

Raccomandata



Incarto n.  
36.2004.64-67

Lugano  
21 dicembre 2004

TB

In nome  
della Repubblica e Cantone  
del Ticino

**Il giudice delegato  
del Tribunale cantonale delle assicurazioni**  
Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulle petizioni dell'11 giugno 2004 di

1. **XXX**
2. **XXX**
3. **XXX**
4. **XXX**  
3, 4 rappr. da: **XXX**

contro

**Cassa malati Y**

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto,

**in fatto**

- 1.1. **XXX, XXX, XXX, XXX, XXX, XXX e XXX, XXX**, sono affiliati presso la Cassa malati Y per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (LAMal). Essi beneficiano inoltre dal 1° gennaio 2003 di diverse coperture complementari (LCA): tutti e quattro (docc. 5-8) hanno stipulato l'assicurazione complementare delle cure speciali estese (C F ) e l'assicurazione per le spese delle medicine alternative (N ). **XXX** (polizza n. xxxx ) ha anche scelto l'ospedalizzazione in divisione privata oppure in clinica svizzera

(U ) ed **XXX** (polizza n. LLLL ) l'ospedalizzazione nel reparto privato o in clinica (camera a due letti) con limitazione della scelta dell'ente ospedaliero (O ).

1.2. Il 14 novembre 2003 (doc. 9) **XXX** ed **XXX** hanno comunicato alla Cassa malati  $\gamma$  che, a seguito del mancato riconoscimento – e conseguente pagamento - di cure termali effettuate all'estero come invece sarebbe stato loro oralmente garantito un anno prima, rescindevano tutti i contratti in essere con  $\gamma$ , ossia i contratti LAMal e LCA di tutta la famiglia.

1.3. Il 27 aprile 2004 (docc. 27-30) la Cassa malati  $\gamma$  ha chiesto all'Ufficio esecuzione di \_\_\_\_\_ di escutere singolarmente tutta la famiglia per il mancato pagamento dei premi LCA relativi al primo trimestre del 2004, rimasti impagati.

Il 30 aprile (doc. 20), il 4 maggio (docc. 18 e 19) ed il 5 maggio 2004 (doc. 21) i membri della famiglia **XXX** sono stati escussi rispettivamente per Fr. 112,20, Fr. 337,35, Fr. 253,80 e Fr. 28,65 oltre interessi del 5% dal 1° gennaio 2004 e Fr. 110.- di spese amministrative per ciascuno.

Ai precetti esecutivi nn. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ essi hanno interposto opposizione.

1.4. Con scarno scritto dell'11 giugno 2004 (doc. I) **XXX** ed **XXX** hanno presentato davanti a questo Tribunale una petizione del seguente tenore:

(...)

*Si fa presente che:*

- 1. al momento attuale è aperto contro la  $\gamma$  SA e la  $\gamma$  Assurance SA un contenzioso per la LAMal (vedi lettera del 9 giugno 2004 dell'Ufficio dell'assicurazione malattia, allegato A)*
- 2. il 17 novembre 2003 abbiamo inviato alla  $\gamma$  SA e alla  $\gamma$  Assurance SA, congiuntamente, una lettera di dimissioni (allegato B) alla quale non è ancora stata data risposta*
- 3. Abbiamo più volte, nel corso di questi mesi, sollecitato telefonicamente la  $\gamma$  SA e la  $\gamma$  Assurance SA a volerci comunicare la loro decisione in merito alla nostra lettera di disdetta. Dopo averci richiesto per ben 2 volte copia della lettera, che abbiamo regolarmente inviato, ci comunicano di non aver mai ricevuto nemmeno l'originale. Il 25 maggio 2004 facciamo eseguire una ricerca dalla Posta: la lettera è stata ritirata il 18 novembre 2003 (allegato C).*
- 4. in data odierna non abbiamo mai ricevuto una polizza di versamento*
- 5. in data odierna non abbiamo mai ricevuto una diffida di pagamento, in base all'art. 13.1. delle condizioni generali per l'assicurazione malattie complementari ai sensi della LCA (allegato D)*

6. il 3 maggio, il 5 maggio e il 6 maggio 2004 riceviamo ben 8 precetti esecutivi, 4 per la LAMal e 4 per le LCA, ai quali facciamo opposizione (allegati E, F, G, H)
7. il 7 giugno 2004 il signor \_\_\_\_\_ dell'Ufficio dell'assicurazione malattia ci comunica che l'iter per l'assicurazione complementare è diverso da quello per la LAMal e bisogna stilare la presente petizione.

