicht im Irrtum befunden hat. Nach ihren eigenen Angaben, hat sie die Rechnungen vorerst nicht geprüft, sondern erst nach deren Bezahlung bei näherer Prüfung festgestellt, dass mehrere Posten nach ihrer Auffassung nicht gerechtfertigt seien. Gleichwohl trifft zu, dass sie die fehlerhaften Posten auf den detaillierten Rechnungen ohne weitere Abklärungen hat erkennen und farblich kennzeichnen können. Diese Möglichkeit bestand ab Erhalt der Rechnungen, so dass fraglich ist, ob sie den Irrtum über die Schuldpflicht nachweisen kann. Die Frage kann dahingestellt bleiben, weil allfällige Rückforderungsansprüche ohnehin verjährt sind" (consid. 4a)

Nella presente fattispécie, questa Corte ritiene che la Cassa ha provato di essersi trovata nell'errore, avendo pagato la prestazione poiché non ha preso in considerazione, a torto, come si vedrà nel successivo considerando, le norme applicabili alla fattispécie e sgorganti, in particolare, dalle condizioni

generali delle prestazioni complementari. Va qui rilevato che esiste un errore ai sensi dell'art. 63 CO anche quando colui che ha versato a torto la prestazione avrebbe potuto conoscere l'errore (H. Schulin, in Basler Kommentar, n. 9 ad art. 63 CO, pag. 427; DTF 64 II 129).

- 2.4. Si tratta di conseguenza di determinare se il convenuto aveva effettivamente diritto alle prestazioni percepite.

Così come indicato al consid. 1.1., la copertura del convenuto comprendeva, oltre all'assicurazione sociale obbligatoria, alcune assicurazioni complementari.

In particolare l'assicurazione Vacanza e le assicurazioni malattie complementari ambulatoriale, complementare e ospedale.

Per l'art. 5.1 dell'assicurazione Vacanza "la società assume durante 6 mesi al massimo dall'inizio del trattamento la parte non coperta dei costi ospedalieri e di quelli del trattamento ambulatoriale sostenuti all'estero in caso di malattia, infortunio o parto imprevisto" (sottolineatura del redattore).

L'art. 5.3. prevede invece che "se l'assicurato si reca all'estero per essere curato di una malattia o dei postumi di un infortunio, o per parto o interruzione di gravidanza, le spese non sono assicurate anche se la cassa prende le spese a suo carico."

Un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 112 II 253) e alla luce del principio della buona fede (DTF 115 II 268). Se questa non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto. Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, con la riserva di accezioni tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342; JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in B. Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg 1997 pag 72).

L'interpretazione di una clausola - ovvero la sua valutazione alla luce del contenuto e dello scopo del contratto - è un'operazione sempre necessaria affinché si possa determinarne la portata (Rep 1993 213ss; DTF 112 II 253ss; A. Maurer, Privatversicherungsrecht 1986, p. 231; DTF 116 II 345; Roelli/Keller, Kommentar z. BG über den Versicherungsvertrag, ed 1968 p. 459).

Nel caso di specie, emerge chiaramente che le parti hanno voluto stipulare una copertura assicurativa limitatamente ai casi di malattia, infortunio o parto imprevisti.

Ritenuto come l'assicurato stesso ha affermato, in corso di causa, che il termine per il parto della moglie è stato previsto dal dottor _____ il 29 aprile 1998 (doc. XI), il convenuto non può prevalersi della suddetta assicurazione.

L'art. 3.4. dell'assicurazione complementare dei costi di guarigione Ospedale (delle assicurazioni malattie complementari ambulatoriale, complementare e ospedale) prevede che "per le degenze in un ospedale estero dovute ad urgenza e quando il viaggio di rientro a casa, rispettivamente il trasferimento in un ospedale svizzero non è possibile o non può essere ragionevolmente preteso, la Y _____ corrisponde le seguenti prestazioni: durante un periodo di 8 settimane per anno civile la piena copertura dei costi secondo l'assicurazione per vacanze e viaggi Vacanza. Una volta trascorse 8 settimane di soggiorno all'estero per anno civile, l'assunzione dei costi si basa sulla copertura assicurativa." In concreto, al di fuori dell'Europa, il 25% dei costi per l'assicurato in camera comune.

In sede di udienza K _____ ha affermato di ritenere che la moglie di trovasse già all'estero nel corso del mese di gennaio 1998 (doc. XI). Per cui, in applicazione del citato art. 3.4., essendo trascorse più di 8 settimane il giorno del ricovero (aprile 1998), la Cassa ha rettamente pagato a K _____ il 25% dei costi in camera comune.

