

Incarto n.
36.2009.149

Lugano
7 ottobre 2009

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 29 luglio 2009 di

XXX

contro

Cassa malati Universa Groupe Mutuel, 1920 Martigny

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. **XXX**, nata nel 1997, durante il 2008 era affiliata presso Universa per quattro coperture complementari (doc. 1).
Con formulario datato 19 ottobre 2008 (doc. 2), _____ ha dato la disdetta per il 31 dicembre 2008 dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal e di tutte le assicurazioni complementari secondo LCA, sia per sé stessa sia per la figlia **XXX**, in qualità di suo rappresentante legale. La disdetta assicurativa è stata spedita il 4 novembre 2008 (doc. 2) e ricevuta dall'assicuratore il 6 novembre.

- B. Il 7 novembre 2008 (doc. 3) l'assicuratore ha confermato alla mamma la disdetta delle quattro coperture assicurative LCA di **XXX** per il 31 dicembre 2008.
- C. Con raccomandata del 25 novembre 2008, spedita il 27 (doc. 4), _____, sempre in nome e per conto della figlia, ha comunicato all'assicuratore che intendeva invece rimanere assicurata per le precedenti quattro coperture complementari.
- D. Il 3 dicembre 2008 (doc. A5) l'assicuratore le ha quindi trasmesso una nuova proposta d'assicurazione (docc. A6-A8), che l'interessata, per il tramite di **ZZZ** di _____, gli ha risposto il 6 marzo 2009 (doc. A4) debitamente compilata e chiedendo che le precedenti coperture fossero ripristinate con effetto dal 1° gennaio 2009, dato che la disdetta era stata notificata prima della scadenza legale del contratto.
Il 16 marzo 2009 (doc. A9) Universa ha confermato la lettera del 7 novembre 2008 e non è entrata nel merito della nuova proposta assicurativa.
A seguito di un sollecito (doc. A3), il 18 maggio 2009 (doc. A1) l'assicuratore ha confermato la validità della disdetta per il 31 dicembre 2008, ribadendo che ha rifiutato il ripristino delle complementari sulla base delle nuove proposte d'assicurazione e della nuova valutazione del rischio.
- E. Con petizione del 29 luglio 2009 (doc. I) **XXX**, sempre rappresentata da **ZZZ**, ha chiesto che il provvedimento dell'assicuratore del 18 maggio 2009 di rifiutarle la copertura assicurativa LCA, che peraltro non è stata motivata, venga annullata. Inoltre, ha postulato che il TCA decida se la prassi adottata da Universa sia corretta, visto che il contratto assicurativo era in essere fino al 31 dicembre 2008 e la richiesta di ripristino è stata inoltrata entro tale data. Non era più necessario valutare lo stato di salute e compilare i nuovi moduli della proposta assicurativa. La copertura deve quindi esserle riattivata dal 1° gennaio 2009.
- F. Nella risposta del 3 settembre 2009 (doc. III) l'assicuratore ha proposto di respingere la petizione e di confermare che le assicurazioni complementari dell'attrice sono state disdette per il 31 dicembre 2008. Universa ha rilevato che la disdetta del 10 ottobre 2008 firmata dalla mamma dell'attrice ha comportato che le coperture sono state validamente disdette per il 31 dicembre 2008. Lo scritto del 25 novembre 2008 vale quale proposta assicurativa che, per propria scelta, non è stata però accettata.

L'attrice non ha prodotto ulteriori mezzi di prova (doc. IV).

considerato

in diritto

in ordine

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 dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STF H 180/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003).

nel merito

2. Oggetto del ricorso è la non riammissione dell'attrice quale assicurata di Universa per le quattro coperture complementari di cui disponeva già nel 2008 e che ella stessa, per il tramite della mamma essendo minorenni, ha in un primo momento disdetto per il 31 dicembre 2008 ed in un secondo tempo ha chiesto di riattivare per il 1° gennaio 2009, alle medesime condizioni.
3. Innanzitutto occorre evidenziare che la disdetta assicurativa data il 19 ottobre 2008 (doc. 2) da _____ per conto della figlia, che l'assicuratore ha ricevuto il 6 novembre 2008, ha giuridicamente esplicato validamente i propri effetti al 31 dicembre 2008.

E ciò, indipendentemente dal rispetto delle Condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari del Gruppo Mutuel Assurances GMA SA (CGC), edizione 01.07.2000 (doc. 10), ed in particolare degli artt. 13 e 14 che trattano della disdetta del contratto d'assicurazione.

Non va infatti dimenticato che l'assicuratore medesimo ha deciso di accettare la disdetta del contratto d'assicurazione per il 31 dicembre 2008, senza curarsi del rispetto dei termini contrattuali di disdetta. Pertanto, in virtù della libertà contrattuale vigente nel diritto privato, ambito a cui appartiene anche la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) che regge il contratto assicurativo oggetto della disdetta, va ammessa la validità dell'accettazione della risoluzione del contratto n. 621968-UN decisa dall'assicuratore per la fine del 2008.

Pertanto, la lettera del 7 novembre 2008 (doc. 3) che Universa ha spedito all'attrice quale conferma della rescissione contrattuale va considerata quale punto di riferimento per l'analisi della validità del contratto assicurativo sottoscritto dall'attrice nel 2009.

4. In effetti, a seguito dell'accettazione della rescissione contrattuale, l'attrice, sempre tramite la mamma _____, il 25/27 novembre 2008 (doc. 4) ha scritto all'assicuratore che aveva "*deciso di rimanere da voi assicurata*" per le medesime 4 coperture.

L'assicuratore le ha quindi trasmesso il 3 dicembre 2008 (doc. A5) la proposta d'assicurazione n. 19517490 valida dal 1° gennaio 2009, che l'interessata ha però rinviato, compilata e sottoscritta, soltanto il 6 marzo 2009 (doc. A4). Questa proposta d'assicurazione comprendeva quella per un'assicurazione di cure dentarie (doc. A6) con il relativo questionario dentario, la compilazione del formulario sui dati amministrativi (doc. A7), la proposta per le assicurazioni complementari con la distinta dei premi per le quattro coperture, il questionario sullo stato di salute ed infine il riassunto della richiesta di offerta n. 19517487-1 (doc. A8).

Vista la documentazione ricevuta, parte convenuta non ha inteso concludere nuovo contratto.

5. Consensuale, il contratto d'assicurazione è perfetto quando le parti hanno, reciprocamente ed in modo concordante, manifestato la loro volontà (art. 1 CO). Ma la proposta e l'accettazione sono soggette a particolari regole (DTF 120 II 133 consid. 3; DTF 112 II 245 consid. II/1 pagg. 251 e 252).

Giusta l'art. 1 LCA, colui che ha fatto all'assicuratore la proposta d'un contratto di assicurazione rimane vincolato per quattordici giorni, quando non abbia fissato un termine più breve per l'accettazione (cpv. 1); questo termine comincia a decorrere dalla consegna o dall'invio della proposta all'assicuratore o al suo agente (cpv. 3) ed il proponente è liberato quando l'accettazione dell'assicuratore non gli giunge prima della scadenza del termine (cpv. 4).

Invece, se la proposta tende a prolungare o a modificare un contratto già in essere o a rimettere in vigore un contratto sospeso, il silenzio dell'assicuratore nei quattordici giorni di

tempo vale quale accettazione, salvo che non si tratti di una proposta di aumento della somma assicurata (art. 2 cpv. 1 e 3 LCA).

L'art. 2 LCA si applica unicamente quando non è esclusa la possibilità di poter modificare un contratto né per espresso accordo delle parti né se previsto dalle CGA (STOESSEL in: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), Basilea 2001, N. 15 ad art. 2 LCA, pag. 66).

Per proposta ai sensi dell'art. 2 LCA si intende ogni manifestazione di volontà dell'assicurato che necessita il consenso da parte dell'assicuratore, eccetto per i diritti che l'assicurato può far valere unilateralmente (per esempio gli artt. 23, 50 e 90 LCA). Il termine di 14 giorni dell'art. 2 LCA comincia a decorrere dalla ricezione da parte dell'assicuratore della proposta di modifica o di estensione (DTF 120 II 133 co nsid. 3).

6. In specie è dunque necessario determinare se la lettera del 25 novembre 2008 (doc. 4) con cui l'attrice ha deciso di mantenere le precedenti coperture assicurative complementari costituisce valida revoca della disdetta che fa rinascere il precedente contratto oppure una proposta per la conclusione di un nuovo contratto assicurativo.

D'avviso del TCA, accertato che la disdetta del 19 ottobre 2008/ 4 novembre 2008 ha esplicitato tutta la sua validità al momento in cui l'assicuratore l'ha ricevuta, ossia il 6 novembre 2008 con effetto al 31 dicembre 2008, non v'è dubbio che il precedente contratto è giunto a termine il 31 dicembre 2008.

In questo senso, la richiesta dell'attrice di riattivare le quattro coperture in essere sino a fine 2008, seppure sia giunta ancora prima della fine del contratto, non può in alcun modo annullare gli effetti della disdetta che essa stessa ha dato, dal momento che, occorre ribadirlo, l'assicuratore ha accettato questa sua volontà confermando espressamente il 7 novembre 2008 (doc. 3) la rescissione delle assicurazioni complementari per il 31 dicembre 2008.

Di conseguenza, è corretto che l'assicuratore abbia interpretato lo scritto del 25 novembre 2008 come una richiesta di offerta, a cui ha dato seguito il 3 dicembre 2008 inviando una proposta d'assicurazione per le medesime quattro coperture, *con validità dal 1° gennaio 2009*.

Compilati e sottoscritti gli appositi formulari, (soltanto) il 6 marzo 2009 (doc. A4) l'attrice ha inviato all'assicuratore la proposta di

un contratto d'assicurazione, rimanendo quindi vincolata per quattordici giorni ai sensi dell'art. 1 LCA.

Il 16 marzo 2009, ovvero entro questo termine legale, Universa ha preso posizione riguardo a questa proposta assicurativa ed ha deciso di non darvi seguito. Di conseguenza, non ha concluso un nuovo contratto con l'attrice né ha emesso la relativa polizza valida per il 2009.

Alla luce di questi elementi, la summenzionata lettera del 25 novembre 2008 costituiva, a non averne dubbio, la richiesta per la conclusione di un *nuovo contratto assicurativo* e non invece una riattivazione del precedente, che è stato regolarmente disdetto.

La circostanza che la richiesta di ristabilire il contratto rescisso sia giunta *prima* che la disdetta esplicasse i suoi effetti giuridici, ma non prima che la stessa entrasse nella sfera dell'assicuratore che poi l'ha accettata, non ha alcuna valenza.

7. Resta dunque da esaminare se, correttamente, l'assicurazione malattia non sia entrata nel merito della nuova proposta contrattuale, senza oltretutto, come ha osservato parte attrice, motivare questa sua decisione.

L'art. 4 LCA tratta delle dichiarazioni obbligatorie alla conclusione del contratto:

"1 Il proponente deve dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario o in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio, in quanto e come gli sono o gli devono essere noti alla conclusione del contratto.

2 Sono rilevanti i fatti che possono influire sulla determinazione dell'assicuratore a concludere il contratto od a conchiuderlo alle condizioni convenute.

3 Si presumono rilevanti i fatti in merito ai quali l'assicuratore abbia formulato per iscritto delle questioni precise, non equivoche."

Conformandosi a questa norma, l'assicuratore ha inviato all'attrice la proposta d'assicurazione accompagnata da una serie di questionari, fra i quali quello sul suo stato di salute (doc. A7) e dentario (doc. A6), che un medico dentista ha provveduto a compilare trattandosi di un nuovo contratto.

Una volta vagliati i rischi, in virtù dell'art. 11 LCA:

"1 L'assicuratore è tenuto a rilasciare allo stipulante una polizza che accerti i diritti e gli obblighi delle parti. Egli ha diritto di esigere dallo stipulante, oltre alle spese di porto e di bollo, una tassa per la compilazione della polizza e

per le modificazioni della stessa. Il Consiglio federale potrà fissare mediante ordinanza il massimo di questa tassa.

2 L'assicuratore deve inoltre rilasciare allo stipulante, a richiesta e contro rimborso delle spese, una copia delle dichiarazioni contenute nella proposta di assicurazione o altrimenti fatte dal proponente e sulla cui base l'assicurazione fu conclusa."

Ovviamente, questa norma si applica soltanto se l'assicuratore ha deciso di concludere il contratto con il proponente. Altrimenti, qualora la valutazione dei rischi dia esito negativo, nel senso che i fatti rilevanti dichiarati dall'interessato nei vari questionari non hanno convinto l'assicuratore, quest'ultimo non è tenuto a vincolarsi contrattualmente. Infatti, l'art. 1 CO ricorda che il contratto non è perfetto se non quando i contraenti abbiano manifestato concordemente, espressamente o tacitamente, la loro reciproca volontà.

Nella fattispecie l'assicuratore malattia, dopo avere attentamente valutato i rischi basandosi sui fatti importanti dichiarati negli appositi formulari, ha deciso di non stipulare con l'attrice per il 2009 un contratto per le quattro coperture assicurative complementari proposte.

Ora, conformemente al citato art. 1 CO, ciò è ampiamente nelle facoltà di Universa: significa infatti che, alla luce delle risposte fornite dalla proponente, l'assicuratore non aveva (più) la volontà di vincolarsi ad essa.

Nell'evenienza concreta, la presa di posizione del 16 marzo 2009 (doc. A9) dimostra – implicitamente - che parte convenuta non è rimasta soddisfatta delle risposte fornite dall'assicurata nei questionari sullo stato di salute, dato che hanno fatto sì che l'assicuratore ha risposto negativamente alla sua richiesta di affiliazione.

La successiva missiva del 18 maggio 2009 (doc. A1) chiarisce poi ulteriormente il motivo per cui l'assicuratore ha rifiutato di ripristinare nel 2009 le coperture complementari in essere nell'anno precedente.

In conclusione, quindi, in assenza di una concorde volontà, nessun contratto assicurativo poteva essere giuridicamente validamente concluso fra entrambe le parti in causa.

Ne discende che la manifestazione di volontà dell'assicuratore di non entrare "*nel merito della nuova proposta*" (doc. A9), con conseguente rifiuto dell'affiliazione dell'attrice per l'anno 2009, rientra pienamente nelle sue prerogative e non può quindi essere annullata.

Anche la scelta di non specificare i motivi di un tale agire va tutelata giacché, nell'ambito della libertà contrattuale alla base del diritto privato (art. 18 CO), qualora le rispettive volontà non portino alla conclusione unanime di un contratto, nessuna norma - né l'art. 1 LCA, né l'art. 11 LCA e neppure i disposti del CO - prevede infatti che il rifiuto dell'accettazione debba essere giustificato.

8. Riassumendo, la disdetta che l'attrice ha dato della sua polizza assicurativa vigente nel 2008 (doc. 1) è stata validamente accettata dall'assicuratore. Di conseguenza, le quattro coperture assicurative sono giunte regolarmente a termine il 31 dicembre 2008.

La richiesta del 25 novembre 2008 di riattivarle va invece intesa come una proposta assicurativa che l'assicuratore, dopo avere debitamente valutato i rischi ad essa connessi, ha deciso di rifiutare, non affiliando quindi l'attrice per l'anno 2009. Questa presa di posizione, giuridicamente corretta, non può dunque essere riformata a favore dell'attrice, come da essa chiesto.

Stante quanto precede, la petizione deve essere respinta.

9. Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri trasmettono gratuitamente alla FINMA una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione.

S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attrice.

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. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, Berna.

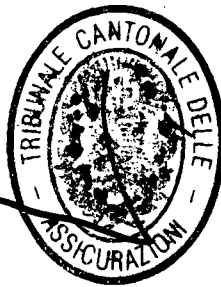
4. Contro la presente sentenza è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione (art. 100 cpv. 1 LTF). L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile se il valore litigioso ammonta a Fr. 15'000.- nelle vertenze in materia di diritto del lavoro e di locazione ed a Fr. 30'000.- negli altri casi.

Per valori inferiori il ricorso è ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale o se una legge federale prescrive un'istanza cantonale unica (art. 74 cpv. 2 LTF). Qualora non sia ammissibile il ricorso in materia civile è dato, entro lo stesso termine, ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 e 117 LTF).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni
Il giudice delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti