

## **TI\_GERICHTE 36.2004.86 vom 9. August 2005**

TI Tribunale d'appello, 2005-08-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2004.86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.86)

FR: TI\_GERICHTE 36.2004.86 du 9 août 2005

IT: TI\_GERICHTE 36.2004.86 del 9 agosto 2005

### **Regeste**

interpretazione CGA di un contratto assicurativo LCA. Obbligo di conoscere le CGA. Se stipulante non legge le CGA ne sopporta le conseguenze anche se l'agente ha garantito maggiori diritti di quelli riconosciuti nelle CGA. Gli Agenti non possono modificare le CGA senza il consenso dell'assicuratore

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

CO (DTF 127 III 444 consid. 1b; STF in RUA XVI n. 22). L'interpretazione delle CGA prestampate avviene secondo gli stessi principi che valgono pure per l'interpretazione di un contratto (DTF 126 III 388 consid. 9d; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727). Tuttavia, per l'interpretazione delle CGA conviene tenere conto del loro valore normativo: dal momento che esse sono applicabili a tutte le persone assicurate per un medesimo rischio, è necessario che le stesse siano interpretate in modo uniforme e non in funzione di quello che ha capito questo o quell'interessato (TC VD in RUA XVIII n. 45 citata in: CARRÉ, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 73 ad art. 1 LCA). L'interpretazione di CGA che sono oggetto di una larga diffusione deve lasciare uno spazio preponderante all'elemento sistematico (DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805). Inoltre, spetta all'assicuratore provare che i termini di una clausola limitativa delle CGA, di cui si prevale, devono essere compresi nel senso che esso attribuisce loro (STF in RUA XIX n. 55). Pure la prova di fatti giustificanti l'eccezione contrattuale è posta a carico dell'assicuratore (TD di Kreuzlingen in RUA XIV n. 44 citata in: CARRÉ, *op. cit.*, pag. 248 ad art. 33 LCA). L'onere della prova può comunque essere attribuito all'assicurato da una clausola contrattuale (TA LU in RUA V n. 138/334/352 citate in: CARRÉ, *op. cit.*, pag. 248 ad art. 33 LCA). Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 126 III 59 consid. 5a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253). Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e la teoria dell'affidamento (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; VIRET, *Droit des assurances privées*, Editions de la société suisse des employés de commerce, Zurigo, pag. 92) e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto (DTF 128 III 212 consid. 2b)aa; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 123 III 16 consid. 4b; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253). Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, ai termini utilizzati nel contratto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 268, SJ 1992 623 citate in: CARRON, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Friburgo

