

Raccomandata



Incarto n.
36.2011.91

Lugano
2 marzo 2012

IR/sc

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

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

statuendo sulla petizione del 30 novembre 2011 di

AT 1
rappr. da: RA 1

contro

CV 1

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto

in fatto

A. Con atto del 30 novembre 2011 AT 1, patrocinato dal RA 1, ha chiesto al Tribunale cantonale delle Assicurazioni di decidere una controversia nata con CV 1, che assicura secondo la LCA la perdita di guadagno dei collaboratori della _____, relativa alla compensazione posta in atto dall'assicuratore per sue prestazioni di indennità per perdita di guadagno con l'importo di rendita AI allo stesso riconosciuta.

B. In sostanza AT 1, nato l'8 gennaio 1946, già dipendente della _____ è stato inabile al lavoro a partire dal 31 ottobre 2008. CV 1 ha versato indennità per perdita di guadagno sino alla fine del suo obbligo contrattuale ossia la fine di ottobre 2010. AT 1 è stato posto al beneficio di una rendita AI con effetto al 1 dicembre 2009 per un importo di CHF 1'439.00 mensili. L'assicurato si è visto compensare (doc. A 1) il sovra indennizzo per il periodo corrente dal

1 dicembre 2009 alla fine di settembre 2010. CV 1 ha calcolato una perdita di salario assicurata cifrata in CHF 131.07 al giorno fondandosi sul salario assicurato determinato in CHF 59'800.00 che ha ritenuto nella misura dell'80% e suddiviso per 365 giorni dell'anno.

L'assicuratore ha quindi determinato l'importo della perdita di guadagno sofferta ed indennizzata per i 304 giorni d'interesse cifrandola in complessivi CHF 39'845.30. CV 1 ha quindi determinato, in maniera incontestata, l'importo della rendita AI cui AT 1 ha avuto diritto per il periodo di 10 mesi in questione, fissandola in CHF 14'390.00, importo che ha chiesto in restituzione alla luce del suo integrale pagamento delle indennità all'assicurato.

C. Nella sua impugnativa al Tribunale cantonale delle Assicurazioni AT 1 indica invece che l'importo della perdita di salario ammonterebbe a CHF 163,84 giornalieri indennizzati limitatamente a CHF 131,07 giornalieri con una differenza d'importo di CHF 32,77 giornalieri per un importo – riferito al periodo citato – di CHF 9'962.06 (recte: 9'962.08). Per l'assicurato detto importo va posto in deduzione della somma richiesta quale sovra indennizzo. L'importo da riconoscere sarebbe unicamente di CHF 4'427,94. Nelle sue conclusioni AT 1 chiede quindi che CV 1 sia condannata a versargli la somma di CHF 9'962,06.

D. Nella sua risposta di causa l'assicuratore si oppone all'accoglimento della richiesta rilevando correttezza del suo calcolo ed evidenziando – tra altre argomentazioni che saranno riprese in corso di motivazione laddove necessario – che la copertura in essere e relativa al datore di lavoro _____ è pari all'80% del salario assicurato per un periodo massimo di 730 giorni dedotto il termine d'attesa. Alla luce delle pattuizioni tra datore di lavoro e lavoratore la datrice di lavoro doveva versare al lavoratore *“durante 8 mesi il mancante 20 per cento del salario. La convenuta ha incontestabilmente corrisposto completamente le prestazioni assicurate ... dopo decorrenza di 8 mesi l'attore aveva comunque nei confronti del datore di lavoro un diritto alla continuazione del versamento salariale pari a solo l'80 per cento del salario originario”*. CV 1 ne conclude per il suo diritto a compensare l'importo di CHF 14'390.00.

