

TI_GERICHTE 36.2000.93 vom 14. März 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-03-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.93

FR: TI_GERICHTE 36.2000.93 du 14 mars 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2000.93 del 14 marzo 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 42

II 674 E. 2a S. 680)." (DTF 127 III 421, pag. 426 consid. 3bb) Ai sensi dell'art. 62 cpv. 1 CO chi senza causa legittima si trovi arricchito a danno dell'altrui patrimonio, è tenuto a restituire l'arricchimento. Si fa luogo alla restituzione specialmente di ciò che fu dato o prestato senza valida causa, o per una causa non avveratasi o che ha cessato di sussistere (art. 62 cpv. 2 CO). L'art. 63 cpv. 1 CO prevede che chi ha pagato volontariamente un indebito può pretenderne la restituzione, solo quando provi d'aver pagato perché erroneamente si credeva debitore. Per l'art. 64 CO chi si è indebitamente arricchito non è tenuto a restituire ciò di cui provi che, al momento della ripetizione, non è più arricchito, a meno che se ne sia spossessato di mala fede o che dovesse prevedere la domanda di restituzione. L'art. 67 cpv. 1 CO prevede che l'azione di indebito arricchimento si prescrive in un anno decorribile dal giorno in cui il danneggiato ebbe conoscenza del suo diritto di ripetizione, in ogni caso nel termine di dieci anni dal giorno in cui nacque tale diritto. Trattandosi di un termine di prescrizione non può essere rilevato d'ufficio, ma deve essere sollevato dalla parte che intende prevalersene (art. 142 CO; A. Koller in: Das Schweizerische Obligationenrecht, 9. Ed., Zurigo 2000, pag. 327). 2.3. In concreto _____ non nega di aver ricevuto la somma chiestagli in restituzione, né afferma di essersene spossessato. L'attrice, da parte sua, asserisce di aver pagato la prestazione volontariamente, credendo erroneamente di esserne debitrice, accorgendosi in un secondo tempo, in occasione di un controllo di revisione, che in realtà andavano applicate altre disposizioni. Ora, nella citata sentenza pubblicata in DTF 127 III 421 il TF ha affermato: " Es stellt sich bei dieser Sachlage die Frage, ob die Klägerin nachzuweisen vermag, dass sie sich über die Schuldpflicht im Irrtum befunden hat. Nach ihren eigenen Angaben, hat sie die Rechnungen vorerst nicht geprüft, sondern erst nach deren Bezahlung bei näherer Prüfung festgestellt, dass mehrere Posten nach ihrer Auffassung nicht gerechtfertigt seien. Gleichwohl trifft zu, dass sie die fehlerhaften Posten auf den detaillierten Rechnungen ohne weitere Abklärungen hat erkennen und farblich kennzeichnen können. Diese Möglichkeit bestand ab Erhalt der Rechnungen, so dass fraglich ist, ob sie den Irrtum über die Schuldpflicht nachweisen kann. Die Frage kann dahingestellt bleiben, weil allfällige Rückforderungsansprüche ohnehin verjährt sind" (consider. 4a) Nella presente fattispecie, questa Corte ritiene che la Cassa ha provato di essersi trovata nell'errore, avendo pagato la prestazione poiché non ha preso in considerazione, a torto, come si vedrà nel successivo considerando, le norme applicabili alla fattispecie e sgorganti, in particolare, dalle condizioni generali delle prestazioni complementari. Va qui rilevato che esiste un errore ai

sensi dell'art. 63 CO anche quando colui che ha versato a torto la prestazione avrebbe potuto conoscere l'errore (H. Schulin, in Basler Kommentar, n. 9 ad art. 63 CO, pag. 427; DTF 64 II 129).

2.4. Si tratta di conseguenza di determinare se il convenuto aveva effettivamente diritto alle prestazioni percepite. Così come indicato al consid. 1.1., la copertura del convenuto comprendeva, oltre all'assicurazione sociale obbligatoria, alcune assicurazioni complementari. In particolare l'assicurazione _____ e le assicurazioni malattie complementari ambulatoriale, complementare e ospedale. Per l'art. 5.1 dell'assicurazione _____ "la società assume durante 6 mesi al massimo dall'inizio del trattamento la parte non coperta dei costi ospedalieri e di quelli del trattamento ambulatoriale sostenuti all'estero in caso di malattia, infortunio o parto imprevisto" (sottolineatura del redattore). L'art. 5.3. prevede invece che "se l'assicurato si reca all'estero per essere curato di una malattia o dei postumi di un infortunio, o per parto o interruzione di gravidanza, le spese non sono assicurate anche se la cassa prende le spese a suo carico." Un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 112 II 253) e alla luce del principio della buona fede (DTF 115 II 268). Se questa non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto. Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, con la riserva di accezioni tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342; JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in B. Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg 1997 pag 72). L'interpretazione di una clausola - ovvero la sua valutazione alla luce del contenuto e dello scopo del contratto - è un'operazione sempre necessaria affinché si possa determinarne la portata (Rep 1993 213ss; DTF 112 II 253ss; A. Maurer, Privatversicherungsrecht 1986, p. 231; DTF 116 II 345; Roelli/Keller, Kommentar z. BG über den Versicherungsvertrag, ed 1968 p. 459). Nel caso di specie, emerge chiaramente che le parti hanno voluto stipulare una copertura assicurativa limitatamente ai casi di malattia, infortunio o parto imprevisti. Ritenuto come l'assicurato stesso ha affermato, in corso di causa, che il termine per il parto della moglie è stato previsto dal dottor _____ il 29 aprile 1998 (doc. _), il convenuto non può prevalersi della suddetta assicurazione. L'art. 3.4. dell'assicurazione complementare dei costi di guarigione Ospedale (delle assicurazioni malattie complementari ambulatoriale, complementare e ospedale) prevede che "per le degenze in un ospedale estero dovute ad urgenza e quando il viaggio di rientro a casa, rispettivamente il trasferimento in un ospedale svizzero non è possibile o non può essere ragionevolmente preteso, la _____ corrisponde le seguenti prestazioni: durante un periodo di 8 settimane per anno civile la piena copertura dei costi secondo l'assicurazione per vacanze e viaggi _____. Una volta trascorse 8 settimane di soggiorno all'estero per anno civile, l'assunzione dei costi si basa sulla copertura assicurativa." In concreto, al di fuori dell'Europa, il 25% dei costi per l'assicurato in camera comune. In sede di udienza _____ ha affermato di ritenere che la moglie di trovasse già all'estero nel corso del mese di gennaio 1998 (doc. _). Per cui, in applicazione del citato art. 3.4., essendo trascorse più di 8 settimane il giorno del ricovero (aprile 1998), la Cassa ha rettamente pagato a _____ il 25% dei costi in camera comune. Infine, circa la fattura di fr. 1'514 per prestazioni per il neonato, il convenuto non sostiene che questa fattura è coperta da un'assicurazione complementare, ma si limita ad affermare che il responsabile della _____, avrebbe dovuto proporre una copertura per favorire la situazione attuale (doc. _).

2.5. L'insorgente si prevale infine di un'attestazione di _____, ex collaboratore della _____, il quale in uno scritto dell'11 giugno 1999

ha affermato: " Dichiaro che, quando lavoravo presso la ditta _____, ero sempre al corrente del fatto che i Signori _____ passano la maggior parte dell'anno negli Stati Uniti d'America e che volevano assolutamente una copertura assicurativa del 100% su tutti i casi relativi all'assistenza medica, sia per degenza ospedaliera o parto ecc." (Doc. _) Sentito in merito dal giudice delegato del TCA _____ ha affermato: " Non sono più attivo in seno alla _____ dal 1996. Sono stato dipendente dell'assicurazione dal 1° agosto 1990. Fungevo da acquirettore della clientela e consulente presso la precedente _____ sino al 1997 e quindi presso alla _____ in seguito alla fusione di _____, _____ e _____. Io mi sono occupato del contratto assicurativo del signor _____ e della sua famiglia sino alla mia partenza. La copertura ha subito diverse modifiche nel corso degli anni a dipendenza delle esigenze e dei costi dei premi. E' giusto dire che ero al corrente durante la mia attività in _____ dell'esigenza dei signori _____ di avere una copertura che si estendesse anche all'estero perché sapevo che essi erano domiciliati a _____ ma erano spesso all'estero. Questa loro esigenza mi era nota sin da prima della modifica di legge in precedenza alla LAMal, loro infatti, come nucleo familiare, disponevano di una copertura molto estesa, quella imposta dalla LAMI e dalle complementari rette dalla stessa legge. Con la modifica della legge, come precisa il signor _____ (nota del redattore: responsabile del centro liquidazioni della _____) la _____ si è dotata di nuovi regolamenti e ciò a partire dal 1.1.1997. Effettivamente confermo di non avere più avuto contatto con i signori _____ per le questioni relative alle loro coperture. Mi viene riletta in questa sede la dichiarazione datata 11.6.1999. La confermo nella misura in cui va contestualizzata con quanto appena verbalizzato, ossia va riferita al mio periodo di collaborazione presso la cassa. Preciso a domanda che dalla _____ sono partito verso maggio/giugno 1996. Io ho sempre esclusivamente avuto contatto col signor _____ e non con la moglie." (doc. _) _____, anch'egli sentito come teste, funzionario presso la _____, ha affermato: " E' giusto dire che mi sono occupato delle polizze relative alla famiglia _____ con la partenza del collega _____. Il giudice rammenta che con l'1.1.1996 è entrata in vigore la LAMal e mi chiede se in conseguenza di ciò abbia avuto contatto col signor _____. Preciso che l'ho visto il 27.8.1997 perché con effetto a quella data ho agli atti una modifica di copertura per le cure ospedaliere riferita alla moglie del signor _____ con il passaggio dalla classe semi-privata alla classe comune. Posso riscontrare agli atti che successivamente a ciò vi è stata, nel marzo del 1998, la proposta di modifica della polizza per l'arrivo del bimbo e quindi una copertura prenatale. La copertura si riferiva al bambino che doveva nascere e tendeva alla possibilità di avere già delle assicurazioni in corso ed evitare possibili riserve alla nascita sulle complementari. Io sapevo che il signor _____ passava gran parte del suo tempo all'estero, in particolare negli Stati Uniti. In occasione del nostro incontro del 1997 la polizza è stata modificata nell'ottica di conseguire dei risparmi sulla spesa, ossia di risparmiare sui premi con l'esclusione del reparto semi-privato in caso di ospedalizzazione ed al passaggio in camera comune. Si trattava di passare quindi ad un'altra forma di prestazione complementare offerta da _____. Questa complementare permetteva in sostanza il ricovero in qualsiasi ospedale svizzero, pubblico o privato, in reparto comune. Preciso che una delle offerte _____ era una polizza privata _____, una sorta di copertura totale, sia territorialmente che per prestazioni. Non ho memoria precisa di avere accennato di questa possibilità al signor _____. Il signor _____ dichiara che in occasione della visita dell'agosto 1997 ci tenne a che fosse chiaro che il passaggio di sua moglie da una copertura ospedaliera semi-privata a quella comune nell'ambito delle

assicurazioni complementari non avesse nessuna incidenza se non sul numero di letti presenti nella stanza e che quindi non vi fosse una diminuzione nell'ambito degli altri aspetti assicurativi. Non ricordo in particolare questo aspetto del nostro colloquio. Preciso che la differenza più significativa del passaggio della signora _____ dalle due coperture citate era la presenza di più letti nella stanza. Non vi era invece una differenza nell'aspetto della territorialità delle coperture. Non posso dire che si sia rinnovata la polizza relativa a questa complementare ai sensi della LAMal, nel senso che la copertura, modificata nel 1997, esisteva già in precedenza. Preciso che ogni anno _____ trasmette le polizze nuove e le Condizioni generali di assicurazione ai propri affiliati. Vista l'esigenza dei signori _____ di risiedere per lunghi periodi all'estero, era stata conclusa con loro una copertura "Assicurazione ambulatoriale complementare di _____" che tendeva a coprire la differenza di costo e quindi a pagare le prestazioni mediche ambulatoriali di cui l'assicurato beneficiava all'estero. Una copertura di cui hanno sempre fruito. A domanda del signor _____ preciso nuovamente che, sapendo la famiglia _____ molto spesso in America, l'esigenza di copertura era in particolare soddisfatta dalla "Ambulatoriale classe _" di cui ha parlato. Ricordo di non avere a memoria offerto la privata _____ ma comunque visto l'esigenza manifestata a fine agosto dal signor _____, relativa alla diminuzione dei costi dei premi, una tale offerta non entrava in linea di conto." (Doc. _)

Dalle risultanze testimoniali emerge come i dipendenti della _____ fossero a conoscenza dei continui viaggi all'estero della famiglia _____. Ciò risulta del resto pure dallo scritto di _____ dell'11 giugno 1999 (doc. _). Tuttavia, da questo scritto e dalle affermazioni dei testi, emerge unicamente la consapevolezza dei continui viaggi all'estero, ma non la concretizzazione, tramite assicurazioni complementari, di una copertura totale. In particolare dalle parole di _____ risulta che la _____ prevede la possibilità di essere assicurati in tutto il mondo per le prestazioni richieste dal convenuto tramite la polizza "_____". Tale tipo di assicurazione, e il convenuto non lo contesta, non è tuttavia stata sottoscritta dalla famiglia _____. Ciò anche perché, come emerge dalle tavole processuali, nell'agosto del 1997, con lo scopo di contenere i costi, vi è stata una riduzione delle condizioni assicurative, in particolare quelle concernenti la moglie. Va qui rilevato che, come emerge dalle testimonianze, la complementare sottoscritta da _____ permetteva il ricovero in qualsiasi ospedale svizzero in reparto comune. Esclusa pertanto la copertura dei costi in caso di ricovero all'estero, prevista dalla polizza privata _____, non sottoscritta tuttavia dal convenuto e forse neppure presentatagli, proprio perché, scopo del suo incontro con il consulente nell'agosto del 1997, era quello di conseguire dei risparmi sui premi pagati. Come rilevato dalla _____, nella misura in cui il convenuto non era d'accordo con il contenuto delle polizze, o delle aggiunte, doveva chiedere la rettifica entro quattro settimane dal ricevimento, pena l'accettazione del loro tenore (cfr. art. 12 cpv. 1 LCA). In queste circostanze, ritenuto come l'importo di fr. 10'458.35, il cui ammontare non è contestato, è stato versato erroneamente al convenuto, in virtù delle regole sull'indebito arricchimento (art. 62ss CO, cfr. consid. 2.2 e 2.3) la _____ ne ha rettamente chiesto la restituzione. Per contro, a mente del TCA, non si giustifica la rifusione dell'importo di fr. 240 per spese amministrative. Infatti, questo importo non è costitutivo di arricchimento da parte del convenuto. La petizione va di conseguenza parzialmente accolta nel senso che il convenuto è tenuto a pagare fr. 10'458.35. L'opposizione al precetto esecutivo no. _____ del 12 luglio 1999 dell'UE di _____ va rigettata in via definitiva limitatamente a tale importo. Le spese sono a carico dello Stato, mentre non si assegnano indennità di parte.

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