

RACCOMANDATA



Incarico n.  
36.2002.00056-58

Lugano  
1 luglio 2002

IR/cd

4.7.02

In nome  
della Repubblica e Cantone  
del Ticino



## Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

statuendo sulla petizione del 13 maggio 2002 di

S. P.  
C. P.  
3 P.

contro

la decisione del accolto emanata da  
Y **Assicurazioni SA**,  
rappr. da:

in materia di assicurazione contro le malattie

Letti gli atti e ritenuto:

### In fatto

- 1.1. S, C e G. P hanno inoltrato a questo TCA un'istanza tendente all'esperimento di conciliazione al fine di essere convocati dinanzi al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni unitamente ai rappresentanti della Y Assicurazioni SA, Zurigo, rappresentata dal suo centro regionale di servizio a Bellinzona, in relazione a premi pagati assertivamente in maniera maggiore rispetto a quanto dovuto.
- 1.2. L'istanza in questione è stata dichiarata irricevibile da parte del giudice delegato ed in data 13 maggio 2002 S

P. . . . ., per sè e per e per la moglie C. . . . . rispettivamente per il figlio G. . . . ., ha inoltrato la petizione in discussione con cui postula la condanna della Y. . . . . al pagamento di CHF 809.90 per il figlio G. . . . ., CHF 106.- in favore della moglie C. . . . . e CHF 1'108,40 in suo favore. A fondamento della sua petizione rileva:

"(...)

Gli attori sono praticamente *da sempre* (G. . . . . fin dalla nascita) assicurati presso la convenuta per il rischio malattia. I premi sono sempre stati pagati facendo un uso contenuto delle prestazioni.

G. . . . . vive sempre e tuttora in comunione domestica con i genitori S. . . . . e C. . . . . La Y. . . . . ne è perfettamente informata.

E' noto che nel corso degli anni criteri di fissazione dei premi (e i premi stessi) hanno subito notevoli cambiamenti che le Casse malati hanno puntualmente applicato d'ufficio, anche laddove sarebbe stato richiesto e doveroso il coinvolgimento dell'assicurato (applicazione di nuove franchigie, p. es., ecc.). Tra le varie modifiche intervenute, nel 1997 la Y. . . . . ha introdotto una riduzione famiglia per il premio delle assicurazioni integrative del 10 % per tre persone assicurate, sempre attuale, del quale i tre assicurati S. . . . ., C. . . . . e G. . . . .

P. . . . . avrebbero dovuto essere messi a beneficio.

Questa "novità" non fu oggetto di nessuna comunicazione particolare agli assicurati, ma nella divulgazione e nella pubblicità delle proprie prestazioni e dei nuovi prodotti inserita negli opuscoli della Helvetia questo beneficio viene presentato e lasciato apparire come pacifico: per tre persone assicurate nello stesso gruppo familiare viene concesso una riduzione del 10% (per due persone lo sconto era limitato al 5%). Nel conteggio dei premi veniva indicata una voce corrispondente "Riduzione per famiglie per assicurazioni integrative secondo LCA".

Gli attori S. . . . ., C. . . . . e G. . . . . P. . . . . avevano diritto alla riduzione del 10% in quanto realizzavano le condizioni previste.

Recentemente, nel corso di una verifica ai fini del trasferimento dell'assicurazione presso la collettiva (concretizzato con effetto al 1 settembre 2001) è emerso che a far tempo dal 1995 l'attore G. . . . . P. . . . . è stato ingiustamente, senza venire informato, tolto dalla condizione di membro familiare senza che ne fossero date le condizioni e collocato nella categoria singolo.

Conseguentemente la Y. . . . . ha omesso di considerarlo quale membro della famiglia al momento dell'introduzione delle nuove condizioni e privando così gli attori dello sconto al quale avevano diritto. Va per contro rilevato che lo sconto per due persone assicurate venne invece applicato d'ufficio agli assicurati S. . . . . e C. . . . .

I tentativi degli attori di ottenere una ricalcolazione dei premi per i mesi successivi al 1° gennaio 1997 e la restituzione di quanto pagato in eccesso sono rimasti infruttuosi, la cassa trincerandosi dietro l'obiezione che avrebbe dovuto essere presentata a suo tempo una

richiesta esplicita affinché i tre contratti fossero riunificati e lo sconto applicato.

La tesi è insostenibile: prescindendo dal fatto che gli attori non avevano motivo di chiedere di ricongiungere qualcosa che non sapevano essere stato disgiunto, la concessione dello sconto era soggetta ad una condizione oggettiva data la quale nasceva il diritto e che concretamente era realizzata.

Appurato che al nucleo familiare composto dagli attori S

C. G. P. non era stato concesso la riduzione sul premio alla quale avevano diritto e che quindi erano stati defraudati subendo un pregiudizio patrimoniale esattamente determinabile, la Cassa aveva il dovere di procedere ad una ricalcolazione dei premi, versando poi o bonificando agli attori sui premi futuri gli importi pagati in eccesso.

Stando ai dati desumibili dai contratti ottenuti dalla Y e dai conteggi dei premi (dove viene indicato il premio netto, con l'eventuale riduzione già conteggiata), il maggior onere finanziario fino al trasferimento nel

corrisponde approssimativamente (riservato l'esito di eventuali ulteriori successive verifiche trattandosi di ricostruzione sulla base dei dati disponibili, parzialmente incompleti) ai seguenti importi (calcolati applicando la riduzione alle singole poste delle assicurazioni complementari con arrotondamento al 10 centesimi, come effettuato dalla Y per gli attori S e C limitatamente al 5%):

- G. P. per il quale non era stata concessa nessuna riduzione: fr. 183.60 per l'anno 1997 (APV 3.30 + HUB4 11.70 + HV 0.30 = 15.30 per 12 mensilità), fr. 183.70 per l'anno 1998 (APV 3.30 + HUB4 11.70 + HV 0.40 = 15.40 per 12 mensilità), fr. 201.60 per l'anno 1999 (COMPL 3.80 + HUB 12.40 + VARIA 0.60 = 16.80 per 12 mensilità), fr. 193.20 per l'anno 2000 (COMPL 3.80 + HUB 11.70 + VARIA 0.60 = 16.10 per 12 mensilità), fr. 128.80 per 8 mesi del 2001 (COMPL 3.80 + HUB 11.70 + VARIA 0.60 = 16.10 per 8 mensilità), per complessivi fr. 890.90.
- S. P. per il quale era stata concessa una riduzione unicamente del 5% anziché del 10% (il calcolo viene effettuato partendo dal premio netto indicato sulla scheda del contratto, moltiplicato per  $100/95$  e applicando il 5% sul risultato ottenuto): fr. 199.20 per l'anno 1997 (APV 2.70 + HU4 13.60 + HV 0.30 = 16.60 per 12 mensilità), fr. 217.20 per l'anno 1998 (APV 2.70 + HU4 15.00 + HV 0.40 = 18.10 per 12 mensilità), fr. 234.00 per l'anno 1999 (COMPL 2.70 + HUC 16.40 + VARIA 0.40 = 19.50 per 12 mensilità), fr. 260.40 per l'anno 2000 (COMPL 2.70 + HUC 18.60 + VARIA 0.40 = 21.70 per 12 mensilità), fr. 197.60 per 8 mesi del 2001 (COMPL 3.00 + HUC 21.20 + VARIA 0.50 = 24.70 per 8 mensilità), per complessivi fr. 1'108.40.
- C. P. per il quale era stata concessa una riduzione unicamente del 5% anziché del 10% (il calcolo viene effettuato partendo dal premio netto indicato sulla scheda del contratto, moltiplicato per  $100/95$  e applicando il 5% sul risultato ottenuto): fr. 196.80 per l'anno 1997 (APV 2.50 + HU4 13.60 + HV 0.30 = 16.40 per 12 mensilità), fr. 217.20 per l'anno 1998 (APV 2.70 + HU4 15.00 + HV 0.40 = 18.10 per 12 mensilità), fr. 235.20 per l'anno 1999 (COMPL 2.70 + HUC 16.40 + VARIA 0.50 = 19.60 per 12 mensilità), fr. 261.60 per l'anno 2000 (COMPL 2.70 + HUC 18.60 + VARIA 0.50 = 21.80 per 12 mensilità), fr. 195.20 per 8 mesi del 2001

(COMPL 2.70 + HUC 21.20 + VARIA 0.50 = 24.40 per 8 mensilità),  
per complessivi fr. 1'106.00.

E meglio come (quanto meno indicativamente) risulta dalla documentazione allegata relativa al conteggio dei premi pagati in questi anni. E' verosimile che in assenza di una migliore collaborazione da parte della Y, solo una perizia permetterà di conoscere l'esatto ammontare degli importi dalla stessa percepiti senza causa.

Trattandosi in ogni caso di importi pagati per errore e che non erano dovuti sono date le condizioni per la restituzione da parte della Y che li ha percepiti indebitamente." (Doc. I)

- 1.3. Con risposta del 6 giugno 2002 Y Assicurazioni SA ha aderito totalmente alle pretese di parte attrice esprimendosi nei seguenti termini:

(...)

La risposta di causa è stata trasmessa agli attori i quali, per il tramite del patrocinatore, hanno preso atto dell'acquiescenza postulando l'assegnazione di congrue ripetibili già postulate d'altronde con la petizione.

#### **In diritto**

##### In ordine

- 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98).

##### Nel merito

- 2.2. Fondandosi sul contratto che li lega alla Y Assicurazioni SA nell'ambito delle coperture complementari i signori C C e S P chiedono la condanna dell'assicuratore al versamento di premi in eccesso percepiti.

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



L'assicurazione contro le malattie é stata regolamentata, sino al 31 dicembre 1995, dalla LAMI, 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. 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."

Nel caso di specie, non è contestato che il contratto di assicurazione collettiva è sottoposto alla LCA (cfr. doc. 2).

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.

- 2.3. Come indicato i signori P , invocando la violazione del contratto da loro concluso con Y Assicurazioni SA nella misura in cui gli accordi prevedevano uno sconto sull'ammontare dei premi a partire dal 1997, postulano la condanna dell'assicuratore alla retrocessione della parte dei premi percepiti in eccesso. Y Assicurazioni SA, in sede di risposta di causa, ha dato atto dell'esattezza delle pretese formulate F , per se e per i suoi patrocinati. L'ammissione da parte dell'assicuratore è intervenuta solo a fronte della petizione in discussione e malgrado Y Assicurazioni SA fosse a conoscenza delle pretese dei signori P da tempo ( P aveva infatti avanzato in precedenza le sue pretese con istanza irricevibile a questo TCA ciò che l'assicuratore poteva recepire dando seguito alle pretese degli assicurati).

Si può qui allora parlare di acquiescenza (in questo senso II CCA 14 dicembre 1994 in re B c./G) poiché la richiesta contenuta nella petizione dei signori P è stata riconosciuta pienamente dall'assicuratore, compresi gli interessi al 5% fatti valere, almeno (nell'ipotesi più favorevole ad Y Assicurazioni SA) a partire dal 31 ottobre 2001. La pretesa appare in effetti fondata. L'assicuratore, dal 1997, ha infatti riconosciuto "per tutte le assicurazioni integrative" uno sconto per famiglie del 10% (doc. F), sconto che è stato calcolato nel dettaglio in sede di petizione per i vari anni d'interesse e per i membri della famiglia P , ciò sulla scorta della documentazione attestante l'ammontare dei premi delle coperture complementari (doc. B - E). Y Assicurazioni SA ha ammesso la pretesa come corretta anche nella sua calcolazione.

- 2.4. A fronte dell'acquiescenza i signori P appaiono parte vincente in causa. Alla parte vincente in causa vanno anche riconosciute ripetibili. In merito l'art. 22 LPrTCA rammenta infatti come "il ricorrente" che vince la causa ha diritto, nella misura stabilita dal giudice, al rimborso delle spese processuali, dei disborse e delle spese di patrocinio. L'importo delle ripetibili non è

vincolato al valore di causa. Per il concetto di ripetibili può essere fatto rinvio all'art. 150 CPC.

Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

1.- La petizione è **accolta** nel senso delle considerazioni esposte ritenuta l'acquiescenza della Y Assicurazioni SA convenuta.

1.1. Di conseguenza Helsana Assicurazioni SA è condannata al versamento di:

CHF 809.90 al signor G P  
CHF 1'108,40 al signor S P  
CHF 1'106.- alla signora C. P

oltre agli interessi al 5% dal 31 ottobre 2001

2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

La Cassa convenuta verserà agli attori l'importo complessivo di CHF 900.-, ossia CHF 300.- ciascuno, a titolo di ripetibili, per i signori G. e C. P., e CHF 300.- a titolo di equa indennità e per le spese sostenute ai fini di causa per S P. Le somme indicate sono comprensive dell'IVA.

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 giudice delegato

Ivano Ranzanici

Il segretario

Fabio Zocchetti