*Per tutti questi motivi si contestano:*

- 1 le spese cagionate dall'emanazione dei precetti esecutivi
- 2 le spese amministrative
- 3 le spese per la diffida, che non è mai avvenuta
- 4 gli interessi
- 5 il pagamento dei premi LCA causa gravi inadempienze della Y SA o della Y Assurance SA per: mancata emissione delle polizze di versamento, mancata osservazione delle condizioni generali d'assicurazione per quanto riguarda la diffida (art. 13.1.), mancata osservazione delle condizioni generali d'assicurazione per quanto riguarda il pagamento delle prestazioni (art. 16.2.... solo sulla base delle fatture originali...)

*perciò si chiede che la rescissione di tutti i contratti di assicurazione complementare del 17 novembre 2003 sia effettiva a partire dal 1. gennaio 2004."*

- 1.5. Con risposta del 5 agosto 2004 (doc. V) la Cassa malati Y sostiene che, vista l'assenza di pagamento dei premi LCA per il primo trimestre del 2004, il 16 febbraio 2004 avrebbe inviato a ciascun componente della famiglia un'ingiunzione LCA (docc. 10-13). Poi, siccome rimaste senza riscontro, il 19 marzo 2004 (docc. 14-17) essa li avrebbe informati della sospensione dei suoi obblighi nei loro confronti, dando comunque un termine di 10 giorni per saldare gli importi scoperti. A ciò ha fatto seguito l'emissione dei predetti PE. La Cassa sostiene che, così come previsto dagli artt. 8 a 10 CGA, la disdetta data dagli attori non possa esplicitare effetto prima del 31 dicembre 2007. I premi LCA restano quindi dovuti e, per venire incontro agli attori, essa ha rinunciato alla percezione delle spese inerenti i PE (doc. 24).
- 1.6. Il 12 agosto 2004 (doc. VII) i coniugi XXX osservano che, contrariamente alle CGA ed alla lettera degli artt. 20 e 21 LCA, essi non hanno mai ricevuto né le summenzionate ingiunzioni LCA né la lettera di sospensione degli obblighi assicurativi di Supra e che i precetti esecutivi in discussione sarebbero stati emessi tardivamente e sarebbero anche fuori luogo.
- 1.7. Fra le parti è intercorsa ulteriore corrispondenza, senza rilievo (docc. XI-XVII).

## **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 26c 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).
- 2.2. Secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal in vigore dal 1° gennaio 2003, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'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 (SPIRA, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, *Revue suisse d'assurances / Schweizerische Versicherung-Zeitschrift*, 1995, N. 7/8, pagg. 192-200; SPIRA, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, *Sécurité sociale* 5/1995, pagg. 256-259; 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, pagg. 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 praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA.

In specie, è accertato che dal 1° gennaio 2003 (docc. 5-8) tutti i membri della famiglia **XXX** sono vincolati all'assicuratore malattia **Y** da un contratto di assicurazione sottoposto alla LCA, con base di riferimento le Condizioni generali (CGA) per l'assicurazione malattie complementare ai sensi della LCA, edizione gennaio 2003 (doc. D).

In queste circostanze, trattandosi di prestazioni complementari ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 e 3 LAMal (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 ad emanare decisioni -, questo TCA è competente a statuire sulla petizione presentata dagli interessati in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal.

#### Nel merito

- 2.3. Questo Tribunale è chiamato a stabilire se i quattro contratti per le prestazioni complementari sottoscritti dai coniugi **XXX**, per loro stessi e per i figli minorenni (docc. 1-4), esplicano i loro effetti durante l'anno 2004 e, di conseguenza, se gli attori sono tenuti al pagamento dei premi per i mesi di gennaio, febbraio e marzo 2004 il cui credito, vantato da *Supra*, è stato oggetto di quattro precetti esecutivi (nn. 1037951, 1038826, 1038750 e 1038710). Il TCA non deve verificare, come si vedrà, la correttezza dell'intervenuta sospensione dei contratti assicurativi da parte dell'assicuratore malattia convenuto, non essendo controversa la questione della realizzazione di un rischio nel periodo di sospensione.
- 2.4. Nel corso del 2003 la famiglia **XXX** era assicurata presso la Cassa malati **Y** con diverse complementari (**N**, **C**, **P**, **U**, **O**). Parte integrante di

detti contratti d'assicurazione complementare erano e sono le Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA) e le Condizioni speciali per l'assicurazione (CSA) malattie complementari per la categoria Complementa Plus, edizione gennaio 2003 (docc. 25 e 26).

A seguito del rifiuto di Y di farsi carico dei costi di cure termali effettuate all'estero dai coniugi XXXX, il 14 novembre 2003 (doc. B) gli assicurati hanno comunicato all'assicuratore di disdire per la fine dell'anno tutte le assicurazioni che vincolavano la loro famiglia, quindi sia l'assicurazione obbligatoria di base (LAMal) che le assicurazioni complementari (LCA).

Supra non ha preso posizione in merito a queste disdette, in particolare, per quello che concerne il caso in esame, le disdette delle quattro polizze assicurative LCA.

2.5. In merito alle condizioni che l'assicurato deve adempiere al fine di potere disdire la propria polizza assicurativa, gli artt. 7-11 CGA trattano dell'inizio e della fine dell'assicurazione.

L'art. 7 CGA indica che l'assicurazione entra in vigore alla data indicata nella polizza, in specie quindi al 1° gennaio 2003 (cfr. le quattro proposte di cambiamento: docc. 1-4).

Per l'art. 8 CGA, fatta eccezione per gli artt. 9 e 10 e per le categorie P e PE, il contratto è concluso per tutta la vita dell'assicurato.

Quanto alla risoluzione del contratto da parte dello stipulante, l'art. 9 CGA prevede che oltre alle disposizioni dell'art. 42 LCA e dopo un termine di 5 anni, lo stipulante può risolvere il contratto per la data di una scadenza del premio a condizione di avvisare Y Assurances SA per iscritto almeno 6 mesi prima di tale scadenza.

In caso di modifica dei premi, Y Assurances SA è autorizzata a proporre l'adattamento del contratto a partire dalla prossima scadenza del premio. I nuovi premi saranno comunicati allo stipulante almeno 25 giorni prima della loro entrata in vigore; costui disporrà allora della facoltà di rescindere il contratto – unicamente per la parte modificata o nella sua totalità – al più tardi il giorno precedente la scadenza del premio (art. 10 CGA).

Giusta l'art. 42 cpv. 1 LCA, quando v'è stato soltanto un danno parziale e si pretende per esso un'indennità, l'assicuratore e lo stipulante hanno entrambi il diritto di recedere dal contratto al più tardi al pagamento dell'indennità. Se l'assicuratore recede dal

contratto, la sua responsabilità cessa 14 giorni dopo che egli abbia notificato allo stipulante il suo recesso.

L'assicuratore deve rimborsare il premio corrispondente alla parte non trascorsa del periodo d'assicurazione in corso ed al residuo della somma assicurata (cpv. 2).

Per l'art. 42 cpv. 3 LCA, se lo stipulante recede dal contratto, l'assicuratore conserva il diritto al premio per il periodo d'assicurazione in corso. Se il premio è stato pagato anticipatamente per più periodi, l'assicuratore deve rimborsare le quote di premio corrispondenti ai periodi futuri.

- 2.6 Nel caso concreto la convenuta sostiene che non sarebbero dati i presupposti per ratificare la disdetta data il 14 novembre 2003 dagli attori. L'art. 9 CGA vincolerebbe infatti questi ultimi a vita, ma almeno per cinque anni, quindi dal 1° gennaio 2003 al 31 dicembre 2007. Non essendo quindi ancora giunta la scadenza contrattuale minima, non è possibile accettare la predetta lettera di disdetta. Nemmeno l'art. 10 CGA verrebbe loro in aiuto, non essendovi stato alcun aumento di premio che consentirebbe loro di rescindere il citato contratto assicurativo prima della scadenza del termine minimo di cinque anni.

Dal canto loro, gli attori giustificano la disdetta del contratto assicurativo LCA invocando la violazione da parte dell'ente assicuratore dell'art. 13 CGA, che recita:

*Costituzione in mora e conseguenze*

- 13.1 *Se il premio non è stato pagato alla scadenza, lo stipulante è diffidato per iscritto, a sue spese, a provvedervi entro 14 giorni dall'invio della diffida, nella quale vengono richiamate le conseguenze del suo ritardo.*
- 13.2 *Se tale diffida rimane senza effetto, gli obblighi di Y Assurances SA sono sospesi a datare dalla scadenza del termine indicato al numero precedente.*
- 13.3 *Le spese amministrative occasionate dalla procedura di riscossione dei premi arretrati sono messe a carico dell'assicurato a ragione di fr. 30.-.*
- 13.4 *Le spese amministrative occasionate dalla domanda d'esecuzione presso l'ufficio competente sono messe a carico dell'assicurato a ragione di fr. 80.-, oltre le spese fatturate direttamente dall'ufficio esecuzione."*

I coniugi **XXX** sostengono di non aver mai ricevuto né le polizze di versamento per il pagamento dei premi LCA dell'anno 2004, né le diffide di pagamento, per cui l'emissione dei quattro precetti esecutivi non sarebbe valida e violerebbe gli artt. 20 e 21 LCA.

