

TI_GERICHTE 36.2004.20 vom 19. Januar 2004

TI Tribunale d'appello, 2004-01-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.20

FR: TI_GERICHTE 36.2004.20 du 19 janvier 2004

IT: TI_GERICHTE 36.2004.20 del 19 gennaio 2004

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 23

consid. 4b, 46 consid. 2b, 400 consid. 2b/aa; cfr. pure DTF 129 V 110; STFA dell'11 febbraio 2004 (C 24/02); RAMI 1995 pag. 6; RAMI 1993 pag. 178 consid. 3c). Conformemente ad un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può riesaminare una decisione cresciuta in giudicato e sulla quale un'autorità giudiziaria non si è pronunciata nel merito, a condizione che sia senza dubbio errata e la sua rettifica rivesta un'importanza notevole. Questi principi sono altresì applicabili nel caso in cui delle prestazioni sono state accordate senza essere state oggetto di una decisione formale se il loro versamento ha comunque validamente esplicito effetti giuridici (DTF 129 V 110, 126 V 23 consid. 4b, 46 consid. 2b, 400 consid. 2b/a; STFA dell'11 febbraio 2004 (C 24/02)). La giurisprudenza ha precisato che l'amministrazione non può essere obbligata a procedere ad una riconsiderazione in questo senso né dall'amministrato né dal giudice (DTF 117 V 12 consid. 2a; DTF 119 V 479; STFA del 29 novembre 2002, I 339/01). Dalla riconsiderazione (o riesame) va distinta la revisione processuale delle decisioni amministrative. Per analogia con la revisione processuale delle decisioni emanate dalle autorità giudiziarie, l'amministrazione è tenuta a procedere alla revisione di una decisione formalmente cresciuta in giudicato quando sono scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova atti ad indurre ad una conclusione giuridica differente (DTF 126 V 42; STFA del 29 novembre 2002, I 339/01). Questi principi giurisprudenziali sono stati codificati nella nuova LPGGA all'art. 53. Per l'art. 53 cpv. 1 LPGGA le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. Giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGGA l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. L'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso (art. 53 cpv. 3 LPGGA). 2.8. Nel caso di specie l'assicuratore ha chiesto all'interessato la restituzione di fr. 8'300, dedotti CHF 94.- per premi versati in troppo, poiché si è accorto che il diritto alle indennità giornaliere si era già esaurito. Va innanzitutto rammentato che l'assicuratore, avendo ravvisato un caso di indebito versamento di una prestazione, era tenuto ad emanare una decisione di restituzione, essendo adempiuti entrambi i presupposti per la riconsiderazione (o riesame) della decisione di versamento di indennità giornaliere per perdita di guadagno dovuta a malattia. Da una parte,

