

# **FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20110713\_i\_ti\_o\_01 vom 13. Juli 2011**

FINMA Versicherungsrecht, 2011-07-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/finma\\_versicherungsrecht\\_20110713\\_i\\_ti\\_o\\_01](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20110713_i_ti_o_01)

FR: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20110713\_i\_ti\_o\_01 du 13 juillet 2011

IT: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20110713\_i\_ti\_o\_01 del 13 luglio 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 (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).

nel merito

### **E. 2**

Oggetto del contendere è la partecipazione dell'attore ai costi di degenza ospedaliera dal 17 al 22 aprile 2010 nella misura, per ciò che concerne le assicurazioni complementari, della franchigia di Fr. 1'000.- per il ricovero in reparto semiprivato.

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incarto n. 36.2011.11 Lugano 13 luglio 2011

### **E. 5**

L'attore ritiene che tale franchigia si applichi unicamente in caso di ricovero in reparto privato e, poiché egli è stato degente in camera semiprivata, ritiene di non dover pagare alcunché. Parte convenuta sostiene che la franchigia di Fr. 1'000.- sia dovuta non appena venga richiesta una prestazione coperta dall'assicurazione complementare, sebbene l'art. 25 CGA non regoli l'eventualità.

3. Secondo la polizza d'assicurazione rilasciata all'assicurato il 3 ottobre 2009 (doc. 2) e valida dal 1° gennaio 2010, per la copertura "Ospedale privato", ossia per l'assicurazione complementare per il reparto privato in tutti gli ospedali in elenco in Svizzera, valgono le Condizioni complementari dell'edizione 07.2006. L'attore ha scelto una franchigia annuale di Fr. 1'000.- ed ha assicurato anche il rischio infortuni. Il premio ammontava a Fr. 332.-.

Questa polizza, in calce, prevede che per le assicurazioni complementari le Condizioni generali d'assicurazione applicabili sono contenute nell'edizione 07.2006.

L'art. 2 delle CGA edizione luglio 2006, nella versione 2009 (doc. 8), chiarisce innanzitutto che la Wincare Assicurazioni complementari SA ha autorizzato la Sanitas Assicurazioni base SA a svolgere tutte le operazioni a suo nome e per suo conto. Inoltre, l'art. 3 CGA precisa che le comunicazioni alla Wincare rispettivamente le sue comunicazioni agli assicurati avvengono per tramite Sanitas per questioni di validità legale.

L'edizione luglio 2006 delle Condizioni Complementari (CC) delle Assicurazioni ospedaliere relative alle assicurazioni complementari per cure stazionarie, prodotta dall'assicurazione convenuta (doc. 9), si applica, fra le varie assicurazioni complementari, anche al "Reparto privato risp. semiprivato. Assicurazione complementare per i costi di vitto, alloggio, assistenza e cura non coperti dalla rispettiva assicurazione base, nel reparto privato o semi-privato di un ospedale per casi acuti."

Il capitolo delle "Prestazioni dell'Assicurazione per il reparto comune, semiprivato e privato" chiarisce dapprima i termini usati.

L'art. 7 cpv. 3 CC precisa che per reparto semiprivato si intende una camera a due o eccezionalmente a più letti, con tariffa riconosciuta da Wincare.

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incarto n. 36.2011.11 Lugano 13 luglio 2011

## **E. 6**

Per reparto privato si intende una camera ad uno o eccezionalmente a due letti, con tariffa riconosciuta da Wincare (art. 7 cpv. 4 CC).

Giusta l'art. 9 CC concernente l'estensione delle prestazioni in caso di sottoassicurazione, il capoverso 1 prevede che agli assicurati che beneficiano della copertura per il reparto semiprivato viene corrisposto, in caso di degenza nel reparto privato, il 75% delle prestazioni garantite dalla copertura per il reparto privato. Per l'art. 9 cpv. 2 CC, agli assicurati che beneficiano della copertura per il reparto comune viene corrisposto, in caso di degenza nel reparto privato, il 20% delle prestazioni garantite dalla copertura per il reparto privato e, in caso di degenza nel reparto semiprivato, il 40% delle prestazioni della copertura per il reparto semiprivato.

Al capitolo "Franchigia opzionale" l'art. 25 CC, avente medesima intestazione, prevede quanto segue:

" 1 A chi ha stipulato la copertura per il reparto semiprivato o privato oppure le assicurazioni Ospedale Comfort o Medico privato viene offerta, in cambio di un'adeguata riduzione del premio, la possibilità di assumersi i costi carico di queste assicurazioni complementari fino ad un determinato importo per anno civile (franchigia). La franchigia pattuita è indicata nella polizza. 2 Per il passaggio ad una franchigia più bassa è necessario seguire una nuova procedura di ammissione mediante la proposta di assicurazione. Il passaggio è possibile per la prima volta dopo una durata dell'assicurazione di 3 anni, per l'inizio di un anno civile, rispettando un termine di preavviso di 3 mesi. 3 Se l'assicurazione con franchigia opzionale è durata meno di un intero anno civile, la franchigia viene applicata in proporzione. 4 In caso di breve degenza ospedaliera che si protrae oltre la fine dell'anno, la franchigia convenuta viene applicata una sola volta. Si considerano brevi le degenze di durata non superiore a 30 giorni.

4. Come sostenuto da entrambe le parti, le Condizioni assicurative in questione non regolano il caso in cui un assicurato scelga di essere ricoverato in un reparto di livello e costo inferiori rispetto alla copertura assicurativa di cui dispone. Solo l'ipotesi inversa è contemplata dal citato art. 9 CC.

Le parti sono in disaccordo sulle conseguenze in questo caso di figura: d'avviso dell'attore, l'art. 25 CC non è preciso né esaustivo e quindi non è sufficiente per potere decidere il suo

caso. Secondo l'assicuratore, invece, questa norma non è poco chiara e la franchigia dovuta.

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incarto n. 36.2011.11 Lugano 13 luglio 2011

### **E. 7**

Per sapere se l'assicuratore debba esonerare l'attore dal pagamento della franchigia di Fr. 1'000.-, occorre quindi interpretare le regole contrattuali secondo i principi giurisprudenziali validi in materia.

5. Va a questo proposito 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 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 (interpretazione oggettiva o principio dell'affidamento: sentenza 4A\_371/2009 del 30 novembre 2009, consid. 6.1; 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

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incarto n. 36.2011.11 Lugano 13 luglio 2011

### **E. 8**

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).

6. Per quanto concerne le Condizioni Generali d'Assicurazione, 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 (art. 3 cpv. 2 2a frase LCA in vigore dal 1° gennaio 2007). Da ciò deriva, come evidenziato dalla 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 è, 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" (n. 264). La dottrina ricorda che l'uso di condizioni generali è la regola in materia di contratto d'assicurazione:

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

La tecnica d'assicurazione (BRULHART, op. cit., n. 15 e segg.) 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

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incarto n. 36.2011.11 Lugano

### **E. 13**

luglio 2011

### **E. 14**

quiescenza pone fine al processo da sé, per ragioni di ordine processuale, non potendo - per forza di cose - il processo continuare se la parte convenuta non mantiene le sue contestazioni (Cocchi/Trezzini, op. cit., n. 12 ad art. 352 CPC). In una simile evenienza il giudice non emana alcun giudizio di merito, giacché il processo termina, appunto, "senza sentenza": egli deve limitarsi a dare atto alle parti dell'avvenuta acquiescenza e stralciare la lite dal ruolo. Il decreto di stralcio che vi fa seguito ha pertanto carattere prettamente dichiarativo (cfr. Rep. 1992 pag. 203 concernente il caso analogo della transazione). Infine, può essere utile rammentare che l'acquiescenza passa in giudicato al pari di una sentenza di merito, tant'è che un nuovo processo può essere avviato sul medesimo oggetto

soltanto se vi sono motivi che giustificano la restituzione in intero (art. 352 cpv. 3 CPC/TI).

... L'art. 87 CPC/TI impone al giudice di applicare d'ufficio il diritto federale, quello ticinese, quello dei Cantoni confederati e i trattati con l'estero. Per diritto ticinese s'intende, evidentemente, anche il diritto processuale cantonale (cfr. Cocchi/ Trezzini, op. cit., n. 2 ad art. 87 CPC). Ne discende che, in concreto, la Corte ticinese avrebbe dovuto applicare d'ufficio l'art. 352 cpv. 2 CPC/TI, dando atto alle parti - una volta constatata l'acquiescenza - della fine del processo e stralciando la causa dai ruoli. La norma citata permette infatti al giudice che ha scorto nell'incarto un atto di acquiescenza, anche tacita, di stralciare la causa senza ulteriori formalità, senza nemmeno dover interpellare colui che acquiesce (Cocchi/ Trezzini, op. cit., n. 14 ad art. 352 CPC). In altre parole, contrariamente a quanto ritenuto nel giudizio impugnato, il fatto che la ricorrente avesse chiesto soltanto lo stralcio per decadenza dell'oggetto della lite - e non per acquiescenza - non impediva al giudice di constatare d'ufficio la fine del processo. Tanto più che, come già esposto, nella motivazione dell'atto d'appello la ricorrente si era soffermata diffusamente su questo aspetto processuale.

... Dalle considerazioni che precedono si deve dedurre che, in applicazione delle pertinenti norme di procedura civile, una volta constatata l'acquiescenza parziale della ricorrente il giudice avrebbe dovuto procedere allo stralcio della causa, anch'esso parziale. Un giudizio di merito non entrava in linea di conto. La sentenza impugnata, nella misura in cui ha avallato la pronuncia di condanna del primo giudice, si avvera dunque arbitraria. ...".

Il 1° gennaio 2011 è entrato in vigore il nuovo Codice di diritto processuale civile svizzero (Codice di procedura civile). Per l'art. 241 cpv. 2 CPC, l'acquiescenza ha l'effetto di una decisione passata in giudicato. In virtù dell'art. 241 cpv. 3 CPC, il giudice stralcia la causa dal ruolo.

Alla luce di quanto precede, preso atto che l'assicuratore ha riconosciuto e versato all'attore una parte di quanto preteso con la petizione, e che quindi si ha una parziale acquiescenza da parte del convenuto, la procedura va stralciata nei limiti di tale riconoscimento. Per il resto invece, ossia per l'ancora in essere pretesa di versamento di CHF 388,10 la petizione va respinta.

11. Infine, pendente causa, l'attore, dopo avere comprovato di avere pagato il 4 marzo 2008 il debito di Fr. 1'946,70 (doc. X/E3), ha chiesto al Tribunale di annullare il precetto esecutivo n. \_\_\_\_\_ spiccato l'8 gennaio 2008 (doc. M4) dall'Ufficio esecuzioni di Lu-

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Incanto n. 36.2011.11 Lugano 13 luglio 2011

## **E. 15**

gano, con cui l'assicuratore ha preteso il pagamento di tale ammontare (docc. X e XII). Il Tribunale cantonale delle assicurazioni si dichiara incompetente ratione materiae a decidere nel merito di questa questione, le richieste formulate pendente lite non sono ricevibili. Per ottenere la cancellazione postulata l'assicurato deve rivolgersi al suo creditore e, qualora ciò non sortisse gli effetti voluti, egli ha il diritto di domandare al giudice del luogo dell'esecuzione di procedere in tal senso, se dati gli estremi legali. Si invita comunque la convenuta a volere procedere a dare seguito alle richieste dell'attore alla luce dell'esito della procedura.

12. Malgrado sia parzialmente vincente in causa per l'acquiescenza da parte dell'assicuratore, siccome non patrocinato, l'attore non ha diritto ad indennità. Egli invoca la durata della procedura e le spese sostenute. Si osserva che egli ha erroneamente adito un'autorità giudiziaria incompetente concorrendo con ciò all'incremento delle spese. All'assicurato non spetta quindi "una indennità per spese vive da me sopportate di CHF 300.00 (tele- foniche, postali, trasferte, parcheggi, partecipazione a udienze, interessi passivi ecc...)" (doc. X), d'altro canto neppure materialmente comprovate, trattandosi di spese ordinarie e necessa- rie per fare valere i propri diritti e risultando solo parzialmente vincente in causa a seguito di acquiescenza da parte dell'assicuratore. Il valore di causa è rappresentato dalla somma rimasta ancora litigiosa fra le parti (Fr. 388,10) e non raggiunge i limiti per un ricorso in materia civile al TF come specificato nel dispositivo che segue.

Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmet- tere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contrat- to d'assicurazione. Una copia della presente decisione verrà no- tificata all'autorità di sorveglianza (FINMA) in forma elettronica.

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