Inoltre, l'assicuratore avrebbe violato i suoi compiti nell'ambito del pagamento delle prestazioni ledendo la lettera dell'art. 16.2 CGA.

- 2.7. Per interpretare i contratti d'assicurazione privata bisogna applicare le regole generali d'interpretazione del diritto privato (per rinvio dell'art. 100 LCA; STF in RUA XIX n. 55). In particolare, è necessario fondarsi sulle regole generali tratte dalla dottrina e dalla giurisprudenza dall'art. 18 CO (DTF 127 III 444 consid. 1b; STF in RUA XVI n. 22).

L'interpretazione delle CGA prestampate avviene secondo gli stessi principi che valgono pure per l'interpretazione di un contratto (DTF 126 III 388 consid. 9d; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727). Tuttavia, per l'interpretazione delle CGA conviene tenere conto del loro valore normativo: dal momento che esse sono applicabili a tutte le persone assicurate per un medesimo rischio, è necessario che le stesse siano interpretate in modo uniforme e non in funzione di quello che ha capito questo o quell'interessato (TC VD in RUA XVIII n. 45 citata in: CARRÉ, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 73 ad art. 1 LCA).

L'interpretazione di CGA che sono oggetto di una larga diffusione deve lasciare uno spazio preponderante all'elemento sistematico (DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805).

Inoltre, spetta all'assicuratore provare che i termini di una clausola limitativa delle CGA, di cui si prevale, devono essere compresi nel senso che esso attribuisce loro (STF in RUA XIX n. 55).

Pure la prova di fatti giustificanti l'eccezione contrattuale è posta a carico dell'assicuratore (TD di Kreuzlingen in RUA XIV n. 44 citata in: CARRÉ, *op. cit.*, pag. 248 ad art. 33 LCA).

L'onere della prova può comunque essere attribuito all'assicurato da una clausola contrattuale (TA LU in RUA V n. 138/334/352 citate in: CARRÉ, *op. cit.*, pag. 248 ad art. 33 LCA).

Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 126 III 59 consid. 5a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253).

Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e la teoria dell'affidamento (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III

59 consid. 5b; VIRET, Droit des assurances privées, Editions de la société suisse des employés de commerce, Zurigo, pag. 92) e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto (DTF 128 III 212 consid. 2b)aa; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 123 III 16 consid. 4b; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253).

Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, ai termini utilizzati nel contratto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 268, SJ 1992 623 citate in: CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Friburgo 1997, n. 209 pag. 72), al senso che l'assicuratore si aspetta che gli assicurati attribuiscono ai suoi formulari prestampati (DTF 85 II 344, JdT 1960 I 110; DTF 82 II 445, JdT 1957 I 360) piuttosto che al senso giuridico o tecnico dei termini utilizzati (DTF 59 II 318; DTF 44 II 96, JdT 1918 I 468). I termini che limitano i diritti dell'assicurato s'interpretano secondo il senso che generalmente hanno nel linguaggio comune (DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 104 II 281, JdT 1980 I 9), anche se hanno un senso giuridico più specifico (DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57). Rimangono però riservate le accezioni tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342).

Tuttavia, la parola non deve essere snaturata dal suo reale senso al punto di designare una cosa completamente diversa (DTF 64 II 387). Ma se le parti hanno concordemente voluto dare ad un'espressione un'accezione diversa dal suo senso abituale, non v'è dunque ambiguità che giustifichi un'interpretazione svantaggiosa per l'assicurato (STF in SJ 1996 pag. 623).

Di principio, dunque, le clausole dei contratti d'assicurazione e le dichiarazioni di volontà delle parti devono essere interpretate in ogni caso di specie, applicando le regole della buona fede e conformemente al principio dell'affidamento che deriva dall'art. 2 cpv. 1 CC (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727).

L'interpretazione di una clausola contrattuale deve fondarsi pure sui motivi che hanno portato alla conclusione del contratto e alla stipulazione della clausola di cui si impone l'interpretazione (ROELLI/KELLER, Kommentar zum BG über den Versicherungsvertrag, 1968, pag. 459, pagg. 462-463).

Inoltre, le dichiarazioni di volontà devono essere interpretate secondo il senso che il destinatario poteva e doveva attribuire

loro (OG SO in RUA XVI n. 25; TC NE in RUA XV n. 47 citate in: CARRÉ, op. cit., pag. 74 ad art. 1 LCA).

