

# **TI\_GERICHTE 36.2002.20 vom 28. Dezember 2001**

TI Tribunale d'appello, 2001-12-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2002.20](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.20)

FR: TI\_GERICHTE 36.2002.20 du 28 décembre 2001

IT: TI\_GERICHTE 36.2002.20 del 28 dicembre 2001

## **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

## **Erwägungen**

### **E. 2**

agosto 2001 no. \_\_\_\_\_, rispettivamente se il ricorrente possa porre in compensazione suoi crediti nei confronti della Cassa a deduzione dei premi. 2.3. Giusta l'art. 61 LAMal, l'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Se la legge non prevede eccezioni, l'assicuratore riscuote dai propri assicurati premi uguali (cpv. 1). L'assicuratore può graduare i premi se è provato che i costi differiscono secondo i Cantoni e le regioni. Determinante è il luogo di domicilio dell'assicurato. Sono possibili al massimo tre graduazioni regionali per Cantone (cpv. 2). Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni, l'assicuratore deve fissare un premio più basso rispetto a quello degli assicurati d'età superiore (adulti). Egli è legittimato a fare altrettanto nel caso di assicurati che non hanno ancora compiuto 25 anni e che stanno svolgendo una formazione (cpv. 3). L'ammontare dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve essere approvato dal Consiglio federale. Prima dell'approvazione, i Cantoni possono prendere posizione in merito alle tariffe dei premi previste per la loro popolazione; la procedura d'approvazione non deve esserne ritardata (cpv. 4). L'art. 90 OAMal prevede che di regola i premi devono essere pagati mensilmente. 2.4. Il pagamento del premio non costituisce l'unico intervento finanziario dell'assicurato il quale deve anche partecipare, come impone l'art. 64 cpv. 1 LAMal, ai costi delle prestazioni ottenute. La partecipazione ai costi comprende un importo fisso per anno (franchigia) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale) (cpv. 2). Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi di degenza ospedaliera, graduato secondo gli oneri familiari (cpv. 5). Secondo l'art. 103 cpv. 1 OAMal, la franchigia prevista nell'articolo 64 cpv. 2 lett. a della legge ammonta a 230 franchi per anno civile dal 1° gennaio 1998 (cfr. RU 1997 2435, in precedenza fr. 150). L'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale secondo l'articolo 64 cpv. 2 lett. b della legge ammonta a 600 franchi per gli assicurati adulti e a 300 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni (cpv. 2). Per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data della cura (cpv. 3). A norma dell'art. 93 cpv. 1 OAMal, oltre all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori possono esercitare un'assicurazione per la quale gli assicurati possono scegliere una franchigia superiore a quella prevista nell'articolo 103 capoverso 1 (franchigie opzionali). Le franchigie opzionali ammontano a partire dal 1° gennaio 1998 a fr. 400, 600, 1200 e 1500 (cfr. RU 1997 2435; in precedenza a 300, 600, 1200 e 1500 franchi) per gli assicurati adulti e a 150, 300 e 375 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni. L'assicuratore che esercita questa forma d'assicurazione deve offrire tutte le franchigie

opzionali. 2.5. Va anzitutto rilevato che l'insorgente non contesta sostanzialmente di essere debitore dei premi chiesti dalla \_\_\_\_\_, egli lamenta infatti che non sarebbe diritto della Cassa pretendere il pagamento di premi non pagando a sua volta le prestazioni dovute. Egli ricorda infatti di avere "bloccato i mie pagamenti di premi" (cfr. doc. \_ pag. 1). Come detto \_\_\_\_\_ sostiene di non dover pagare gli importi richiesti, per prestazioni per fatture da rimborsare da parte dell'assicuratore. Nel suo gravame il ricorrente fa anche riferimento a sussidi che non potrebbe ottenere per la mancata emanazione di una decisione dell'autorità di tassazione. La documentazione versata agli atti dall'assicuratore (corrispondenza, estratti conto) dimostra, con un sufficiente grado di verosimiglianza, la fondatezza della pretesa fatta valere nei riguardi del ricorrente. Nel dettaglio, l'importo di fr. 7'824.- richiesto con l'esecuzione n. \_\_\_\_\_ del 2 agosto 2001 è composto da premi così calcolati:

Periodo	Importo	03.06.1998	1560.-
1999	2340.-	2000	2532.-
		01.06.2001	

1'392.- Totale 7'824.- Non solo il ricorrente non ha contestato di dovere pagare i premi, ma neppure ha contestato l'ammontare degli stessi limitando le sue critiche di ricorso alla compensazione di suoi crediti verso la Cassa. Rilevato quindi come la \_\_\_\_\_ abbia reso verosimile l'ammontare totale dello scoperto a carico di \_\_\_\_\_, va ora esaminato se le censure sollevate dal ricorrente sono fondate. 2.6. Come osservato in precedenza l'insorgente sostiene di aver diritto ai sussidi che non può comunque pretendere non avendo ottenuto la decisione di tassazione (in realtà dalla documentazione prodotta dallo stesso ricorrente sembra piuttosto che sia pendente un reclamo in materia di tassazione; cfr. XI/1). La questione non va risolta in questa sede. \_\_\_\_\_ è consapevole di potere domandare i sussidi. Infatti conformemente a quanto disposto dall'art. 23 LCAMal, il Cantone ed i Comuni partecipano al pagamento delle quote a carico degli assicurati di condizioni economiche modeste per le prestazioni minime previste dalla legge. Gli assicurati di condizioni economiche modeste sono definiti dall'art. 29 LCAMal: si tratta delle famiglie il cui reddito determinante non supera i fr. 32.000.- e delle persone sole il cui reddito non supera i fr. 20.000.-. Con decreto esecutivo del 18.11.1997, il Consiglio di Stato ha, in forza dell'art 49 LCAMal, ritoccato verso l'alto i limiti di reddito che conferiscono diritto al sussidio, con effetto a decorrere dal 1.1.1998. Questi limiti sono ora di fr. 22.000.- per le persone sole e di fr. 34.000.- per le famiglie (cfr. art 1 lett. c D.E. 14.11.2000). Di regola, il reddito determinante risulta, secondo l'art. 30 LCAMal, dalla somma arrotondata al mille franchi superiore: a) del reddito imponibile desunto dalla tassazione ordinaria o intermedia del biennio stabilito dal Consiglio di Stato; b) di un quindicesimo della sostanza imponibile desunta dalla tassazione ordinaria o intermedia del biennio stabilito dal Consiglio di Stato, per la parte eccedente l'importo di fr. 150.000.- per le persone sole e fr. 200.000.- per le famiglie. Va ancora rammentato come, ai sensi dell'art. 31 LCAMal, il legislatore ticinese abbia riservato l'accertamento del reddito determinante, secondo il Regolamento allestito dall'esecutivo cantonale, nei seguenti casi: "a) delle persone soggette all'imposta cantonale solo per una parte del loro reddito o della loro sostanza; b) delle persone soggette all'imposta alla fonte; c) delle persone sole con reddito imponibile nullo o reddito lordo annuo inferiore a fr. 6000.- secondo il biennio fiscale determinante, che esercitano un'attività lucrativa; d) in altri casi particolari." In virtù del Regolamento della Legge cantonale sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie emanato il 18 maggio 1994 modificato dal Consiglio di Stato con decreto esecutivo del 27 ottobre 1999 avente valenza dal 1 gennaio 2000, il reddito determinante va accertato dall'Istituto delle assicurazioni sociali in maniera autonoma, "in particolare nei seguenti casi": "a) persone soggette

all'imposta alla fonte; b) decesso del coniuge; c) matrimonio, divorzio o separazione per sentenza giudiziaria o di fatto, nel caso di assenza di tassazione applicabile; d) persone sole che esercitano un'attività lucrativa o conducono esistenza autonoma, con reddito imponibile nullo o reddito lordo annuo inferiore a fr. 6000.- secondo il biennio fiscale determinante; e) persone domiciliate che al momento dell'istanza non dispongono di alcuna tassazione fiscale e per le quali non sarà emessa una tassazione relativa al periodo fiscale determinante; f) persone al beneficio di misure ai sensi della legge sull'assicurazione contro la disoccupazione, dopo almeno sei mesi di inattività lucrativa; g) persone al beneficio di prestazioni ai sensi della legge sull'assistenza sociale; d'intesa con il competente Ufficio; h) cessazione definitiva dell'attività lucrativa a causa di pensionamento o di invalidità; i) cessazione temporanea di attività lucrativa per riqualificazione o perfezionamento professionale; l) cessazione dell'attività lucrativa a seguito di maternità; m) diminuzione importante del reddito lordo rispetto al medesimo dato desumibile dai parametri fiscali applicabili." Giusta l'art. 28 LCAMal, riservato l'art. 40, il sussidio è corrisposto tramite presentazione di un'istanza scritta. Il regolamento determina le modalità di presentazione dell'istanza e il contenuto della stessa. L'art. 44 Reg. LCAMal prevede che l'istanza di sussidio avviene per mezzo dei moduli ufficiali. I moduli ufficiali sono recapitati dall'Istituto delle assicurazioni sociali ai potenziali beneficiari del sussidio o possono essere ritirati dai singoli richiedenti presso la Cancelleria del Comune di residenza. L'istanza dev'essere corredata dei documenti richiesti con il modulo ufficiale. Per l'art. 45 cpv. 1 Reg. LCAMal, l'Istituto delle assicurazioni sociali stabilisce i termini di presentazione dell'istanza, tenuto conto che di regola: a) per gli assicurati tassati in via ordinaria l'istanza è presentata nel corso dell'anno che precede la corresponsione del sussidio; b) per gli assicurati tassati alla fonte l'istanza è presentata nel corso dell'anno medesimo per il quale si richiede il sussidio; c) gli assicurati che si stabiliscono nel Cantone ad anno inoltrato, possono avanzare l'istanza nel corso dell'anno stesso per cui si richiede il sussidio; d) gli assicurati che nel corso dell'anno, per mutate condizioni di reddito (tassazione intermedia o d'inizio di assoggettamento, o per le situazioni di cui all'art. 67), ritenessero di rientrare nel diritto al sussidio, possono presentare istanza nel corso dell'anno stesso. Il cpv. 2 prevede che per casi particolari e per ragioni comprovate, l'Istituto delle assicurazioni sociali può ritenere anche istanze che giungessero fuori dei termini stabiliti per l'inoltro della richiesta. Giusta l'art. 53 LCAMal il diritto al beneficio di un sussidio nella forma retroattiva decade dopo cinque anni a partire dall'anno in cui tale diritto si verifica. Costituisce eccezione l'applicazione del sussidio retroattivo nell'ambito delle procedure di revisione delle prestazioni complementari AVS/AI. Per l'art. 54 LCAMal il sussidio retroattivo è oggetto di richiesta scritta da parte dell'assicurato all'istanza designata dal Consiglio di Stato. Tale richiesta deve specificare le motivazioni del ritardo. È riservato l'art. 53 cpv. 2, dove il sussidio viene applicato d'ufficio. L'art. 55 LCAMal prevede che il Consiglio di Stato fa decidere nel merito delle domande di sussidio retroattivo. Le stesse sono accolte solo se suffragate da motivazioni particolari e fondate. La negligenza a giustificazione del mancato rispetto dei termini stabiliti dal regolamento non è considerata motivo valido per il riconoscimento del sussidio nella forma retroattiva. Come detto, comunque, qui non occorre chinarsi sulla problematica, non oggetto di decisione da parte dell'autorità amministrativa competente. Unica osservazione è l'avvenuta verifica di \_\_\_\_\_ presso l'Istituto delle assicurazioni sociali circa l'esistenza o meno di sussidi in favore di \_\_\_\_\_. L'Ufficio Assicurazione Malattia ha comunicato il 31 ottobre 2001 "il nostro Ufficio non ha ricevuto alcuna istanza di sussidio per gli anni 1997-2001 da parte

del signor \_\_\_\_\_". 2.7. Il ricorrente fa valere di vantare un credito nei confronti della Cassa e chiede pertanto, perlomeno implicitamente, la compensazione con i premi richiesti. Va anzitutto rilevato che l'insorgente ha prodotto alcune copie di richiami di fatture (doc. \_) ed una lista dei suoi pretesi crediti (doc. \_). Le fatture datano del 1998/1999. In merito la Cassa rinvia allo scritto 9 marzo 2001 (XI/4) dove indica un pagamento di un importo di CHF 3'800.-. Ora, va rammentato che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio (Untersuchungsgrundsatz, cfr. STFA del 9 maggio 2001 nella causa Z., P 36/00; STFA del 5 giugno 2000 nella causa P., I 76/00; DTF 125 V 193, consid. 2 pag. 195 e i riferimenti ivi citati). E' dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Il principio inquisitorio non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 193 consid. 2 pag. 195 e i riferimenti ivi citati; G. Beati "Relazione tra diritto civile e assicurazioni sociali. Introduzione e principi generali. La recente giurisprudenza del TFA.", atti della giornata di studio del 1° giugno 1992, CFPG fascicolo 8; Meyer, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung" in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; Spira, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; Kurmann, "Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz" in Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pag. 5 ss.) Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (cfr. STFA del 27 dicembre 2001 nella causa P., I 603/01; STFA del 9 maggio 2001 nella causa Z., P 36/00; STFA del 9 maggio 2001 nella causa L., P 52/00; STFA dell'8 settembre 2000 nella causa M., C 178/99; DLA 2000 N. 25, consid. 3 pag. 123-124; DLA 1996/1997 N. 17, consid. 2 pag. 83-84; SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1994 pag. 211; RAMI 1993 pag. 158-159 consid. 3a). Su questi aspetti, cfr. in particolare: J. L. DUC, "Les assurances sociales en Suisse", Losanna 1995, pag. 827-828 e TH. Locher, "Grundriss des Sozialversicherungsrecht" Berna 1997, pag. 339-341 il quale rileva che "besondere Bedeutung hat die Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person gar nicht (weiter) erstellt werden kann". Dagli atti risulta che \_\_\_\_\_ lamenta il mancato rimborso di spese mediche durante gli anni 1998/1999 per prestazioni ottenute da vari medici ticinesi (dott. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_) asserendo che le fatture sono state trasmesse alla \_\_\_\_\_ per i necessari conteggi. Dal canto suo genericamente la Cassa rammenta pagamenti per CHF 3'800.- senza precisazione alcuna ulteriore. L'assicurato non ha prodotto conteggi dell'amministrazione e non indica neppure di avere sollecitato l'emanazione di decisioni formali in merito alle sue pretese. La questione non va comunque ulteriormente approfondita a prescindere da questa circostanza, infatti, la censura va in ogni caso respinta. La compensazione tra i premi dovuti dagli assicurati e le eventuali prestazioni a carico della Cassa non è possibile. In una sentenza del 16 luglio 1984 pubblicata in DTF 110 V 183 il TFA ha precisato che le casse malati riconosciute possono compensare prestazioni assicurative scadute con crediti di pagamento di quote arretrate. Pari diritto non spetta agli assicurati. L'alta Corte ha in particolare affermato: "

Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob auch der Versicherte eine Forderung der Kasse gegen ihn durch Verrechnung mit seiner eigenen Leistungsforderung tilgen kann. Kasse und Vorinstanz haben dies verneint, was die Beschwerdeführer als Rechtsungleichheit rügen. In dem in RSKV 1970 Nr. 78 S. 184 publizierten Urteil hat das Eidg. Versicherungsgericht das Recht des Versicherten zur Verrechnung gegenüber einer öffentlichen Krankenkasse verneint. Es stützte sich dabei auf Art. 125 Ziff. 3 OR, wonach Verpflichtungen gegenüber dem Gemeinwesen gegen dessen Willen nicht durch Verrechnung getilgt werden können. Da die damals betroffene öffentliche Krankenkasse als Teil einer Stadtverwaltung, somit eines Gemeinwesens, betrachtet wurde und da sich die Kasse mit der Verrechnung nicht einverstanden erklärt hatte, wurde der Verrechnungsanspruch des Versicherten verneint (Erw. 4 des zitierten Urteils). - Das in RSKV 1980 Nr. 411 S. 125 veröffentlichte Urteil hatte den Fall eines Versicherten zum Gegenstand, welcher die Verrechnung gegenüber einer Krankenkasse geltend machte, die als Genossenschaft organisiert war. Das Gericht erachtete die Verrechnung durch den Versicherten hier als zulässig, weil sich die Kasse als Genossenschaft nicht auf Art. 125 Ziff. 3 OR berufen könne (Erw. 2b des Urteils). Diese unterschiedliche Handhabung der Verrechnungsmöglichkeit, je nachdem ob die Verrechnung gegenüber einer privatrechtlich oder einer öffentlichrechtlich organisierten Krankenkasse geltend gemacht wird, vermag indessen nicht zu befriedigen. Bekanntlich weisen die Rechtsverhältnisse in einer privatrechtlich organisierten Krankenkasse sowohl zivilrechtliche als auch öffentlichrechtliche Elemente auf. Die letzteren überwiegen jedenfalls dort, wo es um die der Krankenkasse übertragene öffentliche Aufgabe geht, nämlich die Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch Erbringung von Leistungen einerseits und deren Finanzierung durch Beiträge der Versicherten andererseits. In diesem Rahmen ist es unerheblich, ob eine Krankenkasse privatrechtlich oder öffentlichrechtlich organisiert ist. Die Rechtsstellung des Versicherten bezüglich seines Versicherungsverhältnisses darf nicht von der Organisationsform der Kasse abhängen. Wie bereits dargelegt, ist in den meisten Sozialversicherungsgesetzen des Bundes das Verrechnungsrecht geregelt. Übereinstimmend wird dieses Recht jeweils nur der Verwaltung eingeräumt; die gesetzlichen Formulierungen schliessen ein Verrechnungsrecht des Versicherten aus. Der Grund für diese übereinstimmenden Regelungen liegt darin, dass nur die Verwaltung befugt ist, Verfügungen zu erlassen, d.h. einseitig und hoheitlich über Rechte und Pflichten der Versicherten zu befinden (vgl. Art. 5 VwVG). Hieraus ergibt sich die einseitige Zuerkennung des Verrechnungsrechtes an die Verwaltung. Das hat insbesondere auch für die Krankenversicherung zu gelten. Würde man in diesem Bereich das Verrechnungsrecht auch dem Versicherten zugestehen, so hätte es dieser in der Hand, zunächst von sich aus zu bestimmen, welche Kassenleistungen er für richtig hält, und damit die Krankenkasse zu veranlassen, eine Beitragsverfügung zu erlassen, bei der die Beiträge an sich gar nicht streitig sind, sondern eben die Leistungen. Zudem liegt es im Interesse der Vereinheitlichung des Sozialversicherungsrechts, auch in der Krankenversicherung das Recht zur Verrechnung einseitig nur den - öffentlichen und privaten - Krankenkassen einzuräumen. In diesem Sinn eist die bisherige Rechtsprechung zu ändern." (DTF 110 V 183) In una sentenza del 30 aprile 1996 il TFA, ha lasciato irrisolto il tema di sapere se al ricorrente fosse consentito di estinguere un proprio debito invocando la compensazione, considerato come il credito della cassa era ormai perento (DTF 122 V 331). La dottrina, a proposito della compensazione dei premi con le prestazioni dovute dall'assicuratore malattia, ricorda che, in mancanza di regolamentazione, la compensazione, nell'ambito della LAMI, poteva essere invocata unicamente dall'assicuratore e non dall'assicurato. Neppure la

LAMal, e la relativa ordinanza, contengono disposizioni in merito. Secondo la dottrina la precedente giurisprudenza conserva la sua validità anche nel nuovo regime (J.-L. Duc, in *Recueil de travaux en l'honneur de la Société Suisse de droit des assurances*, Losanna 1997, pag. 469ss). In queste circostanze, considerata la giurisprudenza applicabile in concreto e la dottrina, a mente del TCA le richieste di \_\_\_\_\_ tendenti alla compensazione dei premi scaduti con le pretese avanzate relative a rimborsi non possono trovare accoglimento. Sarà compito della Cassa, senza perdita di tempo, verificare le fatture ancora in sospeso trasmesse dall'assicurato e procedere all'allestimento del relativo conteggio, considerando le quote di partecipazione e le franchigie dell'interessato. Non essendo stato allestito conteggio alcuno e non apparendo essere stata sollecitata l'emanazione di formali decisioni all'amministrazione non risultano in favore del ricorrente crediti ammessi dall'amministrazione. In caso di inazione della Cassa Malati \_\_\_\_\_ potrà, semmai, adire l'autorità giudiziaria per denegata giustizia per l'ottenimento delle decisioni formali che potranno poi essere impugnate in base alle norme relative al contenzioso contenute nella LAMal (art. 85 e segg. LAMal). Per quanto attiene l'importo di CHF 200.-- costituito da un credito del ricorrente verso la Cassa per occhiali, la Cassa si è così espressa: " (...) Für die Brillenentschädigung wurde Ihnen am 25.08.97 ein ASR über Fr. 200.-- zugestellt. Dieser wurde leider von Ihnen nicht eingelöst und deshalb haben wir anschliessend eine Verrechnung mit der Leistungsabrechnung Nr. \_\_\_\_\_ vom 06.07.98 über Fr. 208.05 vorgenommen (siehe auch Beilage 1). Den Restbetrag von FR. 8.05 haben wir abgeschrieben. (...)" (Doc. \_) Lo stesso ricorrente ha prodotto l'estratto informatico relativo al conteggio 25 agosto 1997 per gli occhiali. La Cassa ha accertato come l' " ASR über Fr. 200.-- ... wurde leider von Ihnen nicht eingelöst" ed ha operato la compensazione con l'importo di CHF 208.05 così costituito: " Fattura Laboratorio \_\_\_\_\_ CHF 153.90 Fattura Ospedale \_\_\_\_\_ CHF 54.15" Il conteggio data del 6 luglio 1998 indica come ricevente "Empfaenger" la signora \_\_\_\_\_ ma quale assicurato risulta essere lo stesso ricorrente (che ha indicato lo stesso indirizzo nella sua lettera 3.3.1998 (XI/3 alla \_\_\_\_\_). L'agire dell'assicuratore non è quindi soggetto a critica. 2.8. Per quanto concerne l'incasso forzato dei premi dell'assicurazione per le cure medico sanitarie obbligatorie, il TFA ha più volte dichiarato applicabile alle casse malati (DTF 121 V 109ss.; RAMI 1983, p. 294 = DTF 109 V 46; RCC 1984, p.197), la giurisprudenza secondo cui una cassa di compensazione può rigettare un'eventuale opposizione ad un precetto esecutivo con una decisione formale che si riferisca precisamente all'esecuzione in corso, qualora avesse iniziato la procedura esecutiva per il recupero del credito senza prima avere formalmente deciso in merito alla propria pretesa. La Cassa malati, in tali casi, è dunque legittimata a rigettare l'opposizione ai sensi dell'art. 80 LEF. Alla luce degli argomenti sviluppati in precedenza, la decisione su opposizione del 28 dicembre 2001 della Cassa Malati \_\_\_\_\_ merita tutela. Di conseguenza l'opposizione interposta al precetto esecutivo dell'Ufficio Esecuzioni e Fallimenti di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del 2 agosto 2001 di CHF 7'824.- oltre alle spese cifrate in CHF 70.- per il precetto e CHF 39,10 di tassa d'incasso, è rigettata in via definitiva.

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