Infine, circa la fattura di fr. 1'514 per prestazioni per il neonato, il convenuto non sostiene che questa fattura è coperta da un'assicurazione complementare, ma si limita ad affermare che il responsabile della Y _____, avrebbe dovuto proporre una copertura per favorire la situazione attuale (doc. I).

- 2.5. L'insorgente si prevale infine di un'attestazione di L. _____, ex collaboratore della Y _____, il quale in uno scritto dell'11 giugno 1999 ha affermato:

"Dichiaro che, quando lavoravo presso la ditta Y _____, ero sempre al corrente del fatto che i Signori K. _____, passano la maggior parte dell'anno negli Stati Uniti d'America e che volevano assolutamente una copertura assicurativa del 100% su tutti i casi relativi all'assistenza medica, sia per degenza ospedaliera o parto ecc."
(Doc. V/1)

Sentito in merito dal giudice delegato del TCA L
ha affermato:

"Non sono più attivo in seno alla Y dal 1996. Sono stato dipendente dell'assicurazione dal 1° agosto 1990. Fungevo da acquirente della clientela e consulente presso la precedente sino al 1997 e quindi presso alla Y in seguito alla fusione di

lo mi sono occupato del contratto assicurativo del signor K e della sua famiglia sino alla mia partenza. La copertura ha subito diverse modifiche nel corso degli anni a dipendenza delle esigenze e dei costi dei premi. E' giusto dire che ero al corrente durante la mia attività in Y dell'esigenza dei signori K di avere una copertura che si estendesse anche all'estero perché sapevo che essi erano domiciliati a Lugano ma erano spesso all'estero.

Questa loro esigenza mi era nota sin da prima della modifica di legge in precedenza alla LAMal, loro infatti, come nucleo familiare, disponevano di una copertura molto estesa, quella imposta dalla LAMi e dalle complementari rette dalla stessa legge.

Con la modifica della legge, come precisa il signor P. (nota del redattore: responsabile del centro liquidazioni della Y) la Y si è dotata di nuovi regolamenti e ciò a partire dal 1.1.1997.

Effettivamente confermo di non avere più avuto contatto con i signori K. per le questioni relative alle loro coperture.

Mi viene riletta in questa sede la dichiarazione datata 11.6.1999. La confermo nella misura in cui va contestualizzata con quanto appena verbalizzato, ossia va riferita al mio periodo di collaborazione presso la cassa.

Preciso a domanda che dalla Y sono partito verso maggio/giugno 1996.

Io ho sempre esclusivamente avuto contatto col signor K e non con la moglie." (doc. XVIII)

G., anch'egli sentito come teste, funzionario presso la Y, ha affermato:

"E' giusto dire che mi sono occupato delle polizze relative alla famiglia K con la partenza del collega L. Il giudice rammenta che con l'1.1.1996 è entrata in vigore la LAMal e mi chiede se in conseguenza di ciò abbia avuto contatto col signor K. Preciso che l'ho visto il 27.8.1997 perché con effetto a quella data ho agli atti una modifica di copertura per le cure ospedaliere riferita alla moglie del signor K con il passaggio dalla classe semi-privata alla classe comune.

Posso riscontrare agli atti che successivamente a ciò vi è stata, nel marzo del 1998, la proposta di modifica della polizza per l'arrivo del bimbo e quindi una copertura prenatale. La copertura si riferiva al bambino che doveva nascere e tendeva alla possibilità di avere già

delle assicurazioni in corso ed evitare possibili riserve alla nascita sulle complementari.

Io sapevo che il signor K passava gran parte del suo tempo all'estero, in particolare negli Stati Uniti. In occasione del nostro incontro del 1997 la polizza è stata modificata nell'ottica di conseguire dei risparmi sulla spesa, ossia di risparmiare sui premi con l'esclusione del reparto semi-privato in caso di ospedalizzazione ed al passaggio in camera comune. Si trattava di passare quindi ad un'altra forma di prestazione complementare offerta da Y. Questa complementare permetteva in sostanza il ricovero in qualsiasi ospedale svizzero, pubblico o privato, in reparto comune.

Preciso che una delle offerte Y era una polizza privata mondo, una sorta di copertura totale, sia territorialmente che per prestazioni. Non ho memoria precisa di avere accennato di questa possibilità al signor K.