E. Il Giudice delegato ha proceduto a convocare l'assicurato ad un'udienza (doc. VIII) per una migliore spiegazione della sua posizione. In quell'occasione il rappresentante del signor AT 1 ha prodotto agli atti un calcolo, riferito ad altra persona ed altro datore di lavoro, per mostrare le corrette modalità di calcolo eseguite dallo stesso assicuratore. Il Giudice ha indicato al rappresentante le particolarità dei diritti, in caso di malattia, di AT 1 presso _____ come rilevato anche dalla convenuta, ossia la garanzia di un salario pieno solo per i primi 8 mesi di malattia ed un salario ridotto all'80% di quello originario per il periodo successivo. Da qui il calcolo di CV 1 operato sulla scorta del salario effettivo già dedotto del 20% rispetto a quello originario (si vedano i doc. A8 e doc. A6). AT 1 ha ribadito la sua posizione. In sede istruttoria il giudice delegato ha interpellato quindi il datore di lavoro in merito al tema

centrale del salario del lavoratore (lettera 8 febbraio 2012 doc. X). Con risposta celere e completa il datore di lavoro ha trasmesso la documentazione per i collaboratori ossia le condizioni contrattuali valide per i collaboratori della _____ di tutto il paese. Da tale contratto, art. 33, si desume che i collaboratori con un contratto fisso in essere da oltre 9 anni e sino a 14 anni hanno diritto ad una "retribuzione 100%" durante 8 mesi. L'art. 33 del contratto prevede poi infatti che *"in caso di incapacità totale per ... malattia i collaboratori ... continuano a ricevere la retribuzione per intero in base alla tabella sottostante ("doppia scala di Berna")"* con la successiva specifica che trascorso tale periodo – per l'assicurato AT 1 8 mesi alla luce della durata del suo rapporto di impiego con il datore di lavoro – il collaboratore percepirà dall'assicurazione che copre il rischio di _____ una "indennità giornaliera per malattia pari all'80% della normale retribuzione lorda" comprensiva della *"retribuzione di base stabilita contrattualmente (tredicesima mensilità inclusa) nonché assegni percepiti con regolarità"* (doc. (XI bis).

F. Le parti sono state invitate ad esprimersi in merito. CV 1 ha potuto inoltre esprimersi sulla verbalizzazione di chiarimento del rappresentante del signor AT 1 (doc. IX e XII). AT 1 ha ribadito la sua posizione con scritto 22 febbraio 2012 mentre CV 1 ha richiamato la cifra 17 CGA e la correttezza del suo calcolo con suo scritto 23 febbraio 2012 (doc. XIV).

in diritto

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 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007).

2. Secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal 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. Le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Giusta l'art. 85 cpv. 2 della legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), per le controversie relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

In ambito cantonale, la LCAMal 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 (Lptca).

In concreto, la causa concerne una vertenza relativa ad indennità giornaliere derivanti da un contratto d'assicurazione complementare retto dalla LCA e praticato da un assicuratore sociale autorizzato all'esercizio ai sensi della LAMal.

Questo Tribunale è pertanto competente a decidere nel merito.

nel merito

3. Va innanzitutto rammentato, come evocato in una sentenza del TF del 26 settembre 2007 (4A_53/2007), che l'art. 324a cpv. 1 CO prevede che se il lavoratore è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, come la malattia, il datore di lavoro deve pagargli per un tempo limitato il salario, compresa un'adeguata indennità per perdita del salario in natura, in quanto il rapporto di lavoro sia durato o sia stato stipulato per più di tre mesi (sulle condizioni di applicazione di questa norma, cfr. Adrian von Kaenel, Verhältnis einer Krankentag-geldlösung zu Art. 324a OR, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pagg. 109-131, in particolare pagg. 111-115).

La durata del pagamento del salario dipende dalla durata del rapporto di lavoro (art. 324a cpv. 2 CO; sui criteri usualmente applicati dai tribunali in questi casi, cfr. Adrian von Kaenel, op. cit., pag. 116 seg.).

Salvo pattuizione contraria, l'obbligo di pagamento del salario in caso di malattia cessa con la fine del rapporto di lavoro (Hans-Rudolf Müller, Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pagg. 19-45, in particolare pag. 20).

Queste norme configurano il regime legale di base a tutela del lavoratore, gli garantiscono una protezione minima alla quale non può essere derogato a suo svantaggio (art. 362 cpv. 1 CO; cfr. DTF 131 III 263 consid. 2.2 pag. 628).

L'art. 324a cpv. 4 CO prevede la possibilità di derogare al regime di base legale appena descritto mediante accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo che sancisca un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore (sull'aspetto dell'equivalenza, cfr. Adrian von Kaenel, op. cit., pag. 120 segg.). Si tratta, di regola, di un regime che comporta una riduzione delle prestazioni del datore di lavoro durante il periodo minimo previsto dalla legge, ma compensa questa riduzione mediante l'estensione del periodo durante il quale il datore di lavoro procede al versamento (Gabriel Aubert, in: Commentaire romand, n. 50 ad art. 324a CO).

La deroga al regime di base deve essere pattuita in forma scritta.

Trattandosi di un accordo che concerne i diritti minimi del lavoratore, esso deve menzionare i punti essenziali del regime convenzionale, quali ad esempio la percentuale del guadagno assicurato, i rischi

coperti, la durata delle prestazioni, se del caso la durata del periodo di attesa. Qualora – come spesso accade nella pratica - il datore di lavoro stipuli un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, l'accordo indica anche le modalità di finanziamento dei premi assicurativi; per il resto può rinviare alle condizioni generali di assicurazione o a un altro documento tenuto a disposizione del lavoratore (DTF 131 III 623 consid. 2.5.1 con numerosi riferimenti dottrinali).

Già si è detto che nella pratica numerosi sono i datori di lavoro che - come nel caso qui in esame - stipulano un contratto d'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia.

4. Va rammentato che per costante giurisprudenza al contratto d'assicurazione si applicano i principi generali dell'interpretazione dei contratti, tanto più che la legge speciale non contiene disposizioni particolari in proposito: l'art. 100 cpv. 1 LCA rinvia infatti al diritto delle obbligazioni e, di riflesso, al Codice civile (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2; DTF 118 II 342 consid. 1a pag. 344). Dovendosi determinare il contenuto di un contratto d'assicurazione e delle condizioni generali che ne formano parte integrante, il giudice deve, come per ogni altro contratto, ricorrere in primo luogo alla cosiddetta interpretazione soggettiva, ovvero ricercare la “vera e concorde volontà dei contraenti”, se del caso in modo empirico, basandosi su indizi (art. 18 cpv. 1 CO; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, cfr. anche sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constatata che uno dei contraenti non ha compreso la reale volontà espressa dall'altro, il giudice ricercherà il senso che le parti potevano e dovevano attribuire alle reciproche manifestazioni di volontà (principio dell'affidamento: sentenza 4A_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5; 126 III 119 consid. 2a; 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze che hanno caratterizzato la conclusione del contratto (DTF 127 III 444 consid. 1b; 125 III 305 consid. 2b). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari; dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c). Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio “in dubio contra stipulatorem”, in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 LCA ne è un'espressione (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 115 II 264 consid. 5a). Perché questa

regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (DTF 122 III 118 consid. 2d; 118 II consid. 1a).

5. Per quanto concerne le condizioni generali (di seguito: CGA), va ancora rilevato che in virtù dell'art. 3 cpv. 1 LCA (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2006) esse 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. Da ciò deriva, come evidenziato da dottrina (CARRE, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 120 ad art. 3 LCA; 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) e giurisprudenza (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2), che le condizioni generali d'assicurazione sono parte integrante del contratto d'assicurazione.

Come rammenta VINCENT BRULHART, *Droit des Assurances privées*, Stämpfli 2008 n° 263 e segg. (pag. 120 e segg.), il contenuto del contratto può essere di principio determinato liberamente ed é, il più delle volte, fissato nelle condizioni generali preformulate. Si tratta di "*conditions contractuelles qui règlent les droits et les obligations des contractants...fixent l'étendue de la couverture*" (V. BRULHART, op. cit., n° 26-4). La dottrina ricorda che l'uso di condizioni generali é la regola in materia di contratto d'assicurazione:

" De fait, l'utilisation des conditions générales est indissociable de la technique d'assurance." (V. BRULHART, op. cit., n° 267)

La tecnica d'assicurazione (si veda l'autore citato no. 15 e segg. della sua opera) si fonda sulla legge dei grandi numeri ed il calcolo delle probabilità, da ciò la necessità di considerare un grande numero di eventi simili per dedurre le probabilità di sopravvenienza futura con necessità di definire convenientemente il rischio e le condizioni della sua assunzione da parte dell'assicuratore. Questi motivi, in uno con la necessità di mantenere i costi amministrativi degli assicuratori ridotti (V. BRULHART, op. cit., n° 270 pag. 121) conducono all'offerta di prodotti standardizzati, con rischi e garanzie uniformati "*...ce qui intervient par l'utilisation de conditions contractuelles préformulées*" (V. BRULHART, op. cit., n° 271, pag. 121).

Come indicato le CGA, che non hanno qualità di norme giuridiche, reggono il contratto solo se vengono integrate nello stesso.

La legge sul contratto d'assicurazione non definisce il contratto che regola. L'assicurazione è una convenzione per la quale, a fronte del versamento di un premio, l'assicuratore si impegna - in caso di realizzazione di un rischio aleatorio previsto - a garantire la sua controparte delle conseguenze dell'evento. Si tratta di un contratto sinallagmatico, successivo poiché esplica i suoi effetti nel tempo ed

è generalmente, come rileva parte della dottrina (V. BRULHART, op. cit., n° 399) un contratto d'adesione siccome elaborato, redatto e stampato dall'assicuratore prima della sua conclusione, ciò che ha per effetto che il prenditore d'assicurazione aderisce, in genere senza discussione delle clausole, all'elaborato dell'assicuratore.

Di per sé il contratto d'assicurazione non è sottoposto ad alcuna condizione di forma e può essere concluso oralmente o per atti concludenti (WILLY KÖNIG, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3a ed. Berna 1967 pag. 69 e DTF 112 II 245).

6. Nel caso concreto AT 1 è stato collaboratore per anni della _____ con sede centrale a _____ e succursale a _____. Come indicato nelle considerazioni di fatto dal 31 ottobre 2008 è stato inabile al lavoro. _____ si è assicurata, per la perdita di guadagno dei dipendenti a seguito di malattia, presso CV 1 (doc. 1). Il contratto assicurativo prevede che, in caso di malattia, l'assicuratore versi l'80% del salario assicurato per complessivi 730 giorni con un periodo di carenza di 30 giorni. È fuor di dubbio che CV 1 abbia, dedotto il periodo di carenza citato, versato al datore di lavoro le sue prestazioni. Il datore di lavoro, alla luce degli obblighi contrattuali, ha complementato il versamento di CV 1 durante i primi 8 mesi di malattia di AT 1 versando così il salario pieno. Di poi il versamento è avvenuto nella misura dell'80%. Sull'entità del salario considerato da CV 1 per la sua prestazione le parti non hanno formulato contestazioni di sorta. CV 1 ha quindi versato le sue prestazioni come da contratto.

7. L'assicuratore ha posto in compensazione le sue pretese con la rendita AI riconosciuta all'assicurato, in misura piena. L'intero importo cioè della rendita percepita nel lasso di tempo qui d'interesse è stato posto in compensazione. L'assicurato ha invece chiesto che la compensazione fosse ridotta formulando il calcolo partendo dal salario percepito e previsto contrattualmente da cui dedurre l'importo delle indennità e quello della rendita per cifrare l'importo da compensare. A fondamento della sua tesi l'assicurato ha prodotto un calcolo riferito a terza persona dipendente di diverso datore di lavoro assicurato presso CV 1. Dal canto suo CV 1 ha richiamato le condizioni contrattuali, in particolare l'art. 17 CGA, che giustificerebbero il suo agire.

8. Il contratto di copertura per perdita di guadagno in casi di malattia concluso da _____ con CV 1 è un contratto retto dalla LCA, che tende alla copertura del danno effettivamente patito dal contraente, danno che va conseguentemente dimostrato. Siamo in presenza di una assicurazione di danno e non di somma quindi. Le CGA 2006 prodotte agli atti quale doc. 2 regolano i rapporti tra le parti contraenti e sono opponibili al qui attore. L'art. 12 CGA prevede anzitutto che, qualora il contratto non regoli altrimenti, vale, quale base per la determinazione dell'indennità giornaliera, l'ultimo salario soggetto a contribuzione AVS percepito prima della incapacità lavorativa, fino all'importo massimo fissato nel contratto. Per quanto attiene invece le prestazioni di terzi l'art. 17 CGA prevede che:

" *Se una assicurato ha diritto a prestazioni di assicurazioni statali o*

aziendali oppure da parte di un terzo responsabile, CV 1 completa tale diritto a prestazioni nei limiti del suo proprio obbligo di prestazione fino all'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata.

Se il diritto ad una rendita di un'assicurazione statale o aziendale non è ancora definito, la CV 1 corrisponde l'indennità giornaliera assicurata quale anticipo di prestazione. Per beneficiare di queste prestazioni anticipate l'assicurato deve rilasciare l'approvazione scritta per la compensazione diretta con gli assicurati menzionati."

In sostanza dunque, per il contratto vincolante, AT 1 ha diritto di beneficiare dell'80% della somma del suo salario quale indennizzo massimo. Come ricorda correttamente CV 1 le prestazioni di indennità sono pattuite quale complemento alle indennità e rendite versate da terzi, ciò fino all'importo dell'indennità giornaliera assicurata. In altri termini correttamente CV 1 ha ritenuto quale base di partenza del suo calcolo (doc. A 1) l'importo dell'80% del salario.

9. Problematica tra le parti sembra qui essere l'interpretazione delle CGA ed in particolare dell'art. 17 relativo alle prestazioni di terzi ed alla relativa computazione delle stesse a fronte di prestazioni da parte dell'assicuratore. La norma, letteralmente ripresa nelle considerazioni precedenti, prevede in sostanza che ogni prestazione versata da terzi, sia assicuratori sociali che privati, rispettivamente da terzi responsabili (si immagina qui una responsabilità aquiliana) deve essere computata sulle prestazioni che CV 1 è chiamata a versare. La norma si riferisce alle assicurazioni sociali quali la AI che chiama con l'indicazione giuridicamente impropria di "assicurazioni statali", l'utilizzo di un termine non perfettamente appropriato giuridicamente non rende meno comprensibile la natura della prestazione dell'assicurazione statale cui fa riferimento, si tratta in sostanza di una rendita o prestazione che provenga da un'assicurazione imposta da norme dello Stato, quale palesemente è l'AI. La regola posta dalle CGA precisa che, in caso di versamento di prestazioni da parte di terzi, tra cui appunto un assicuratore statale (e quindi un assicuratore sociale), CV 1 "completa" tale versamento con versamenti propri sino a concorrenza dell'indennità giornaliera assicurata (in casu l'80% del salario lordo qui non contestato). La norma precisa ulteriormente che se CV 1 già versa sue prestazioni le stesse vengono ridotte in proporzione, se invece il diritto alla rendita od alle prestazioni di terzi è in divenire, non è ancora stato compiutamente stabilito, le IPG vengono versate in "anticipo", si tratta di un anticipo di prestazione, per ottenere il quale l'assicurato deve però cedere i propri diritti all'assicuratore, egli deve quindi approvare la compensazione (per usare i termini contrattuali). Ne deriva che, dall'assicuratore IPG CV 1, è possibile ottenere le prestazioni contrattuali che però vengono ridotte dei versamenti di terzi, questi versamenti non si aggiungono alle IPG sino a concorrenza dell'importo del salario in precedenza percepito dall'assicurato presso il datore di lavoro.

10. Da quanto precede discende che, correttamente, CV 1 – partendo dal salario che il datore di lavoro ha indicato all'assicuratore (doc. 4), salario che l'assicurato, si ripete, non ha contestato – ha determinato il diritto massimo delle prestazioni che l'assicurato

poteva ottenere a fronte della sua malattia, ossia CHF 131,07 giornalieri pari all'80% del salario lordo. Calcolato l'ammontare del versamento effettuato in favore di AT 1 dal 1 dicembre 2009 al 30 settembre 2010 in CHF 39'845.30 (pari a CHF 131.07 x 304 giorni) CV 1 ha constatato il versamento di una rendita cifrata in CHF 14'390.00 il cui ammontare, per il tenore dell'art. 17 CGA, ha posto in compensazione siccome esuberante le prestazioni previste contrattualmente. L'agire della cassa deve qui trovare conferma. La petizione va conseguentemente respinta senza carico di tassa di giustizia e spese e senza riconoscimento di ripetibili.

11. Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza 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.
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

Il segretario