

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050601_i_ti_x_01 vom 1. Juni 2005

FINMA Versicherungsrecht, 2005-06-01, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20050601_i_ti_x_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050601_i_ti_x_01 du 1 juin 2005

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050601_i_ti_x_01 del 1 giugno 2005

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., 1 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa t.

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni Incarto n. Lugano 36.2005.57 12 settembre 2005 H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). nel merito

E. 2

Per interpretare i contratti d'assicurazione vanno applicate 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 derivanti dall'art. 18 CO (DTF 127 III 444 consid. 1 b; STF in RUA XVI n. 22). L'interpretazione delle CGA prestampate avviene secondo gli stessi principi che valgono pure per l'interpretazione di un contratto (DTF 126 III 388 consid. 9d; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727). Tuttavia, per l'interpretazione delle CGA va tenuto conto del loro valore normativo: poiché esse sono applicabili a tutte le persone assicurate per un medesimo rischio, devono essere interpretate in modo uniforme e non in funzione di quello che ha capito questo o quell'interessato (TC VD in RUA XVIII n. 45 citata in: CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Losanna 2000, pag. 73 ad art. 1 LCA). Spetta all'assicuratore provare che i termini di una clausola limitativa delle CGA, di cui si prevale, devono essere compresi nel senso che esso attribuisce loro (STF in RUA XIX n. 55). Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 126 III 59 consid. 5a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253). Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e la teoria dell'affidamento (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 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. 1b;

DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 123 III 16 consid. 4b; DTF 117 II 609, JdT 1992 1727; DTF 115 II 264, JdT 1990 1 57; DTF 112 11253).

E. 4

Nel caso specifico le condizioni speciali d'assicurazione che vincolano l'assicurata ad Y , all'art. 10, regolano le cure tì

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni Incarto n. Lugano 36.2005.57 12 settembre 2005 dentarie prevedendo che l'assicuratore sopporti, nella misura in cui superino la franchigia di CHF 500.— e solo sino ad un tetto di CHF 1'500.— annuo, l'80% delle prestazioni fatturate dal medico dentista. Più specificatamente la copertura è data quando le cure derivino da un "danno ai denti" sopraggiunto posteriormente all'entrata in vigore della polizza assicurativa. All'art. 10.3 delle CSA dal rischio assicurato è esclusa "qualsiasi misura diretta a rimediare ad uno stato deficiente della dentatura anteriore all'entrata in vigore della copertura ... ". I termini impiegati dalle CSA non appaiono del tutto chiari e cristallini alla semplice lettura e vanno quindi interpretati. In effetti il termine di "danno" ai denti sembra in primis ricondurre al concetto di infortunio. L'art. 4 LPGa che definisce l'infortunio nell'ambito delle assicurazioni sociali – campo in cui Y è attiva quale assicuratore malattia riconosciuto - riprende in effetti il concetto di "influsso dannoso ... alla salute". In concreto comunque il concetto ritenuto nelle condizioni d'assicurazione non va inteso in senso restrittivo, infatti la copertura "Complementa plus" vuole essere un complemento (come suggerisce il suo stesso nome) dell'assicurazione di base obbligatoria secondo la LAMaI. Palesemente quindi l'evento che cagiona un danno alla salute dentaria dell'assicurato non deve necessariamente essere di natura infortunistica. Ne discende che Y possa essere chiamata a fronteggiare una spesa per cure dentarie sia in caso di infortunio che in caso di patologia o di semplice usura dell'apparato dentario. Il rischio è stato limitato dalle CSA, come evidenziato, al danno - ossia all'evento che cagiona la necessità di cura - che si produce successivamente all'entrata in vigore della polizza assicurativa – e ciò conformemente alle norme della LCA – ed ancora è esclusa la partecipazione alle spese in caso di cura per rimediare ad uno stato deficiente della dentatura esistente antecedentemente all'entrata in vigore della polizza. Il termine deficiente, ossia manchevole, insufficiente, carente rispettivamente difettoso, lacunoso, scarso (come rammenta Nicola Zanichelli nel suo Dizionario della lingua italiana, 11 edizione) tende a significare che, già al momento dell'entrata in vigenza della polizza – nel caso specifico il 1 gennaio 2004 –, la dentatura dell'assicurata imponeva le cure poi prodigate siccome la dentatura appariva difettosa o manchevole, rispettivamente che l'intervento di cura sia stato imposto e tragga origine dalle carenze nella dentatura. Il fatto che una dentatura sia già stata curata in passato, e quindi che l'assicurato possa presentare stucchi, corone, ponti e quant'altro la moderna tecnica può offrire non significa che sussista uno stato di deficienza della dentatura o che eventi successivi che impongono delle cure siano 141 1

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni Incarto n. 36.2005.57 Lugano 12 settembre 2005 necessariamente esclusi dalla copertura in discussione. Anzi cure prodigate in passato connotano cura della dentatura e, normalmente, assenza di uno stato deficiente. La deficienza, ossia la lacuna, della dentatura (o della sua cura) può anche avere per oggetto la progressa (rispetto all'entrata in vigore della polizza) opera del dentista. In altri termini ponti, corone, stucchi esistenti all'entrata in vigore della polizza, potrebbero presentare difetti a seguito dell'usura o della carenza di competenza dell'operatore. Tendenzialmente la presenza di elementi quali ponti, stucchi ecc. ..., come detto, indizia l'attenzione del paziente

per la sua dentatura. Come indicato – secondo l'interpretazione letterale delle regole contrattuali che definiscono il caso d'intervento dell'assicuratore - eventuali protesi, ponti, stucchi ecc. ... carenti siccome vecchi od usurati o difettosi siccome impiantati senza il pieno rispetto delle regole dell'arte medica, cito iluubbitallu intervuliti riparatori o di rinnovamento possono costituire una dentatura deficiente. Se questo stato sussiste al momento dell'entrata in vigore della polizza a giusto titolo l'assicuratore può rifiutare la prestazione.

E. 5

In concreto le CSA di Y prevedono poi, che in caso di dubbio, fa stato il parere del medico fiduciario scelto dall'assicuratore. Questa regola, che non costituisce una clausola compromissoria (appare comunque inammissibile lasciare al libero arbitrio di una parte l'indicazione del proprio medico di fiducia da imporre all'assicurato quale determinante dello stato della sua dentatura), tende unicamente a vincolare l'assicuratore alla prestazione in caso di parere favorevole del medico di fiducia scelto ma non impedisce certamente all'assicurato di non condividere tale parere e di adire le vie legali ordinarie per contestare la valutazione dell'assicuratore. In sostanza su questo punto le CSA riprendono il concetto espresso dall'art. 57 LAMaI (in merito valga, per tutte, il rinvio alla DTF 127 V 48 in re V. e giurisprudenza ivi citata). Il concetto di dentista di fiducia appare mutuato dall'art. 57 LAMaI, ovviamente qui non applicabile, ma non ne ritiene tutti gli aspetti sino in fondo, in particolare quello dell'indipendenza e della formazione.

E. 6

Come evidenziato in corso di motivazione nelle more dell'istruttoria il giudice delegato ha interpellato l'assicuratore al fine di acquisire il parere allestito dal dott. collaboratore dipendente dell'assicuratore stesso, sulla cui scorta Assura ha rifiutato le richieste di rimborso. In risposta alla richiesta l'assicuratore ha prodotto una lettera 8 luglio – e non il Tribunale cantonale delle assicurazioni Incarto n. 36.2005.57 Lugano 12 settembre 2005 una valutazione dall'epoca degli scambi epistolari con parte attrice - con cui il dott. ha evidenziato il sussistere di una "otturazione voluminosa" che – alla luce della sua grandezza – "avrebbe potuto rompersi" per effetto della masticazione. Il dente 46 non avrebbe presentato "garanzia di longevità". Dal canto suo il dott. , cui il giudice delegato ha formulato specifiche domande, ha indicato di avere in cura la signora XXX dal 1992, ha dato informazioni in merito all'intervento al dente 23 (otturazione in materiale composito sulla superficie palato-distale per la cura di una carie) ed ha indicato che la signora XXX si è presentata a lui con "l'otturazione e parte del dente 46 rotti" con successiva ricostruzione del dente con un intarsio in porcellana. Il medico ha precisato chiaramente come prima dell'autunno 2004 il dente fosse in buono stato pur presentando una estesa otturazione effettuata prima della sua presa a carico della paziente. Il medico ha precisato che l'otturazione non era né lacunosa né difettosa e non ha necessitato né a partire dal 1 gennaio 2004 né prima di tale data, l'esecuzione di cure. Il professionista ha specificato di avere trasmesso all'assicuratore 2 radiografie bite-wings ed una radiografia apicale, tutte del 29 aprile 2004, riferite al dente 46. Materiale questo che l'assicuratore non ha trasmesso al Tribunale nonostante richiesta specifica, circostanza questa che va stigmatizzata ma che – grazie alle risposte del dott. ed agli ulteriori accertamenti svolti – appare ovviabile. Sempre il medico curante ha specificato come la signora XXX abbia una buona e ben curata igiene orale, sottoponendosi a visite periodiche dall'igienista dentale, ed ha negato in maniera

decisa che l'otturazione del dente 46 abbia presentato difetti o che fosse a rischio di rottura. Questo fatto è d'altra parte implicitamente confermato dal dentista dell'assicuratore che ha formulato la semplice possibilità – astratta e non suffragata da elementi concreti dedotti dal materiale radiografico, dalla fatturazione, da certificazioni o da accertamenti personali del dott. – che un'otturazione di 12 anni potesse presentare punti di debolezza (doc. XV). Il medico curante la signora XXX ha indicato come "non esiste una regola generale e precisa che indichi che dopo un certo numero di anni, si debba sostituire un'otturazione". Solo il monitoraggio, eventuali carie secondarie o eventuali fratture costituiscono criteri ragionevoli per una sostituzione.

E. 7

Le conclusioni cui è giunto il professionista appaiono complete, dettagliate, ed argomentate adeguatamente. Il medico dentista, che nella vertenza non ha alcun interesse avendo svolto la sua opera e perciò dovendo essere remunerato, appare neutro e va 4i

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni Incarto n. Lugano 36.2005.57

E. 12

settembre 2005 sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione. Con lettera del 14 agosto 2003 l'UFAP ha rammentato al TCA l'obbligo di trasmettere tutte le sentenze inerenti il diritto privato emesse, precisando che l'Ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le stesse. Alla luce della citata Legge e dello scritto dell'UFAP, s'impone quindi di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza. 10. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. LOG contempla in particolare la possibilità di adire il Tribunale Federale contro giudizi cantonali (art. 48 OG) in procedure di carattere non pecuniario in ambiti specifici (art. 44 OG). Rispettivamente è ammissibile il ricorso per riforma in procedure pecuniarie in specifici ambiti del diritto senza riguardo al valore pecuniario (art. 45 OG). L'art. 46 OG precisa che: "Nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora 8'000 franchi almeno." Siccome l'importo in discussione in concreto (pari all'80% della somma di CHF 1'479,95 (previa semmai deduzione del residuo della franchigia ancora dovuta) è inferiore ai succitati Fr. 8'000.-, non sono dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.