

Raccomandata



Incarico n.  
36.2003.34

Lugano  
17 aprile 2003

IR/cd

In nome  
della Repubblica e Cantone  
del Ticino

43

## Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici: Daniele Cattaneo, giudice delegato,  
Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 17 dicembre 2002 di

**M., M.**  
rappr. da: avv. B., 6710 Biasca

contro

**Cassa malati D**

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto, **in fatto**

- 1.1. In data 1 dicembre 1991 M. ha subito, in occasione di una partita di calcio, un infortunio al ginocchio sinistro. Più specificatamente l'attore ha subito un trauma distorsivo con forte travaso sanguinolento e la presenza di instabilità mediale, che ha imposto un intervento chirurgico alcuni giorni dopo l'evento. L'artroscopia eseguita ha permesso di stabilire la rottura interlegamentare del legamento crociato anteriore ed una lesione mediale posteriore come attestato dal dott. X. nel rapporto operatorio del 5 dicembre 1991. M. ha ulteriormente subito cure per migliorare il suo stato di salute in particolare egli si è sottoposto ad interventi chirurgici sia in Ticino (Clinica il 2

aprile 1992 con escissione del tessuto ipertrofico ed adesiolisi estesa) che nella Svizzera interna (Ospedale di Y. il 18 marzo 1993 e Ospedale B. l'8 dicembre 1993). Nonostante queste cure l'attore, che ha chiesto prestazioni AI, accusava dolori. Una perizia è stata chiesta dall'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità al dott. B., primario presso l'Ospedale Z. di Bellinzona, il quale ha rassegnato il suo referto il 13 febbraio 1997 (doc. L). Dal canto suo l'Ufficio Invalidità ha proceduto ad ulteriori accertamenti di natura medica (come indicano i doc. O; P) ed il 20 marzo 2001 ha preannunciato all'assicurato – per il tramite del proprio patrocinatore, un progetto di decisione dove ha ritenuto:

"(...)

Dalla documentazione agli atti risulta che l'assicurato ha tentato di intraprendere una riforma professionale quale istruttore fitness. La stessa ha dovuto essere interrotta nel corso del mese di ottobre 1999 a causa del peggioramento dello stato di salute.

Dal rapporto peritale stilato dai medici del SAM risulta che il signor M. non può più svolgere l'attività originale di pittore-imbianchino. Per contro risultano esigibili in misura del 50% attività medio leggere che rispecchiano le controindicazioni mediche; tali attività permetterebbero di conseguire fr. 18'140.-- annui. Confrontando tale reddito con quanto esigibile attualmente se non fosse insorto il danno alla salute (fr. 57'500.--) si determina un grado AI del 69%.

Dal 1.10.1999 (mese dell'interdizione dei provvedimenti professionali) viene pertanto riconosciuto il diritto ad una rendita intera AI."

Gli atti prodotti dall'attore dimostrano il versamento da parte dell'AI di prestazioni con effetto retroattivo al 1 dicembre 1992 (doc. T).

- 1.2. In seguito a questo infortunio M., assicurato presso la Cassa Malati D, del Groupe L (D qui di seguito) oltre che per le cure medico sanitarie obbligatorie anche per alcune coperture complementari tra le quali l'assicurazione combinata d'ospedalizzazione, la copertura per invalidità e decesso a causa di infortunio e quella per invalidità e decesso a causa di malattia, si è rivolto al proprio assicuratore al fine di ottenere le prestazioni previste dal contratto di assicurazione complementare "invalidità e decesso per infortunio" (come indica in particolare il doc. U, lettera dell'avv. B. alla D, ).

L'assicuratore malattia ha chiesto la visione dell'incarto medico acquisito dall'AI (annesso al doc. V) ed il 5 maggio 2001 D, ha informato l'assicurato di avere:

"trasmesso l'incarto all'A Assicurazioni per la decisione finale. Secondo le condizioni particolari d'assicurazione dell'assicurazione invalidità e decesso per infortunio, è quest'ultima compagnia che deve determinarsi per la presa a carico di questo caso." (doc. Z)

Con successivo scritto dell'8 giugno 2001 D, , e meglio il Groupe L Vita GMV SA che – come appare dalla polizza assicurativa agli atti (doc. A) copre l'invalidità ed il decesso in caso di malattia per conto dell'assicuratore malattia D, - ha reso noto a M., dopo avere accertato l'esistenza di "uno o più infortuni", di non potere concedere prestazioni basate sulla copertura IM (copertura complementare in caso di invalidità e decesso in caso di malattia, v. doc. AA). Successivamente, con scritto del 26 novembre 2001, D, ha comunicato al rappresentante dell'attore che:

"(...)  
L'Elvia Assicurazione sta esaminando il suo incarto."  
(cfr. doc. CC)

In una successiva lettera D, ha chiesto ulteriormente all'avv. B. la trasmissione di una procura per farla pervenire all'Elvia onde permettere "de consulter les pièces de la SUVA" (doc. FF, vedi anche doc. HH). In data 19 giugno 2002 D, ha comunicato all'avv. B. la non corresponsione di prestazioni in conseguenza all'infortunio del 1 dicembre 1991.

- 1.3. Con petizione del 17 dicembre 2002 M. si è rivolto alla Pretura X. al fine di ottenere la condanna della D, al pagamento di un importo di CHF 100'000.- oltre interessi al 5% dalla data della petizione stessa, con riserva di modificare l'importo richiesto in petizione a "dipendenza delle risultanze peritali e processuali".

In sede di risposta di causa D, ha rammentato come M. sia assicurato per l'assicurazione di base (LAMal) e secondo la LCA, per la copertura invalidità e decesso per infortunio (ID, da non confondere con la copertura per analoghi eventi dovuta a malattia, IM), precisando che

"Dopo avere ottenuto le informazioni necessarie dalla SUVA e dall'Al, l'A (oggi Z ) con lettera 21 febbraio 2002 ci comunica che l'evento è caduto in prescrizione"

circostanza confermata da D, all'avv. B.. Nelle sue conclusioni D, ha chiesto

"(...)

La petizione **in via principale** è da respingere in quanto il litigio rientra nel contratto LCA, legge federale sul contratto d'assicurazione, alla quale legge sono soggette le assicurazioni complementari dell'assicurazione malattia. Competente di pronunciarsi su delle questioni relative alle prestazioni delle assicurazioni complementari è il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni e non la pretura.

**In via secondaria** la petizione è respinta in quanto, conformemente all'articolo 46 della LCA e all'articolo 35 delle condizioni generali sull'assicurazione di un capitale in caso di invalidità o di decesso a seguito di un infortunio ID (Doc. 6), i crediti si prescrivono in due anni dal fatto su cui è fondata l'obbligazione." (cfr. doc. II)

- 1.4. Pretore X. ha deciso, il 24 marzo 2003, di aderire alle proposte di D, ritenendo competente a giudicare la fattispecie il TCA con le seguenti motivazioni:

- "(...)  
ritenuto che giusta l'art. 12 cpv. 1 della Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal, RS 832.10), le casse malati sono persone giuridiche di diritto privato o pubblico senza scopo lucrativo che esercitano in primo luogo l'assicurazione sociale malattie e sono riconosciute dal Dipartimento federale dell'interno; le stesse casse malati possono offrire, oltre all'assicurazione sociale malattie assicurazioni complementari; secondo le condizioni e nei limiti massimi determinati dal Consiglio federale possono pure esercitare altri rami d'assicurazione (cpv. 2);
- considerato che giusta l'art. 75 cpv.1 della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni;
- considerato che la vertenza in esame, riguardando la richiesta di prestazioni complementari previste per il caso di invalidità, offerte dalla cassa malati convenuta oltre all'assicurazione sociale malattie, riflette un litigio tra un assicuratore LAMal autorizzato ed un suo membro, in materia di assicurazione complementare alla assicurazione sociale contro le malattie, motivo per cui competente a dirimere la vertenza è il Tribunale cantonale delle assicurazioni;
- ritenuto che giusta l'art. 126 cpv. 1 CPC quando un atto è presentato a una autorità giudiziaria incompetente, questa, d'ufficio, lo trasmette subito all'autorità competente e ne dà comunicazione alla parte che l'ha inoltrato; i termini si ritengono rispettati se lo furono con

l'insinuazione all'autorità incompetente (cpv. 2);  
richiamati gli artt. 12 LAMal, 75 LCAMal e 126 CPC, nonché ogni  
altro disposto di legge in concreto applicabile,

**- DICHIARA E PRONUNCIA -**

1. La petizione 17/19 dicembre 2002 è respinta in ordine per difetto di competenza della Pretura X..
  2. L'incarto è trasmesso per competenza al Tribunale cantonale delle assicurazioni.
  3. Non si prelevano tassa di giustizia e spese." (cfr. doc. III)
- 1.5. Il giudice delegato del TCA, ricevuto l'incarto il 26 marzo 2003, ha comunicato alle parti, il 27 marzo 2003, quanto segue:

"l'On. Pretore X., Pretore X., ha trasmesso al TCA l'incarto conseguente alla petizione 17 dicembre 2002 formulata da M., M., contro la D, Cassa malati del Groupe L. L'incarto è stato trasmesso in seguito all'atto 24 marzo 2003 del Pretore con cui è stata indicata competenza del TCA. La decisione del 24 marzo 2003 è stata intimata alle parti.

L'incarto del Pretore comporta:

- la petizione con domanda di assistenza giudiziaria 17 dicembre 2002;
- i documenti da A a MM prodotti con la petizione;
- l'atto di risposta della D, con i documenti da 1 a 6 prodotti dall'assicuratore.

A norma dell'art. 1 cpv. 3 L.Pr. TCA il giudice delegato esamina l'atto a lui trasmesso e può respingerlo se irricevibile.

Al fine di verificare la ricevibilità della petizione - che non appare liquida - vi trasmetto:

- copia della petizione citata e della
- risposta di causa del 7 marzo 2003 della D,

concedendovi la possibilità di esprimervi in merito alla competenza del TCA, termine la cui scadenza viene fissata al prossimo

**4 aprile 2003.**

Entro lo stesso lasso di tempo la Cassa malati D, vorrà produrre a questo Tribunale il contratto esistente tra la stessa e la A Assicurazioni, risp. la F/O Assicurazioni (indicata nelle condizioni particolari di assicurazione Edizione 1.1.1997) risp. ancora la E Assicurazioni di cui D, ha prodotto uno scritto 21 febbraio 2002 (doc. 4) da cui si desume che questa compagnia sarebbe assicuratrice delle prestazioni pretese dall'attore.

Chiedo inoltre alle parti di farmi pervenire anche copia della proposta d'assicurazione I.D. sottoscritta dal signor M. e di ogni documento ev. sottoscritto dalle parti, rispettivamente dalle compagnie di assicurazione citate, relativamente alla copertura I.D. citata.

Per completezza trasmetto alla D, i documenti da A a MM prodotti con la petizione ed all'avv. B., per il signor M., i documenti da 1 a 6 prodotti con la risposta di causa.

Una volta determinata la ricevibilità della petizione e quindi se la competenza del TCA sarà accertata, sarà semmai ordinato uno scambio di allegati nel merito."

- 1.6. Con lettera 1 aprile 2003 l'avv. B. ha comunicato che la competenza dovrebbe essere data al giudice civile ritenuto come la compagnia di riassicurazione non sarebbe una Cassa malati. Dal canto suo D, ha trasmesso al TCA copia della dichiarazione d'adesione del signor M. alla D, e copia del contratto ID stipulato con la compagnia d'assicurazione A (lettera 4/7 aprile 2003, doc. VI).

Le parti hanno potuto esprimersi in merito alle rispettive prese di posizione (doc. VII e VIII del 7 aprile 2003).

Con ulteriore scritto 9 aprile 2003 il giudice delegato ha chiesto ad D, informazioni specifiche nei seguenti termini:

"(...)

Dagli atti rilevo (doc. A prodotto dal sig. M.) che le condizioni particolari di assicurazione ID nella loro edizione 1.1.1997 fanno invece stato di un contratto collettivo stipulato dal Groupe L con F/O assicurazioni, rispettivamente lo scritto (doc. 4) da voi prodotto alla Pretura X., ossia una lettera E /Groupe L D del 21 febbraio 2002, emana dalla società di assicurazioni E più precisamente dalla sua centrale sinistri a Ginevra.

Vi sarei grato per un chiarimento ritenuto l'accavallarsi di 3 compagnie assicurative nominate. Aggiungo che dal certificato di assicurazione del signor M., sia riferito all'anno 2001 che al 2002, si desume che le prestazioni ID (invalidità e decesso per infortunio) fanno riferimento al contratto collettivo concluso con Elvia assicurazioni." (cfr. doc. IX)

A tale scritto D, ha dato tempestivo seguito con lettera 9 aprile 2003 (doc. X) del seguente tenore:

"come da vostra lettera del 9 aprile 2003 vi alleghiamo alla presente le condizioni iniziali stipulati tra l'assicurazione A e la cassa malati Hermes.

Nello stesso tempo vi facciamo presente che l'assicurazione A dal 1 gennaio 2002 ha cambiato nome in Allianz Assicurazioni, pertanto A e E è la medesima compagnia assicurativa.

Per quanto concerne l' F/O è un'altra compagnia assicurativa, con la quale il Groupe L aveva a suo tempo stipulato un contratto per l'assicurazione complementare ID.

Tuttavia il Signor M. Mauro è soggetto al contratto stipulato con l'E Assicurazioni (già A Assicurazioni) e ciò lo si può dedurre dal certificato d'assicurazione sotto la voce ID." (cfr. doc. X)

All'avv. B. è stata data possibilità di esprimersi in merito (XI e XII).

### **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 D,            sia ricevibile.

Pretore X. ha ritenuto D,           , cassa malati autorizzata all'esercizio della LAMal e con il quale M. ha concluso un contratto di assicurazione complementare, quale assicuratore delle prestazioni richieste da parte attrice. Il TCA deve verificare d'ufficio la sua competenza e quindi se l'assunto del Pretore sia corretto o se, invece, assicuratore delle prestazioni sia la A (ora E           ) e quindi vada ammessa una competenza del Tribunale civile per giudicare la fattispecie.

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 A           , a differenza dell'D,            non figura.

Per cui, se assicuratore delle prestazioni richieste è la A           , la petizione andrà dichiarata irricevibile.

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

Il 12 agosto 1991 l'assicurato ha sottoscritto una domanda di adesione alla Cassa malati D appartenente al Groupe L , con la richiesta di adesione figura la sottoscrizione di un'assicurazione complementare decesso e invalidità in caso d'infortunio (doc. A e doc. VI/2).

Sulla polizza assicurativa LCA della D relativa al 2002 (doc. A), figura, tra le altre prestazioni, l'assicurazione ID per decesso ed invalidità in caso di infortunio, oltre alla copertura IM ossia la copertura per decesso ed invalidità in caso di malattia. L'importo assicurato con la copertura ID in caso d'invalidità ammonta a fr. 100'000 mentre in caso di morte è di CHF 50'000.--. La polizza d'assicurazione specifica chiaramente che le condizioni d'assicurazione sono quelle del 1.1.1997 e specifica che il "contratto collettivo" è concluso con Elvia Assicurazioni. Al contrario invece della IM dove il contratto collettivo è concluso con il Groupe L Vie SA.

Secondo le Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA qui di seguito) prodotte dall'assicuratore con doc. X/2 la copertura ID tende a garantire le conseguenze economiche dell'invalidità o della morte (art. 1 CGA). Il capoverso secondo dell'art. 1 CGA indica poi che:

"Le prestazioni assicurative vengono corrisposte dall' A Assicurazioni ad eccezione dell'esonero dei premi...."

Sono incluse in questa assicurazione integrativa d'infortunio prestazioni d'infortunio a complemento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Le condizioni d'assicurazione ID prevedono, come detto, che nell'ambito del contratto collettivo concluso dalla Cassa con A , D offre alle persone che ne fanno richiesta un'assicurazione di capitali in caso d'invalidità e di decesso per infortunio con la specifica che queste prestazioni sono versate non dalla Cassa ma dall'assicuratore, A , ciò ad eccezione dell'esonero del pagamento dei premi che, secondo le condizioni contrattuali consegnate agli atti, avviene in caso di evento che si realizza ed in favore dei figli del capofamiglia se di età inferiore ai 15 anni.

Circa le prestazioni assicurate (cfr. polizza assicurativa prodotta sub. A) le condizioni d'assicurazione consegnate agli atti prevedono, come indicato, che le stesse vengano fornite da A e consistono nel versamento di un capitale in caso di decesso rispettivamente di invalidità – come espressamente

richiesto nella petizione in discussione – con specifica dettagliata del grado di invalidità (cfr. art. 16 CGA).

- 2.4. Circa l'accordo concluso tra l'assicuratore e la cassa, richiesto dal TCA e prodotto dalla D , va rilevato come un contratto definitivo "complémentaire pour invalidité et décès en cas d'accident" è stato concluso, con data 27 settembre 1993, tra A e la Cassa Malattia MV . A tenore di questo contratto i membri della Cassa Malati sono assicurabili, in maniera non anonima, presso A "moyennant déclaration individuelle", cioè con limiti di ammissione quo all'età (70 anni). L'entrata nell'assicurazione:

"... s'effectue par la remise de la déclaration d'admission au preneur d'assurance.

"Le preneur d'assurance remet à l'adhérent les conditions générales avec l'attestation d'assurance."

In altri termini colui che aderisce all'assicurazione deve essere accettato dall'assicuratore, la sua adesione all'assicurazione complementare si effettua con la consegna (remise) della dichiarazione d'ammissione al "preneur d'assurance", ossia alla Cassa. Il contratto tra A e la MV rinvia poi alle CGA per l'estensione delle prestazioni, specifica le somme d'assicurazione, precisa i premi che dipendono dall'età e da altre varianti, ed indica come i premi debbano essere pagati anticipatamente e siano incassati presso l'assicurato dalla Cassa, contemporaneamente ai premi per l'assicurazione malattia, e quindi versati ad A sostanzialmente ogni trimestre. Le parti convengono la redazione di conteggi definitivi. Sempre il contratto specifica, all'art. 8, che:

"(...)  
**8. Droit de regard de l'A Assurances sur les livres et justificatifs**

La MV est tenue d'accorder au mandataire de l'A Assurances un droit de regard sur les livres et justificatifs, pour autant que ceux-ci concernent l'assurance complémentaire convenue."

Il contratto del 1993 tra A e MV prevede inoltre specifiche regole circa la costituzione di fondi di sicurezza e di partecipazione alle eccedenze dei premi. A quest'ultimo proposito è previsto che A ristorni alla Cassa il 50% del beneficio realizzato e ciò dedotto il 10% per le spese amministrative ("frais de gestion de l'A Assurances"), i

pagamenti agli assicurati in caso di sinistri e la parte destinata al fondo di sicurezza.

Di rilievo appare poi la regolamentazione concernente il trattamento dei sinistri dove le decisioni sono prese dall' A Assicurazioni anche se materialmente il versamento viene eseguito dalla Cassa. Dalla lettura dell'art. 11 del contratto si desume che la gestione dei casi di sinistro viene eseguita dall' A . Per contratto l'avviso da parte della Cassa ad A deve avvenire "sans retard ... par téléphone si nécessaire afin que, le cas échéant, une autopsie puisse être ordonnée en cas de décès". Per la determinazione di A circa l'evento il contratto fa obbligo di fornire all'assicuratore, da parte della Cassa, oltre che dell'avviso di sinistro una copia della "attestation d'assurance".

Così richiesta dal giudice delegato D ha prodotto anche il la polizza relativa al contratto di assicurazione collettiva concluso con A da parte della MV , che riassume le date relative al contratto, l'ammontare dei premi, con conteggio secondo l'art. 7 del contratto, la scadenza dei premi, la partecipazione alle eccedenze e la cerchia delle persone assicurate (doc. VI/2).

- 2.5. Nel caso di specie, con la sua petizione l'assicurato chiede che la D venga condannata al pagamento di fr. 100'000 oltre interessi dalla data della petizione per l'infortunio subito il 1 dicembre 1991. L'attore si è riservato di correggere l'importo delle sue richieste a dipendenza delle risultanze peritali e processuali.

Va anzitutto rammentato, e ciò non è del resto contestato in concreto dalle parti che hanno avuto il diritto di esprimersi in merito al tema qui in discussione, 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 da quanto precede, in particolare dalle CGA citate e dal contratto concluso tra A con la MV, e come d'altra parte emerge dal doc. 4 prodotto dalla convenuta, nonché dalla lettera 9 aprile 2003 di D al TCA (doc. X), assicuratore delle prestazioni per le quali l'attore chiede il pagamento non è la D del Groupe L ma l'assicuratore A rispettivamente chi ne ha ripreso il contratto concluso con la MV.

Tutte le norme delle CGA fanno infatti solo riferimento alla A, eccetto quelle relative all'incasso dei premi e dell'esonero dal pagamento dei premi in caso d'infortunio (nei limiti descritti in precedenza). Dagli atti si desume come la Cassa, in casu la D del Groupe L, funga unicamente da intermediario per l'incasso dei premi e per le comunicazioni da parte degli assicurati (contratto tra MV ed A).

Dal contenuto delle condizioni generali, come evidenziato, emerge che A Assicurazioni è l'assicuratrice e l'eventuale debitrice delle prestazioni per le quali l'attore chiede il pagamento di fr. 100'000. Dalle condizioni contrattuali rispettivamente dal contratto del 1993 A /MV nonché dal documento 4 si desume inoltre che unicamente l'assicuratore del rischio d'invalidità e del rischio di decesso, ad esclusione della Cassa Malati, può concedere le prestazioni assicurate, tanto da obbligare la MV a fornire tempestivo avviso in caso di denuncia di sinistro (art.11 contratto A /MV).

LD, rispettivamente il Groupe L per contro, agisce quale rappresentante della A, rispettivamente

dell'assicuratore delle prestazioni, 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.

- 2.6. In concreto ci sono analogie con la co-assicurazione ("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 co-assicuratore (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 B et le réassureur la N. Le contrat passé entre les parties le 27 mai 1966, concernant la répartition d'un risque assumé par la H en faveur de S, et partiellement réassuré par la H auprès de la T (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 original 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 A e MV 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 A (come figura sulla polizza assicurativa prodotta agli atti sub. doc. A). Inoltre l'assicuratore delle prestazioni ID assicura tutto il danno derivante da morte od invalidità (escluso unicamente l'esonero dal pagamento dei premi per i bambini di età inferiore ai 15 anni, osservato comunque che – in caso di tale esonero – A non percepisce i premi cui ha diritto secondo i conteggi che debbono essere allestiti secondo il contratto VI/1), 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 supra). 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 situazione appare diversa e l'assicuratore (E appare essere subentrata ad A) è intervenuto direttamente come desumibile dal doc. 4.

Nel caso concreto la MV è prenditrice dell'assicurazione collettiva che offre ai suoi associati. Vi sono quindi, come già detto, delle analogie con la "coassicurazione", nel senso che D agisce sostanzialmente quale tramite tra l'assicurato e l'assicuratore per quel che concerne la conclusione del contratto e la ricezione delle notifiche in caso di infortunio, nonché

l'incasso dei premi (di cui la Cassa Malati in parte beneficia), mentre l'assicuratore (e non la Cassa Malati) è debitore delle prestazioni in caso di morte ed invalidità (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)

- 2.7. A mente del TCA, alla luce di quanto precede, nel caso di specie l'assicuratore delle prestazioni ID risponde del verificarsi dei rischi figuranti nelle CGA ed oggetto della petizione in esame. La Cassa Malati D 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.

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

Il segretario

Daniele Cattaneo

Fabio Zocchetti