

TI_GERICHTE 36.2002.79 vom 23. September 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-09-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.79

FR: TI_GERICHTE 36.2002.79 du 23 septembre 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.79 del 23 settembre 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 5

agosto 02 dall'On. _____, il quale si commenta da sè dall'altra parte... (sotto "richiamata" e che fa riferimento alla mia lett. 02.08.2002 dalla quale lei già a conoscenza tramite copia Fax), posso per favore pregarla di voler far controllare detto mio incarto dalla sua segretaria se il tutto corrisponde alla mia distinta degli allegati a pag. 10-11-12-13 del mio ricorso 23.05.2002 e quello di gemellaggio del 08.07.2002 pag. 6, documenti dai quali lei ha ricevuto copia con mia istanza del 09.07.2002. Ringraziandola per questo sentitamente. Mi dispiace davvero, ma visto l'incarto e le circostanze accompagnatori e (Sezione _) non penso che sia per colpa mia. In fatto ed in diritto: L'istante ed assicurato _____ contesta integralmente la risposta 08.08.2002 della convenuta _____, rispettivamente il suo innegabile tentativo di voler presentare i fatti sotto una falsa ed inveritiera luce. Per quanto concerne i richiami per i premi/partecipazioni, sfociati poi nei 4 precetti esecutivi _____ - _____ - _____ - _____, come già specificato e provato con le mie precedenti istanze 23.05.2002 e 08.07.2002, ivi compresa quella direttamente al vostro Lodevole Tribunale del 09.07.2002, in considerazione del fatto che, _____ già in data 15.11.2001 (doc. _) - ossia ancora nel periodo del periodo assicurato - aveva presentato all' _____ il suo preavviso contabile, quale credito di compensazione di contropotesa (nel frattempo aggiornato), detti richiami l'istante-assicurato li ha tutti respinti, con la rispettiva specificazione alla convenuta _____. Come sopra indicato, non disponendo più, nè originali nè copia della mia documentazione di prova, allegata alle varie istanze, e non avendo più la possibilità di confrontare le mie rispettive distinte con l'incarto, nella mia "valanga di carta", ho trovato il richiamo della _____ del 11.12.2001, con mia risposta Fax 18.12.2001 che qui le allego. Per quanto attiene al fatto che, la convenuta abbia inviato all' istante le decisioni sulla opposizione ai precetti esecutivi, faccio esplicito riferimento a quanto specificato con la mia replica in data 30.07.2002. Ribadendo in modo più assoluto e con tutta mia buona fede che mai e mai dette decisioni mi sono poi state spedite con posta normale, in data 08.04.2002. Allegandovi la dichiarazione, con firma originale, della Capo posta di _____, Signora _____ del 13.08.2002, per quanto concerne il sistema del mio ritiro delle lettere raccomandate. Altrettanto le allego 2 foto a colori della mia bucalettere, sita sul bordo del marciapiede, all'aperto, secondo le prescrizioni postali. Valida sia per il mio studio che si trova due piani sotto il livello stradale, sia per il nostro appartamento. Da notare che vi sono due ante libere senza chiave per pacchi (accessibili a chiunque, laddove delle volte vanno a finire pure lettere ed altro) oltre alla bucalettere stessa, incorporata