infatti, la decisione di corrispondere al ricorrente un'indennità giornaliera dovuta alla sua incapacità lavorativa, come si vedrà, risulta manifestamente errata, anche se limitatamente alle indennità giornaliere versate in eccedenza al beneficiario dell'assicurazione per perdita di guadagno. D'altra parte, il riesame di tale decisione riveste un'importanza notevole, ritenuto come l'importo chiesto in restituzione ammonta a poco meno di fr. 8'300.--. In simili condizioni, di principio, la decisione di restituzione è corretta. L'interessato contesta la conclusione cui è giunto l'assicuratore, asserendo che in realtà ogni malattia comporta il diritto a 720 indennità giornaliere. Egli rivendica pertanto un ammontare di fr. 10'800, pari alle indennità non ancora ricevute per il periodo dal maggio 2001 all'ottobre 2003 (cfr. consid. V). Va preliminarmente rilevato che le parti sono concordi nel ritenere che l'insorgente ha percepito un importo complessivo di fr. 146'300 (cfr. ricorso doc. I e risposta doc. VIII) e che non sono contestati i periodi di malattia dell'assicurato (7 maggio 2001 - 6 ottobre 2003, gennaio 2002-marzo 2002 e novembre 2002-dicembre 2002). Va ancora ricordato che il TCA ha recentemente confermato che se le parti prevedono un periodo di carenza prima dell'inizio del diritto al versamento delle indennità giornaliere, il lasso di tempo nel quale non vengono percepite prestazioni va dedotto dai 720 giorni durante i quali l'assicurato ha diritto alle indennità se ciò è previsto dal contratto o dalle condizioni generali d'assicurazione (cfr. STCA del 9 febbraio 2004 nella causa P., 36.2003.46). Infatti, l'art. 72 cpv. 2 ultima frase LAMal prevede che " qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione. " Eugster, *Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG*, in *Recueil de travaux en l'honneur de la Société Suisse de droit des assurances*, Losanna 1997, pag. 526, afferma: " Die Bezugsdauer von 720 Tagen und die Berechnungsperiode von 900 Tagen darf in Vereinbarungen oder Reglementen nicht verkürzt werden. Eine Verlängerung ist dagegen zulässig. (...) 2. Ausnahmen beim Taggeld mit Aufschubszeit Die Aufschubszeit kann bei Lohnbezüglern auf die Mindestbezugsdauer des Taggeldes angerechnet werden (Art. 72 Abs. 2 KVG). Für die Anrechenbarkeit bedarf es einer entsprechenden Bestimmung in den Versicherungsbedingungen. Der Versicherer kann auf diese Möglichkeit verzichten oder davon nur einen Teilgebrauch machen (nota 47 : Die Versicherer können beispielweise in Vereinbarungen oder Reglemente stipulieren, dass eine Anrechnung an die Bezugsdauer nur ab einer Wartezeit von 30 Tagen erfolge). (...) Die Versicherer können aufgrund entsprechender Versicherungsbedingungen die Anrechenbarkeit der Aufschubszeit auch auf Selbständigerwerbende ausdehnen. Wenn der Versicherer davon absieht, hat er dem nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit bei der Prämienfestsetzung Rechnung zu tragen. Zu präzisieren ist schliesslich, dass für die Berechnung der gemäss Art. 72 Abs. 3 KVG Leistungsdauer grundsätzlich nicht die Dauer der gesetzlichen oder vertraglichen Lohnfortzahlungspflicht, sondern einzig und allein die vereinbarte Wartezeit in Abzug zu bringen ist." Nel caso di specie le parti hanno corrisposto tra di loro in lingua tedesca (cfr. atti di causa). Il regolamento per l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera (di seguito CGA), prevede all'art. 1.2.3 quanto segue: " Wir bieten folgende Versicherungsmöglichkeiten an: Taggeld ab 1. Tag bei Krankheit und Mutterschaft sowie bei Unfall; Taggeld mit aufgeschobenem Leistungsbeginn bei Krankheit und Mutterschaft sowie bei Unfall. Der aufgeschobene Leistungsbeginn führt zu einer Prämienreduktion." L'art. 3.3 CGA (" Leistungsbeginn und Bezugsdauer "), prevede: " 1) Für die Dauer der gemäss Ziffer 3.2.1 bescheinigten Arbeitsunfähigkeit bezahlen wir das vereinbarte Taggeld. Ist eine Wartezeit vereinbart, beginnt der Anspruch nach Ablauf derselben. Besteht bei

Beginn der Anspruchsberechtigung noch eine Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers, verschiebt sich der Anspruchsbeginn entsprechend. 2) Die Wartefrist wird für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten ein Mal pro Kalenderjahr angerechnet. Bei unterbrochenem Bezug wird die Wartefrist nur ein Mal angerechnet. 3) Liegt ein Rückfall vor, so wird eine bereits bestandene Wartefrist angerechnet. Als Rückfall gilt die erneute Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit einem nachgewiesenen, versicherten Ereignis, das in den vorangehenden 12 Monaten bereits einmal zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Bei unfallbedingten Rückfällen bleibt die Leistungspflicht von Unfallversicherern vorbehalten. 4) Erfolgte ein Uebertritt aus einer Kollektivversicherung und wurden vor dem Uebertritt Taggelder bezogen, werden diese an die Bezugsdauer in der Einzelversicherung angerechnet. 5) Wird das Taggeld innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen während mindestens 720 Tagen ausgerichtet, tritt die Erschöpfung ein. Ist neben dem Krankentaggeld auch ein Unfalltaggeld versichert, wird die vorerwähnte Leistungsdauer nur einmal gewährt. Mit der Erschöpfung endet die Versicherungsdeckung. 6) Die Erschöpfung der Bezugsberechtigung können Sie nicht aufhalten, indem sie auf Leistungen verzichten. 7) Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit leisten wir ein entsprechend gekürztes Taggeld. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten. (...)"

La traduzione italiana delle CGA, che rispecchia la versione tedesca, prevede, all'art. 3.3.1, che per la durata dell'incapacità lavorativa certificata ai sensi della cifra 3.2.1 l'assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera pattuita. Se è stato stipulato un periodo d'attesa, il diritto inizia alla scadenza del medesimo. Se all'inizio del diritto alla prestazione sussiste ancora un obbligo di pagamento del salario da parte del datore di lavoro, l'inizio del diritto è posticipato in corrispondenza ad esso rinviato adeguatamente. Per l'art. 3.2.2 per una o più incapacità lavorative, il tempo di attesa è conteggiato una volta per ogni anno civile. In caso di erogazione interrotta, il tempo di attesa è conteggiato soltanto una volta. Giusta l'art. 3.3.4 se è stato effettuato un passaggio da un'assicurazione collettiva, e se prima del passaggio sono state erogate indennità giornaliere, queste vengono conteggiate alla durata d'erogazione dell'assicurazione singola. L'art. 3.3.5 prevede che se entro 900 giorni successivi l'indennità giornaliera è erogata per almeno 720 giorni, subentra l'esaurimento. Se oltre all'indennità giornaliera per malattia è assicurata anche un'indennità giornaliera per infortunio, la predetta durata di prestazione è concessa soltanto una volta. Con l'esaurimento termina la copertura assicurativa. 2.9. Non diversamente che per il contratto d'assicurazione sottoposto al diritto privato anche i Regolamenti degli assicuratori malattia devono essere interpretati ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 112 II 253) e alla luce del principio della buona fede (DTF 115 II 268; B. Viret, op. cit. pag. 92). 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). 2.10. Dal chiaro testo delle CGA, ed in particolare dall'art. 3.3.1, emerge che le parti hanno inteso concludere un contratto tramite il quale l'assicuratore si impegna a versare all'interessato, in caso di malattia debitamente

comprovata, le prestazioni pattuite, a partire dalla scadenza del termine di attesa. Non vi è tuttavia accenno alla circostanza che il termine di attesa debba essere dedotto dal numero di giorni (720) durante i quali l'assicurato ha diritto a percepire le indennità. Tale indicazione, se le parti volevano accordarsi in tal senso, doveva necessariamente figurare nelle CGA (cfr. Eugster, op. cit., pag. 526). Una precisazione di questo genere è contenuta nell'art. 3.3.4 ma unicamente per quanto concerne il passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale. In tale ipotesi, se prima del passaggio sono state erogate delle prestazioni, queste vanno dedotte dalla durata dell'erogazione prevista nell'assicurazione individuale. Nulla di tutto questo invece per quanto concerne il termine di attesa di 30 giorni. Anche l'art. 1.2.3, che prevede una riduzione del premio in caso di inizio ritardato del diritto alle prestazioni, non prevede contemporaneamente una riduzione del numero di giorni indennizzati. Il TCA ha richiamato dalla Cassa la documentazione che ha portato alla conclusione del contratto. Dalla medesima non emergono tuttavia elementi di novità. Infatti nella polizza di assicurazione figura unicamente che " Sie haben ein Taggeld in der folgenden Höhe abgeschlossen: Fr. 200.00 ab 031. Tag. ". Nel "Versicherungsantrag" e nell'offerta non figurano indicazioni secondo le quali il termine di attesa di 30 giorni va dedotto dal numero di giorni durante i quali vengono versate le prestazioni. Per cui, l'insorgente ha diritto a beneficiare di 720 giorni di indennità giornaliera, nei limiti previsti dall'art. 72 LAMal. Contrariamente al calcolo effettuato dall'assicuratore, l'importo cui ha diritto il ricorrente ammonta pertanto a fr. 144'000 (720 giorni x 200 franchi al giorno).

2.11. L'insorgente ritiene che il diritto alle indennità giornaliera non è ancora esaurito poiché per ognuna delle tre malattie avrebbe diritto al versamento di prestazioni per un massimo di 720 giorni. Innanzitutto va rilevato che le due malattie del 2002, cui fa riferimento il ricorrente (cfr. doc. I), sono comprese nel periodo della malattia alla schiena per la quale la Cassa ha versato le indennità da maggio 2001 al settembre 2003. Ora, dal tenore della legge emerge chiaramente che il periodo di 720 giorni non va computato per ogni malattia, bensì è inteso complessivamente. L'art. 72 cpv. 3 LAMal prevede infatti che l'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. Ciò significa, come rammenta Eugster, op. cit., pag. 525, che " auf verschiedene Krankheiten zurückzuführende Arbeitsunfähigkeitsperioden werden zusammengezählt ("eine oder mehrere Erkrankungen"). Wo das Krankheits- und Unfallrisiko in der gleichen Versicherungsabteilung gedeckt sind, fallen auch Unfallschädigungen unter den Begriff der Erkrankung im Sinne von Art. 72 Abs. 2 KVG, so dass krankheits- und unfallbedingte Arbeitsunfähigkeitsperioden zusammenzuzählen sind." Ne discende che l'assicurato ha diritto, nel caso concreto, per le tre malattie, ad un massimo di 720 indennità giornaliera in un periodo di 900 giorni consecutivi, ossia a fr. 144'000. Dagli atti risulta che l'assicuratore, fino al 30 settembre 2003 ha effettuato versamenti per un totale di fr. 146'300. In alcuni casi ha versato, lo stesso mese, due volte l'indennità giornaliera. Con scritto del 23 ottobre 2003 la Cassa ha affermato che " korrekt berechnet ist die Aussteuerung am 11. August 2003 eingetreten. Bis Ende September 2003 wurden Taggelder im Betrage von Fr. 146'300.00 ausgerichtet. Der Anspruch beläuft sich jedoch nur auf Fr. 138'000.00. Die zuviel ausbezahlten Taggelder im Betrage von Fr. 8'300 sind zurückzuzahlen ." (doc. A16) Per cui, fino all'11 agosto 2003 sono stati versati fr. 138'000. Dal 12 agosto 2003 al 30 settembre 2003 l'assicurato è stato inabile al 75%, per cui avrebbe diritto a fr. 7'500 (50 giorni a fr. 200 al 75%), ciò che porterebbe in teoria a fr. 145'000 il totale dell'importo a favore di

_____ RI1 Poiché egli ha tuttavia diritto al massimo a fr. 144'000 e avendone ricevuti

146'300, deve restituire alla Cassa fr. 2'300. L'assicuratore ha ridotto l'importo chiesto in restituzione di fr. 94, per il seguente motivo: " Gemäss ihrem Schreiben vom 7. Oktober 2003 wünschen Sie eine Reduktion des versicherten Taggeldes auf Fr. 100.00 ab Aussteuerung. Wir haben die Aenderung per 1. November 2003 vorgenommen. Die Monatsprämie für die Taggeldversicherung beträgt neu Fr. 47.00 statt Fr. 94.00 wie bisher. Die zuviel in Rechnung gestellte Prämie für den Monat November wird Ihnen in der Prämienrechnung für den Monat Dezember gutgeschrieben. (...) Weil die Aussteuerung per 11. August 2003 eingetreten wäre, hätte die Reduktion des versicherten Taggeldes schon ab September 2003 vorgenommen werden können. Die entsprechenden Minderprämien rechnen wir an unsere Rückforderung an. Es ergibt sich somit folgende Abrechnung: Rückforderung der zuviel bezahlten Taggelder gemäss

Anhang Fr. 8'300.00 ./ zu viel bezahlte Prämien für Okt/Nov. 2003, 2 Mt. à fr. 47 Fr. 94.00 effektive Rückforderung Fr. 8'206.00" (Doc. A16)
Come visto l'insorgente ha tuttavia diritto alle prestazioni anche in settembre. Per cui solo da ottobre può esserci la riduzione del premio dovuto. Ne segue che dall'importo da restituire vanno dedotti fr. 47. Alla luce di quanto sopra il ricorso è parzialmente accolto. La decisione impugnata va modificata nel senso che il ricorrente deve restituire all'assicuratore fr. 2'253 (2'300 - 47).

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