1997, n. 209 pag. 72), al senso che l'assicuratore si aspetta che gli assicurati attribuiscono ai suoi formulari prestampati (DTF 85 II 344, JdT 1960 I 110; DTF 82 II 445, JdT 1957 I 360) piuttosto che al senso giuridico o tecnico dei termini utilizzati (DTF 59 II 318; DTF 44 II 96, JdT 1918 I 468). I termini che limitano i diritti dell'assicurato s'interpretano secondo il senso che generalmente hanno nel linguaggio comune (DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 104 II 281, JdT 1980 I 9), anche se hanno un senso giuridico più specifico (DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57). Rimangono però riservate le accezioni tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342). Tuttavia, la parola non deve essere snaturata dal suo reale senso al punto di designare una cosa completamente diversa (DTF 64 II 387). Ma se le parti hanno concordemente voluto dare ad un'espressione un'accezione diversa dal suo senso abituale, non v'è dunque ambiguità che giustifichi un'interpretazione svantaggiosa per l'assicurato (STF in SJ 1996 pag. 623). Di principio, dunque, le clausole dei contratti d'assicurazione e le dichiarazioni di volontà delle parti devono essere interpretate in ogni caso di specie, applicando le regole della buona fede e conformemente al principio dell'affidamento che deriva dall'art. 2 cpv. 1 CC (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727). L'interpretazione di una clausola contrattuale deve fondarsi pure sui motivi che hanno portato alla conclusione del contratto e alla stipulazione della clausola di cui si impone l'interpretazione (ROELLI/KELLER, Kommentar zum BG über den Versicherungsvertrag, 1968, pag. 459, pagg. 462-463). Inoltre, le dichiarazioni di volontà devono essere interpretate secondo il senso che il destinatario poteva e doveva attribuire loro (OG SO in RUA XVI n. 25; TC NE in RUA XV n. 47 citate in: CARRÉ, op. cit., pag. 74 ad art. 1 LCA). Per determinare la volontà delle parti non bisogna dimenticare che l'assicurato, a differenza dell'assicuratore, non ha conoscenze specifiche in materia d'assicurazione (TD di Horgen in RUA III n. 49 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 74 ad art. 1 LCA). Il testo chiaro di una clausola non esclude a priori un'interpretazione (DTF 127 III 44 consid. 1b). Bisogna esaminare se ci sono dei motivi per pensare che una clausola debba essere compresa in un'altra maniera che il suo senso letterale (DTF 128 III 212 consid. 2b)bb). Non vi sono comunque i presupposti per scostarsi dal senso letterale di un testo adottato dagli interessati quando non vi sono ragioni serie per pensare che esso non corrisponda alla loro volontà (DTF 129 III 118 consid.2.5; DTF 128 III 265 consid. 3a). In caso di dubbio in merito alla comprensione di una clausola contrattuale redatta dall'assicuratore, ossia quando il senso e la portata della clausola contrattuale non possono essere determinati con sicurezza dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, quando, anzi, in buona fede (art. 2 cpv. 1 CC), per una stessa disposizione sono possibili più interpretazioni, si deve ritenere quella che è più favorevole al beneficiario, a scapito dell'assicuratore (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 100 II 403, JdT 1976 I 254). Si tratta del principio in dubio contra assicuratorem, secondo cui, nel dubbio, la clausola contrattuale va interpretata a sfavore di chi l'ha redatta (in dubio contra stipulatorem o proferentem), per cui l'assicuratore non potrà prevalersene (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 268 segg., JdT 1990 I 57; MAURER, Schweizerisches Privat-versicherungsrecht, Berna 1995, pag. 145; KRAMER/ SCHMIDLIN, Berner Kommentar, 1986, ad art. 1 CO, n. 109 pag. 142; Rep. 1993 213 segg.; VIRET, op. cit., pag. 92; MAURER, op. cit., pag. 247 e segg.). Questo principio si applica sia per l'interpretazione di una polizza che delle CGA (OG LU in RUA XIV n. 37 citata in: CARRÉ, op. cit., pag.

75 ad art. 1 LCA). Tuttavia, ricorrere, per interpretare delle CGA, direttamente al principio in dubio contra stipulatorem - che è applicabile solo in caso di dubbio sul significato di una clausola - costituisce una violazione del diritto federale (DTF 122 III 118; SJ 1992 623 seg.). A titolo abbondanziale va osservato ancora che, secondo la giurisprudenza, le clausole limitative della copertura (clausole d'esclusione) devono essere interpretate restrittivamente e non in modo esteso (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in: CARRON, op. cit., n. 209 pag. 72 e n. 221 pag. 77; STF in RUA XIII n. 47; cfr. sull'interpretazione della parola "droga": DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612 citate in: CARRON, op. cit., n. 282 pag. 97; MAURER, op. cit., pag. 247). Esse possono però essere redatte in termini generali, senza che sia necessario enumerare i casi d'esclusione, a condizione che la categoria degli avvenimenti esclusi sia descritta in modo sufficientemente preciso e non equivoco al fine che non sussista alcun dubbio sull'estensione del rischio assicurato, tenendo conto del contesto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128). Visto dunque quanto precede, 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 213 segg.; DTF 112 II 253 segg.; MAURER, Privatversicherungsrecht, 1986, pag. 231; DTF 116 II 345, ROELLI/KELLER, op. cit., pag. 459). Infine si rammenta che le condizioni generali d'assicurazione sono parte integrante del contratto d'assicurazione (VIRET, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, ed. IRAL 1997, pag. 666 segg., in particolare pag. 673).

