

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110321_i_ti_o_01 vom 21. März 2011

FINMA Versicherungsrecht, 2011-03-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20110321_i_ti_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110321_i_ti_o_01 du 21 mars 2011

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110321_i_ti_o_01 del 21 marzo 2011

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 dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).

E. 2

Con il ricorso/petizione l'insorgente ha anche inoltrato ricorso contro la decisione su opposizione del 6 luglio 2010 di Mutuel Assurances (cfr. doc. I).

L'impugnativa verrà esaminata nell'ambito dell'incarto parallelo (inc. 36.2010.89).

Oggetto della presente sentenza sono unicamente le prestazioni derivanti dall'assicurazione malattie complementare.

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incanto n. 36.2010.90 Lugano 21 marzo 2011 8

E. 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) nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2010, applicabile in concreto (cfr. anche art. 404 CPC in vigore dal 1° gennaio 2011), 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 cpv. 1 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.

In concreto, non v'è dubbio che la vertenza in esame concerne un contratto d'assicurazione complementare retto dalla LCA e praticato da un assicuratore sociale autorizzato all'esercizio ai sensi della LAMal.

Infatti, con sentenza 36.2010.77 del 31 maggio 2010 questo Tribunale ha già avuto modo di stabilire, con riferimento anche alla sentenza 36.2004.85 del 21 marzo 2005, che il TCA è competente a decidere nel merito di una petizione contro un assicuratore che seppur non pratica le assicurazioni sociali fa parte di un gruppo assicurativo che "tradizionalmente" le

esercita (cfr. sentenza 36.2004.85 del 21 marzo 2005).

Il TCA deve pertanto entrare nel merito della petizione.

Nel merito

E. 4

Nel caso di specie l'interessata con la petizione chiede al tribunale di volerle spiegare per quale motivo la "FIVETE" non è

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incarto n. 36.2010.90 Lugano 21 marzo 2011

E. 9

riconosciuta dalle assicurazioni complementari e per quale motivo ha dovuto restituire delle prestazioni già rimborsate.

Per quanto concerne il secondo aspetto, rilevato che le prestazioni le erano state pagate per il tramite delle assicurazioni sociali, anche la restituzione soggiace alle norme della LAMal ed è stata esaminata in tale ambito (cfr. sentenza odierna, inc. 36.2010.89), Su questo punto la petizione si rivela irricevibile.

Circa il rifiuto di rimborsare i costi della "FIVETE" e delle prestazioni annesse, va invece evidenziato quanto segue.

5. L'attrice ha concluso 3 assicurazioni complementari: assicurazione combinata d'ospedalizzazione (HC), assicurazione delle cure complementari (SC) e assicurazione Mundo (MU, cfr. doc. 1).

A norma dell'art. 1 delle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari del Groupe Mutuel Assurances GMA SA (di seguito: CGA) fintanto che le disposizioni contrattuali non prevedono deroghe, il contratto d'assicurazione è sottoposto alle prescrizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908. La proposta d'assicurazione, la polizza d'assicurazione, le CGA, le condizioni particolari come pure le convenzioni particolari costituiscono le basi del contratto d'assicurazione.

Per l'art. 2 CGA l'assicurazione copre principalmente le conseguenze economiche della malattia, della maternità e dell'infortunio. Alcune condizioni particolari d'assicurazione danno la possibilità agli assicurati di rinunciare ad uno o più dei rischi precitati.

6. Per quanto concerne l'assicurazione combinata d'ospedalizzazione, l'art. 6.1 delle condizioni particolari categoria HC prevede, a proposito delle prestazioni assicurate, che in caso d'ospedalizzazione l'assicuratore prende a carico le spese di trattamento e la diaria giornaliera conformemente alla classe d'assicurazione scelta. Le prestazioni concesse da questa categoria d'assicurazione sono in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure.

Considerato che in concreto l'attrice fa valere prestazioni ambulatoriali e non stazionarie, questo tipo di assicurazione non entra in linea di conto.

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incarto n. 36.2010.90 Lugano 21 marzo 2011

E. 10

L'interessata non può neppure far valere prestazioni derivanti dall'assicurazione Mundo, avendo chiesto il rimborso di prestazioni eseguite nel nostro Paese. Infatti questo tipo di copertura è valido in tutto il mondo esclusi la Svizzera ed il Liechtenstein (art. 2.1 delle condizioni particolari categoria MU, con l'eccezione delle prestazioni volontarie di vaccinazione, cfr. art. 2.2 delle condizioni particolari categoria MU).

Per quanto concerne l'assicurazione delle cure complementari, l'art. 3.2 delle condizioni particolari categoria SC prevede che "le prestazioni concesse dalla presente assicurazione sono in complemento a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure".

Per l'art. 5.1 prima frase delle condizioni particolari categoria SC "nei limiti previsti dalle presenti condizioni, l'assicuratore rimborsa le spese non prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure se le prestazioni fornite sono prescritte da un medico o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore".

A norma dell'art. 5.2 delle condizioni particolari categoria SC l'assicuratore versa le prestazioni elencate nel citato articolo e nei limiti previsti dalla tabella di cui all'articolo 6.

Il TCA con sentenza odierna (inc. 36.2010.89), ha negato all'attrice il diritto di beneficiare del rimborso delle prestazioni derivanti dalla fecondazione in vitro "FIVETE" e delle prestazioni connesse per i motivi ivi elencati a cui questo Tribunale rinvia. Nella lista di cui all'art. 5.2 e nella tabella di cui all'art. 6 delle condizioni particolari categoria SC non figurano prestazioni per le cure in caso di "FIVETE".

Per cui la richiesta dell'assicurata di condannare l'assicuratore a pagare i costi della "FIVETE" e degli esami connessi (unico oggetto della petizione insieme ai rimborsi di cui si è già detto in precedenza; cfr. doc. I: "(...) non mi spiegano chiaramente perché la "Fivete" non è riconosciuta né dalla copertura assicurativa obbligatoria né dalle coperture complementari da me sottoscritte" e "ho anche chiesto alla cassa (senza mai ricevere una chiara risposta) di spiegarmi perché molti esami di "routine" che servivano al mio medico curante (...) o non mi sono stati pagati o, dopo essere stati pagati, li ho dovuti rimborsare (...)") e "(...) chiedo che il Tribunale, richiamati dalla cassa malati tutti i documenti che mi riguardano che concernono questa cura "Fivete" (e anche le coperture assicurative da me stipulate) verifichi se è vero quanto afferma la cassa per rifiutarmi le spese e addirittura per farmi pagare indietro delle fatture"), va respinta.

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incarto n. 36.2010.90 Lugano 21 marzo 2011

E. 11

7. Il valore di causa è rappresentato dal conteggio delle prestazioni inerenti la "FIVETE" per il periodo dal 30 giugno 2009 al 6 giugno 2010 di cui al doc. XVII per un totale di fr. 10'696.80.

L'importo di fr. 30'000 per poter inoltrare un ricorso in materia civile al Tribunale federale in funzione del valore litigioso non è pertanto raggiunto (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

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 alla FINMA anche la presente sentenza.

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