Per determinare la volontà delle parti non bisogna dimenticare che l'assicurato, a differenza dell'assicuratore, non ha conoscenze specifiche in materia d'assicurazione (TD di Horgen in RUA III n. 49 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 74 ad art. 1 LCA).

Il testo chiaro di una clausola non esclude a priori un'interpretazione (DTF 127 III 44 consid. 1b). Bisogna esaminare se ci sono dei motivi per pensare che una clausola debba essere compresa in un'altra maniera che il suo senso letterale (DTF 128 III 212 consid. 2b)bb).

Non vi sono comunque i presupposti per scostarsi dal senso letterale di un testo adottato dagli interessati quando non vi sono ragioni serie per pensare che esso non corrisponda alla loro volontà (DTF 129 III 118 consid.2.5; DTF 128 III 265 consid. 3a).

In caso di dubbio in merito alla comprensione di una clausola contrattuale redatta dall'assicuratore, ossia quando il senso e la portata della clausola contrattuale non possono essere determinati con sicurezza dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, quando, anzi, in buona fede (art. 2 cpv. 1 CC), per una stessa disposizione sono possibili più interpretazioni, si deve ritenere quella che è più favorevole al beneficiario, a scapito dell'assicuratore (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 100 II 403, JdT 1976 I 254).

Si tratta del principio *in dubio contra assicuratorem*, secondo cui, nel dubbio, la clausola contrattuale va interpretata a sfavore di chi l'ha redatta (*in dubio contra stipulatorem o proferentem*), per cui l'assicuratore non potrà prevalersene (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 268 segg., JdT 1990 I 57; MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Berna 1995, pag. 145; KRAMER/SCHMIDLIN, Berner Kommentar, 1986, ad art. 1 CO, n. 109 pag. 142; Rep. 1993 213 segg.; VIRET, op. cit., pag. 92; MAURER, op. cit., pag. 247 e seg.).

Questo principio si applica sia per l'interpretazione di una polizza che delle CGA (OG LU in RUA XIV n. 37 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 75 ad art. 1 LCA). Tuttavia, ricorrere, per interpretare delle CGA, direttamente al principio *in dubio contra stipulatorem* - che è applicabile solo in caso di dubbio sul significato di una clausola - costituisce una violazione del diritto federale (DTF 122 III 118; SJ 1992 623 seg.).

A titolo abbondanziale va osservato ancora che, secondo la giurisprudenza, le clausole limitative della copertura (clausole d'esclusione) devono essere interpretate restrittivamente e non in modo esteso (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in: CARRON, op. cit., n. 209 pag. 72 e n. 221 pag. 77; STF in RUA XIII n. 47; cfr. sull'interpretazione della parola "droga": DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612 citate in: CARRON, op. cit., n. 282 pag. 97; MAURER, op. cit., pag. 247). Esse possono però essere redatte in termini generali, senza che sia necessario enumerare i casi d'esclusione, a condizione che la categoria degli avvenimenti esclusi sia descritta in modo sufficientemente preciso e non equivoco al fine che non sussista alcun dubbio sull'estensione del rischio assicurato, tenendo conto del contesto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128).

Visto dunque quanto precede, 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 213 segg.; DTF 112 II 253 segg.; MAURER, Privatversicherungsrecht, 1986, pag. 231; DTF 116 II 345, ROELLI/KELLER, op. cit., pag. 459).

Infine si rammenta che le condizioni generali d'assicurazione sono parte integrante del contratto d'assicurazione (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 segg., in particolare pag. 673).

- 2.8. Nella fattispecie, la questione verte sulla copertura assicurativa da parte di  $\gamma$  nei confronti della famiglia **XXX** durante l'anno 2004, ossia posteriormente alla lettera di disdetta inviata il 14 novembre 2003 dagli attori all'ente assicuratore, con la quale essi ponevano fine alle quattro polizze per il 31 dicembre 2003.

Occorrerebbe quindi ricercare il senso che le parti potevano e dovevano dare, in buona fede, alle clausole degli artt. 8-10 CGA, in applicazione del principio dell'affidamento (DTF 126 III 388 consid. 5a, DTF 126 III 25 consid. 3c, DTF 126 III 59 consid. 5b). Questo Tribunale non ha comunque rilevato un contrasto interpretativo concernente, in particolare, la lettera dell'art. 9 CGA; una diversa valutazione dei contratti in questione è sorta non perché la lettera ed il senso di tale norma non fossero sufficientemente comprensibili, bensì poiché è intervenuto un elemento esterno, ossia lo scritto con cui la Cassa malati ha

comunicato agli attori che, come previsto dall'art. 5.3 (CSA), non avrebbe preso a carico né i costi delle cure termali effettuate all'estero dai coniugi **XXX** nell'aprile 2003, né altre future cure termali all'estero (docc. B e VII/A).