nell'anta. Il fatto è come già detto, di non aver ricevuto dette decisioni sulla mia opposizione ai PE, ha fatto sì che, e come anche specificato con mia replica del 30.07.2002, non mi era possibile di presentare regolare ricorso contro dette 4 decisioni, rilasciate dall'_____ nei miei confronti. Preparandomi invece, con lavoro ed impegno tanto laborioso di quasi tre settimane, per la messa insieme e la preparazione dell'incarto, in esplicita vista di poi sollevare davanti al Giudice le mie eccezioni, con il credito di compensazione, sulla base di tutti i fatti avvenuti ed appunto provati (LEF art. 82 cpv. 2). Ribadendo quanto sottolineato con mia replica del 30.07.2002 che, seguendo il punto 1.2 (cpv. 1 pag. 3) della decisione del Lodevole vostro Tribunale, sulla base LAMal art. 80 cpv. 2 nel caso concreto si tratta di una notifica irregolare, a sfavore dell'istante-assicurato. È chiaro che, secondo l'art. 61 LAMal l'assicurato è tenuto al pagamento dei premi fintanto dura l'affiliazione... Altrettanto chiaro però è che, sulla base CO art. 41 cpv. 1 - art. 23 - art. 24 - art. 28 - art. 398 - art. 399 l'assicuratore ossia l'_____ deve far fronte alle sue responsabilità per riparare il danno illecitamente cagionato a altri, nel caso concreto all'assicurato, sia con intenzione (trattenuta dei sussidi cantonali), sia per negligenza o imprudenza (tantissime lacune amministrative ecc.). allegati - mia lett. 02.08.2002 all'On. Pretore _____ Sez. _ - decisione 05.08.2002 Pretore _____ Sez. _ - richiamo 11.12.2001 _____ e mia risposta Fax 18.12.2001 con rapporto sul retro. - dichiarazione 13.08.2002 dalla Capo posta di _____, Signora _____.(firma in originale) - due foto a colori nostra bucalettere all'esterno." (Doc. _) 1.9. Con scritto 23 agosto 2002 la Cassa rileva: "(...) 1) non spetta all'assicurato fare compensazione di crediti con premi o partecipazioni dovuti. Fra l'altro i conteggi presentati dal Signor _____ erano totalmente errati. 2) Le raccomandate relative alle decisioni sono state inviate e ritornate alla cassa malati _____ per non avvenuto ritiro. Vedere numero di raccomandata e timbro dell'ufficio postale. Il motivo per cui non sono state ritirate non spetta alla cassa malati indagare." (Doc. _) in diritto 2.1. Ai sensi dell'art. 86 LAMal il termine di ricorso all'autorità cantonale è di 30 giorni e inizia a decorrere il giorno successivo alla notificazione della decisione amministrativa (cfr. anche art. 20 cpv. 1 legge federale sulla procedura amministrativa, PA). Se l'ultimo giorno del termine è un sabato, il termine scade il primo giorno feriale seguente (cfr. anche art. 20 cpv. 3 LPA). Se tale termine è spirato, il giudice non entra nel merito di un ricorso tardivo, per cui la decisione contestata cresce in giudicato (DTF 110 V 37 consid. 2 citato in Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1997, § 58 N. 12, pag. 373). Un invio raccomandato è reputato notificato al momento in cui il destinatario l'ha ricevuto. Nel caso in cui il destinatario non è reperibile e perciò un invito di ritiro è stato depositato nella sua bucalettera o nella sua casella postale, l'invio raccomandato è considerato notificato al momento in cui avviene il ritiro; se ciò non avviene entro la scadenza del termine di ritiro, che è di sette giorni, l'invio si considera notificato allo scadere di questo periodo (cfr. Condizioni generali della posta "servizi postali", cifra 2.3.7. dell'edizione di gennaio 2001). Questa modalità di notifica vale tuttavia nell'ipotesi in cui il soggetto di diritto debba ragionevolmente attendersi, secondo il principio della buona fede, che un'intimazione avrebbe potuto realizzarsi. In tale evenienza l'interessato deve fare in modo che gli atti connessi possano essergli agevolmente notificati, comunicando correttamente e tempestivamente il suo nuovo recapito (cfr. STFA del 13 febbraio 2001 nella causa S., H 338/00; DTF 119 V 94 consid. 4b/aa; DTF 117 V 132 consid. 4a; DTF 116 Ia 92 consid. 2a). Secondo costante giurisprudenza federale affinché un atto possa essere ritenuto notificato non è poi necessario che il diretto interessato lo ritiri, a tal fine è sufficiente che l'atto entri nella sua sfera d'azione (cfr. DTF 122 I 139 consid. 1, pag.

142-144). La decisione viene reputata notificata a partire dal momento in cui entra nella sfera di dominio del destinatario. Irrilevante é, invece, la questione a sapere se il destinatario abbia effettivamente avuto la decisione fra le sue mani o se egli abbia o meno preso conoscenza del suo contenuto: la notifica di una decisione é, infatti, un atto giuridico che necessita una ricezione e non un'accettazione (Ghélew, Ramelet et Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 268ss, 286; Grisel, Traité de droit administratif, Neuchâtel 1984, p. 875ss; DTF 103 V 63; RCC 1978 p. 63; DTF 115 Ia 12; RCC 1984 p. 128 consid. 2). 2.2. Secondo la giurisprudenza del TF, la prova che una decisione è stata notificata incombe all'amministrazione (DTF 103 V 65, DTF 99 Ib 359; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, pag. 61). Nel caso in cui la circostanza della ricezione della decisione è litigiosa si deve, nel dubbio, aderire alla versione fornita dal destinatario, vale a dire a quella dell'assicurato (DTF 103 V 66). Infatti se l'amministrazione vuole assicurarsi che la decisione pervenga al destinatario, essa deve spedire l'invio per raccomandata (DTF 101 Ia 7, STCA 17 agosto 1993 nella causa G.; Rhinow/Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrecht- sprechung, Ergänzungsband, §84 V, pag. 284). 2.3. In concreto, risulta che l'amministrazione ha inviato tre delle quattro decisioni litigiose il 14 marzo 2002 e la quarta decisione il 21 marzo 2002 (doc. _). Tutte le raccomandate sono state ritornate alla Cassa in quanto non ritirate. La Cassa afferma di aver successivamente trasmesso le quattro decisioni per posta semplice. L'insorgente nella sua replica del 30 luglio 2002 afferma che " è possibile che non abbia ritirato le 4 buste _____ ", ma aggiunge che " siccome e come potete notare dall'etichetta postale, le buste non sono state respinte, ma non ritirate. Il che vuol dire, o l'avviso di ritiro della posta era andato smarrito, avendo la bucalettere all'aperto e fuori casa. Oppure, considerato il mio stato d'animo nei confronti della _____, dopo tutto quanto successomi e come potete rilevare dai miei due ricorsi del 23.05.2002 e del 08.07.2002 durante tutto il periodo assicurativo, che non mi sono più ricordato di andare in Posta o l'avviso di ritiro della posta era andato smarrito ". (doc. _) Egli ha poi ribadito di non aver ricevuto le lettere trasmesse per posta semplice. Ora, va rilevato che visto il contenzioso aperto con la propria Cassa malati l'insorgente doveva sicuramente aspettarsi perlomeno una decisione da parte della _____. L'assicurato stesso nei suoi allegati fa infatti riferimento ai suoi numerosi precedenti scritti e fa valere il gran lavoro svolto per rispondere alle frequenti sollecitazioni della Cassa. Secondo costante giurisprudenza, come visto (cfr. consid. 2.1) in caso di invio raccomandato, una decisione è reputata notificata al suo destinatario nel momento della consegna effettiva oppure, se l'invio non è ritirato, l'ultimo dei 7 giorni in cui esso rimane depositato presso l'ufficio postale. Il reclamante fa valere che magari non ha ricevuto l'avviso di ritiro delle raccomandate. Ora, è vero che nel caso in cui il destinatario di una raccomandata contesta di aver ricevuto l'avviso di ritiro e la prova del contrario non può essere portata, non è corretto parlare di notifica conforme, atteso che non si possa escludere un errore da parte del funzionario postale, che può aver messo l'avviso di ritiro in un'altra buca lettere o casella postale o che può averlo del tutto omissso (cfr. Bruno Cocchi e Francesco Trezzini, CPC annotato, 2.a ed., n. 6 b ad art. 124, pag. 362). In concreto, tuttavia, le raccomandate sono quattro e sono state trasmesse in due date differenti. Ora, appare poco verosimile che l'insorgente non abbia ricevuto l'avviso di ritiro né per le prime tre raccomandate, né per la quarta raccomandata e neppure abbia ricevuto le lettere trasmesse per posta semplice nel mese di aprile. Appare infatti poco probabile che la Posta abbia sbagliato in tre occasioni nel giro di un mese. Ciò a maggior ragione se si pon mente al fatto che, come emerge dai documenti trasmessi dalla Pretura, risulta che l'assicurato ha

confermato di aver ricevuto una lettera del 20 marzo 2002 della _____ (doc. _) e una fattura di rettifica (doc. _), apparentemente trasmessi per posta semplice. Nella presente fattispecie, occorre, dunque, considerare le decisioni impugnate come notificate al suo destinatario entro fine marzo 2002: il termine posto dall'art 86 cpv. 1 LAMal ha iniziato a decorrere nel mese di aprile, irrilevante essendo al riguardo il fatto che l'interessato abbia o meno, a quel momento, preso conoscenza del contenuto della decisione (Pratique VSI 1993 p. 115 consid. 4b, DTF 113 Ib 297 consid. 2a; DTF 109 Ia 18 consid. 4; 103 V 65 consid. 1b = RCC 1978 p. 61; Gossweiler, Die Verfügung in Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Tesi Berna 1983, p. 152; Rhinow/Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, n. 84 B Ia, p. 280). Pertanto, l'ultimo termine utile per la consegna alla posta del ricorso contro tali decisioni è scaduto prima dell'inoltro della presente istanza del 10 luglio 2002. L'istanza tendente all'accertamento della nullità delle decisioni va pertanto respinta e tutte le considerazioni tendenti alle modifiche delle decisioni sono irricevibili. 2.4. Nel suo scritto del 10 luglio 2002 trasmesso al TCA (doc. _), l'assicurato, nel suo petitum, chiede unicamente " la conferma della nullità della decisione cassa malati _____ inerente le opposizioni dell'istante _____ ai loro precetti esecutivi in questione ." Per contro, nel ricorso trasmesso alla CEF fa valere un credito di compensazione di fr. 5'273.35, invocando in particolare gli art. 41 seg. CO, nonché l'art. 23 CO, 24 CO, 28 CO, 398 CO e 399 CO (doc. _). Nella precisazione procedurale del 24 luglio 2002 (doc. _) egli ha ribadito la sua richiesta, alla CEF, di accettare l'eccezione del credito di compensazione di fr. 5'273.35. Solo con la duplica del 14 agosto 2002 l'istante accenna alla problematica del risarcimento danni, affermando che " È chiaro che, secondo l'art. 61 LAMal l'assicurato è tenuto al pagamento dei premi fintanto dura l'affiliazione... Altrettanto chiaro però è che, sulla base CO art. 41 cpv. 1 - art. 23 - art. 24 - art. 28 - art. 398 - art. 399 l'assicuratore ossia l'_____ deve far fronte alle sue responsabilità per riparare il danno illecitamente cagionato a altri, nel caso concreto all'assicurato, sia con intenzione (trattenuta dei sussidi cantonali), sia per negligenza o imprudenza (tantissime lacune amministrative ecc.)." (doc. _) Ora, per costante giurisprudenza, possono di principio essere sottoposti all'esame del giudice solo i rapporti giuridici sui quali l'amministrazione competente si sia pronunciata mediante una decisione vincolante. L'oggetto impugnato è infatti definito dalla decisione medesima. Viceversa, qualora non sia stata resa una decisione, non esiste oggetto impugnato e nessun giudizio di merito può essere emanato (DTF 110 V 51 consid. 3b e sentenze ivi citate). Non essendoci una decisione formale in merito e ritenuto come un ricorso contro le decisioni del marzo 2002 sarebbe tardivo (cfr. consid. 2.3), la richieste dell'assicurato fondate sull'art. 41 seg. CO, nell'ambito dell'assicurazione di base retta dalla LAMal, sono irricevibili. Va tuttavia rilevato che la LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono diventate di diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Alla netta divisione materiale fra assicurazione sociale contro le malattie e assicurazioni complementari operata dalla LAMal corrisponde un'altrettanto netta cesura dei rimedi giuridici: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa, per le seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile (cfr. R. Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, Revue suisse d'assurances/ Schweizerische Versicherung-Zeitschrift 1995, N. 7/8, p. 192-200; R. Spira, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 5/1995, p. 256-259; P.-Y. Greber, Quelques questions

relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie, in *Revue de droit administratif et de droit fiscal*, 3/4, 1996, p. 225-251). Giusta l'art. 47 cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA; modificata in occasione dell'adozione della LAMal il 1. gennaio 1996) per le contestazioni relative all'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove. Va a questo proposito rilevato che il 1. gennaio 1996 il Canton Ticino si è dotato della LCAMal che all'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione, praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal TCA, che applicherà per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA. Inoltre l'art. 1 cpv. 3 della legge di procedura per le cause al Tribunale cantonale delle assicurazioni prevede che contro le decisioni concernenti assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione, degli assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994, è data petizione al tribunale cantonale delle assicurazioni. Ora, a prescindere dal fatto che il credito di compensazione è fatto valere davanti alla CEF, va rilevato che nella misura in cui la richiesta tende alla compensazione dei premi delle assicurazioni complementari, essa è priva di oggetto, non avendo la Cassa inoltrato una petizione con la quale chiede la condanna dell'assicurato al pagamento dei premi LCA. Circa la compensazione con i premi dell'assicurazione di base va invece rilevato che 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: " 3.- 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 successiva sentenza del 15 giugno 1992, pubblicata in RAMI 1992, pag. 138, l'Alta Corte, in un caso concernente le indennità giornalieri, facendo riferimento alla giurisprudenza sopra indicata, ha ribadito che pena la disattenzione del principio della mutualità e la creazione di una disparità di trattamento difficilmente ammissibile in seno alla cassa malati, solo l'assicurato che paga regolarmente le quote può pretendere prestazioni. Infine, in una sentenza del 30 aprile 1996 il TFA, riferendosi alle sopra citate decisioni, 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 (Jean-Louis Duc, *Non-paiement des primes de l'assurance-maladie obligatoire et suspension du droit aux prestations selon la LAMal; compensation dans le cadre de la LAMal*, in *Recueil de travaux en l'honneur de la Société Suisse de droit des assurances*, ed. IRAL, Losanna 1997, pag. 469 e seg.). In queste circostanze, considerata la giurisprudenza applicabile in concreto e la dottrina, confermate ancora recentemente dal TCA nella sentenza J. del 23 aprile 2002 (inc. _____) le richieste dell'insorgente tendenti alla compensazione dei premi scaduti con le pretese avanzate ancora con le osservazioni del 14 agosto 2002 non avrebbero trovato accoglimento nemmeno se l'assicurato fosse insorto tempestivamente. Visto l'esito del gravame l'effetto sospensivo concesso con decreto 19 luglio 2002 è revocato.

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