

In risposta, il 13 agosto 2012 (doc. 9) CV 1 ha informato l'interlocutore di non avere ricevuto il relativo annuncio del caso da parte di _____, perciò non poteva entrare nel merito della sua richiesta. Inoltre, essendo stato licenziato il 30 novembre 2011 per il 2 dicembre 2011, dal 1° maggio 2012 l'interessato non appartiene più alla cerchia degli assicurati.

Nel corso del 2012 (docc. 10-23) fra le parti è intercorsa una nutrita corrispondenza sull'assunzione del caso da parte dell'assicuratore malattia del datore di lavoro dell'interessato e sul diritto al libero passaggio all'assicurazione individuale (doc. 22). Il 7 dicembre 2012 (doc. 23) CV 1 ha espresso un categorico rifiuto di corrispondere delle indennità giornaliere per malattia, poiché sia essa non gli è stata annunciata dal datore di lavoro sia l'assicurato non fa più parte del cerchio delle persone assicurate, dato che il contratto di lavoro è stato disdetto nel periodo di prova.

Con scritto del 3 (doc. L) e del 19 dicembre 2013 (doc. 27) AT 1 ha ribadito la sua pretesa e ha trasmesso all'assicuratore malattia sia la sentenza del Tribunale amministrativo federale del 4 luglio 2013 (C- 1155/2013) relativa alla sua domanda di prestazioni dall'assicurazione invalidità, sia dei nuovi certificati medici. Il 20 dicembre 2013 (doc. L4) l'assicuratore malattia si è riconfermato nel suo scritto del 7 dicembre 2012, visto che il caso non gli è mai stato annunciato.

D. Con petizione dell'11 febbraio 2014 (doc. I) AT 1, sempre tramite RA 1, ha chiesto al Tribunale di condannare CV 1 a versargli le 720 indennità di diritto nella misura del 90% dal 1° maggio 2012, in virtù del contratto collettivo esistente e della sua duratura inabilità lavorativa del 100% per malattia, che esisteva già quando egli era inabile al lavoro anche per infortunio, così come attestato dal medico curante il 19 dicembre 2012 (doc. F). E. Nella risposta del 1° aprile 2014 (doc. V) CV 1 ha chiesto di non entrare nel merito della petizione e, qualora il TCA dovesse entrarne nel merito, di respingerla. A suo dire, infatti, la disdetta del contratto di lavoro con _____ è avvenuta durante il periodo di prova con un preavviso di 2 giorni, perciò la protezione dalla disdetta in caso di infortunio o di malattia non è applicabile (art. 324a CO) e l'attore è uscito dalla cerchia degli assicurati dal contratto collettivo al più tardi il 6 dicembre 2011. L'assicuratore convenuto ha spiegato che il diritto di passaggio

all'assicurazione invalidità ai sensi dell'art. 100 LCA e dell'art. 71 LAMal era chiaramente indicato nel Promemoria n. 1 punto 8 ricevuto dall'attore alla firma del contratto quadro con _____. Inoltre, il suo rappresentante ha fatto valere per la prima volta tale diritto (solo) l'8 ed il 9 ottobre 2012, anche se espressamente soltanto il 31 ottobre seguente, ossia troppo tardi, e ciò anche se si ritenesse che fosse avvenuto già con il primo scritto del 17 luglio 2012 ad esso indirizzato. Pertanto, ritenuta l'infondatezza della domanda dell'attore, l'assicuratore nemmeno si deve pronunciare sull'esistenza di un'inabilità lavorativa. Tuttavia, qualora si ammettesse un diritto al libero passaggio, l'inabilità lavorativa dell'assicurato dovrebbe comunque essere ancora valutata nel merito appoggiandosi alle valutazioni dell'assicuratore infortuni e dell'assicurazione invalidità, ritenuto che la situazione riguardo a quanto potrebbe essere dovuto ad infortunio ed eventualmente a malattia non è chiara.

Parte attrice si è riconfermata l'8 aprile 2014 (doc. VII) nella propria petizione, rilevando che quando ha subito l'infortunio era anche inabile al lavoro per malattia (docc. F, L2 e L3).

L'assicuratore malattia non ha formulato osservazioni (doc. VIII).

considerato 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 (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

2. Oggetto del contendere è sapere se l'assicuratore malattia convenuto sia tenuto a versare all'attore delle indennità giornaliere per malattia dal 1° maggio 2012 per 720 giorni, ossia dal momento dell'interruzione della presa a carico del caso da parte dell'assicuratore infortuni (doc. 10).

3. Il 10 novembre 2011 (doc. 1) AT 1 ha sottoscritto un contratto quadro di lavoro con _____, che al punto 4.7 relativo all'assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia recita:

" Il collaboratore temporaneo è assicurato contro la perdita di guadagno in caso di malattia (vedi Legge federale sul contratto d'assicurazione, LCA) presso la società d'assicurazione CV 1 fino alla scadenza del contratto d'incarico. La perdita di guadagno viene pagata a partire dal terzo giorno e copre, per una durata limitata, l'80% del guadagno medio giornaliero calcolato a partire dall'inizio dell'anno a quello della durata effettiva dell'incarico se essa è più corta. In ogni modo il diritto ad

un'indennità cessa, in caso di disdetta del contratto, l'ultimo giorno d'incarico. È inoltre fatto riferimento alle condizioni generali d'assicurazione che sono parte integrante del presente contratto (vedasi Promemoria n° 1 concernente detta assicurazione). L'obbligo dell'_____ cade se CV 1 rifiuta il pagamento d'una prestazione a motivo che il collaboratore temporaneo non riempie le condizioni d'assicurazione o al motivo che le condizioni giuridiche necessarie a questo effetto mancano (malattia preesistente, etc.). In questo caso, _____ deve pagare il salario in conformità all'articolo 324a CO. La scala determinante è la scala bernese. Per avere diritto alle prestazioni di cui sopra, è obbligatoria la presentazione di un certificato medico valido entro 3 giorni."

Per quanto concerne l'infortunio, secondo l'art. 4.9

" Durante l'esecuzione di un incarico presso una ditta utente, il collaboratore temporaneo è assicurato presso la _____ contro i rischi d'infortunio professionali e - qualora lavori almeno 8 ore alla settimana - contro i rischi d'infortuni extraprofessionali, giusta le disposizioni legali in vigore (vedasi Promemoria n° 2 concernente detta assicurazione). Le prestazioni della _____ sostituiscono l'obbligo di versare il salario giusta l'articolo 324a CO. Dal momento dell'accettazione dell'infortunio da parte della _____, _____ versa al collaboratore temporaneo il salario durante il periodo d'attesa, in applicazione dell'art. 324b CO, a condizione che il rapporto di lavoro sia durato più di tre mesi o che sia stato stipulato per più di tre mesi (art. 324a CO)."

L'art. 6 prevede che il periodo di prova, salvo accordo contrario concluso per iscritto, è di tre mesi. Quanto ai termini di disdetta, tanto nel caso di un incarico di durata indeterminata (art. 7.1) quanto di uno di durata determinata (art. 7.2), il rapporto di lavoro può essere disdetto da ognuna delle parti rispettando il termine di 2 giorni di lavoro nei primi tre mesi

d'un impiego ininterrotto o durante il periodo di prova.

Apponendo in calce a questo contratto quadro di lavoro la propria firma, il lavoratore temporaneo ha certificato di averlo letto e compreso, oltretutto di avere ricevuto un esemplare dei Promemoria.

Il Promemoria n. 1 concerne le principali disposizioni del contratto d'assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia e prevede che la copertura assicurativa ha effetto a partire dall'inizio dell'incarico (art. 4.1) e che il diritto alle prestazioni è sottoposto ad un periodo d'attesa di 2 giorni di lavoro (art. 4.3). L'assicurazione termina l'ultimo giorno di lavoro (art. 5.1) e l'ammontare delle indennità giornaliere copre l'80% del guadagno giornaliero medio calcolato dall'inizio dell'anno o di quello risultante dalla durata effettiva del lavoro, se l'inizio di quest'ultimo è anteriore o posteriore all'inizio dell'anno (art. 6.1). Quanto al numero di giorni indennizzabili, l'art. 6.3 prevede che nel caso in cui la durata del lavoro non supera i tre mesi, l'indennità sorge dal 3° giorno e durante 60 giorni civili al massimo nel corso di un periodo di 360 giorni civili consecutivi. In merito ai suoi obblighi, l'art. 7.1 del Promemoria n. 1 recita che nel caso di malattia, il collaboratore temporaneo deve immediatamente notificare il caso alla succursale di _____ da cui egli dipende. Per l'art. 7.2, egli deve fare pervenire alla stessa al più tardi entro tre

giorni un certificato del medico curante e, al termine della cura il collaboratore temporaneo deve consegnargli il certificato finale del medico curante (art. 7.3). Per quanto concerne il trasferimento nell'assicurazione individuale, in deroga all'art. 6 delle Condizioni Generali d'Assicurazione, il diritto di trasferimento nell'assicurazione individuale è soppresso salvo per i disoccupati ai sensi dell'art. 10 LADI, i quali dispongono di un termine di 3 mesi per fare valere il loro diritto di trasferimento. La durata delle indennità figura al punto 6.3 del presente Promemoria. Le prestazioni già assegnate tramite il contratto collettivo saranno imputate sulla durata delle prestazioni dell'assicurazione individuale (art. 8).

L'assicurazione malattia collettiva di indennità giornaliera stipulata il 28 novembre 2001 (doc. 4: polizza n. _____) tra CV 1 ed _____ è valida dal 1° gennaio 2002 e, rinnovata tacitamente di anno in anno, era quindi in vigore anche nel periodo in questione, ossia negli anni 2011 e 2012. Questo contratto riconosce delle indennità giornaliere pari all'80% del salario determinante e, per il personale temporaneo non sottoposto ai Contratti collettivi di lavoro, il numero di giorni indennizzati ricalca quello previsto dal Promemoria n. 1 (quando il lavoro è durato meno di tre mesi, al massimo 60 giorni di calendario consecutivi o fino a quando termina il contratto d'incarico, a decorrere dal terzo giorno), mentre per il personale temporaneo sottoposto ai CCL, le prestazioni sono concesse per al massimo 720 giorni. In entrambi i casi va ritenuto un termine di attesa di due giorni e che il rischio d'infortunio è escluso.

Le Condizioni Generali d'Assicurazione per l'assicurazione malattia collettiva di indennità giornaliera secondo la LCA sono applicabili al contratto assicurativo stipulato fra _____ e CV 1 nell'edizione 1996 (doc. 5). Secondo l'art. 5 CGA, la copertura assicurativa termina per ciascun assicurato, per esempio, alla scadenza del contratto, quando egli lascia la cerchia delle persone assicurate ed in caso di disoccupazione 30 giorni dopo l'inizio della disoccupazione. Per l'art. 6 CGA, ogni assicurato domiciliato in Svizzera ha diritto di domandare il suo trasferimento nell'assicurazione individuale (secondo LCA) se lascia la cerchia degli assicurati, se il contratto cessa di produrre effetti, se è considerato come disoccupato ai sensi dell'art. 10 LADI. L'assicurato dispone di 30 giorni per far valere

il suo diritto al passaggio. Lo stipulante dell'assicurazione ha l'obbligo di informare per tempo l'assicurato che esce sul diritto al passaggio e sul termine da osservare per il passaggio nell'assicurazione individuale. CV 1 garantisce alla persona che chiede il passaggio, nell'ambito delle condizioni e delle tariffe dell'assicurazione individuale in vigore, una copertura assicurativa senza esame dello stato di salute per le prestazioni precedentemente assicurate. Se l'assicurato non beneficia della piena capacità di lavoro al momento del trasferimento o se c'è una ricaduta dopo il passaggio, i giorni già indennizzati sono dedotti dalla durata delle prestazioni dell'assicurazione individuale. Non v'è alcun diritto al libero passaggio, per esempio, in caso di cambiamento di lavoro e di trasferimento nell'assicurazione d'indennità giornaliera del nuovo datore di lavoro e per i frontalieri.

4. Il 2 dicembre 2011 è terminato il contratto di lavoro fra l'attore e la ditta _____ di _____ (doc. 32), iniziato l'11 novembre precedente ed avente una durata di tre mesi (doc. 2). Detto contratto di lavoro prevedeva che durante questo periodo poteva essere disdetto da entrambe le parti con un preavviso di almeno 2 giorni di lavoro. Se l'incarico proseguiva oltre, il contratto sarebbe stato considerato come prolungato per una durata indeterminata. Per il periodo di prova rinviava all'art. 6 del contratto quadro di lavoro stipulato con _____ e questa norma prevedeva che il periodo di prova era di 3 mesi.

Nel caso di specie le parti hanno concluso un contratto di lavoro avente durata di tre mesi, che poteva essere disdetto con un preavviso di almeno due giorni. Questa condizione si è concretizzata il 30 novembre 2011. L'attore è stato licenziato per il 2 dicembre 2011. Questa circostanza non è contestata.

Il 1° dicembre 2011 AT 1 ha subito un infortunio e la _____ ha regolarmente assunto il caso. A seguito di quanto emerso dalla visita medica fiduciaria eseguita il 9 maggio 2012, l'assicuratore infortuni ha confermato con scritto del 28 maggio 2012 al rappresentante dell'assicurato che riconosceva le prestazioni di diritto fino al 30 aprile 2012 (doc. 10). Dopodiché, l'ulteriore cura medica come anche un'eventuale ulteriore incapacità lavorativa erano da annunciare all'assicuratore malattia.

La questione è sapere se esista in concreto un diritto ad indennità giornaliera fondato sul contratto quadro di lavoro con l'agenzia interinale e sul contratto di lavoro come tale.

5. Va qui subito evidenziato che una malattia dell'attore va fatta risalire, se comprovata, al più presto al 1° maggio 2012 e non invece in concomitanza con l'infortunio del 1° dicembre 2011.

Lo stesso medico curante dell'assicurato, dottor _____, medico chirurgo di _____, il 2 maggio 2012 (doc. 6) ha attestato che la lombalgia di cui il paziente era affetto ha avuto inizio il 1° maggio 2012.

Vero è che nel suo referto del 19 dicembre 2012 (doc. F) il curante ha però anche certificato che "Il mio paziente ha sofferto in concomitanza del periodo di invalidità lavorativa per l'infortunio del 02/12/11 di sindrome ansioso-depressiva.". Al riguardo va qui rilevato che nei suoi precedenti numerosi certificati il medico curante non ha mai diagnosticato una sindrome ansioso-depressiva, ma soltanto una lombalgia, poi sfociata in una lombalgia con impotenza funzionale (doc. C) Inoltre, nel suo certificato del 22 novembre 2013 (doc. L2) il dottor _____ ha indicato che è dal 20 febbraio 2013 che è presente una sindrome ansioso-depressiva reattiva allo stato di salute, ciò che

quindi contraddice quanto affermato un anno prima.

Lo stesso 20 febbraio 2013 (doc. B) il dottor _____ dell'Ospedale _____ di _____, direttore del reparto di psichiatria, ha rilevato che l'interessato "Da qualche tempo soffre di una sindrome mista ansioso-depressiva (DSM IV TR e F41.2 secondo l'ICD-10)" e gli ha consigliato una terapia psicofarmacologica con Mirtazapina 30 mg 1 compressa alla sera.

Il dottor _____, medico chirurgo ortopedico di _____, il 2 dicembre 2013 (doc. L3) ha esposto l'anamnesi patologica remota dell'attore, elencando i diversi infortuni di cui è stato vittima dal 1994 al 2011, concludendo che "A seguito di tutti questi traumi ed infortuni sul lavoro ha cominciato ad accusare disturbi del sonno e dell'appetito, e una sindrome ansioso-depressiva come certificato dallo specialista neurologo-psichiatra dott. _____, primario nell'Ospedale di _____ (reparto psichiatria).".

La data di inizio della sindrome mista ansioso-depressiva non è certa, ma va collocata in un periodo certamente successivo al 1° dicembre 2011. Da evidenziare che, qualora essa fosse già esistita al momento dell'infortunio, come tale non ha impedito all'attore di lavorare fino al momento dell'infortunio. Quindi non sono dati i presupposti per pretendere delle indennità giornaliere per malattia. Inoltre, questa patologia non è mai stata notificata al datore di lavoro né all'assicuratore malattia.

Medesima conclusione va tratta in merito alla lombalgia, siccome comunicata ad _____ al più presto il 3 luglio 2012 (doc. I) ed a CV 1 il 17 luglio 2012 (doc. 6) con scritti raccomandati (e non con apposito formulario di notifica di malattia). Infine è lo stesso attore che, tramite il suo rappresentate, ha comunicato, nell'estate 2012, ad entrambe le parti contrattuali, che era (solo) dal 1° maggio 2012 che era inabile al lavoro per malattia, allegando, a giustificazione di questo suo impedimento, i certificati attestanti unicamente la lombalgia. Va dunque concluso che è solo dopo il 1° maggio 2012 che si è, semmai, manifestata una malattia dovuta alla lombalgia. Va inoltre osservato che dalla sentenza C-1155/2013 del 4 luglio 2013 del Tribunale amministrativo federale (doc. B1) su ricorso dell'assicurato contro il rifiuto dell'Ufficio AI di erogargli prestazioni, emerge che nel suo rapporto del 26 marzo 2013 il dr. med. _____ del _____ ha attestato una incapacità lavorativa per malattia dal novembre 2012.

Alla luce di ciò, non è quindi possibile concludere che la malattia dell'attore - sia che si tratti di sindrome ansioso-depressiva, sia di lombalgia - sia sorta quando il contratto di lavoro con la ditta _____ era ancora in essere e che quindi egli sarebbe coperto dall'assicuratore convenuto.

Con il licenziamento, che ha avuto effetto al 2 dicembre 2011, l'interessato è uscito dalla cerchia degli assicurati e non beneficiava

più di alcun diritto a prestazioni assicurative per eventi sorti oltre la data di validità del contratto di lavoro. L'art. 4.7 del contratto quadro di lavoro spiega infatti chiaramente che il collaboratore temporaneo è assicurato contro la perdita di guadagno in caso di malattia fino alla scadenza del contratto d'incarico. Poiché quest'ultimo è terminato il 2 dicembre 2011 (doc. 32), non v'è dubbio alcuno che, oltre tale data, l'attore non fosse più assicurato contro la perdita di guadagno in caso di malattia.

Pertanto, la malattia (lombalgia), sorta al più presto il 1° maggio 2012 o nel novembre 2012 come accertato dall'_____, non va presa a carico dall'assicuratore malattia convenuto.

6. Va ancora escluso in concreto che la malattia possa essere considerata quale conseguenza dell'infortunio del 1° dicembre 2011 e quindi debba essere presa a carico da CV 1, siccome sorta nel periodo di copertura assicurativa collettiva.

Solo se l'evento sorge durante il periodo di copertura assicurativa collettiva d'indennità giornaliera, l'assicuratore deve versare le prestazioni pattuite fino al loro esaurimento, fintanto che sono giustificate in virtù delle clausole contrattuali. La copertura di un contratto assicurativo LCA è in effetti delimitata unicamente dalla durata delle prestazioni convenute e non dalla fine delle relazioni contrattuali (MeuWIY, *La durée de la couverture d'assurance privée*, tesi, Friburgo 1994, pag. 185). In assenza di clausole convenzionali che limitano o sopprimono il diritto alle prestazioni al di là del periodo di copertura, l'assicurato che, dopo un avvenimento che dà diritto alle prestazioni, esce da un'assicurazione collettiva perché cessa di fare parte della cerchia di assicurati definita dal contratto, può fare valere il diritto alle prestazioni anche per le conseguenze di tale avvenimento prodottesi dopo l'estinzione del rapporto d'assicurazione (Maurer, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3a ed., 1995, pag. 240; DTF 128 V 176; DTF 127 III 106).

In DTF 127 III 106 il TF ha stabilito che nell'ambito di un'assicurazione collettiva di indennità giornaliera secondo la LCA, il diritto alle prestazioni non dipende dall'affiliazione, contrariamente all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera prevista dagli art. 67 segg. LAMal. Pertanto, in assenza di clausole convenzionali che limitano o sopprimono il diritto alle prestazioni al di là del periodo di copertura, l'assicurato che, dopo un avvenimento che dà diritto alle prestazioni, esce da un'assicurazione collettiva perché cessa di far parte della cerchia di assicurati definita dal contratto, può far valere il diritto alle prestazioni anche per le conseguenze di tale avvenimento prodottesi dopo l'estinzione del rapporto di assicurazione.

Ne discende che se è dimostrata un'incapacità al guadagno derivata da un evento realizzatosi durante il periodo di copertura sussiste un diritto a percepire le indennità giornaliere concordate, indipendentemente dal fatto che l'inabilità lavorativa si sia protratta oltre l'uscita dalla cerchia degli assicurati, in concreto il 2 dicembre 2011.

Occorre dapprima verificare se esistano clausole contrattuali, alla base della polizza che copre l'incapacità di lavoro dell'attore, che limitano questo suo diritto (DTF 127 III 106; STCA 36.2013.30 del 17 dicembre 2013; STCA 36.2012.94 del 12 agosto 2013; STCA 36.2004.182 del 22 settembre 2005).

7. In concreto, l'infortunio è avvenuto per certo quando l'interessato era ancora coperto dall'assicuratore malattia convenuto (1° dicembre 2011), mentre gli effetti si sarebbero estesi al di là della data per la quale il contratto di lavoro è stato disdetto (1° maggio 2012).

In virtù dell'art. 4.7 delle condizioni del contratto quadro di lavoro, con l'estinzione del contratto, l'obbligo dell'assicuratore malattia di corrispondere prestazioni cessa l'ultimo giorno d'incarico. Anche l'art. 5.1 del Promemoria n. 1 prevede chiaramente che l'assicurazione termina l'ultimo giorno di lavoro. Di conseguenza, il diritto dell'attore di pretendere prestazioni per malattia dall'assicuratore malattia è venuto meno dal 3 dicembre 2011, indipendentemente dalla circostanza che egli fosse ancora inabile al lavoro per malattia.

Tuttavia, tanto la polizza contrattuale (pag. 5) quanto l'art. 8 del Promemoria n. 1, prevedono che per quanto concerne il trasferimento nell'assicurazione individuale, in

deroga all'art. 6 delle Condizioni Generali d'Assicurazione dell'assicuratore malattia, il diritto di trasferimento nell'assicurazione individuale è soppresso, salvo per i disoccupati ai sensi dell'art. 10 LADI, i quali dispongono di un termine di 3 mesi per fare valere il loro diritto di trasferimento. La durata delle indennità figura al punto 6.3 del Promemoria n. 1 e le prestazioni già assegnate tramite il contratto collettivo vengono imputate sulla durata delle prestazioni dell'assicurazione individuale.

Nell'evenienza concreta, quindi, di principio l'attore non aveva alcun diritto al libero passaggio dall'assicurazione collettiva per perdita di guadagno a quella individuale. Ne avrebbe invece avuto diritto soltanto se fosse stato un disoccupato ai sensi dell'art. 10 LADI, stante il rinvio dell'art. 100 cpv. 2 LCA all'art. 73 LAMal (per un'esposizione sul diritto ad un'indennità giornaliera dall'assicurazione malattia per una persona disoccupata, cfr. STF 9C_24/2013 del 25 marzo 2013 ripresa in STCA 36.2013.8 del 20 giugno 2013 ed in STCA 36.2014.5 del 28 marzo 2014).

Il TCA rileva che non risulta dagli atti, e nemmeno l'attore stesso lo sostiene, che egli si sia iscritto al collocamento e pertanto non può essere ritenuto disoccupato ai sensi dell'art. 10 LADI. Ne discende che non essendo un disoccupato secondo l'art. 10 LADI, egli non beneficiava di principio del diritto al libero passaggio all'assicurazione individuale.

Non trova dunque applicazione l'art. 100 cpv. 2 LCA e, di riflesso, neppure l'art. 71 cpv. 2 LAMal, per il quale l'assicuratore deve provvedere affinché l'assicurato sia informato per iscritto in merito al suo diritto di passare all'assicurazione individuale e se omette questa informazione l'assicurato rimane nell'assicurazione collettiva (STCA 36.2012.36 del 22 novembre 2012; STCA 36.2012.3 del 19 settembre 2012, consid. 2.10; STCA del 19 maggio 2010, 36.2009.172, consid. 2.7). Ininfluenza, quindi, è l'affermazione dell'attore secondo cui egli non sarebbe mai stato informato di questa possibilità e, rifacendosi all'art. 71 cpv. 2 LAMal, ha rimproverato all'assicuratore malattia questa mancanza.

Nel caso concreto, a differenza di altri casi trattati da questo Tribunale (STCA 36.2012.3 del 19 settembre 2012, consid. 2.12; STCA 36.2009.172 del 19 maggio 2010, consid. 2.9), il contratto sottoscritto dall'attore con _____ non contempla (nelle sue CGA) una responsabilità dello stipulante (datore di lavoro). Anzi, quest'ultimo l'ha espressa negata, disponendo l'esclusione dell'art. 6 delle CGA di CV 1 che, invece, la prevedeva.

L'art. 8 del Promemoria n. 1, facente parte del contratto quadro di lavoro sottoscritto dalle parti il 10 novembre 2011, comunica espressamente ai lavoratori delle informazioni circa i diritti sul passaggio in un'assicurazione individuale. D'avviso del TCA, la segnalazione da parte del datore di lavoro che il lavoratore non aveva diritto di passare all'assicurazione individuale per perdita di guadagno a meno che fosse disoccupato ai sensi dell'art. 10 LADI, era chiara ed intellegibile anche per l'assicurato, soprattutto se si considera che era indicata in grassetto e spiccava particolarmente in mezzo a tutte le altre condizioni. Di conseguenza, la responsabilità per non avere chiesto il trasferimento nell'assicurazione individuale ricade, semmai, unicamente sul lavoratore medesimo, essendone stato convenientemente avvisato. Non va dimenticato che in concreto il contratto ha (breve) durata determinata e l'evento (infortunio) si è avverato 3 settimane dopo la sua conclusione e le relative avvertenze.

Quand'anche si ritenesse, per mera ipotesi di lavoro, che l'interessato debba essere considerato come un disoccupato ai sensi dell'art. 10 LADI, secondo il Promemoria n. 1 egli disponeva di un termine di tre mesi per fare valere il suo diritto al trasferimento dal

momento dell'effettivo licenziamento. Orbene, il rappresentante dell'attore ha espressamente chiesto per la prima volta all'assicuratore malattia di passare all'assicurazione individuale (soltanto) l'8 ottobre 2012 - mentre _____ ne è stato avvisato con scritto del 6 luglio 2012 (doc. K). Di conseguenza, è evidente che questa richiesta è stata formulata manifestamente al di là del termine di tre mesi concesso dall'art. 8 del Promemoria n. 1 decorrente dalla cessazione della copertura collettiva, che si è realizzata con l'uscita dell'attore dalla cerchia degli assicurati al 2 dicembre 2011. Da quanto precede deriva che il diritto del libero passaggio dell'attore all'assicurazione individuale non è dato.

8. Stanti le considerazioni esposte, la pretesa dell'attore nei confronti dell'assicuratore malattia convenuto non può essere tutelata e, pertanto, dalla malattia (lombalgia) certificata dal 1° maggio 2012

egli non può pretendere il riconoscimento di prestazioni di indennità giornaliera né dall'assicurazione collettiva né tanto meno da quella individuale nei confronti di CV 1.

Può rimanere dunque qui indeciso l'esame del suo grado di incapacità lavorativa e di guadagno, senza che quindi occorra richiamare gli atti dall'Ufficio AI come richiesto dall'attore (doc. I).

9. 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) (...).

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

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, a norma dell'art. 74 cpv. 2 lett. b LTF, nel termine di 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.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice
delegato

Il segretario

Ivano Ranzanici

Fabio Zocchetti

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