Il signor K dichiara che in occasione della visita dell'agosto 1997 ci tenne a che fosse chiaro che il passaggio di sua moglie da una copertura ospedaliera semi-privata a quella comune nell'ambito delle assicurazioni complementari non avesse nessuna incidenza se non sul numero di letti presenti nella stanza e che quindi non vi fosse una diminuzione nell'ambito degli altri aspetti assicurativi.

Non ricordo in particolare questo aspetto del nostro colloquio. Preciso che la differenza più significativa del passaggio della signora M dalle due coperture citate era la presenza di più letti nella stanza. Non vi era invece una differenza nell'aspetto della territorialità delle coperture.

Non posso dire che si sia rinnovata la polizza relativa a questa complementare ai sensi della LAMai, nel senso che la copertura, modificata nel 1997, esisteva già in precedenza. Preciso che ogni anno Y trasmette le polizze nuove e le Condizioni generali di assicurazione ai propri affiliati.

Vista l'esigenza dei signori K di risiedere per lunghi periodi all'estero, era stata conclusa con loro una copertura "Assicurazione ambulatoriale complementare di grado 3" che tendeva a coprire la differenza di costo e quindi a pagare le prestazioni mediche ambulatoriali di cui l'assicurato beneficiava all'estero. Una copertura di cui hanno sempre fruito.

A domanda del signor K, preciso nuovamente che, sapendo la famiglia K molto spesso in America, l'esigenza di copertura era in particolare soddisfatta dalla "Ambulatoriale classe 3" di cui ha parlato. Ricordo di non avere a memoria offerto la privata mondo, ma comunque visto l'esigenza manifestata a fine agosto dal signor K, relativa alla diminuzione dei costi dei premi, una tale offerta non entrava in linea di conto." (Doc. XVIII)

Dalle risultanze testimoniali emerge come i dipendenti della Y fossero a conoscenza dei continui viaggi all'estero della famiglia K. Ciò risulta del resto pure dallo scritto di L del 11 giugno 1999 (doc. V/1). Tuttavia, da questo

scritto e dalle affermazioni dei testi, emerge unicamente la consapevolezza dei continui viaggi all'estero, ma non la concretizzazione, tramite assicurazioni complementari, di una copertura totale. In particolare dalle parole di G risulta che la Y prevede la possibilità di essere assicurati in tutto il mondo per le prestazioni richieste dal convenuto tramite la polizza "mondo". Tale tipo di assicurazione, e il convenuto non lo contesta, non è tuttavia stata sottoscritta dalla famiglia K. Ciò anche perché, come emerge dalle tavole processuali, nell'agosto del 1997, con lo scopo di contenere i costi, vi è stata una riduzione delle condizioni assicurative, in particolare quelle concernenti la moglie.

Va qui rilevato che, come emerge dalle testimonianze, la complementare sottoscritta da K permetteva il ricovero in qualsiasi ospedale svizzero in reparto comune. Esclusa pertanto la copertura dei costi in caso di ricovero all'estero, prevista dalla polizza privata mondo, non sottoscritta tuttavia dal convenuto e forse neppure presentatagli, proprio perché, scopo del suo incontro con il consulente nell'agosto del 1997, era quello di conseguire dei risparmi sui premi pagati.

Come rilevato dalla Y, nella misura in cui il convenuto non era d'accordo con il contenuto delle polizze, o delle aggiunte, doveva chiedere la rettifica entro quattro settimane dal ricevimento, pena l'accettazione del loro tenore (cfr. art. 12 cpv. 1 LCA).

In queste circostanze, ritenuto come l'importo di fr. 10'458.35, il cui ammontare non è contestato, è stato versato erroneamente al convenuto, in virtù delle regole sull'indebito arricchimento (art. 62ss CO, cfr. consid. 2.2 e 2.3) la Y ne ha rettamente chiesto la restituzione.

Per contro, a mente del TCA, non si giustifica la rifusione dell'importo di fr. 240 per spese amministrative. Infatti, questo importo non è costitutivo di arricchimento da parte del convenuto.

La petizione va di conseguenza parzialmente accolta nel senso che il convenuto è tenuto a pagare fr. 10'458.35.

L'opposizione al precetto esecutivo no.

rigettata in via definitiva limitatamente
a tale importo.

Le spese sono a carico dello Stato, mentre non si assegnano
indennità di parte.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è **parzialmente accolta**.
§ K. è condannato a pagare alla γ
fr. 10'458.35.
§§ L'opposizione al PE no. 1
è rigetta in via definitiva limitatamente a fr. 10'458.35.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste
a carico dello Stato. Non si assegnano ripetibili.
- 3.- 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

