

RACCOMANDATA



Incarico n.
36.2001.00110

Lugano
21 maggio 2002

CS/cd

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 dicembre 2001 di

V.

contro

Y Assicurazioni SA,

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. In data 10 agosto 1997, V., all'epoca alle dipendenze dell' in qualità di cuoco, è rimasto vittima di un infortunio. Egli è infatti caduto mentre stava pattinando con i Rollerskates, riportando una commozione cerebrale, una commozione labirintica destra con lesione incompleta uditiva, totale vestibolare.
- 1.2. In seguito a questo infortunio, V., assicurato presso l'Y Assicurazioni SA, oltre che per le cure medico sanitarie obbligatorie, anche per alcune coperture complementari, si è rivolto al proprio assicuratore al fine di ottenere le prestazioni

previste dal contratto di assicurazione complementare "d'infortunio e d'invalidità" (UTI).

Il 29 maggio 2001 è stato proposto all'interessato di liquidare il caso dietro pagamento di fr. 13'200 (doc. E).

L'assicurato si è opposto all'accordo ed ha chiesto all'Y SA il pagamento di fr. 60'000.

Non avendo ottenuto soddisfazione, V. rappresentato si è rivolto al TCA, rilevando quanto segue:

- "1. Secondo la polizza assicurativa LCA di cui al doc. A, assicuratrice delle prestazioni è la Y assicurazioni SA.

Dalla proposta di liquidazione 30 marzo 2001 di cui al doc. E, leggesi che con il pagamento di questo importo, tutte le rivendicazioni derivanti da questo sinistro verso la Solida, come pure verso la Cassa malati Y assicurazioni SA sono considerate siccome integralmente risarcite.

Infine, l'art. 2 delle CGA di cui al doc. B, recita che per le prestazioni assicurate secondo l'art. 1 cpv. 1, la Y assicurazioni SA ha stipulato un contratto di collaborazione con la Z e che l'assicuratore di queste prestazioni è la precitata Z.

Mentre, secondo il cpv. 2 di detto disposto di Legge, per le prestazioni assicurate secondo l'art. 1 cpv. 2 di queste CGA, l'Y assicurazione integrativa SA in Zurigo è l'assicuratrice delle prestazioni.

Di conseguenza, dato che regna il caos più totale su quale Istituto assicurativo sia da convenire in giudizio, per prudenza l'attore conviene sia l'Y SA, sia la Z, ritenuto che, se del caso, una delle due assicurazioni dovrà essere estromessa dalla lite.

2. A mente dell'attore, la competenza giurisdizionale di questo Tribunale è data giusta l'art. 1 cpv. 3 LPTCA, secondo cui, contro le decisioni concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami di assicurazione degli assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 è data petizione al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

La procedura, applicata per analogia, è quella prevista per i ricorsi.

Si chiede conseguentemente a questo Tribunale di accertare preliminarmente la competenza ritenuto che nella denegata e contestata ipotesi in cui non fosse data, l'azione sarà riproposta dinanzi al Pretore. " (Doc. I)

1.3. Con ordinanza dell'8 gennaio 2002 il giudice delegato del TCA ha chiesto all'attore di completare la petizione, pena la sua irricevibilità (doc. II).

Con atto del 16 gennaio 2002 l'attore ha presentato una petizione, simile nel contenuto alla precedente, nella quale precisa:

"1. Secondo la polizza assicurativa LCA di cui al doc. A, assicuratrice delle prestazioni è la Y assicurazioni SA.

Dalla proposta di liquidazione 30 maggio 2001 di cui al doc. E, leggesi che con il pagamento di questo importo, tutte le rivendicazioni derivanti da questo sinistro verso la Z, come pure verso la Cassa malati Y assicurazioni SA sono considerate siccome integralmente risarcite.

Però, l'art. 2 delle CGA di cui al doc. B, recita che per le prestazioni assicurate secondo l'art. 1 cpv. 1, la Y assicurazioni SA ha stipulato un contratto di collaborazione con la Z, e che l'assicuratore di queste prestazioni è la precitata Z.

Mentre, secondo il cpv. 2 di detto disposto di Legge, per le prestazioni assicurate secondo l'art. 1 cpv. 2 di queste CGA, la Y assicurazione integrativa SA in Zurigo è l'assicuratrice delle prestazioni.

Dato che regna il caos più totale su quale Istituto assicurativo sia da convenire in giudizio, l'attore conviene la Y SA, avendo comunque cautelativamente già spiccato un precetto contro la Z per salvaguardare e interrompere la prescrizione.

A mente dell'attore infatti da convenire in giudizio è la Y Assicurazioni SA, perché:

- la polizza è stata stipulata con la Y SA;
- i premi sono sempre stati pagati a detto Istituto;
- la perizia è stata commissionata dalla Y assicurazioni SA;
- la proposta di liquidazione è stata inviata dalla Y assicurazioni SA e sulla stessa figura il nome di detta cassa malati.

Però, le CGA di cui al doc. B, posto come nell'evenienza concreta si tratti di un caso di invalidità ex art. 1 cpv. 1 CGA, si definisce quale assicuratore la Z (art. 2 cpv. 1 CGA). Inoltre, la proposta di liquidazione annessa allo scritto di cui al doc. E, benché indichi quale cassa malati la Y SA, è redatto dalla Z.

Qualora dunque questo Tribunale ritenesse, come l'attore, che la Y assicurazioni SA è assicuratore, nel caso in esame la competenza sarebbe data, mentre se ritenesse la Z SA non lo sarebbe, per cui si chiede a questo Tribunale di

pronunciarsi di risolvere preliminarmente la questione della legittimazione passiva.

2. Stabilita la legittimazione passiva della convenuta, la competenza giurisdizionale di questo Tribunale è data giusta l'art. 1 cpv. 3 LPTCA, secondo cui, contro le decisioni concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami di assicurazione degli assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 è data petizione al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

La procedura, applicata per analogia, è quella prevista per i ricorsi."

(Doc. III)

- 1.4. Nella sua risposta del 6 febbraio 2002 l'Y SA chiede di respingere la petizione osservando:

2.1. Oggetto del contratto

Una copertura assicurativa integrativa d'infortunio retta dalla LCA.

2.2. Partners contrattuali

La Y Assicurazioni integrative SA (che può essere rappresentata dalla Y Assicurazioni SA) e la Z. Assicurazioni SA (qualificata come Z.).
Di fatto, si tratta di tre soggetti di diritto indipendenti.

2.3. Qualifica giuridica degli assicuratori

La Y Assicurazioni SA, Y Assicurazioni integrative SA sono a tutti gli effetti degli assicuratori sociali ai sensi della LAMal.
La Z. Assicurazioni SA non dispone del riconoscimento di assicuratore sociale.

2.4. Prestazioni assicurate

In virtù dell'art. 2 cpv. 2 delle CGA la Y Assicurazioni integrative SA interviene, in caso d'infortunio, assumendo a complemento, altre prestazioni d'infortunio in base alle norme e alle tariffe dell'assicurazione obbligatoria d'infortunio (LAINF): il dettaglio di quanto assunto è indicato nelle "condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) - cfr. art. 1 cpv. 2 CGA.

L'art. 2 cpv. 1 CGA indica che la Z. interviene nei casi indicati all'art. 1 cpv. 1 CGA e meglio eroga "prestazioni per le conseguenze d'infortunio, di decesso e d'invalidità". Per l'esempio l'art. 13 CGA inerente la determinazione dell'invalidità precisa il debitore della prestazione in questo caso e meglio la Z.

2.5. Natura giuridica della relazione Y Assicurazioni integrative SA (Y Assicurazioni SA) / Z.

2.5.1. in generale

Y Assicurazioni SA è abilitata a rappresentare la Helsana Assicurazioni integrative SA ed in questa veste - attraverso un contratto di collaborazione con la Z. (cfr. art. 2 cpv. 1 CGA) -

propone al pubblico un contratto d'assicurazione infortuni (copertura integrativa).

La caratteristica di questo contratto risiede nel fatto che l'assicurato dispone di un'aspettativa ad una serie di prestazioni che, se del caso, queste sono dovute rispettivamente dalla Y Assicurazioni integrative SA o dalla SOLIDA.

Di questo fatto l'assicurato è ragguagliato in modo esaustivo attraverso le CGA.

Altra particolarità legata a questa relazione contrattuale - del resto conosciuta e dunque accettata dalle parti - che per facilitare i rapporti esterni la Y Assicurazioni SA funge, in prima battuta, da rappresentante della Z. (cfr. art. 19 CGA).

2.5.2. in casu

La proposta di "accordo di risarcimenti danni" datata 29 maggio 2001 indica in modo inequivocabile che si tratta di una proposta proveniente dalla Z. e che comunque congloba le eventuali aspettative dell'assicurato fronte la Y Assicurazioni integrative SA.

Dalla lettura degli atti risulta palese che il signor V abbia ben afferrato che debitore delle prestazioni inerenti il suo caso non è la Y Assicurazioni SA ma bensì la Z. infatti, la prima frase dello scritto 18 giugno 2001 (doc. F) che il signor V ha indirizzato alla Y Assicurazioni SA (sede di Zurigo) - con copia per conoscenza alla Z. - dimostra come l'attore ritiene che l'"accordo di risarcimenti danni" sia stato elaborato esclusivamente dalla Z. ... poiché sola debitrice delle prestazioni erogabili in base alla fattispecie.

A titolo abbondanziale, giova chiarire che sarebbe fuori luogo sostenere che la citata proposta rappresenti una dichiarazione solidale per così qualificare la Y Assicurazioni integrative SA e la Z. di "debitori solidali". Infatti, non solo le condizioni generali indicano espressamente quali prestazioni sono assicurate e quale soggetto di diritto è tenuto al pagamento; ma pure lo stesso signor V dimostra, inequivocabilmente, di ritenere che la proposta di liquidazione proviene dalla Z. (Y Assicurazioni SA agisce solo ed esclusivamente quale tramite). Questa constatazione conferma pure il fatto che il contenuto e la relativa presentazione della liquidazione - così elaborata per facilità di comunicazione - sono stati ben compresi dal qui attore che ha individualizzato il reale debitore delle prestazioni.

Sempre per completare il quadro va sottolineato come l'incasso del premio assicurativo da parte della Y Assicurazioni SA non offre il diritto - in questo caso - ad ottenere una prestazione assicurativa dall'Y Assicurazioni integrative SA e ciò poiché nessuno vieta che un soggetto di diritto indipendente riscuota "per procura" il pagamento di un premio assicurativo che sarà poi attribuito al relativo partner contrattuale. Ovvio, il discorso potrebbe essere diverso se la Y Assicurazioni SA / Y Assicurazioni integrative SA avessero proposto questa copertura assicurativa in nome proprio o omettendo di menzionare di "riassicurare" il rischio presso un altro assicuratore.

2.5.3. sintesi

Lo si ribadisce, in questo caso, qualsiasi contraente l'assicurazione può rendersi conto, leggendo attentamente le CGA, che egli è assicurato con due soggetti di diritto indipendenti, per prestazioni distinte.

2.6. Oggetto del contendere

Punto di partenza della presente vertenza risulta essere un "accordo di risarcimenti danni" 29 maggio 2001 inviato al signor Vallana con lettera accompagnatoria della Y Assicurazioni SA datata 30 maggio 2001.

La citata proposta di accordo è presentata su carta intestata Z. Assicurazioni SA e menziona che "con il pagamento di questo importo, tutte le rivendicazioni derivanti da questo sinistro verso la Z. come pure verso la cassa malati Y Versicherungen SA dalle assicurazioni infortuni in caso di morte ed invalidità, sono considerate integralmente risarcite".

L'importo oggetto della proposta di transazione è pari a fr. 13'200.-- da versare a saldo di qualsivoglia pretesa. Detto importo, basato su di un capitale assicurato di fr. 60'000.-- è desunto da un grado d'invalidità medico-teorica del 22 % di cui si dirà in dettaglio sub. 3.

2.7. Conclusione

Ne la Y Assicurazioni SA, né la Y Assicurazioni integrative SA dispongono della legittimazione passiva. Dall'esame di quanto sopra risulta che le conclusioni dell'attore fondanti l'esistenza della legittimazione passiva della qui convenuta argomentando che la polizza è stata stipulata con la Y Assicurazioni SA, che i premi sono stati sempre pagati all'Y che la perizia è stata commissionata dalla Y e da ultimo che la proposta di liquidazione porta anche il nome dell'Y non possono essere seguite, anzi, rileggendo il combinato degli artt. 2 e 17 CGA lasciano il tempo che trovano poiché non pertinenti e dunque la richiesta del signor V dev'essere respinta in ordine.

3. NEL MERITO

Nella denegata ipotesi in cui codesto lod. Tribunale non dovesse condividere le argomentazioni testè indicate nonché la conclusione citata e dunque ravvisasse l'esistenza della legittimazione passiva della qui convenuta, quest'ultima contesta, in modo reciso, le argomentazioni - di fatto e di diritto esposte dall'attore.

Premesso che dalla corrispondenza intercorsa risulta evidente che il signor V ha fatto propria la circostanza secondo la quale egli dispone di due partners contrattuali distinti e che visto il tenore della proposta di liquidazione risulta come il signor V si sia visto riconoscere una serie di prestazioni che si trovano ad essere fra quelle a carico della Z. (perdita dell'equilibrio, sordità, fischio permanente ed ininterrotto in testa, disturbi neurologici ed altri) la richiesta del signor V fronte la qui convenuta è infondata: infatti, quest'ultima non è assolutamente compendiata fra le prestazioni che la Y Assicurazioni integrative SA si è impegnata ad assumere al momento della stipula del contratto.

3.1.

La descrizione data dall'attore è imprecisa poichè con la qui convenuta egli ha convenuto le coperture seguenti - cfr. art. 1 condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) assicurazione infortuni in caso di morte ed invalidità (UTI):

- danni materiali e mezzi ausiliari
- costi di salvataggio, di recupero e di viaggio
- cure di malati a domicilio
- costi di trasporto di salme e per sepoltura.

3.1.2.

Nella petizione 16 gennaio 2002 il signor V. fa riferimento ad una perizia commissionata dalla convenuta.

Questa frase mette in risalto in quale caos l'attore si trovi.

In pratica, egli sostiene che la Y Assicurazioni SA abbia commissionato al dr. med. A e M una perizia ma questo non corrisponde al vero!

Semmai sarà stata la Z. che, autonomamente, ha fatto stilare la perizia 10 aprile 2000 e in riferimento a questa, sempre la Z. avrà proposto la qui contestata liquidazione.

Del resto, la proposta di liquidazione al signor V. si fonda sulla perizia commissionata dalla Z. e concerne una serie di prestazioni che si trovano ad essere fra quelle a carico della Z. (perdita dell'equilibrio, sordità, fischio permanente ed ininterrotto in testa, disturbi neurologici ed altri). Per correttezza va sottolineato che dalla corrispondenza intercorsa risulta evidente che il signor V. abbia fatto propria la circostanza secondo la quale egli si riteneva creditore della Z. e non della Y Assicurazioni SA / Y Assicurazioni integrative SA. Sulla base di questa oggettiva constatazione va pure sottolineato che la richiesta del signor V. fronte la qui convenuta non è assolutamente compendiata fra le prestazioni che la Y Assicurazioni integrative SA si è impegnata ad assumere al momento della stipula del contratto sicchè la domanda oggetto della presente procedura appare assolutamente infondata.

Comunque, a scanso di equivoci e dunque per completezza, esaminato il contenuto della petizione, si ribadisce - nuovamente - che la richiesta dell'attore si fonda sul rifiuto della Z. di erogare una prestazione maggiore per i seguenti disturbi:

- perdita dell'equilibrio
- sordità
- fischio permanente ed ininterrotto in testa
- disturbi neurologici ed altri

e pertanto, a titolo meramente cautelativo si contestano tutte le argomentazioni addotte dal signor V. e si sottolinea come i valori esposti dalla Z. sono conformi alla prassi in materia e pertanto meritano d'essere confermati.

In particolare, le percentuali di danno menzionate nella proposta di liquidazione sono state elaborate facendo riferimento alla situazione del signor V. nonchè in base alle tabelle SUVA applicabili, le censure dell'attore non sono sopportate da qualsivoglia elemento probatorio e pertanto non sono tali da poter mettere in discussione il tenore della proposta Z. (Doc. V)

1.5. Con osservazioni 26 febbraio 2002 l'attore ha affermato:

"con riferimento alla Sua ordinanza 15/16 corr., Le accludo la dichiarazione 22 corr. della Y assicurazioni SA, la quale certifica che V "è sempre stato assicurato (sin dalla nascita) presso la nostra compagnia assicuratrice (dapprima A poi Y assicurazioni SA)".

Detta assicurazione attesta pure che il Signor V "ha sempre tempestivamente pagato i premi che gli abbiamo fatturato".

Di conseguenza, non solo la polizza è stata stipulata con la Y SA e premi pagati a detto Istituto, ma la perizia è stata commissionata dalla Y SA e la proposta di liquidazione inviata dalla Y SA.

I rapporti del Signor V sono conseguentemente sempre stati con la Y e non con la Z, con la quale la prima ha se del caso stipulato un contratto interno. Legittimata passivamente è quindi, in ogni caso, la Y assicurazioni SA, la quale, ripetesi, se del caso potrà rifarsi successivamente sulla Z. (Doc. VII)

1.6. Interpellata dal TCA la cassa ha affermato:

"preso atto della sua cortese richiesta 20 marzo 2002, in allegato, trasmetto:

- estratto contratto di collaborazione Y Assicurazioni SA / Z SA (doc. 6).
In particolare, a questo proposito rilevo da un lato, come l'art. 7 cfr. 3 specifichi il ruolo predominante della spett. Z SA; dall'altro, che l'art. 9 confermi quanto da sempre sostenuto e meglio che la Y Assicurazioni SA funge da acquirente di coperture per la spett. Z SA, società che si trova ad essere soggetto indipendente dalla Y Assicurazioni SA;
- copia lettera 13 dicembre 1999 Y Infortuni SA / dott. A e M. (doc. 7).
In realtà, si tratta di una comunicazione effettuata nell'ambito della pratica concernente l'infortunio avvenuto il 10 agosto 1997 (cfr. no sinistro 0058.7354.97.5) e, come tale, facente parte dell'incarto LAINF dell'assicuratore infortuni del datore di lavoro del signor V e meglio la Y Infortuni SA. La stessa perizia è stata ripresa dalla Z SA per stabilire, in base agli impedimenti fisici peritati, l'ammontare dell'indennizzo inerente la polizza UTI. Pertanto, argomentare che la perizia 10 aprile 2000 è stata commissionata dalla Y Assicurazioni SA nell'ambito della procedura UTI è, sicuramente, errato;
- domanda di modifica contrattuale. Detto documento compendia quanto indicato nello scritto 22 febbraio u.s. della Y assicurazioni SA / Direzione Clienti privati (doc. 8);
- non vi sono ulteriori documenti." (Doc. IX)

1.7. Infine, il 17 aprile 2002 l'assicurato ha rilevato:

"con riferimento alla Vostra assegnazione di termine 11 corr., mi limito a ribadire quanto già sostenuto in causa, nonché e da ultimo con scritto 26 febbraio u.s.

Il contratto di assicurazione collettivo tra Z. ed A è un contratto interno e non ha nulla a che vedere con l'attore, il quale ha sempre e solo avuto rapporti contrattuali dapprima con l'A e poi con l'Y

Pure lo scritto 13 dicembre 1999, inviato in copia al Signor V. permette di concludere che quest'ultimo avesse rapporti unicamente con la Y (contrariamente all'assunto di controparte) e non con la Z. Inoltre fa specie che la Y non produca, come da Voi richiesto, la versione integrale di documenti, trincerandosi dietro una scusa quale quella di "documentazione confidenziale" (sic)!

Vi invito a decidere in via preliminare sull'eccezione di incompetenza, del tutto fuori posto, sollevata in controparte." (Doc. XIII)

in diritto

- 2.1. 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 sono diventate di diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Alla netta divisione materiale fra assicurazione sociale contro le malattie e assicurazioni complementari operata dalla LAMal corrisponde un'altrettanto netta cesura dei rimedi giuridici: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa, per le seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile (cfr. R. Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, *Revue suisse d'assurances/ Schweizerische Versicherung-Zeitschrift* 1995, N. 7/8, p. 192-200; R. Spira, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, *Sécurité sociale* 5/1995, p. 256-259; P.-Y. Greber, Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie, in *Revue de droit administratif et de droit fiscal*, 3/4, 1996, p. 225-251).

Giusta l'art. 47 cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA; modificata in occasione dell'adozione della LAMal il 1. gennaio 1996) per le contestazioni relative all'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le 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 il Canton Ticino si è dotato della LCAMal che all'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative ordinanze, sono decise dal TCA, che applicherà per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA.

- 2.2. In concreto, va innanzitutto esaminato se la petizione proposta contro la Y SA è ricevibile.

L'attore ritiene infatti che assicuratore della prestazione richiesta è la Y SA, assicuratore autorizzato all'esercizio della LAMal, e con il quale ha concluso un contratto di assicurazione complementare.

Per contro, l'assicuratore malattie ritiene di non essere parte al litigio, essendo in realtà la Z. SA l'unica debitrice delle prestazioni richieste.

Come visto al considerando precedente questo Tribunale deve giudicare delle vertenze relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie se praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal.

Per l'art. 13 cpv. 1 LAMal il Dipartimento autorizza gli istituti d'assicurazione che adempiono i requisiti della LAMal (assicuratori) a esercitare l'assicurazione sociale malattie. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Ufficio federale) pubblica l'elenco degli assicuratori.

Nell'elenco degli assicuratori-malattie autorizzati la Z. SA, a differenza dell'Y, non figura.

Per cui, se assicuratore delle prestazioni richieste è la Z. SA, la petizione è irricevibile.

2.3. Dalla documentazione acquisita dal TCA pendente causa emerge quanto segue:

Il 23 novembre 1995 l'assicurato ha sottoscritto una domanda tendente alla modifica dell'assicurazione conclusa con la Cassa malati A (ora Y). Tra le altre richieste figura la sottoscrizione di un'assicurazione infortunio morte/invalidità (UTI; doc. 8).

Sulla polizza assicurativa LCA della Y del 2.12.2000 (doc. A), figura, tra le altre prestazioni, l'assicurazione d'infortunio per morte e invalidità (UTI), per un importo assicurato in caso d'invalidità di fr. 60'000, mentre non viene indicata la Z.

L'assicurazione infortuni in caso di morte ed invalidità accorda prestazioni per le conseguenze economiche d'infortunio, di decesso e d'invalidità (art. 1 cpv. 1 CGA).

Sono inoltre incluse in questa assicurazione integrativa d'infortunio altre prestazioni d'infortunio in base alle norme e alle tariffe dell'assicurazione obbligatoria d'infortunio (LAINF) a complemento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e a complemento delle assicurazioni integrative di cura medica stipulate presso la Y Assicurazioni SA. Le relative disposizioni si trovano nelle condizioni supplementari d'assicurazione (CSA), tenuto conto che le CGA valgono per analogia (art. 1 cpv. 2 CGA).

Le condizioni generali e supplementari d'assicurazione UTI prevedono una suddivisione per quanto concerne l'assicuratore delle prestazioni:

l'art. 2 cpv. 1 delle CGA prevede che per le prestazioni assicurate secondo l'art. 1 cpv. 1 CGA, la Y Assicurazioni SA ha stipulato un contratto di collaborazione con la Z. Assicurazioni SA, assicuratore di queste prestazioni è la precitata Z.

Per l'art. 2 cpv. 2 CGA per le prestazioni assicurate secondo l'art. 1 cpv. 2 CGA, l'Y Assicurazioni integrative SA in Zurigo è l'assicuratrice delle prestazioni. L'Y Assicurazioni SA ha il diritto di agire nel nome e per conto dell'Y Assicurazioni integrative SA.

In particolare, per quanto concerne le prestazioni assicurate dalla Y SA, va fatto riferimento alle condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) le quali prevedono che con la stipulazione dell'assicurazione infortuni in caso di morte ed

invalidità le prestazioni descritte negli articoli della CSA sono automaticamente coassicurate a complemento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e a complemento delle prestazioni delle assicurazioni integrative di cura medica stipulate presso la Y Assicurazioni integrative SA.

Gli art. da 2 a 5 CSA prevedono le coperture per danni materiali e mezzi ausiliari, per costi di salvataggio, di recupero e di viaggio, per cure di malati a domicilio e per costi di trasporto di salme e sepoltura secondo le norme e le tariffe della LAINF.

Circa le prestazioni assicurate dalla Z. , le CGA prevedono invece quanto segue.

Per l'art. 9:

"La garanzia massima della SOLIDA per una persona, da tutte le assicurazioni già stipulate presso tale compagnia e per quanto esse coprano il rischio volo senza un premio particolare, è limitato per un incidente di volo a Fr. 500'000 in caso di morte e a Fr. 1'000'000 in caso d'invalidità totale (con corrispondente riduzione in caso d'invalidità parziale)."

Per l'art. 11:

"Se l'infortunio ha provatamente causato la morte dell'assicurato con effetto immediato o entro 5 anni dal giorno dell'incidente, la Z. \ paga le somme assicurate per il caso di morte ai superstiti (...)

L'art. 13 prevede che se entro cinque anni dal giorno dell'incidente, l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità presumibilmente durevole, la Z. paga la somma assicurata, e cioè l'intera somma assicurata, per l'invalidità totale e una parte di questa somma, corrispondente al grado d'invalidità, per invalidità parziale. Quando si renda necessaria una riforma professionale in relazione ad un infortunio per il quale la Z. ha accordato prestazioni, la Z. assume i relativi costi adeguati, al massimo però fino ad un importo massimo corrispondente al 10% della somma d'invalidità assicurata (senza progressione; art. 14 CGA).

L'art. 16, riguardante la costituzione di una commissione di medici, prevede che se le parti non giungono ad un'intesa sulle conseguenze di un infortunio, viene formata una commissione di medici, composta da un medico scelto dall'assicurato e da un altro scelto dalla Z. , i quali devono sceglierne un terzo che fungerà da presidente.

Giusta l'art. 17:

"Ogni infortunio accaduto, che presumibilmente comporti l'obbligo di prestazioni della Z. , deve essere annunciato senza indugio alla Y Assicurazioni SA. Una tale comunicazione è riconosciuta dalla Z. come fatta ad essa direttamente.

Un caso di morte deve essere annunciato senza indugio telegraficamente o telefonicamente al più tardi entro 48 ore.

Dopo ogni infortunio deve essere consultato senza indugio un medico diplomato e bisogna provvedere alle cure adeguate ed inoltre seguire le prescrizioni del medico (anche per ricovero all'ospedale). L'assicurato è tenuto inoltre a sottoporsi ad eventuali esami e prescrizioni di medici designati dalla Z. a spese di quest'ultima.

Sotto pena di perdita di ogni diritto a prestazioni in caso di omissione, l'assicurato è obbligato a dare subito alla Z. ogni informazione richiesta sul suo stato di salute precedente ed attuale, come pure sull'infortunio e sull'andamento della guarigione. L'assicurato o gli aventi diritto devono motivare tutte le loro pretese di prestazioni con certificati medici procurati a loro spese. Tali certificati possono essere richiesti direttamente dalla Z.

L'assicurato è tenuto a svincolare dal segreto professionale tutti i medici che lo hanno curato per l'infortunio o per altri infortuni o malattie precedenti, autorizzandoli a dare ogni informazione richiesta dalla Z.

L'art. 19 prevede che tutte le comunicazioni e notifiche devono essere inoltrate all'Y Assicurazioni SA. La Z. riconosce tutte queste comunicazioni e notifiche come fatte ad essa direttamente. Tutte le comunicazioni della Z. spedite all'ultimo indirizzo svizzero indicato dall'assicurato o dall'avente diritto sono legalmente valide.

L'art. 20 prevede:

"Oltre al foro competente di Zurigo, la Z. riconosce, per controversie che dovessero sorgere sul presente contratto, il foro competente del luogo di residenza in Svizzera dell'assicurato o dell'avente diritto.

La Z. adempie i suoi obblighi al domicilio dell'assicurato o dell'avente diritto.

La Y Assicurazioni SA riconosce per divergenze derivate da questo contratto, oltre al foro competente di Zurigo, anche il foro competente del luogo di domicilio svizzero dell'assicurato o dell'avente diritto."

Va infine rilevato che tra le cause di estinzione del contratto l'art. 5 CGA prevede che:

"L'assicurazione si estingue inoltre con lo scioglimento del contratto collettivo d'assicurazione fra la Z. e la Y Assicurazioni SA. Lo scioglimento deve essere comunicato all'assicurato per iscritto, al più tardi 1 mese prima dell'estinguersi della protezione assicurativa."

Circa il contratto concluso tra la Z. e la Y SA richiesto dal TCA va rilevato come la Y SA ha trasmesso unicamente gli art. 7, 8, 9 e l'ultima pagina degli accordi, adducendo che la versione integrale del contratto contiene aspetti di dettaglio particolarmente riservati e che come tali dovrebbero restare confidenziali.

I tre citati articoli prevedono quanto segue:

"artikel 7

Schadenerledigung

1. Die Schadenmeldungen sind von der Y unverzüglich an die Z. weiterzuleiten, Todesfälle sind umgehend, spätestens innert 48 Stunden, telegraphisch oder telefonisch zu melden.

2. Die Schadenmeldung hat nach folgendem Prinzip zu erfolgen:

Mit der entsprechenden Schadenanzeige ist der Z. durch die Y eine Kopie des Versicherungsausweises einzureichen, aus welcher die Versicherungssumme sowie der Versicherungsbeginn ersichtlich sind.

3. Die Schadenfälle werden grundsätzlich durch die Z. direkt erledigt. Die Y wird über jede Schadenerledigung orientiert.

Artikel 8

Kündigung im Schadenfall

Nach jedem Schadenfall. für den eine Entschädigung geschuldet wird, kann die Y den Vertrag kündigen, und zwar spätestens wenn sie von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat.

Die Haftung der Z. erlischt mit dem Eintreffen der Mitteilung bei der Z.

In diesem Fall hat raschmöglichst eine definitive Abrechnung über die geschuldete Prämie zu erfolgen.

Die Z. verzichtet ausdrücklich auf das Kündigungsrecht im Schadenfall.

Artikel 9

Die Z. vergütet der A eine laufende Provision von 35% der einkassierten Prämien auf allen Versicherten-Kategorien.

Für die in den Erweiterungsversicherungen zur Unfallversicherung nach UVG vorgesehen Rentenversicherungen beträgt die Provision 14,5% der Nettoprämie. Als nettoprämie gelten 81,6% der Tarifprämie."

- 2.4. Nel caso di specie, con la sua petizione l'assicurato, prevalendosi in particolare dell'art. 13 CGA, chiede che la Y SA venga condannata al pagamento di fr. 60'000 oltre interessi per l'infortunio subito nel 1997.

Va anzitutto rammentato, e ciò non è del resto contestato in concreto, che le condizioni generali d'assicurazione sono parte integrante del contratto d'assicurazione (B. Viret, *Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance*, in: *Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances*, ed. IRAL 1997, pag. 666 seg., in particolare pag. 673).

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; B. Viret, op. cit. pag. 92). 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 accezione 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).

Come emerge dagli art. 1 e 2 CGA (consid. 2.3.), assicuratore delle prestazioni per le quali l'attore chiede il pagamento è la Z.

Tutte le norme delle CGA fanno infatti solo riferimento alla z , eccetto quelle relative all'incasso dei premi e alla notifica delle comunicazioni.

La convenuta funge unicamente da intermediario per l'incasso dei premi e per le notifiche delle informazioni alla z da parte degli assicurati.

Nell'art. 9 figura a quanto ammonta la garanzia massima della z in caso di incidenti di volo; gli art. 11 e 13 indicano la z quale debitrice della somma assicurata in caso di morte o d'invalidità; l'art. 14 prevede che la z si assume una parte dei costi di riforma professionale in relazione ad un infortunio; nell'art. 16 sono enumerate le condizioni per l'istituzione di una commissione di medici, composta oltre che da un medico scelto dall'assicurato, anche da un medico scelto dalla z ; nell'art. 17 viene indicato che vanno fatte all'Y le comunicazioni per ogni infortunio accaduto che "comporti l'obbligo di prestazioni della z " e che l'assicurato è tenuto a sottoporsi ad esami e prescrizioni di medici designati dalla z , alla quale va data ogni informazione; infine l'art. 20 prevede espressamente un foro nel caso di controversie con la z .

Dal contenuto delle condizioni generali emerge che la z SA è l'assicuratrice e l'eventuale debitrice delle prestazioni per le quali l'attore chiede il pagamento di fr. 60'000.

Ciò emerge anche dall'accordo di risarcimento danni, su carta intestata della z , sottoposto all'assicurato. Infatti, in calce all'accordo, non sottoscritto dall'interessato, figura unicamente uno spazio destinato alla firma della z Versicherungen AG e dell'assicurato e viene indicato che con il pagamento dell'importo tutte le rivendicazioni derivanti dal sinistro verso la z come pure verso la cassa malati Y Versicherungen AG dalle assicurazioni infortuni in caso di morte ed invalidità sono considerate come integralmente risarcite.

L'Helsana per contro agisce quale rappresentante della z sia nella conclusione del contratto che nella notifica delle comunicazioni e del pagamento dei premi, ma non è la debitrice della prestazione chiesta dall'attore.

In concreto, ci sono analogie con la coassicurazione ("Mitversicherung"), nella quale il medesimo rischio viene ripartito tra più assicuratori e le trattative vengono condotte unicamente da un assicuratore che possiede il potere di

rappresentanza e conclude il contratto anche a nome del coassicuratore (Iten Michael, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis, Friburgo 1999, pag. 5; R. Nebel, Rechtliche Aspekte der Mitversicherung, SVZ 1995 pag. 281 segg.). La differenza rispetto alla riassicurazione consiste nel fatto che il contratto di riassicurazione non crea alcuna relazione giuridica tra assicurato e riassicuratore. Il contratto di riassicurazione consiste in un contratto tramite il quale il primo assicuratore trasmette una parte del rischio ad un altro assicuratore, il riassicuratore (cfr. DTF 107 II 196, consid. 2 pag. 198). Il Tribunale federale a questo proposito ha rilevato che:

"La part du risque que le premier assureur conserve pour lui est désignée par le terme de "plein", "maximum" ou "Selbstbehalt". Son montant dépend des circonstances les plus diverses. La pratique a développé des formes variées pour la participation du réassureur. La façon dont le contrat de réassurance est organisé dans un cas particulier se détermine avant tout sur la base de considérations commerciales et relevant de la technique de l'assurance. Les prestations contractuelles consistent, comme dans les autres contrats d'assurance, dans le paiement d'une prime par le premier assureur et dans le versement d'un dédommagement par le réassureur en cas de sinistre. En règle générale, c'est une part de la prime de base, proportionnelle à la participation du réassureur du risque en cas de sinistre, qui lui est versée; de plus, le réassureur doit bonifier une provision, représentant sa part aux frais du premier assureur. Le réassureur partage le sort du premier assureur. C'est celui-ci qui règle le cas avec l'assuré en cas de sinistre, sans que le réassureur puisse participer aux discussions. Le réassureur est ainsi lié par la façon dont le premier assureur conduit l'affaire. C'est ce qu'on appelle le devoir de suite (Folgepflicht).
Le contrat de réassurance ne crée de relations juridiques qu'entre les parties. L'assuré n'a point de prétentions contre le réassureur, et réciproquement.

(...)

3.- La Cour a établi que si la police cave régissant les rapports entre les parties doit être considérée comme une coassurance tacite, elle reprend les termes de l'assurance de base et les incorpore par un simple renvoi, c'est-à-dire qu'elle suit le contrat principal dans ses renouvellements tacites. La coassurance tacite doit se qualifier de réassurance au sens large en ce sens qu'à l'insu du preneur originel (...) l'un des assureurs principaux (...) reporte une partie du risque qu'il assume, en vertu de la coassurance expresse, sur une autre société d'assurance (...).

(...)

Contrairement à ce qu'ont cru pouvoir dire les autorités cantonales, il n'y a pas d'antinomie entre les mots "police cave" et l'expression "par voie de la réassurance". Les deux termes manifestent que la convention ne crée aucun droit ni aucune obligation entre le preneur originaire N et le réassureur la E. Le contrat passé entre les parties le 27 mai 1966, concernant la répartition d'un risque

assumé par la No [redacted] en faveur de F [redacted], et partiellemnt réassuré par la No [redacted] auprès de la E [redacted] (dont la Cour ne parle pas, mais dont elle retient implicitement l'existence dans la mesure où elle se réfère à l'entier des constatations de première instance qui en fait état), a les mêmes caractéristiques que la convention ici en cause. Il comporte aussi les termes de police cave d'où l'on doit déduire, selon les constatations de fait, que le preneur originel n'en avait pas connaissance, ce qui est une des caractéristiques de la réassurance au sens large. (...)"

Nel caso di specie, a mente del TCA, va escluso che l'accordo tra la Z [redacted] e l'Y [redacted] sia un contratto di riassicurazione, rilevato come l'assicurato, tramite le CGA, era a conoscenza della circostanza che assicuratore delle prestazioni per la quali chiede il pagamento è la z [redacted]. Inoltre, la z [redacted] assicura tutto il danno, mentre in caso di riassicurazione, generalmente, il riassicuratore si assume solo parte del rischio, rimanendo il resto a carico dell'assicuratore originale (cfr. DTF 107 II 196 s [redacted]). Inoltre, il riassicuratore segue la sorte dell'assicuratore diretto, nel senso che spetta a quest'ultimo regolare il caso con l'assicurato in caso di sinistro senza che il riassicuratore possa partecipare alle discussioni (cfr. DTF 107 II 196). In concreto la z [redacted] è intervenuta direttamente proponendo all'assicurato il pagamento di fr. 13'200 a tacitazione di qualsiasi ulteriore pretesa.

Vi sono per contro, come già detto, delle analogie con la "coassicurazione", nel senso che l'Y [redacted] agisce quale tramite tra l'assicurato e la Z [redacted] per quel che concerne le trattative e la conclusione del contratto, la ricezione delle notifiche in caso di infortunio, l'incasso dei premi, mentre assicuratore e debitore delle prestazioni in caso di morte ed invalidità è la z [redacted] (cfr. Nebel, op. cit., pag. 282).

Secondo la dottrina le caratteristiche della coassicurazione sono infatti le seguenti:

"Bei der Aushandlung und Abwicklung von Mitversicherungsverträgen kommt dem führenden Versicherer eine Leitfunktion zu. Er setzt die Prämien und Vertragsbedingungen fest und übernimmt zumeist die Risikobeurteilung und Schadenregulierung. Kehrseite dieser exponierten Stellung sind gewisse Haftungsrisiken gegenüber den Mitversicherern. Der führende Versicherer ist erster Ansprechpartner des Versicherungsnehmers. Bei der Wahl des führenden Versicherers spielt dessen Reputation im Markt eine wichtige Rolle. In der Erstversicherung ist es üblich, dass die Mitversicherer dem führenden Versicherer für dessen Aufwand eine Führungsprovision entrichten." (Nebel, op. cit., pag. 282)

Circa la conclusione del contratto da parte dell'assicuratore, in nome del coassicuratore la dottrina rammenta che in tal caso valgono le norme relative alla rappresentazione (Nebel, op. cit., pag. 286). Circa la responsabilità invece:

"Die Mitversicherer werden gegenüber dem Versicherungsnehmer nur für ihre vertraglich vereinbarte Quote verpflichtet. Sie sind Teilschuldner und nicht Solidarschuldner." (Nebel, op. cit., pag. 288)

A mente del TCA, per i motivi sopra esposti, nel caso di specie l'Y SA ha agito quale rappresentante della Z SA (circostanza che poteva già apparire più chiaramente nella polizza d'assicurazione), Z che risponde del verificarsi dei rischi figuranti nelle CGA ed oggetto della petizione in esame. L'Y SA non è invece debitrice dell'importo chiesto dall'assicurato.

Ne discende l'irricevibilità della petizione.

In queste circostanze diventano prive di oggetto le richieste di assunzione di ulteriori prove per la determinazione del grado d'invalidità dell'insorgente e la congiunzione dell'istruttoria con l'incarto

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è irricevibile.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
- 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