- 2.9. La lettera degli artt. 8, 9 e 10 CGA non lascia spazio ad interpretazione. Non vi sono infatti termini ambigui che possano dar adito a diverse soluzioni. Ogni locuzione è chiara e ben posizionata nel contesto della norma stessa, che non appare neppure di difficile formulazione. Non è quindi ammissibile dare una diversa interpretazione da quella esposta da parte convenuta.

I disposti relativi alla durata del contratto ed alla risoluzione dello stesso da parte degli stipulanti (artt. 8-10 CGA) devono essere intesi nel loro senso letterale.

Di principio, all'assicurato è data la possibilità di rescindere il contratto sottoscritto, ma soltanto dopo un termine di cinque anni dalla sua entrata in vigore e con un preavviso scritto di almeno sei mesi prima della sua scadenza (art. 9 CGA).

Le condizioni prevedono eccezionalmente anche la possibilità di rescindere anticipatamente il negozio giuridico, ovvero quando i premi dell'assicurazione aumentano. In tale caso l'assicurato può porre termine al contratto con un preavviso di un solo giorno prima della scadenza del premio (art. 10 *in fine* CGA).

In concreto, non sono trascorsi cinque anni dall'entrata in vigore dei contratti in esame, tanto meno gli attori hanno comunicato all'assicuratore la loro scelta con un preavviso di sei mesi e non c'è stato un aumento dei premi LCA.

Non è data in concreto neppure la realizzazione di un danno parziale per il quale gli assicurati possano ottenere un'indennità (art. 42 LCA) alla luce del chiaro tenore delle CSA (cfr. considerandi che seguono).

Pertanto la disdetta del 14 novembre 2003 data dai coniugi **XXX** a nome di tutta la famiglia esplica validi effetti unicamente al termine quinquennale e non per l'anno 2004 come da essi voluto. Tutti e quattro gli attori restano quindi vincolati all'assicuratore Supra.

- 2.10. Nella citata disdetta gli attori hanno comunque sottolineato di avere accettato la variante per le prestazioni complementari solo dopo aver *oralmente* ricevuto la garanzia dal loro assicuratore malattia che esso si sarebbe ancora fatto carico di tutte le cure termali effettuate all'estero. Nulla sarebbe invece stato loro detto

in merito all'applicazione dell'art. 5.3 CSA, ovvero che sia le cure effettuate a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) nell'aprile 2003 sia tutte le future cure balneari compiute all'estero non sarebbero più state riconosciute e quindi rimborsate.

A tal proposito va ricordato che l'art. 3 LCA relativo al formulario di proposta d'assicurazione prevede che:

*Le condizioni generali d'assicurazione devono essere inserite nel formulario di proposta rilasciato dall'assicuratore o consegnate al proponente prima ch'egli abbia inoltrato il formulario contenente la sua proposta. (cpv. 1)*

*Ove non si osservi questa prescrizione il proponente non è vincolato alla proposta (cpv. 2)."*

Come indicato, le CGA sono parte integrante del contratto d'assicurazione (TC VS in RUA XVII n. 27 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 120 ad art. 3 LCA).

Sottoscrivendo la proposta d'assicurazione, l'assicurato si sottomette alle condizioni che essa contiene (TD di Lenzburg in RUA V n. 14/38/40 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 120 ad art. 3 LCA).

Lo scopo della consegna delle CGA è quello di dare al proponente la possibilità di prendere conoscenza delle disposizioni contrattuali prima di impegnarsi con la propria firma. Una comunicazione orale delle CGA non è di fatto sufficiente, tanto che spetta all'assicuratore provare di aver consegnato le CGA al proponente (TC VS in RVJ 1974 pag. 46).

Il proponente che negligenemente non prende conoscenza delle CGA contenute nel formulario di proposta d'assicurazione deve sopportarne le conseguenze e non può prevalersi della loro ignoranza. Esiste quindi un dovere dell'assicurato di prendere conoscenza delle clausole del contratto (TCommerciale BE in RUA IV n. 120).

L'ignoranza del tenore delle CGA da parte dell'avente diritto non costituisce una scusa per quest'ultimo (TC VS in RVJ 1974 pag. 46).

Inoltre, l'assicurato rimane legato alle CGA quando esse sono menzionate sulla proposta che ha firmato, fintanto che egli non dimostra chiaramente che esse non gli sono state consegnate (TC SG in RUA XIX n. 47).

L'agente assicurativo, qualunque sia la portata dei suoi poteri, ha il dovere d'informare l'assicurato sul senso e la portata di una disposizione delle CGA che non sarebbe chiara per lui (STF in RUA XV n. 72).

- 2.11. Nel caso di specie, non è in discussione che i coniugi **XXX** non abbiano ricevuto le CGA/CSA agli atti o che l'assicuratore non le abbia loro fornite. Il 29 novembre 2002 gli attori hanno sottoscritto delle proposte di cambiamento d'assicurazione (docc. 1-4) contemplanti quanto segue:

*SI, accetto la vostra proposta di cambiamento senza questionario sullo stato di salute. Dal 1° gennaio 2003, beneficerò delle nuove coperture assicurative complementari come indicato qui sopra con un premio mensile di Fr. ... Aspetto la mia nuova polizza d'assicurazione e confermo di avere ricevuto le condizioni d'assicurazione."*

Per **XXX** il premio mensile era di Fr. 113.- (doc. 1), per **XXX** di Fr. 85.- (doc. 2), per **XXX** e **XXX** di Fr. 9,60 (docc. 3 e 4).

Come visto, spetta in genere all'assicuratore comprovare di aver fornito le CGA allo stipulante al momento della proposta. Invece, il contraente rimane legato alle CGA se queste sono menzionate sulla proposta d'assicurazione che ha firmato, ma solo fintanto che non dimostra di non averle ricevute.

Ora, gli attori non hanno dimostrato ed invero nemmeno sostenuto di non avere ricevuto le CGA/CSA applicabili alla fattispecie.

Di conseguenza, in virtù del citato art. 3 LCA, gli stessi avevano dunque il *dovere* di prendere conoscenza di *tutte* le clausole della proposta di cambiamento di contratto che si apprestavano a sottoscrivere. Non avendolo fatto convenientemente, ossia mediante attenta lettura delle CGA/CSA, gli assicurati devono sopportare l'applicazione dei contratti assicurativi con le relative conseguenze e quindi sono legati ai contratti in discussione almeno per l'anno 2004.

Anche se fosse dimostrato che un consulente assicurativo ha fornito indicazioni imprecise, non è possibile, alla famiglia **XXX**, prevalersene: infatti, come visto, lo stesso proponente è tenuto a prendere conoscenza delle stesse CGA (art. 3 LCA).

Non è nemmeno lecito fare implicitamente valere – *a posteriori* – la non conoscenza delle condizioni assicurative, non costituendo giuridicamente l'ignoranza di questi aspetti una valida attenuante

o scusante (STFA del 18 gennaio 2000 nella causa L., C 366/99, consid. 2 pag. 3; DTF 124 V 215, consid. 2b)aa e giurisprudenza ivi citata; STCA del 24 maggio 2004 nella causa M.C., Inc. n. 30.2004.20; STCA del 4 dicembre 2002 nella causa J., Inc. n. 30.2002.201).

Va abbondanzialmente rilevato che, indipendentemente dal fatto che le CGA/CSA siano state o meno messe a disposizione dei proponenti prima della firma delle modifiche contrattuali, dalla ricezione dei contratti assicurativi, ossia delle polizze d'assicurazione (docc. 5-8), gli attori avrebbero avuto quattro settimane di tempo per poterli impugnare (art. 12 LCA) chiedendone la rettifica, qualora il loro contenuto non fosse coinciso con quanto convenuto.

Pertanto, gli assicurati avrebbero dovuto attivarsi e verificare se le Condizioni generali garantivano loro tutto quanto convenuto sia per iscritto che verbalmente con l'assicuratore. Nel caso di importanti differenze, gli stipulanti avrebbero potuto ancora interpellare l'assicuratore per modificare i contratti e porvi rimedio nel termine indicato (quattro settimane). Invece, anche avendone avuta la possibilità, non hanno agito in tal senso.

Se i membri della famiglia **XXX** avessero letto le CGA/CSA, avrebbero subito rilevato una discordanza fra l'art. 5.3 CSA e le garanzie verbali fornite da Supra, come pure si sarebbero accorti della durata minima del contratto (cinque anni), che non permetteva loro di disdire la polizza in esame già durante il primo anno d'affiliazione (art. 9 CGA) e di pretendere quindi di essere liberati da ogni legame giuridico con la convenuta.

2.12. Data la validità anche per il 2004 di ognuna delle quattro polizze assicurative agli atti, rimane la questione del pagamento dei premi LCA per il primo trimestre di questo stesso periodo.

L'art. 12.1 CGA prevede che il premio, fissato secondo l'età dell'assicurato alla conclusione del contratto, è pagabile *in anticipo* alle scadenze convenute nella polizza.

Il premio scade il giorno dell'entrata in vigore del contratto (art. 12.2 CGA).

Per l'art. 12.4 CGA, se il premio annuo è inferiore a Fr. 100.-, viene percepito interamente il 1° gennaio di ogni anno. Allo stesso modo per il premio annuo compreso da Fr. 100.- a Fr. 300.-. In quest'ultimo caso può tuttavia essere fatturato semestralmente a richiesta dell'assicurato.

Ciò significa che la famiglia **XXX** era tenuta al pagamento anticipato dei premi del 2004 fissati dalle polizze assicurative LCA secondo le scadenze concordate, ossia trimestralmente per **XXX**, **XXX** e **XXX**, annualmente per **XXX** (docc. 5-8).

- 2.13. Gli assicurati lamentano il ricorso della Cassa malati alla procedura esecutiva (docc. E-H).

Tale modo di procedere di Y non soggiace a critica. Infatti l'assicuratore può domandare l'emanazione di precetti esecutivi al fine di incassare i premi arretrati. Detti premi, come visto, sono dovuti.

- 2.14. La questione della violazione dell'art. 13 CGA, che riprende gli artt. 20 e 21 LCA, non entra invece in considerazione, come pure la verifica della spedizione da parte della Cassa malati agli interessati delle polizze di versamento e delle diffide per i premi del primo trimestre 2004.

L'oggetto del litigio non è la sospensione degli obblighi contrattuali di Y nei confronti degli interessati. Non si tratta qui della mancata presa a carico da parte della Cassa di costi assicurati sorti durante il periodo di sospensione degli obblighi. Sapere, dunque, se la convenuta si sia conformata agli artt. 20 e 21 LCA non è quesito che il Tribunale deve risolvere.

Va unicamente ritenuto che tutti e quattro i contratti assicurativi LCA sottoscritti dalla famiglia **XXX** erano regolarmente in vigore nel 2004 e che, di conseguenza, gli assicurati erano tenuti a pagare all'assicuratore i premi LCA di gennaio, febbraio e marzo 2004.

Le petizioni vanno respinte e **XXX**, **XXX**, **XXX** e **XXX** devono corrispondere le rispettive prestazioni secondo il contratto.

- 2.15. Si osserva ancora che secondo l'art. 47 cpv. 4 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione.

Con lettera del 14 agosto 2003 l'UFAP ha rammentato al TCA l'obbligo di trasmettere tutte le sentenze inerenti il diritto privato emesse, precisando che l'Ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le stesse.

Alla luce della citata Legge e dello scritto dell'UFAP, s'impone quindi di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

- 2.16. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. L'OG contempla in particolare la possibilità di adire il Tribunale Federale contro giudizi cantonali (art. 48 OG) in procedure di carattere non pecuniario in ambiti specifici (art. 44 OG). Rispettivamente è ammissibile il ricorso per riforma in procedure pecuniarie in specifici ambiti del diritto senza riguardo al valore pecuniario (art. 45 OG). L'art. 46 OG precisa che

*Nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora 8'000 franchi almeno."*

Nel caso di specie, il valore litigioso è rappresentato dall'importo massimo complessivo che la famiglia **XXX** è chiamata a versare alla convenuta fino al 31 dicembre 2007, fatto salvo, prima d'allora, un eventuale aumento dei premi LCA che permetterebbe ai suoi membri di rescindere anticipatamente i rispettivi contratti assicurativi.

Siccome il limite massimo dei premi LCA che gli attori dovranno versare a Supra per gli anni 2004-2007 è superiore ai succitati Fr. 8'000.-, sono quindi dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

- 1.- Le petizioni di **XXX**, **XXX**, **XXX** e **XXX** sono **respinte**.
- 1.1. Le polizze d'assicurazione LCA nn. **XXX**, **XXX**, **XXX** e concluse il 22 novembre 2002 da **XXX**, **XXX**, **XXX** e **XXX** con l'assicuratore malattia  $\gamma$  hanno regolarmente esplicitato i loro effetti durante tutto l'anno 2004.
- 1.2. Gli attori sono pertanto tenuti al pagamento dei rispettivi premi LCA dell'anno 2004, in particolare dei premi del primo trimestre del 2004 per i quali sono stati correttamente escussi nell'aprile-maggio 2004 dall'assicuratore malattia  $\gamma$  .

- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
- 3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna.  
Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna ai sensi degli artt. 43 segg. della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti

