

Raccomandata

Incarto n.

Lugano

36.2013.71
36.2014.2

7 gennaio 2014

CS

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

**Il giudice delegato
del Tribunale cantonale delle assicurazioni**

Giudice Ivano Ranzanici

con redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 7 novembre 2013 di

1. **AT 1 (inc. 36.2013.71)**
 2. **AT 2 (inc. 36.2014.2)**
- entrambe rappr. da: RA 1

contro

CO 1

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

A. AT 1 (nata nel _____) e AT 2 (nato nel _____) sono affiliati presso CO 1 (di seguito: CO 1) per alcune assicurazioni complementari, tra cui le spese di cura in caso di malattie (doc. 1 e 2), che coprono la degenza ospedaliera nel reparto privato nonché soggiorno di cura, senza franchigia (doc. 1 e 2).

B. Nel corso del mese di febbraio 2013 AT 2 ha trasmesso a CO 1 un certificato medico per sé ed uno per sua moglie al fine di ottenere la

garanzia della copertura dei costi per un soggiorno di cure presso il centro termale di _____ (_____ doc. D).

C. Il 21 marzo 2013 l'assicuratore ha rifiutato per entrambi di emanare la chiesta garanzia, non ritenendo adempite le condizioni previste dalle condizioni generali d'assicurazione (di seguito: CGA), poiché, secondo CO 1, il rimborso è previsto solo in caso di urgenza e se la malattia o l'infortunio è avvenuto all'estero (doc. 7).

D. Dopo ulteriori scambi di corrispondenza, AT 2 e AT 1 AT 2, rappresentati dall'avv. RA 1, si sono rivolti al TCA, chiedendo la condanna dell'assicuratore al pagamento di un importo di Euro 3'478 (Euro 2'238 [doc. N] + Euro 1'195 [doc. N]) oltre interessi a far tempo dal 7 novembre 2013 (data dell'inoltro della petizione), per le spese sostenute per il soggiorno ad _____ (_____) dal 5 al 12 maggio 2013 (doc. I).

Dopo aver riassunto la fattispecie, gli attori rammentano che già nel 2012 avevano soggiornato presso il medesimo centro termale ed avevano ottenuto il completo rimborso delle prestazioni sebbene la richiesta fosse stata inoltrata solo dopo aver effettuato le cure. Gli assicurati evidenziano inoltre che, data la persistenza dei dolori e ritenuto che l'anno precedente le cure avevano avuto un effetto positivo, si sono comunque recati ad _____ ed hanno inoltrato all'assicuratore le fatture per la cura ed il soggiorno all'estero.

Rifacendosi agli art. A4, B1, B2, B3, B6 e B7 delle condizioni generali d'assicurazione (di seguito: CGA), gli attori sostengono di aver diritto al rimborso delle prestazioni poiché né nelle CGA né nella polizza vi è una limitazione che concerne il rimborso delle prestazioni in funzione del luogo del soggiorno. Le norme citate dall'assicuratore concernono, secondo gli attori, unicamente le cure ambulatoriali all'estero e comunque, ritenuto che nel 2012 il rimborso è avvenuto senza alcuna richiesta particolare da parte dell'assicuratore, in applicazione del principio della buona fede anche per il 2013 la convenuta avrebbe dovuto rimborsare i costi del soggiorno all'estero. Tanto più che nuove singole assicurazioni offerte proprio da CO 1 prevedono espressamente la copertura per soggiorni di cura termali in Svizzera o ad _____ (_____).

E. Con risposta del 12 dicembre 2013 l'assicuratore propone la reiezione della petizione con argomentazioni che, laddove necessario, saranno riprese in corso di motivazione (doc. V).

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 (cfr. 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;

STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999).

Nel merito

2. Nel caso di specie gli attori hanno tra l'altro sottoscritto, presso CO 1, l'assicurazione per spese di cura in caso di malattie, con applicazione delle CGA edizione settembre 1994 (doc. 1 e 2), le quali prevedono, all'art. A15, che a complemento delle CGA si applica la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

A norma dell'art. A4 cpv. 1 CGA le assicurazioni sono valide in tutto il mondo. Qualora l'assicurato abbandoni il suo domicilio svizzero, le assicurazioni si estinguono dopo 6 mesi.

Gli art. da B1 a B7 CGA regolano specificatamente l'"assicurazione delle spese di cura" (doc. 3).

Per l'art. B1 cpv. 1 CGA *"voi potete assicurare sia per le malattie che per gli infortuni:*

- le spese di cura in caso di degenza in ospedale, nel reparto privato o semiprivato, e in caso di soggiorno di cura;

- le spese di cura in caso di degenza in ospedale, nel reparto privato o semiprivato, in caso di soggiorno di cura e di trattamento ambulatoriale".

Secondo l'art. B2 cpv. 1 CGA per le degenze in ospedale e i soggiorni di cura la CO 1 paga, purché venga fatturata almeno una (1) retta giornaliera, le spese per tutti i trattamenti, provvedimenti, servizi e acquisti prescritti dal medico, scientificamente riconosciuti e necessari dal punto di vista medico, come pure le spese per vitto, alloggio e cure. Queste prestazioni vengono versate in base ai tassi praticati normalmente nella regione o in base alle tariffe stabilite dall'autorità.

Sono considerati ospedali gli istituti di cura diretti o sorvegliati da un medico, comprese le cliniche psichiatriche. Nella polizza è specificato se la CO 1 paga le spese per il reparto privato o per quello semiprivato (art. B2 cpv. 2 CGA).

E' considerata soggiorno di cura la degenza in un istituto specializzato, diretto o sorvegliato da un medico, in cui vengono effettuate cure termali e dietetiche, cure di riabilitazione o convalescenze. La CO 1 paga le spese se riceve la prescrizione medica 3 settimane prima dell'inizio della cure e se ha dato il suo consenso (art. B2 cpv. 3 CGA).

Per l'art. B6 cpv. 4 CGA le prestazioni per tutti i soggiorni di cura, fatti a causa di malattia, sono limitate a 120 giorni in un periodo di 5 anni, indipendentemente dei casi di malattia. Nei casi di convalescenza la durata massima delle prestazioni è di 30 giorni in

un periodo di 2 anni.

L'art. B7 CGA elenca le “*delimitazioni dell'assicurazione*”.

Per l'art. B7 cpv. 4 CGA qualora l'assicurato si ammali o subisca un infortunio all'estero, le spese ivi sostenute saranno rimborsate dalla CO 1 in base ai tassi praticati normalmente in quella regione.

A norma dell'art. C3 cpv. 3 CGA, applicabile per l'assicurazione di un'indennità d'ospedalizzazione e di cura (cfr. art. A1 cpv. 3 CGA), in caso di degenza in ospedale o in una casa di cura all'estero, la CO 1 versa le prestazioni soltanto se l'assicurato si è ammalato o ha subito l'infortunio mentre soggiornava all'estero.

3. 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 constata 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).

4. 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 Privatrecht, 3a ed. Berna 1967 pag. 69 e DTF 112 II 245).

Se il contratto d'assicurazione non è sottoposto a condizioni di forma anche la proposta assicurativa ne è svincolata (V. BRULHART, op. cit., n° 404 e n° 262) pur potendo le parti convenire altrimenti. Per quanto attiene alle CGA, definite da ERNS KRAMER e BRUNO SCHMIDLIN, Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Tomo IV, 3 ed., Berna 1986, pag. 177-178, quali forma di legislazione emanata dall'economia privata o di legislazione senza legislatore, le stesse regolano il contratto nella misura in cui siano, come detto, integrate nello stesso.

Se è ammissibile la conclusione di un contratto d'assicurazione per "*facta concludentia*", deve essere ammessa la possibilità di modificare il contratto stesso rispettivamente le CGA con le medesime modalità.

5. In concreto non è contestato che gli attori hanno soggiornato ad _____ (_____) presso un istituto che ha erogato cure termali, diretto o sorvegliato da un medico e che alla fattispecie vanno applicate le CGA relative alla sezione B: "*Assicurazione delle spese di cura*" e meglio l'art. B2 cpv. 3 prima frase CGA per il quale è considerata soggiorno di cura la degenza in un istituto specializzato, diretto o sorvegliato da un medico, in cui vengono effettuate cure termali e dietetiche, cure di riabilitazione o convalescenze.

Vi è invece una divergenza tra le parti circa la presa a carico delle spese di cura per degenze effettuate all'estero, poiché la convenuta ritiene che l'art. B7 cpv. 4 CGA escluda il rimborso di tali prestazioni.

Come visto (cfr. consid. 2), per l'art. B7 cpv. 4 CGA:

" qualora l'assicurato si ammali o subisca un infortunio all'estero, le spese ivi sostenute saranno rimborsate dalla CO 1 in base ai tassi praticati normalmente in quella regione."

In concreto non risulta possibile stabilire la reale e concorde volontà delle parti al momento della conclusione del contratto, poiché le parti non hanno fornito i nomi delle persone coinvolte nella conclusione di detto contratto od altri indizi che permettano di accertare la volontà soggettiva dell'assicuratore malattia e degli attori. Inoltre, questo contratto assicurativo è stato stipulato diversi anni fa, ciò che rende(rebbe) ancora più difficile risalire alle persone coinvolte e, soprattutto, alla loro volontà (cfr. sentenza 36.2012.65 dell'11 gennaio 2013, consid. 5).

In assenza di indicazioni contrarie delle parti relative a specifiche

pattuizioni, occorre ricorrere all'interpretazione oggettiva del contratto, secondo il principio dell'affidamento. Il TCA deve domandarsi come il destinatario oggettivo di questa manifestazione di volontà poteva comprenderla in buona fede, quindi secondo il senso che ogni contraente poteva e doveva ragionevolmente attribuire alle dichiarazioni dell'altro nelle circostanze concrete (cfr. sentenza 4A_468/2008 del 20 febbraio 2009, consid. 2.4.1).

Procedendo all'interpretazione delle clausole contrattuali secondo il principio dell'affidamento, che permette d'imputare ad una parte il senso oggettivo della sua dichiarazione o del suo comportamento anche se ciò non corrisponde alla sua intima volontà (DTF 130 III 417 consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5, DTF 128 III 419 consid. 2.2, DTF 127 III 444 consid. 1b; non ci si deve scostare dal senso letterale del testo adottato quando non c'è alcuna ragione seria per ritenere che non corrisponda alla volontà della parti ; DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 265 consid. 3a) occorre concludere che il disposto in esame concerne unicamente la modalità del calcolo del rimborso delle prestazioni quando la persona assicurata si ammala all'estero o vi subisce un infortunio. In tal caso si applica la tariffa praticata normalmente nel luogo della cura. Questa norma non prevede invece, contrariamente a quanto sostiene la convenuta (doc. V, pag. 2), che il rimborso avviene unicamente se la persona si ammala o si infortuna all'estero, ossia solo in caso d'urgenza. Ciò è previsto solo per le cure ambulatoriali (cfr. art. B5 cpv. 1 CGA).

Questa interpretazione trova conferma nel fatto che invece, nell'ambito di un'altra copertura, e meglio quella dell'assicurazione di un'indennità d'ospedalizzazione e di cura, l'art. C3 CGA, al cpv. 3, prevede espressamente che in caso di degenza in ospedale o in una casa di cura all'estero la convenuta *“versa le prestazioni soltanto se l'assicurato si è ammalato o ha subito l'infortunio mentre soggiornava all'estero”*. Se l'assicuratore convenuto avesse voluto prevedere la medesima esclusione anche per l'assicurazione delle spese di cura qui in discussione (CGA, sezione B), non avrebbe avuto alcun motivo per non utilizzare la medesima formulazione.

Del resto, nelle disposizioni comuni delle CGA (sezione A), non figura alcuna esclusione specifica per quanto concerne i soggiorni di cura in istituti termali all'estero. L'art. A4 cpv. 1 CGA prevede, al contrario, che le assicurazioni sono valide in tutto il mondo e qualora l'assicurato abbandoni il suo domicilio svizzero, che si estinguono dopo 6 mesi.

A confortare ulteriormente questa interpretazione vi è pure, in via abbondanziale, la circostanza che altre coperture assicurative offerte dalla convenuta, anche se non sono quelle sottoscritte dagli attori, prevedono espressamente la copertura dei costi delle cure terminali in Svizzera ed *“ad _____”* (cfr. doc. O).

Ne segue che, di principio, l'assicuratore è tenuto a rimborsare i costi per un soggiorno di cura in un istituto specializzato diretto o sorvegliato da un medico in cui vengono effettuate cure termali, anche se si trova all'estero. La limitazione figura nell'art. B6 cpv. 4 CGA, secondo cui le prestazioni per tutti i soggiorni di cura, fatti a causa di malattia, sono limitate a 120 giorni in un periodo di 5 anni,

indipendentemente dal numero dei casi di malattia. Nei casi di convalescenza la durata massima delle prestazioni è di 30 giorni in un periodo di 2 anni.

6. L'assicuratore sostiene in secondo luogo, per la prima volta con la risposta di causa, che, anche se vi fosse un diritto al rimborso delle cure all'estero, nel caso di specie non sarebbero adempiute le condizioni dell'art. B2 cpv. 3 CGA poiché *“come afferma il medico curante nella presa di posizione del 26 febbraio 2013 i risultati sono stati “discreti”. Tali risultati discreti sono noti e pertanto i metodi passivi quali cure termali da anni non sono più di moda. Con il loro approccio metodico, forse aumentano il benessere, tuttavia non contribuiscono a curare la malattia e i postumi”*.

L'art. B2 cpv. 3 CGA prevede che è considerato soggiorno di cura la degenza in un istituto specializzato, diretto o sorvegliato da un medico, in cui vengono effettuate cure termali e dietetiche, cure di riabilitazione o convalescenze. L'assicuratore paga le spese se riceve la prescrizione medica 3 settimane prima dell'inizio della cura e se ha dato il suo consenso.

In concreto gli attori hanno chiesto la garanzia del rimborso tramite due certificati medici del 1° febbraio 2013 (doc. D) e si sono recati ad _____ (_____) nel corso del mese di maggio 2013. Il termine di 3 settimane è di conseguenza stato ampiamente rispettato. Certo, l'assicuratore non ha dato il suo consenso. Ciò tuttavia è dovuto ad un'errata interpretazione delle CGA applicabili al caso di specie e non può di conseguenza essere opposto agli attori quale motivo di diniego di pagamento delle prestazioni. Del resto, il 4 marzo 2013 la convenuta ha rilasciato, perlomeno per il marito, una garanzia per la cura termale ad _____ (_____), sulla base della copertura prevista dall'assicurazione “_____” pari a fr. 50 al giorno per al massimo 21 giorni (doc. 6).

Quanto agli effetti delle cure, oltre a ribadire che comunque, perlomeno per il marito l'assicuratore, sulla base della copertura “_____”, ha rilasciato una garanzia, basti qui evidenziare come al termine del precedente soggiorno in _____, rimborsato dall'assicuratore senza alcuna riserva, il 14 giugno 2012 il dr. med. _____ ha attestato che la cura specifica di fisiobalneoterapia effettuata dal 3 al 10 giugno 2012 ha portato *“ad un effetto benefico”* (doc. E2) ed il 26 febbraio 2013 il dr. med. _____ ha attestato che vi è stata una *“discreta remissione della sintomatologia dolorosa”* (doc. 5a). Non si vede per quale motivo, ex ante, la cura da effettuare nel 2013 non avrebbe dovuto avere il medesimo esito positivo. Quanto alla circostanza che le cure termali non sarebbero *“più di moda”*, va ribadito che lo stesso assicuratore le prevede ancora (doc. O e doc. V pag. 3 punto 13).

7. Infine, gli assicurati chiedono il versamento di interessi di mora dal 7 novembre 2013, ossia dalla data della petizione (doc. I).

Per l'art. 102 cpv. 1 CO se l'obbligazione è scaduta, il debitore è costituito in mora mediante interpellazione del creditore.

A norma dell'art. 102 cpv. 2 CO quando il giorno

dell'adempimento sia stato stabilito o risulti determinato da una disdetta preventivamente convenuta e debitamente fatta il debitore è costituito in mora pel solo decorso di detto giorno.

L'art. 104 cpv. 1 CO prevede che il debitore in mora al pagamento di una somma di danaro deve pagare gli interessi moratori del cinque per cento all'anno, quand'anche gli interessi convenzionali fossero pattuiti in misura minore.

Con sentenza 4A_468/2008 del 20 febbraio 2009 il TF, al consid. 3.2, ha rammentato:

" (...)

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni gli ha accordato interessi di mora del 5 % sulla somma residua di fr. 68'420.10 (137'065 ./ 68'644.90) dall'8 febbraio 2008 al 29 febbraio 2008, cioè dal giorno della prima interpellazione (art. 102 cpv. 1 CO) al giorno della ricezione del pagamento. Il ricorrente obietta che gli interessi di mora andrebbero riconosciuti dal 24 dicembre 2006, momento nel quale, a suo dire, la prestazione assicurata avrebbe dovuto essergli versata. A torto. Gli interessi di ritardo del 5 % (art. 104 cpv. 1 CO) sono dovuti dal giorno dell'interpellazione del creditore, che mette in mora il debitore (art. 102 cpv. 1 CO). Queste norme si applicano anche al contratto d'assicurazione (JURG NEF, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 20 art. 41 LCA). Dato che il ricorrente non contesta la data della prima messa in mora considerata nel giudizio impugnato, la Corte ticinese ha applicato correttamente il diritto federale. La censura dell'attore, che parrebbe conferire rilevanza, sotto il profilo degli interessi di mora, al momento in cui il credito dell'assicurato diviene esigibile (cfr. art. 41 cpv. 1 LCA), è infondata."

La richiesta di condannare l'assicuratore al pagamento di interessi di mora al 5% dal 7 novembre 2013, data dell'inoltro della petizione, va di conseguenza accolta.

8. L'attore chiede la condanna della convenuta all'importo complessivo di Euro 3'478 (cfr. doc. I ed N).

L'assicuratore non contesta il contenuto delle fatture, né sostiene, in sede di risposta di causa, di aver già versato prestazioni derivanti da altre assicurazioni sottoscritte dagli attori.

Tuttavia, da uno scritto del 21 agosto 2013 di CO 1 all'attore risulta che il 6 agosto 2013 l'assicuratore avrebbe provveduto ad un rimborso, per il marito, sulla base dell'assicurazione complementare _____ (doc. 11). Considerato che tale copertura prevede un rimborso di fr. 50 al giorno (cfr. doc. 10), l'eventuale importo già versato andrà dedotto dal totale di Euro 3'478 dovuto dall'assicuratore (cfr., a proposito della valuta: DTF 134 III 151, consid. 2.4 e 2.5, DTF 137 III 158 e sentenza 4A_152/2013 del 20 settembre 2013, consid. 3.2: "*Lorsqu'une obligation est exprimée en monnaie étrangère, elle doit en principe être payée dans cette monnaie. Toutefois, aux conditions de l'art. 84 al. 2 CO, le débiteur - et lui seul - a la faculté alternative de payer en francs suisses. Le dispositif d'un jugement qui ne serait libellé qu'en monnaie nationale n'apparaît pas admissible (arrêt 4C.191/2004 du 7 septembre 2004 consid. 6, in SJ 2005 I 174). Autre est la question de l'exécution forcée en Suisse d'une créance stipulée en monnaie étrangère (ATF 134 III 151 consid. 2.3). La loi sur la poursuite pour dettes et la faillite*

impose que le montant de la créance en poursuite soit désigné en valeur légale suisse (art. 67 al. 1 ch. 3 LP). Cette règle d'ordre public, fondée sur des motifs pratiques, n'a toutefois pas pour effet de nover en une dette de francs suisses celle que les intéressés ont librement fixée en devises étrangères: le débiteur doit simplement tolérer que, dans la procédure d'exécution, ses biens situés en Suisse soient soumis à l'exécution pour un montant qui, en valeur suisse, correspond à la dette de monnaie étrangère (ATF 135 III 88 consid. 4.1; 125 III 443 consid. 5a). Il s'ensuit que dans une procédure tendant à faire reconnaître l'existence d'une créance libellée en monnaie étrangère, le tribunal ne peut prononcer une condamnation pécuniaire que dans cette monnaie-là, étant entendu que s'il doit dans le même temps accorder la mainlevée de l'opposition formée au commandement de payer, celle-ci sera libellée en francs suisses, à des fins d'exécution forcée (ATF 134 III 151 consid. 2.4)“).

9. Il valore di causa è rappresentato dall'importo di Euro 3'478 chiesto dagli attori.

Va qui rammentato che con sentenza 4A_83/2013 del 20 giugno 2013 il TF ha affermato:

" (...)

1.

Il ricorso è presentato dalla parte soccombente nella sede cantonale (art. 76 cpv. 1 lett. a LTF), è tempestivo (art. 100 cpv. 1 LTF) ed è volto contro una sentenza finale (art. 90 LTF) emanata dall'autorità ticinese di ultima istanza (art. 75 cpv. 1 LTF) in una causa civile (art. 72 cpv. 1 LTF). Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art. 7 CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1)“

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 degli attori.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è **accolta** ai sensi dei considerandi.
§ CO 1 è condannata a versare a AT 2 e AT 2, in solido, Euro 3'478, dedotti eventuali rimborsi già effettuati, oltre interessi al 5% dal 7 novembre 2013.
2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. La Cassa verserà agli attori, in solido, fr. 1'800

(IVA inclusa, se dovuta), a titolo di ripetibili.

3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, Berna.

Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione. 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