2.6. Nel caso concreto con l'assicurazione d'indennità giornaliera le parti hanno voluto prevedere il versamento di indennità, da parte dell'assicuratore nei confronti della stipulante, qualora l'attrice fosse stata incapace di lavorare a causa di una malattia. Siccome in specie la questione verte sulla copertura assicurativa da parte di CV 1 quando si è realizzato l'evento maternità, occorrerebbe quindi ricercare il senso che le parti potevano e dovevano dare, in buona fede, alla clausola dell'art. 12.1 CSA, in applicazione del principio dell'affidamento (DTF 126 III 388 consid. 5a, DTF 126 III 25 consid. 3c, DTF 126 III 59 consid. 5b). A mente della scrivente Corte, la lettera dell'art. 12.1 CSA non lascia spazio ad una sua interpretazione. Non vi sono infatti termini ambigui che possano dar adito a diverse soluzioni. Ogni locuzione è chiara e ben posizionata nel contesto della regola stessa, che non appare neppure di difficile formulazione. Pertanto, il disposto sulla copertura assicurativa da parte della Cassa malati in caso di gravidanza o parto deve essere inteso nel senso che una donna che al momento del parto è assicurata per malattia riceve 20 indennità giornaliere, senza nessuna deduzione del termine d'attesa pattuito. Del resto, le parti si trovano in disaccordo non a causa di un contrasto interpretativo relativo alla lettera dell'art. 12.1 CSA. Una diversa valutazione del contratto è sorta non perché la lettera ed il senso di tale norma non fossero sufficientemente comprensibili, bensì poiché è intervenuto un elemento esterno, ossia le assicurazioni prestate della collaboratrice \_\_\_\_\_, che avrebbero di fatto superato le CSA.

2.7. Nel caso concreto, il 10 luglio 2001 (doc. 3) l'assicurata ha sottoscritto due proposte d'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia. Il 23 luglio 2001 (doc. 2) l'assicuratore ha accettato la prima proposta valida dal 1° settembre 2001 contemplante un premio mensile di Fr. 129,30 ed un'indennità di Fr. 84.- al giorno. Nel mese d'ottobre 2001 (doc. 4) la cassa CV 1 ha accettato la seconda, trasmettendo alla richiedente la polizza assicurativa valida almeno dal 1° gennaio 2002 al 31 dicembre 2002. Per un premio mensile pari a Fr. 154.-, in caso di malattia l'assicurata avrebbe ricevuto ogni giorno Fr. 100.- a titolo d'indennità per perdita di guadagno. Il 24 dicembre 2003

l'interessata ha dato alla luce \_\_\_\_\_ e di conseguenza ha chiesto di ottenere le prestazioni convenute con il contratto, e meglio le dieci settimane d'indennità garantite per iscritto da una dipendente dell'assicuratore. Come visto, in caso di maternità l'art. 12.1 CSA prevede soltanto un'indennità per perdita di guadagno durante 20 giorni. Pertanto, la convenuta non può essere chiamata ad erogare all'attrice delle prestazioni che esulano dal contratto assicurativo stipulato. L'assicurata ha comunque ampiamente sottolineato come la collaboratrice assicurativa \_\_\_\_\_, dipendente di CV 1 nell'agenzia di \_\_\_\_\_ durante le trattative precontrattuali - in occasione dell'invio delle prime offerte assicurative del 18 giugno 2001 tuttavia mai sottoscritte - le abbia pure trasmesso un fax con cui le garantiva che in caso di maternità avrebbe percepito un'indennità di dieci settimane (cfr. consid. 1.1.). La proponente si sarebbe quindi completamente fidata di quanto la dipendente della convenuta le avrebbe garantito, addirittura per iscritto. L'attrice si è dunque stupita quando l'assicuratore l'ha informata che veniva indennizzata per soli 20 giorni anziché i 70 giorni confermati con il predetto fax, e gli ha quindi chiesto d'adempiere il contratto versando quanto dovuto. L'assicurata sostiene di essere stata diversamente ragguagliata dalla consulente \_\_\_\_\_, nel senso che in caso di realizzazione del rischio di maternità la proponente avrebbe percepito un'indennità di Fr. 100.- al giorno per dieci settimane dal momento del parto. Pertanto, l'assicuratore dovrebbe ora rispondere delle promesse fatte dalla sua collaboratrice, ovvero versando l'ammontare totale che le spetta. 2.8. Il TCA è dunque chiamato a verificare se la consulenza che \_\_\_\_\_ ha fornito all'assicurata possa comportare, per la Cassa malati CV 1, l'obbligo di doversi assumere le prestazioni assicurative confermate dal citato fax nonostante il tenore dell'art. 12.1 CSA. Si tratta di esaminare se le garanzie scritte offerte dalla collaboratrice in merito agli effetti del contratto d'assicurazione d'indennità giornaliera possano essere poste a carico della convenuta. L'art. 3 LCA relativo al formulario di proposta d'assicurazione prevede quanto segue: " Le condizioni generali d'assicurazione devono essere inserite nel formulario di proposta rilasciato dall'assicuratore o consegnate al proponente prima ch'egli abbia inoltrato il formulario contenente la sua proposta. (cpv. 1) Ove non si osservi questa prescrizione il proponente non è vincolato alla proposta. (cpv. 2)." Come visto in precedenza (cfr. consid. 2.6. in fine), le CGA sono parte integrante del contratto d'assicurazione (TC VS in RUA XVII n. 27 citata in: CARR■, op. cit., pag. 120 ad art. 3 LCA). Sottoscrivendo la proposta d'assicurazione, l'assicurato si sottomette alle condizioni che essa contiene (TD di Lenzburg in RUA V n. 14/38/40 citata in: CARR■, op. cit., pag. 120 ad art. 3 LCA). Lo scopo della consegna delle CGA è quello di dare al proponente la possibilità di prendere conoscenza delle disposizioni contrattuali prima di impegnarsi con la propria firma. Una comunicazione orale delle CGA non è di fatto sufficiente, tanto che spetta all'assicuratore provare di aver consegnato al proponente le CGA (TC VS in RVJ 1974 pag. 46). Il proponente che, negligenemente, non prende conoscenza delle CGA contenute nel formulario di proposta d'assicurazione deve sopportarne le conseguenze e non può prevalersi della loro ignoranza. Esiste quindi un dovere dell'assicurato di prendere conoscenza delle clausole del contratto (TCommerciale BE in RUA IV n. 120). Infatti, l'ignoranza del tenore delle CGA da parte dell'avente diritto non costituisce una scusa per quest'ultimo (TC VS in RVJ 1974 pag. 46). Inoltre, l'assicurato rimane legato dalle CGA quando esse sono menzionate sulla proposta che ha firmato, fintanto che egli non dimostra chiaramente che esse non gli sono state consegnate (TC SG in RUA XIX n. 47). L'agente assicurativo, qualunque sia la portata dei suoi poteri, ha il dovere d'informare l'assicurato sul senso e la portata di una disposizione delle CGA che non sarebbe chiara per lui (STF in RUA XV n. 72). 2.9. Quanto a sapere se

un agente assicurativo debba essere ritenuto responsabile nei confronti di un assicurato in merito alla non conoscenza di quest'ultimo della reale portata di una clausola, l'art. 34 LCA relativo alla responsabilità dell'assicuratore per i suoi agenti recita che " Di fronte allo stipulante l'agente si ritiene autorizzato a fare per l'assicuratore gli atti abitualmente inerenti alle funzioni di un agente della sua categoria o quelli che l'agente suol fare col tacito consenso dell'assicuratore." (cpv. 1) L'agente non ha facoltà di modificare le condizioni generali di assicurazione né il favore né a danno dello stipulante. (cpv. 2)." In virtù dell'art. 98 LCA, il contenuto di questa norma non può essere modificato mediante convenzione essendo di diritto imperativo. Fondamentalmente si distinguono due tipi d'agente: l'agente negoziatore (o acquirente) da una parte, e l'agente stipulatore dall'altra. Un agente negoziatore è un ausiliare dell'assicuratore per il quale egli cerca degli assicurati e al quale porta le proposte d'assicurazione firmate da questi ultimi (STF in RUA X n. 9). L'agente negoziatore ha il dovere d'informare il proponente sulle clausole che sollevano problemi, ma non ha qualità per derogare alle condizioni contrattuali, sia a profitto che a detrimento dell'assicurato (TC SG in RUA V n. 102/225). È errato credere che l'agente acquirente, in contrapposizione all'agente stipulatore, sia assolutamente sprovvisto di poteri, poiché è espressamente previsto all'art. 34 LCA che egli dispone di quelli che l'uso riserva agli agenti della sua categoria. L'agente acquirente è un ausiliare per la conclusione del contratto (STF in RUA X n. 9 in: CARR■, op. cit., pag. 265 ad art. 34 LCA). In caso di conflitto fra gli interessi dell'agente, che deve curare quelli del suo mandante, e gli interessi dell'assicurato, che veglia sui suoi, non si può attribuire alle dichiarazioni dell'agente il valore di una testimonianza (TA TI in RUA VI n. 66 / 193 citata in: CARR■, op. cit., pag. 264 ad art. 34 LCA). Sia che l'agente abbia il potere di concludere il contratto d'assicurazione o che egli serva semplicemente da intermediario fra l'assicurato e l'assicuratore, secondo la giurisprudenza e la dottrina unanimi, l'agente ha il dovere d'informare l'assicurato sul senso e la portata di una disposizione delle CGA che non è chiara a quest'ultimo. La compagnia d'assicurazione risponde delle spiegazioni date dal suo agente nella misura in cui le indicazioni che ha fornito in merito alla portata delle CGA non sono di natura a suscitare dei seri dubbi nella mente di un onesto assicurato (STF in RUA XV n. 72 citata in: CARRON, op. cit., n. 418 pag. 138 seg.). Per quanto attiene ai suoi compiti, l'agente ha l'obbligo di consigliare il proponente che riempie il formulario di proposta d'assicurazione, dissipando i malintesi (DTF 96 II 204, JdT 1972 I 34; DTF 73 II 50, JdT 1947 I 473). Se l'agente vede che il proponente si sbaglia sulla portata delle CGA e sul contenuto della polizza, egli ha il dovere di dissipare questi errori (DTF 77 II 58, JdT 1951 I 451). L'agente che fornisce al proponente un'interpretazione errata di una questione equivoca della proposta d'assicurazione attiva la responsabilità dell'assicuratore (CG GE in RUA XIII n. 11 citata in: CARR■, op. cit., pag. 265 ad art. 34 LCA). L'assicuratore risponde dei danni causati dai suoi agenti e dai suoi ausiliari nell'espletamento del loro lavoro, a meno che egli compri di aver preso tutte le misure imposte dalle circostanze per evitare un danno di questo tipo o che la sua diligenza non avrebbe impedito al danno di prodursi. Dunque, la responsabilità dell'assicuratore viene attivata se l'agente commette un errore. Questa responsabilità è fondata sull'art. 55 CO o sull'art. 101 CO, in funzione del rapporto che lo lega all'agente (DTF 61 II 339, JdT 1936 I 250). L'assicuratore risponde dell'errata informazione data dal suo agente al proponente al momento della firma del contratto. Inoltre, l'assicuratore deve subire le conseguenze del comportamento dell'agente che, in qualità di persona del mestiere, ha ommesso d'informare il proponente su un errore da lui riconoscibile (DTF 77 II 58, JdT 1951 I 451). L'assicuratore risponde delle sue incombenze, nonostante gli errori dei

suoi agenti nell'espletamento delle loro attribuzioni contrattuali (STF in RUA V n. 222/276). In virtù dell'art. 34 LCA, l'assicuratore si deve quindi assumere la responsabilità delle spiegazioni che dà l'agente negoziatore nello svolgimento dei suoi obblighi, anche se le spiegazioni date non sono esatte. Per contro, il proponente non deve fidarsi delle istruzioni e dei consigli dell'agente negoziatore quando essi si allontanano dal senso chiaro – anche per lui – di una domanda dell'assicuratore, o che designano come senza importanza un fatto che egli ha dichiarato verbalmente e che non soltanto da un punto di vista oggettivo ma anche dal punto di vista del proponente, è chiaramente contemplato da una domanda dell'assicuratore. Il proponente non può ritenere l'assicuratore responsabile per una simile informazione dell'agente negoziatore anche se ha sottoscritto le risposte la cui inesattezza era per lui riconoscibile non intenzionalmente, ma perché egli faceva ciecamente affidamento alle dichiarazioni dell'agente (TA BE in RUA XVI n. 7 citata in: CARRON, op. cit., n. 422 pag. 140). Il proponente ha l'obbligo di rispondere soltanto alle domande che l'assicuratore ha correttamente formulato (RUA IX n. 15). Egli non è tenuto a dichiarare i fatti al proposito dei quali nessuna domanda gli è stata posta (DTF 45 II 218). Non esiste alcun obbligo generale dell'assicuratore d'informarsi sui fatti importanti per l'apprezzamento del rischio ed egli ha il diritto d'ammettere che il proponente ha risposto correttamente. E' infatti un principio generale che colui che si fonda sulle dichiarazioni della parte contraente può fidarsi delle stesse senza essere tenuto di controllarne l'esattezza mediante verifiche (DTF 118 II 333; DTF 110 II 499). Il proponente deve indicare i fatti che conosce o che devono essere conosciuti (STF in RUA VI n. 51). Egli non deve solo menzionare i fatti importanti per l'apprezzamento del rischio che gli vengono in mente senza pensarci appositamente, ma anche quelli che non gli possono sfuggire se pensa seriamente alle domande postegli dall'assicuratore (DTF 116 V 218; DTF 109 II 60). Il proponente non è invece tenuto a raccogliere informazioni sull'esistenza di tali fatti (DTF 116 II 338), e nemmeno d'informarsi sull'esistenza di fatti che egli ignora (DTF 39 II 302). Il proponente non è tenuto d'annunciare spontaneamente degli elementi costitutivi di un rischio sui quali non gli sono state poste delle domande (DTF 116 V 218, DTF 108 II 143, JdT 1984 I 250). In deroga al summenzionato principio secondo cui l'assicuratore risponde degli errori dei suoi agenti derivanti dall'espletamento delle loro funzioni, in determinate circostanze l'intervento del proponente può mitigare o addirittura far decadere questa responsabilità. Costituisce una mancanza all'obbligo d'informazione del proponente il fatto di firmare, senza leggerla, la proposta compilata dall'agente (DTF 90 II 449, JdT 1965 I 275). Il proponente agisce allora a suo rischio e assume in principio la responsabilità delle risposte dell'agente (STF in RUA XIV n. 65). Il proponente deve essere considerato aver risposto lui stesso alle domande del formulario, sia che le risposte siano state scritte di proprio pugno o per mano dell'agente (STF in RUA VI n. 51). Ancora di recente, il TFA ha ribadito che il fatto che un impiegato della cassa consigli il candidato all'assicurazione o l'aiuti a rispondere alle domande poste nel formulario della domanda d'ammissione, non libera il richiedente dall'obbligo di dire la verità e di prestare l'attenzione richiesta dalle circostanze, né dalla sua responsabilità per le indicazioni certificate mediante la sua firma. Un'eccezione a questo principio si giustifica soltanto se, avuto riguardo del comportamento dell'impiegato della cassa, appare contrario alle regole della buona fede far ricadere sul richiedente la responsabilità delle indicazioni non conformi alla verità o incomplete (SVR 2005 KV Nr. 3 consid. 4.2.; DTF 108 V 250 consid. 4a). Va ricordato in proposito che il ruolo dell'agente negoziatore ha per scopo di discutere il questionario dell'assicuratore con il proponente, di dargli le spiegazioni necessarie e di dissipare i malintesi e le ambiguità

(DTF 96 II 215 consid. 6). Quando il proponente firma la proposta d'assicurazione contenente le risposte scritte dall'agente, egli si assume di principio la responsabilità di queste risposte. Colui che firma una proposta in bianco e lascia all'agente la cura di riempirla deve aspettarsi che l'agente risponda in maniera errata ad una o all'altra domanda, e ne sopporta le conseguenze. Secondo costante giurisprudenza – e la dottrina pure l'ammette – il comportamento di un agente acquirente o negoziatore non può essere imputato alla compagnia d'assicurazione. È possibile imputare all'assicuratore il comportamento di un agente acquirente soltanto nel caso in cui l'agente ha dato al proponente delle spiegazioni o delle informazioni in merito a questioni poco chiare o ambigue (TC VS in JdT 1996 738 e RVJ 1994 357 citata in: CARRON, op. cit., n. 419 pag. 139). L'agente che ha omesso d'informare chiaramente l'assicurato che non era coperto dall'assicurazione e ha continuato le trattative, sapendo che l'accettazione sarebbe arrivata soltanto dopo la partenza in vacanza dell'assicurato, viola il suo dovere d'informare e di consigliare l'assicurato facendo prova, almeno, di negligenza, ciò che permette d'invocare una colpa in contrahendo (RUA XV n. 74 citata in: CARRON, op. cit., pag. 268 ad art. 34 LCA ed in: CARRON, op. cit., n. 423 pag. 140 seg.). Infine, in virtù del capoverso 2 dell'art. 34 LCA, l'agente non può modificare le CGA di sua iniziativa, ma può invece farlo se agisce con il consenso dell'assicuratore. Non è infatti vietato all'assicuratore autorizzare l'agente a derogare alle CGA, in favore dell'assicurato (DTF 83 II 75). L'agente intermediario non ha comunque il potere di modificare il questionario della proposta assicurativa, né di minimizzare certe domande che questo questionario comporta (DTF 68 II 328).

2.10. In concreto, la questione della ricezione delle CGA/CSA da parte dell'attrice non è in discussione. Le considerazioni dell'assicuratore in proposito (doc. III pag. 3) non sono in effetti state confutate da controparte. A mente del TCA, è quindi pacifico che quest'ultima ha preso atto delle citate Condizioni prima di sottoscrivere le due offerte del 5 luglio 2001. A pagina 5 dell'offerta d'assicurazione, al termine delle domande sullo stato di salute dell'assicurata (doc. 3), prima dello spazio per l'apposizione della firma del proponente, è infatti menzionato quanto segue: " Confermo di aver ricevuto, prima d'inoltrare questa domanda, le Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA) e le Condizioni Supplementari d'Assicurazione (CSA) per le assicurazioni integrative richieste e di averne preso atto." Conformemente alla citata giurisprudenza (cfr. consid. 8.), con la sottoscrizione delle due proposte assicurative in oggetto l'attrice deve quindi essere considerata legata alle CGA/CSA. Infatti, in virtù del citato art. 3 LCA, ella aveva il dovere di prendere conoscenza di tutte le clausole del contratto. Siccome, apparentemente, AT 1 non ha, negligenzemente, preso conoscenza, leggendole attentamente, delle CGA/CSA integrate nelle note proposte d'assicurazione, ma si è fidata delle sole garanzie ricevute – anche se per iscritto (doc. B) – dalla sua consulente \_\_\_\_\_, ed ha comunque firmato dette proposte, la stessa deve ora sopportare le conseguenze della mancata presa di conoscenza effettiva delle condizioni fissate dalle CGA/CSA – in particolare dall'art. 12.1 CSA. Anche se la consulente le ha esposto tutte le informazioni del caso, l'attrice avrebbe dovuto ugualmente leggere personalmente – o per il tramite del suo rappresentante – le CGA/CSA. Non è infatti possibile prevalersi ora delle dichiarazioni – anche errate - fatte da un consulente assicurativo quando, come visto, il proponente medesimo è tenuto a prendere conoscenza delle CGA (art. 3 LCA). Non è nemmeno lecito fare implicitamente valere – a posteriori - la non conoscenza delle condizioni assicurative, non costituendo giuridicamente l'ignoranza di questi aspetti una valida attenuante o scusante. Abbondanzialmente si osserva che dalla ricezione dei contratti assicurativi – in particolare la polizza ricevuta nel mese

d'ottobre 2001 -, l'attrice avrebbe avuto ancora quattro settimane di tempo per impugnarli (art. 12 LCA) chiedendone la rettifica, qualora il contenuto non avesse coinciso con quanto convenuto (doc. 2 e 4: polizze assicurative LCA: 730 indennità in caso di malattia, ma nulla è previsto per la gravidanza – in particolare le 10 settimane d'indennità). Pur avendone avuta la possibilità, l'interessata non ha invece agito in tal senso. Va ancora evidenziato che le stesse polizze assicurative menzionano espressamente come le CGA e le CSA del 1997 siano la base dell'assicurazione d'indennità giornaliera scelta dall'assicurata. Pertanto, quest'ultima avrebbe dovuto attivarsi e verificare se le Condizioni generali e supplementari le garantivano tutto quanto convenuto sia per iscritto che verbalmente con la dipendente dell'agenzia di \_\_\_\_\_. Nel caso di importanti differenze – come si è poi rivelata essere la situazione reale -, la stipulante avrebbe potuto ancora interpellare l'assicuratore al fine di modificare il contratto. Se quindi avesse letto le CSA – e la sua posizione lavorativa l'avrebbe dovuta certo rendere attenta sull'importanza di questa operazione -, l'attrice avrebbe subito rilevato la discordanza fra la lettera dell'art. 12.1 CSA e le garanzie scritte fornite dalla consulente assicurativa \_\_\_\_\_ ed avrebbe ancora potuto porvi rimedio nel termine indicato (quattro settimane). Stante quanto precede, l'assicuratore malattia CV 1 non deve corrispondere all'attrice alcuna ulteriore indennità giornaliera per incapacità lavorativa dovuta alla maternità, per cui la petizione deve essere respinta. Non può infatti essere ritenuta qui una responsabilità dell'assicuratore messa in moto dall'agire – anche se errato - della sua dipendente \_\_\_\_\_, quest'ultima, come esposto sub. 12, non potendo modificare le condizioni d'assicurazione (CGA e CSA). 2.11. Il TCA rileva comunque che la tesi della convenuta secondo cui la nota garanzia offerta il 18 giugno 2001 dalla collaboratrice dell'assicuratore si riferirebbe unicamente alle prime due offerte del 18 giugno stesso e non anche alle seguenti due offerte del 5 luglio 2001, non regge alle critiche dell'assicurata. Considerato infatti come queste quattro offerte d'assicurazione agli atti siano perfettamente identiche, non si vede come l'attrice potesse e dovesse capire che la garanzia delle dieci settimane di indennità dovute a gravidanza dovesse essere intesa come essere valida solamente per le offerte d'assicurazione emesse quello stesso giorno e non anche per le successive di uguale tenore. 2.12. Come indicato, va rammentato che, in virtù dell'art. 34 cpv. 2 LCA, l'agente assicurativo \_\_\_\_\_ non poteva modificare motu proprio le citate Condizioni supplementari dell'assicurazione indennità giornaliera né a favore né a danno della stipulante (nella loro versione del 1997), fatto salvo un esplicito consenso in tal senso da parte dell'assicuratore. Nelle more istruttorie, il TCA ha chiesto ad CV 1 di precisare il ruolo assunto dalla predetta dipendente all'interno dell'assicurazione malattia (doc. X). La convenuta ha specificato che \_\_\_\_\_ fungeva da consulente alla clientela (doc. XI risposta 1) e che in tali vesti agiva come agente stipulatore, aiutando la clientela nella compilazione degli appositi formulari di sottoscrizione di una copertura assicurativa. A quello stadio il suo potere di negoziazione era praticamente nullo (doc. XI risposta 2) e pertanto non era autorizzata a garantire agli assicurati delle prestazioni più ampie di quelle previste dalle CGA/CSA (doc. XI risposta 4). Interpellata in merito alla nota garanzia di una copertura di dieci settimane in caso di maternità data dalla dipendente all'attrice, l'assicuratore ha risposto trattarsi " di un errore facilmente ravvisabile rispetto all'ammontare del premio assicurativo nonché alla lettura dal tenore della CGA/CSA sempre trasmesse al cliente in ambito di compilazione di una richiesta di copertura assicurativa." (doc. XI risposta 5). Stante quanto precede, le garanzie di \_\_\_\_\_ (doc. B) relative alla durata delle indennità per maternità non vincolano dunque CV 1. Se la concessione di dieci settimane d'indennità per gravidanza fosse stata per contro inserita,

formalmente, nelle proposte d'assicurazione, l'assicuratore avrebbe potuto vagliare tale garanzia rilasciata alla proponente dalla sua dipendente ed eventualmente ratificarla con i contratti stessi del 23 luglio 2001 e del mese d'ottobre 2001. In tali circostanze, facendo dunque difetto un espresso consenso dell'assicuratore affinché la sua collaboratrice potesse modificare le CSA, v'è stata un'evidente violazione dell'art. 34 cpv. 2 LCA. Pertanto, come detto, CV 1 non può ora essere ritenuta responsabile dell'operato della sua dipendente, neppure se la medesima ha sbagliato fornendo alla proponente un'errata interpretazione ed estensione di una norma che nemmeno era equivoca. In questa evenienza l'errata informazione data dall'agente al momento – in realtà, prima - della proposta d'assicurazione non comporta responsabilità dell'assicuratore, che non può perciò essere chiamato a rispondere dei danni subiti dall'attrice. La petizione va dunque integralmente respinta.

2.13. Con la petizione AT 1 chiede contestualmente la concessione dell'assistenza giudiziaria ed il gratuito patrocinio. Anche se l'assicurata è soccombente, può essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). Va evidenziato che il diritto all'assistenza giudiziaria deriva direttamente dall'art. 29 cpv. 3 Cost. fed. e garantisce ad ogni cittadino, senza riguardo ai suoi mezzi finanziari, le stesse possibilità di stare in giudizio (DTF 125 V 36; DTF 124 I 304 consid. 2; DTF 115 Ia 193; BORGHI/CORTI, Compendio di procedura amministrativa ticinese, Lugano 1997, ad art. 30 LPamm, pag. 151; COCCHI/ TREZZINI, Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato, