

Raccomandata

Incarico n.

36.2005.212

Lugano

14 settembre 2006

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

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

redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 5 dicembre 2005 di

XXXX,
rappr. da: avv. Xxx,

contro

Y Cassa malati

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. Il 19 agosto 2004 (doc. G) XXXX ha sottoscritto con Y Assicurazioni SA una proposta assicurativa per due coperture complementari secondo la LCA. Unitamente al formulario d'affiliazione all'assicurazione, la stipulante ha compilato una dichiarazione sul suo stato di salute. Alle domande n. 2a e n. 3 che recitavano:

"Al momento lei è in cura medica, sta effettuando controlli (medico, naturopata, terapeuta, ecc.) o ne sono previsti?"

Ha risposto No. rispettivamente "Negli ultimi 5 anni è stato eseguito un trattamento medico,

naturopatico o una terapia ambulatoriali o ospedalieri in seguito a disturbi fisici o psichici?"

Ha risposto Sì, specificando trattarsi di dorsalgia e di tendomiosi cervico-dorsale ed i nomi dei medici che l'hanno curata.

Il 9 settembre 2004 (doc. L) l'assicuratore le ha inviato la polizza assicurativa valida già da inizio mese, contemplante tuttavia due riserve per le succitate malattie e che l'assicurata medesima ha accettato (docc. H e I).

- 1.2. Il 2, 16 e 21 marzo 2005, il 4 ed il 27 aprile 2005 e l'11 ed il 25 maggio 2005 l'assicurata è stata in cura presso la psicologa e psicoterapeuta lic. phil. I _____, la quale il 6 giugno 2005 (doc. P) ha emesso una nota d'onorario di Fr. 700.-, che il 20/25 luglio 2005 l'assicuratore ha rimborsato ad XXXX nella misura di Fr. 525.- (doc. Q).
- 1.3. L'8 agosto 2005 (doc. R) l'assicuratore ha chiesto alla stipulante del contratto assicurativo di comunicare se *"effettivamente, non ha mai a tutt'oggi sofferto dei disturbi che hanno fatto oggetto di trattamento presso la psicoterapeuta citata in precedenza, ed in caso affermativo, i motivi per i quali ella ha omesso di specificare nel citato formulario di proposta una descrizione completa della sua situazione fisica."* Con scritto del 16 agosto 2005 (doc. S) XXXX ha precisato che *"non ho mai sofferto di disturbi fisici o psichici ... per i quali ho iniziato a partire dal 2 marzo 2005 un trattamento presso la psicoterapeuta Lic. Phil. La scelta della citata psicoterapeuta è stata compiuta in funzione dal rapporto di fiducia instaurato precedentemente nell'ambito di una psicoterapia di sostegno all'esercizio della mia professione di operatrice sociale. Nulla a che vedere dunque con i disagi relativi alla mia situazione personale subentrati solo a partire dall'inizio di quest'anno."*
- 1.4. Il 30 agosto 2005 (doc. T) Y ha informato la beneficiaria delle coperture complementari che la sottoscrizione della polizza era viziata da reticenza, siccome al momento della compilazione della dichiarazione sullo stato di salute avrebbe risposto in modo incompleto alla precitata domanda n. 2a, non segnalando che già *prima* della conclusione della proposta assicurativa avvenuta il 19 agosto 2004 ella soffriva di un disturbo, che è sfociato nel

trattamento prestato dalla menzionata psicoterapeuta. Pertanto, in virtù dell'art. 6 LCA, l'assicuratore recedeva da entrambe le coperture complementari con effetto retroattivo al 1° settembre 2004, ossia al momento della loro entrata in vigore.

- 1.5. Con petizione del 5 dicembre 2005 (doc. I) XXXX, per il tramite del patrocinatore avv. Xxx, ha postulato al TCA di accertare la non sussistenza di una reticenza e che, semmai, essa sia stata fatta valere tardivamente dalle convenute. Chiede quindi d'accertare la validità del contratto assicurativo anche oltre il 30 agosto 2005. L'attrice fa valere che la terapia che seguiva ancora prima della sottoscrizione delle due coperture assicurative era solo di sostegno alla sua professione di operatrice sociale, poiché l'aiutava a sopportare le sofferenze con le quali era confrontata ogni giorno. Pertanto, a suo dire, non si tratterebbe né di una cura medica né di un controllo, dato che non sussistevano disturbi alla salute, in particolare psichici, tali da necessitare una cura medica. All'assicuratore convenuto si dovrebbe poi rimproverare di non essere stato sufficientemente chiaro nell'elencazione degli specialisti alla domanda n. 2a, cosicché ora questo errore di interpretazione non potrebbe esserle opposto. L'attrice lamenta inoltre l'impegnatività dell'assicuratore nel comunicarle la risoluzione (o resiliazione) del contratto, che sarebbe avvenuta oltre il termine di quattro settimane violando l'art. 6 LCA. Infine, vi sarebbe violazione della sua buona fede, poiché malgrado lo scritto del 30 agosto 2005, il convenuto ha continuato ad assicurare l'attrice fatturando ed accettando il pagamento dei premi per i mesi da settembre a dicembre 2005 e trasmettendole addirittura la polizza per il 2006.
- 1.6. Con risposta del 5 gennaio 2005 (doc. III) l'assicuratore Y ha chiesto la reiezione della petizione ed ha osservato che le risposte date il 28 luglio 2005 (doc. 10) dalla dr. med. _____, specialista in medicina generale e medico curante dell'attrice — ricevute il 3 agosto —, non lascerebbero alcun dubbio sulla preesistenza, dal 1999, di una sindrome ansiosa cronica, che ha comportato la necessità personale di rivolgersi ad uno psicoterapeuta. Di conseguenza, la discussa risoluzione del contratto datata 30 agosto 2005 sarebbe giustificata ed inoltre rispetterebbe il termine legale di quattro settimane.
- 1.7. Pendente causa il TCA ha interpellato la dottoressa (doc. IX), la psicologa e psicoterapeuta _____ (doc. X) nonché lo psichiatra e psicoterapeuta _____ (doc. XXII),

sulle cui rispettive risposte (docc. XII, XIII e XXV)) hanno preso posizione l'attrice (docc. XV, XXVII) e l'assicuratore (docc. XVI, XXVIII).

in diritto

- 2.1. Il TCA deve decidere se il 30 agosto 2005 l'assicuratore ha correttamente disdetto, a causa di una reticenza e con effetto retroattivo al 1° settembre 2004, le assicurazioni complementari sottoscritte il 19 agosto 2004 dalla proponente XXXX.

L'assicuratore fa valere che nella compilazione del formulario concernente lo stato di salute, l'attrice avrebbe intenzionalmente omesso di dichiarare che *già* soffriva di un disagio psicologico "personale", tale da necessitare di una terapia di sostegno. La conoscenza di questo disturbo da parte della proponente stessa *precedentemente* alla firma della proposta d'assicurazione LCA costituirebbe quindi una reticenza che, in virtù dell'art. 6 LCA, renderebbe nullo il contratto assicurativo stipulato.

D'avviso dell'attrice, la terapia seguita dal 1999 concerneva invece la sua attività professionale e non avrebbe avuto nulla a che vedere né con i disagi psicologici di carattere personale emersi nel marzo 2005 a causa della gravidanza allora in corso né con i disturbi dovuti alla fibromialgia di cui da tempo soffriva.

- 2.2. Secondo l'art. 4 LCA, il proponente l'assicurazione deve dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario ed in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio, in quanto e come gli sia noto o debbano essergli noti alla conclusione del contratto.

Il mancato rispetto di questa norma comporta, o può comportare a determinate condizioni, una reticenza.

Infatti, giusta l'art. 6 LCA in vigore fino al 31 dicembre 2005, applicabile alla fattispecie, se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione ha dichiarato inesattamente o sottaciuto un fatto rilevante, che conosceva o doveva conoscere, l'assicuratore non è vincolato al contratto purché ne sia receduto entro quattro settimane da quando ebbe cognizione.

Va innanzitutto osservato che l'art. 4 LCA è una norma di diritto dispositivo (artt. 97 e 98 LCA). Ne discende che le CGA possono

contenere delle regole meno severe per lo stipulante rispetto a quelle previste dall'art. 4 LCA. Per esempio, l'assicuratore può rinunciare ad esigere che le risposte del proponente siano date per iscritto.

Dal canto suo, l'art. 6 LCA è una norma semi imperativa alla quale non è possibile derogare in sfavore dell'assicurato (art. 98 LCA). Il termine di quattro settimane per notificare la recessione dal contratto è termine di perenzione (DTF 119 V 287), che decorre dalla conoscenza completa di tutti i punti relativi alla reticenza.

È compito dell'assicuratore apportare la prova della reticenza (DTF 72 II 124). Non bastano semplici sospetti, anche se gravi, di reticenza per stabilire la decorrenza del termine (DTF 118 II 333; SJ 1984 162; OLIVIER CARRÉ: *Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2000, pag. 148*).

L'assicuratore agisce in tempo utile anche quando cerchi delle informazioni precise e receda dal contratto solo nelle quattro settimane che seguono la loro ricezione. Il termine decorre unicamente dalla conoscenza positiva della reticenza e non dal momento in cui l'assicuratore avrebbe potuto sapere o conoscere dell'esistenza della reticenza (in questo senso: DTF 119 V 283; DTF 118 II 333 consid. 3; DTF 116 V 218); il legislatore non ha voluto creare un dovere di diligenza particolare per l'assicuratore.

La reticenza può essere invocata anche dopo che sia subentrato l'evento assicurato (DTF 118 II 333; DTF 109 II 159; SJ 1984 164). Sul tema il Tribunale Federale si è espresso ancora recentemente in 5C.51/2006 del 17 luglio 2006.

Nel caso in cui si realizzino più reticenze, per ognuna di esse decorre un nuovo termine di quattro settimane dalla conoscenza effettiva della stessa da parte dell'assicuratore (DTF 109 II 159). Come rammenta l'autore Olivier Carré (op. cit., pag. 148-149), il termine di 4 settimane decorre se l'assicuratore apprende di un soggiorno in ospedale di un assicurato ed era a conoscenza dell'esistenza della malattia che l'assicurato aveva omesso di indicare nella sua proposta d'assicurazione, non costituendo il ricovero — quanto piuttosto la malattia — il fatto importante per l'apprezzamento del rischio (TF in RUA XVII n. 8). Ancora, agisce con ritardo l'assicuratore che, orientato verso la conferma della reticenza, va alla ricerca di nuove informazioni che nulla apportano di nuovo alle sue conoscenze e non rispetta così il termine di 4 settimane (CARRÉ, op. cit., pag. 149; RUA XVII n. 8).

La reticenza deve essere riferita a fatti rilevanti. La LCA presume importanti i fatti per i quali l'assicuratore abbia formulato delle domande scritte. Occorre comunque che le domande scritte poste siano precise e non equivoche.

L'assicuratore è autorizzato a porre domande su tutte le circostanze che sono di natura ad influenzare seriamente la sua determinazione d'accettare o rifiutare la proposta d'assicurazione (DTF 68 I 1328, JdT 1943 I 241).

Spetta all'assicuratore formulare con precisione e senza equivoci le domande relative ai fatti che gli sembrano importanti, nei confronti di chi deve dichiararli (OG ZH in RUA XIII n. 16).

Non esiste un obbligo generale per l'assicuratore di informarsi personalmente sui fatti importanti per l'apprezzamento del rischio ed esso ha il diritto d'ammettere che il proponente ha risposto correttamente. V'è del resto un principio generale che vuole che colui che si fonda sulle dichiarazioni della parte contraente possa fidarsi delle stesse, senza essere tenuto a controllarne l'esattezza mediante delle verifiche (DTF 118 II 333).

Se l'assicurato non ha risposto ad una domanda, l'assicuratore non potrà prevalersi di questo fatto per rescindere il contratto, a meno che dal contesto particolare (altre risposte del proponente) la domanda lasciata in bianco possa essere ritenuta evasa in un determinato senso e che questa risposta costituisca una reticenza su un fatto importante (CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Ed. Universitaires Fribourg Suisse 1997, pag. 13 n. 37; DTF 110 II 499). Se delle circostanze importanti non hanno fatto oggetto di domande, in generale non se ne potrà dedurre una reticenza.

Il proponente deve indicare i fatti che conosce o che dovrebbe conoscere (TF in RUA VI n. 51). Egli deve menzionare i fatti importanti per l'apprezzamento del rischio, ma non tutti quelli che sono oggettivamente conosciuti al momento della conclusione del contratto. Non è infatti tenuto a dichiarare i fatti in merito ai quali non è stata posta nessuna domanda scritta (DTF 45 II 218) e nemmeno a fare delle dichiarazioni spontanee (DTF 116 V 218). Il proponente ha l'obbligo di rispondere soltanto alle domande che l'assicuratore ha formulato correttamente. Inoltre, egli non solo deve dichiarare i fatti che gli vengono in mente senza riflettere, ma anche quelli che non possono sfuggirgli se riflettesse seriamente alle domande dell'assicuratore (DTF 116 V 218; DTF 109 II 60).

Il proponente può far capo alla sua ignoranza su un fatto non dichiarato solo se questa ignoranza non è dovuta ad una grave

negligenza da parte sua (TF in RUA VI n. 51). La non attenzione o la negligenza del proponente danno luogo all'invocazione della reticenza da parte dell'assicuratore (sentenza ticinese pubblicata in RUA VII n. 50).

Il proponente deve agire conformemente alle regole della buona fede, rispondendo alle domande poste (RUA VIII n. 41). Occorre quindi determinare in che misura il proponente poteva, in buona fede, dare una risposta negativa ad una domanda sottopostagli dall'assicuratore, secondo la conoscenza che egli aveva della situazione (DTF 96 II 204, JdT 1972 1 34).

In merito all'esattezza delle risposte fornite, occorre considerare gli aspetti soggettivi connessi al proponente. In altri termini, il fatto di ignorare in maniera volontaria o per negligenza una circostanza può essere opposto al proponente.

Come rammenta Carron (op. cit., pag. 23 n. 65), *"Le proposant satisfait à son obligation de faire des déclarations lorsqu'il indique, outre les faits qui lui sont connus sans autre, ceux dont l'existence ne peut pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur."*

Tuttavia, il proponente perde i suoi diritti anche quando ignora la falsità delle sue dichiarazioni, a condizione che questa ignoranza implichi un errore da parte sua. Per contro, non c'è un errore del proponente quando egli omette di dichiarare dei fatti conosciuti da parte di soli professionisti, oppure quando egli attribuisce in buona fede ad un termine il senso che assume correntemente, senza preoccuparsi del suo significato tecnico. Il proponente dell'assicurazione è quindi legittimato ad attribuire ai termini tecnici del questionario che non gli sono familiari e che non gli sono stati spiegati, il senso che normalmente si dà nel loro contesto ed in particolare il senso che hanno nel linguaggio comune (DTF 116 II 338) ed il senso che si dà loro nel luogo di domicilio (DTF 96 II 204, JdT 1972 1 34).

Per verificare la conformità delle risposte, occorre determinare se il proponente conosceva o doveva conoscere la loro erroneità o la loro inesattezza, e si terrà conto, per questo, di tutto il contesto personale, ossia della sua intelligenza, della sua formazione e della sua esperienza (DTF 116 II 338), del grado della sua cultura (DTF 111 II 388) e della sua situazione (DTF 118 II 333).

- 2.3. Nell'ambito di una assicurazione individuale contro gli infortuni, la domanda che porta su un trattamento medico di una certa durata, senza precisare cosa si intenda per "certa durata", dà

luogo ad incertezza, apparendo generica e non può quindi fondare una reticenza (RUA XVII n. 7). Costituisce invece reticenza — nello stesso ambito — il fatto di tacere l'esistenza di una incapacità lavorativa al 50% (RUA XVI n. 5 citata da BENOIT CARRON, op. cit., pag. 12, nn. 34 e 35).

In merito alla conclusione di una assicurazione sulla vita, costituisce reticenza negare di avere sofferto di male allo stomaco quando siano stati consultati due medici in proposito e ciò anche se gli esami non hanno rilevato l'esistenza di malattie gravi (RUA XV n. 22).

Nell'assicurazione contro le malattie, la domanda a sapere se negli ultimi 5 anni sia stata eseguita una radiografia verte su di un fatto importante, non tanto per la radiografia come tale quanto per le indicazioni che se ne possono dedurre riferibili al rischio assicurabile (CARRON, op. cit., pag. 15 n. 42), mentre l'assicuratore non può invocare la reticenza a fronte di risposta imprecisa a domanda non intelligibile per tutti e se il proponente non l'aveva compresa (DTF 101 II 339). Inoltre, se il questionario si riferisce ad uno stato di malattia, non c'è reticenza quando l'assicurato, profano in materia, in buona fede si crede non affetto da malattie dorso-lombari, e dopo un breve trattamento, da dolori susseguenti ad uno specifico infortunio. Diversa sarebbe la problematica se il questionario concernesse soltanto i dolori sofferti (DTF 101 II 339, JdT 1977 I 627).

La giurisprudenza ha ammesso reticenza, con riferimento all'assicurazione contro le malattie, per domande alle quali non sia stata data veritiera o completa risposta relativa a precedenti patologie del tubo digerente (CARRON, op. cit., pag. 23 n. 64).

Non può essere inoltre ritenuta una reticenza laddove il proponente l'assicurazione ometta di segnalare dei sintomi di una malattia alla domanda tendente a sapere di quale malattia importante abbia sofferto, ciò se la malattia sia stata indicata (TA del Cantone Ticino, in RUA XVII n. 6). Come ricorda Carron (citando un giudizio del Cantone Svitto pubblicato in RUA XVI n. 9),

"Comme la réticence ne peut être admise qu'avec la plus grande retenue, sa preuve n'est pas apportée lorsque les médecins traitants du preneur d'assurance n'étaient pas au courant d'un petit infarctus qu'il aurait subi et n'ont décelé aucune trace de troubles cardiaques."

È d'altra parte possibile per il proponente dell'assicurazione dimostrare che la domanda alla quale ha risposto con reticenza non sia stata determinante per la conclusione del contratto da

parte dell'assicuratore (cfr. comunque l'art. 4 cpv. 3 LCA), e che l'assicuratore avrebbe comunque concluso il contratto se fosse stato a conoscenza del fatto (SJ 1986 557).

2.4. La conseguenza di una reticenza è che l'assicuratore non è vincolato al contratto se ne sia receduto entro 4 settimane dalla cognizione della reticenza. L'assicuratore può recedere dal contratto, ma può anche rinunciarvi, come prevede l'art. 8 cifra 5 LCA. La risoluzione del contratto ha effetti ex tunc, ossia gli effetti retroagiscono al momento in cui le informazioni erranee sono state date (RUA V n. 78).

La giurisprudenza ha precisato che, a tal fine, non basta un avviso di scadenza di un premio (RUA XVI n. 31) o la concessione di un ulteriore termine per il versamento dei premi in conseguenza al ricovero della persona interessata (RUA VIII nn. 51/55) o se vi sono state liquidazioni di sinistri senza che l'assicuratore fosse a conoscenza sicura di un caso di reticenza. L'assicuratore che propone all'assicurato il mantenimento del contratto previo nuovo esame dello stato di salute (esame medico completo) non può recedere dal contratto (RUA III n. 42 pag. 56).

2.5. Nel caso di specie, con specifico formulario sono state poste alla proponente 15 domande circa il suo stato di salute. Il 19 agosto 2004 l'attrice ha compilato e sottoscritto questo questionario (doc. G). Con le risposte date, la stipulante ha in sostanza affermato che il suo stato di salute era buono al momento della sottoscrizione e che non aveva né in corso né in previsione una cura medica od un'ospedalizzazione (domanda n. 2a). Inoltre, non abusava d'alcol né di nicotina e non assumeva regolarmente medicinali. In risposta alla domanda n. 3, l'assicurata ha infine precisato di soffrire di dorsalgia e tendomiosi cervico-dorsale, segnalando di essere stata trattata medicalmente negli ultimi cinque anni da degli specialisti, dei quali ha fornito i nominativi.

L'attrice evidenzia che queste risposte si basano sullo stato di fatto vigente al momento della compilazione della proposta assicurativa (agosto 2004), ed a quel tempo, ella non era ancora incinta. Infatti, la situazione di disagio psicologico che ha fatto sorgere la necessità di rivolgersi ad una psicoterapeuta sarebbe sorta successivamente (marzo 2005) alla stipulazione delle due coperture assicurative in esame, proprio con l'insorgere della gravidanza (ottobre 2004).

Sarebbe quindi a torto che l'assicuratore le imputerebbe ora una reticenza riguardo al suo reale stato psicologico al momento

della conclusione della polizza assicurativa. Quanto dichiarato nel questionario rispecchierebbe invece la realtà dei fatti vigente in quel momento topico.

- 2.6. Per poter riscontrare un'eventuale reticenza da parte dell'attrice nella compilazione del citato questionario, occorre in primo luogo analizzare il tenore della domanda n. 2a ed accertare se la stessa poteva effettivamente essere compresa come ha inteso la proponente dell'assicurazione, oppure se andava capita come sostiene l'assicuratore.

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. 1 b; STF in RUA XVI n. 22).

Il formulario sullo stato della salute della persona da assicurare è parte integrante della proposta d'assicurazione sottoscritta dal proponente. Se è accettata dall'assicuratore, essa si trasforma in una polizza assicurativa esplicitante validamente effetti giuridici. L'interpretazione dei quesiti che il questionario pone avviene dunque secondo gli stessi principi che valgono per interpretare un contratto.

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 157; 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. 1 b; 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. 1 b; 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 1128; DTF 116

Il 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 268, SJ 1992 623 citate in: CARRON, op. cit., pag. 72 n. 209), al senso che l'assicuratore si aspetta che gli assicurati attribuiscano 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. 1 b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 1727).

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. 1 b). Occorre 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 1805; 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.).

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

2.7. Nel caso concreto, con l'assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni complete (C) e l'assicurazione integrativa ospedaliera (H), le parti hanno voluto

prevedere il riconoscimento dei costi, da parte dell'assicuratore convenuto nei confronti della stipulante, di particolari cure e trattamenti qualora l'attrice ne avesse avuto necessità. Fra questi rientra anche la consultazione terapeutica non medica. Siccome questo Tribunale non ha constatato una reale e comune intenzione delle parti a proposito del significato del quesito posto con la domanda n. 2a del questionario sullo stato di salute dell'attrice (cfr. consid. 1.1), oggetto del contendere, occorre dunque ricercare il senso che quest'ultima e Y potevano e dovevano dare, in buona fede, alle espressioni usate nel citato questionario in applicazione del suesposto principio dell'affidamento (DTF 126 III 388 consid. 5a, DTF 126 III 25 consid. 3c, DTF 126 III 59 consid. 5b).

Resta quindi da interpretare attentamente il contenuto di detta domanda sulla scorta dei principi giurisprudenziali sopra esposti.

- 2.8. In merito alla domanda n. 2a tendente a sapere, se la proponente fosse in cura medica o dovesse effettuare controlli od ancora ne avesse in previsione, solo a fronte di risposta positiva l'interessata avrebbe dovuto ancora precisare il motivo (causa) di queste cure rispettivamente controlli (*"Se sì, perché?"*). La risposta a questo secondo quesito va quindi data unicamente a fronte di affermativa risposta data alla domanda precedente.

In specie, la risposta alla prima questione è stata "no", perciò la seconda parte della domanda non ha avuto alcun seguito (la precisazione del motivo, dell'affezione). Infatti, l'attrice afferma di non aver ritenuto opportuno segnalare una terapia di sostegno alla sua professione di operatrice sociale. A fondamento di questa sua decisione, essa osserva che *"cura medica" significa "un intervento volto a migliorare una situazione di precarietà nella sfera della salute, presupponendo quindi "qualcosa che non rientri nella "normalità".* Pertanto, *"nemmeno si può affermare che l'essersi sottoposta ad una terapia di sostegno alla professione rientri nella categoria del "effettuare controlli", dato che quest'ultima significa una ricerca di cause di disturbi alla salute. In concreto, non esistevano né disturbi alla salute né tanto meno analisi e test volti alla comprensione di questi (inesistenti) disturbi."* (doc. I pag. 5). L'attrice sostiene quindi che al momento della stipulazione delle coperture assicurative non soffriva di alcun disturbo alla salute, non aveva dolori fisici o disturbi psichici tali da necessitare una cura medica; il suo stato

di benessere era integro e non aveva alcun motivo per indicare di essere in cura medica.

Inoltre la sofferenza dall'età giovanile di fibromialgia (regolarmente segnalata alla domanda n. 3), non la obbliga comunque a ricorrere a continui trattamenti medici, come l'aiuto di una psicoterapeuta o di una psicologa. Pertanto, nemmeno questa malattia poteva essere all'origine del suo disagio psicologico sorto solo nel marzo 2005.

In queste condizioni, l'attrice ritiene corretto aver risposto "no" al quesito n. 2a e di non potere essere ritenuta reticente a proposito del suo passato stato di salute.

- 2.9. D'avviso del TCA, contrariamente a quanto sostiene l'attrice, la domanda n. 2a va intesa nel senso suggerito e capito dalla convenuta.

Secondo l'uso quotidiano e generale della lingua, l'espressione "*essere in cura medica*" assume il significato di essere curato da un operatore sanitario, ovvero lo stato di una persona le impone di consultare un medico e/o assumere dei farmaci e/o ricevere delle prestazioni o prescrizioni particolari da un operatore sanitario (chiropratico, fisioterapista, ...) per la cura di un problema fisico e/o psichico già sorto od in previsione di esso, a titolo quindi preventivo.

Per "*cura*", nel linguaggio comune e corrente, non si intende soltanto — come sostiene l'attrice - l'assunzione di medicinali, ma anche la semplice visita da uno specialista. A dipendenza dei problemi accusati, la cura medica di cui un assicurato necessita può anche prolungarsi nel tempo, nel senso che l'assicurato può essere visitato più volte e/o assumere medicinali su un arco di tempo sia breve che lungo. In questo lasso di tempo la persona ammalata viene definita "*in cura medica*".

Per quanto concerne i "*controlli*", anch'essi si riferiscono in modo implicito all'ambito medico. Dei controlli possono essere fatti dopo un intervento chirurgico, dopo il decorso di una malattia oppure ancora dopo una prima o successiva visita medica di consultazione. Per facilitare la comprensione della domanda, il questionario specifica proprio cosa si intenda per questi controlli: essi possono essere effettuati da un medico, da un naturopata, da un terapeuta, ecc. L'ambito medico è talmente vasto che fra parentesi l'assicuratore ha specificato le categorie più conosciute e verosimilmente più frequentate dagli assicurati. Questa lista

non è quindi esaustiva, ma lascia intendere che altri esperti in ambito medico e paramedico possano dispensare controlli.

Nel linguaggio quotidiano, per "*medico*" si intende una persona con laurea universitaria in medicina o che abbia, o meno, ottenuto una specializzazione (titolo FMH) in una branca della medicina.

Per "*naturopata*" si intende una persona, non necessariamente con formazione universitaria in medicina, che cura altre persone con rimedi naturali.

Nella comune accezione è "*terapista*", il professionista specializzato nel praticare particolari tipi di terapia, di natura fisica (fisioterapista) oppure psichica (psicoterapista o psicoterapeuta) il nuovo Zingarelli della lingua italiana, Bologna 1983, a pag. 1985 alla voce *terapista* richiama la definizione "fam. Psicoterapista" oltre a quella di "terapeuta" quali sinonimi della voce. Si veda in merito quanto previsto nella Legge Sanitaria (art. 54, 62 e segg.).

2.10. La documentazione raccolta dal TCA presso il medico curante (dr. med. _____), la psicologa/psicoterapeuta (_____) e lo psichiatra (dr. med. _____), attesta che già dal 1994 l'attrice si è rivolta a degli specialisti per cercare sollievo sia dal profilo fisico che psichico ai dolori lancinanti (intercostali, cefalee, mal di schiena, cervicali e altri) che la affliggevano nell'ambito della fibromialgia di cui è affetta sin da piccola.

Oltre a questa problematica, v'è però da considerare che dalla primavera 1999 XXXX è entrata in contatto con la citata psicologa nell'ambito di una supervisione di gruppo imposta dal datore di lavoro come valvola di sfogo necessaria a dipendenza della sua professione di operatrice sociale.

Tuttavia, questo incontro è diventato "*personale*" dal settembre di quell'anno, quando l'attrice si è rivolta *individualmente* alla psicoterapeuta _____ "*per affrontare e elaborare assieme emozioni e affetti legati ad una particolare relazione professionale; emozioni e affetti che la mettevano in difficoltà*". A seguito di un evento traumatico occorso anni prima durante lo svolgimento della sua professione e provocato da un utente, l'attrice ha sviluppato alcuni disturbi psicosomatici ed un'importante angoscia di morte; più tardi, nelle situazioni in cui era sola e dalle quali sentiva di non poter fuggire, ha vissuto

degli attacchi di panico. La psicoterapia di sostegno avviata appositamente nel settembre 1999 per affrontare questo suo personale e remoto disagio ha comportato tre incontri al mese con la psicologa fino all'aprile 2000; dal mese di maggio 2000 le sedute erano due al mese (doc. XIII risposta n. 1) e si sono protratte almeno fino all'agosto 2004, quando è stata stipulata l'assicurazione complementare in oggetto (doc. I pag. 6 in alto: "È vero che l'assicurata seguiva una terapia di sostegno presso una psicologa ...").

Oltre a far capo alla psicologa e psicoterapeuta per fronteggiare questi problemi, nel marzo 2005 si è aggiunta pure la gravidanza che le ha causato "difficoltà psicologiche" per lo stupore, l'ansia, la confusione e l'angoscia dovute alla veloce trasformazione del suo corpo, tali da essere collocate nell'ambito diagnostico di uno "sviluppo ansioso depressivo" (doc. XIII risposta n. 5).

- 2.11. Ora, d'avviso del TCA, alla luce degli accertamenti esperiti nelle more istruttorie, queste argomentazioni non giustificano la reticenza commessa dall'attrice riguardo alla risposta al quesito 2a. Infatti, l'interessata avrebbe dovuto segnalare all'assicuratore che al momento della conclusione della proposta assicurativa (19 agosto 2004) era in *cura medica* presso la lic. phil. I _____, psicologa e psicoterapeuta e quindi terapeuta proprio nel senso indicato dal questionario ed esaminato nel presente giudizio (cfr. consid. 2.9).

La tesi di parte attrice riguardo alla psicoterapia di sostegno *ai meri fini professionali* non va dunque qui seguita. Non è infatti possibile scindere la problematica della terapia di sostegno dovuta al trauma subito anni prima nell'ambito della sua attività professionale dalle — evidenti ed inevitabili — conseguenze che si sono manifestate nel campo privato come disagio personale. L'una si è forzosamente riversata sull'altra, ovvero il problema sorto e presente sul piano professionale si è esteso anche su quello personale, influenzandone la conduzione.

D'altronde, come ha affermato la stessa curante, il lavoro svolto con l'attrice ha sollecitato, per forza di cose, anche la sfera personale di quest'ultima, *"nella convinzione che una sempre maggiore consapevolezza della propria emotività, affettività e conflittualità non può che portare ad una maggiore competenza professionale. Il lavoro delle relazioni di aiuto porta quindi obbligatoriamente ad affrontare anche il proprio disagio personale, che è stato quindi oggetto del nostro lavoro."*

Anche se la psicologa considera che questo disagio personale non vada inteso *"come patologia o quadro clinico ma bensì come una continua tensione ad una maggiore conoscenza di se stessi, delle proprie competenze, dei propri bisogni e "vuoti affettivi", delle proprie esigenze personali e relazionali"* (doc. XIII risposta n. 3), è tuttavia indubbio che le sedute di psicoterapia che XXXX ha effettuato *da sola* — e non più con il gruppo di lavoro — dal mese di settembre 1999 non possano più essere ricollegate unicamente alla sua attività professionale.

Se la causa scatenante è stata un evento occorso nel 1994 durante l'esercizio della sua attività lavorativa, tuttavia le sue conseguenze si sono estese, ampiamente, nella vita personale, tanto che la necessità di un aiuto esterno era così forte ed impellente nel 1999 a tal punto che queste sedute di sostegno sono avvenute *da sola*, e non più in gruppo come le precedenti. È quindi lecito affermare che queste ultime sono effettivamente e costantemente correlate alla professione, mentre le sedute singole non lo sono. La problematica che ha traumatizzato l'attrice nell'anno 1994 è pertanto diventata un evento *personale*, che quindi non interessa gli altri operatori sociali con i quali svolgeva le sedute di gruppo.

Stanti le considerazioni che precedono, il quesito n. 2a andava evaso positivamente, siccome l'attrice era in *cura medica* presso la sua psicologa e psicoterapeuta per un *disagio professionale* trasformatosi anche in *personale*, che necessitava di continui *"controlli"* presso questa *terapista*, nel senso che regolarmente partecipava dapprima a tre e poi a due sedute al mese di terapia di sostegno psicologico.

Pertanto, seppure per motivi differenti (psicoterapia dovuta ad un disagio personale "post professionale" e non unicamente alla fibromialgia, dove la componente psicologica è rilevante: doc. XII risposta n. 1), è a giusta ragione che la convenuta ha individuato una situazione di reticenza nella compilazione della menzionata dichiarazione sullo stato di salute.

2.12. Oltre a questo elemento, il TCA osserva che anche il quesito n. 3 non è stato evaso correttamente dalla proponente qui attrice.

Alla luce di quanto esposto, infatti, discende che la terapia psicologica e psicoterapeutica che l'attrice ha seguito almeno sin dal 1994 doveva anch'essa essere segnalata all'assicuratore. In effetti, l'obbligo di richiamare l'attenzione su un *"trattamento medico, naturopatico o una terapia ambulatoriali o ospedalieri in*

seguito a disturbi fisici o psichici" si estende retroattivamente fino a cinque anni prima dal momento della stipulazione della polizza assicurativa.

Di conseguenza, qualsiasi trattamento nel senso descritto dalla domanda n. 3 avvenuto nel periodo agosto 1999-agosto 2004 doveva essere comunicato all'assicuratore.

Per quanto qui di interesse, tanto la *terapia* iniziata nel mese di settembre 1999 — individualmente e non più in gruppo - a causa del trauma subito in ambito lavorativo (doc. M), quanto la *terapia* dispensata per i problemi fibromialgici preesistenti acutizzatisi nel giugno 2001 (docc. N e XII risposta n. 1), rientrano a tutti gli effetti in questo lasso di tempo e dovevano ad ogni buon conto essere notificate all'assicuratore convenuto.

Ne consegue che nella compilazione del questionario sullo stato di salute l'attrice ha sottaciuto all'assicuratore dei fatti rilevanti.

Anche per questo motivo, l'enunciato dell'art. 6 LCA trova quindi concretizzazione, nel senso che l'attrice era tenuta a dichiarare all'assicuratore le precedenti e le — allora — attuali consultazioni avvenute presso la sua psicoterapista e psicologa. Ne deriva che l'assicuratore non è vincolato al contratto, purché ne sia receduto entro quattro settimane da quando ebbe cognizione.

- 2.13. A questo proposito, rimane da esaminare la tempestività con cui l'assicuratore ha comunicato all'assicurata di volere recedere dal contratto assicurativo retroattivamente dal 1° settembre 2004.

Questa presa di posizione dell'assicuratore è del 30 agosto 2005 (doc. T), mentre la fattura della lic. phil. L_____ relativa alle sedute di marzo, aprile e maggio è datata 6 giugno 2005 (doc. P) e Y l'ha ricevuta dall'attrice il 13 giugno seguente (doc. 9).

A mente di quest'ultima, il termine di quattro settimane di cui al citato art. 6 LCA sarebbe rispettato se l'assicuratore fosse venuto a conoscenza della reticenza al più tardi mercoledì 3 agosto 2005, con inizio della decorrenza il giorno successivo e scadenza giovedì 1° settembre 2005. Siccome già il 20 luglio 2005 il convenuto ha rimborsato all'assicurata la fattura della sua psicologa, ciò dimostra che l'assicuratore ha ricevuto questa fattura prima dell'ultimo termine utile del 3 agosto 2005, come d'altronde illustra il timbro di ricezione (13 giugno) apposto sulla fattura stessa (doc. 9). Di conseguenza, la risoluzione del contratto assicurativo sarebbe manifestamente tardiva.

Questa affermazione va tuttavia confutata.

Infatti, proprio perché l'assicuratore ha dovuto compiere degli accertamenti sullo stato di salute precedente dell'attrice non appena ha ricevuto la fattura del 6 giugno 2005, da cui sono sorti dei dubbi, questa verifica ha richiesto del tempo. Prova ne è che subito, il 17 giugno 2005, il convenuto ha interpellato la dr. med.

_____ (doc. Xlbis), specialista in medicina generale, la quale ha rilasciato il certificato del 1° marzo 2005 (doc. O) che attestava la necessità, per l'attrice, di regolari sedute di psicoterapia a causa di un disagio psicologico e che a tale scopo inviava l'interessata dalla psicoterapeuta

L'interpellata ha evaso i quesiti a cui è stata sottoposta soltanto il 28 luglio 2005 e le sue risposte sono state ricevute dall'assicuratore il 3 agosto 2005 (doc. 10).

Data questa cronologia di eventi, lo scritto del 30 agosto 2005 con cui l'assicuratore ha comunicato all'attrice che rescindeva il contratto dal 1° settembre 2004 è tempestivo. Quale punto di partenza va infatti considerato unicamente il momento in cui l'assicuratore ha avuto una conoscenza positiva della reticenza e non il momento in cui l'assicuratore avrebbe potuto sapere o conoscere l'esistenza della reticenza (cfr. consid. 2.2). In questo senso, senza le risposte fornite dal medico curante l'assicuratore non avrebbe potuto pronunciarsi sull'esistenza di una situazione di reticenza. Il lasso di tempo fra il 3 ed il 30 agosto è pertanto rispettoso del termine legale di quattro settimane.

La censura sollevata dall'attrice si rivela dunque infondata.

- 2.14. II TCA deve infine pronunciarsi sull'invocata violazione della buona fede di XXXX dovuta ad un comportamento contraddittorio dell'assicuratore che dapprima ha accettato e rimborsato la fattura della psicologa e psicoterapeuta, in seguito ha esperito degli accertamenti, poi è ritornata sulla sua posizione rescindendo il contratto assicurativo. Inoltre, emettendo le fatture per i premi mensili di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2005, come pure inviando la polizza per l'anno 2006 (docc. U, V, Z, Z1 e Z2), è come se per atti concludenti l'assicuratore avesse mantenuto la copertura assicurativa malgrado l'avesse già rescissa. Questo comportamento contraddittorio (*venire contra factum proprium*), sottolinea l'attrice, dovrebbe essere sanzionato.

La petizione dell'attrice non può essere accolta nemmeno su questo punto.

Come indicato, gli effetti della reticenza (risoluzione del contratto entro 4 settimane dalla cognizione della reticenza, con relative conseguenze) sono attenuati dalla possibilità offerta dalla legge all'assicuratore di rinunciare al diritto di recedere dal contratto (art. 8 cifra 5 LCA).

Su questo aspetto si è pronunciata la giurisprudenza, precisando cosa si intenda per rinuncia dell'assicuratore.

Per esempio, non basta che l'assicuratore invii, per errore, un avviso di scadenza di un premio per lasciare intendere che esso non voglia recedere dal contratto (RUA XVI n. 31). Nemmeno si può considerare che l'assicuratore abbia rinunciato a prevalersi della reticenza per il fatto che - per atti concludenti - ha accordato all'assicurato una proroga per il pagamento del premio a causa del suo ricovero in una casa di cura (RUA VIII n. 41/55). L'assicuratore non può neppure essere considerato come rinunciante a far valere i suoi diritti (art. 8 cifra 5 LCA) per atti concludenti se ha liquidato dei sinistri senza sapere con certezza se esisteva un caso di reticenza (RUA VIII n. 46/54). Per contro, l'assicuratore che propone all'assicurato il mantenimento del contratto a condizione che quest'ultimo si sottoponga ad un nuovo esame medico completo dello stato di salute, non può più rescindere il contratto a motivo dell'esistenza di una reticenza se questo esame è stato accettato dall'assicurato e se si è rivelato essere sufficiente per l'assicuratore (RUA III n. 42/ 56) (CARRÉ, op. cit., pag. 158 seg.).

Visto quanto precede, per il caso di specie va giudicato che il comportamento dell'assicuratore non è stato contraddittorio, nel senso che l'invio delle distinte dei premi da pagare per i mesi da settembre a dicembre 2005 non può essere parificato, per atti concludenti, alla volontà dell'assicuratore di rinunciare al suo diritto di recedere dal contratto stipulato con l'attrice.

Infatti, lo scritto del 30 agosto 2005 (doc. T) dell'assicuratore non propone affatto all'attrice una soluzione alternativa a quella legale della rescissione contrattuale giusta l'art. 6 LCA.

Anzi

Questa comunicazione non lascia alcun dubbio sulle intenzioni, ferme, dell'assicuratore riguardo alle conseguenze da applicare alla scoperta reticenza. A questo proposito, l'assicuratore avvisa espressamente l'interessata che *"Prossimamente riceverà dalla nostra sede centrale una richiesta di restituzione per le prestazioni ricevute. Per quanto attiene al rimborso dei premi vale la normativa d'eccezione sancita dall'art. 25 della Legge sul Contatto d'Assicurazione (LCA) e meglio che i premi pagati restano all'assicuratore, il quale inoltre conserva il diritto al*

premio per il periodo d'assicurazione in corso al momento della risoluzione (art. 25 cpv. 1 LCA)."

Questo art. 25 LCA, in vigore fino al 31 dicembre 2005 e poi abrogato con la revisione parziale della LCA dal 1° gennaio 2006, al suo capoverso 1 recita infatti che nel caso di risoluzione unilaterale del contratto, segnatamente per una delle cause previste da alcuni articoli di legge specificati dal disposto stesso - e, per ciò che ci concerne, all'art. 6 LCA -, l'assicuratore conserva il suo diritto al premio per il periodo di assicurazione in corso al momento della risoluzione.

Più concretamente, come visto, la risoluzione contrattuale del 30 agosto 2005 non implicava per l'appunto l'interruzione immediata del pagamento dei premi assicurativi, bensì la continuazione del pagamento degli stessi fino alla scadenza contrattuale, ossia il 31 dicembre 2005.

È quindi a giusta ragione che l'assicuratore ha preteso i premi per i mesi successivi alla risoluzione contrattuale. Va respinta la censura riguardo ad una violazione della buona fede dell'attrice.

2.15. A titolo abbondanziale è opportuno osservare che la LCA appare silente in merito alla ripetizione di premi già versati e che concernono periodi d'assicurazione precedenti al periodo in corso. Mentre per i premi scaduti e non ancora versati per il periodo assicurativo in corso, si procede conformemente al citato art. 25 cpv. 1 LCA.

Come visto, la recessione dal contratto in caso di reticenza comporta la soppressione della causa giuridica alla base delle prestazioni eseguite dall'assicuratore. Quest'ultimo può dunque esigerne la restituzione in virtù del contratto che è stato rescisso, quindi sulla base di una causa che ha cessato d'esistere. Vanno pertanto applicate le norme sull'indebito arricchimento di cui agli artt. 62 e segg. CO; l'azione si prescrive in un anno trattandosi di una prestazione in ripetizione di ciò che è stato ricevuto senza giusta causa (DTF 72 II 124; DTF 55 II 55). Ne discende che la richiesta di restituzione delle prestazioni può intervenire soltanto se l'assicuratore ha eseguito il pagamento in virtù di un errore (RUA IV n. 69/74) ed anche se le prestazioni assicurative fornite dall'assicuratore sono state utilizzate dall'assicurato per i suoi bisogni o per il mantenimento della comunione domestica (RUA V n. 78) (CARRE, op. cit., pag. 152; CARRON, op. cit., pag. 30 e 31, nn. 87-89).

Tuttavia, siccome l'assicuratore può, come visto, rinunciare al diritto di recedere dal contratto per reticenza (art. 8 cifra 5 LCA), lo stesso può *a fortiori* rinunciare ad una delle conseguenze della risoluzione del contratto, come la ripetizione delle prestazioni già effettuate. Ciò si verifica se l'assicurazione, nella lettera con cui comunica all'assicurato la risoluzione del contratto, dopo aver ricordato il suo diritto di reclamare il rimborso delle indennità già versate, dichiara all'assicurato che essa rinuncia a chiedere tale rimborso (CARRON, op. cit., pag. 31, n. 88).

Infine, si evidenzia che controversa è la questione a sapere se l'assicuratore deve restituire i premi già versati dall'assicurato per i periodi antecedenti alla scoperta dell'esistenza di una reticenza, conformemente alle citate regole sull'indebito arricchimento, per il fatto della finzione dell'art. 6 LCA secondo la quale il contratto assicurativo non è mai esistito nel caso in cui l'assicuratore invochi la reticenza (CARRÉ, op. cit., pag. 152).

Sia come sia alla luce di quanto illustrato la petizione - che chiedeva l'accertamento della non sussistenza del caso di reticenza e, comunque, di intempestività nel farla valere, e postulava l'accertamento della validità del contratto - va respinta in ognuno dei punti controversi sollevati dall'attrice.

Riassumendo, questo Tribunale ha infatti riconosciuto che le due coperture assicurative complementari C e H, per un'accertata reticenza da parte dell'attrice nella compilazione del questionario sul suo stato di salute, sono state validamente sciolte da Y il 30 agosto 2005, con effetto retroattivo al momento della loro entrata in vigore (1° settembre 2004).

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. Per l'art. 46 OG, 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 raggiunge almeno un importo di Fr. 8'000.-.

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dall'importo che il 23 novembre 2005 (doc. Z3) l'assicuratore ha chiesto ad XXXX in restituzione, a titolo di prestazioni a lei indebitamente rimborsate nel 2005 sulla base delle coperture complementari allora vigenti, ma che si sono rivelate nulle sin dall'inizio rispettivamente il valore litigioso è rappresentato dall'interesse al

mantenimento del contratto per la durata contrattuale (art. 8 CGA).

Siccome questa somma è manifestamente inferiore ai predetti Fr. 8'000.-, non sono dati gli estremi per formulare ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna.

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 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. S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

- 1.- La petizione è **respinta**.
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
- 3.- Intimazione alle parti e all'UFAP, Berna.

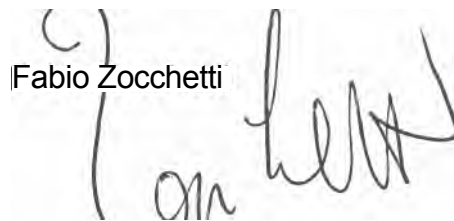
Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il presidente

Il segretario

Daniele Cattaneo



Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

15 SET, 2006

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI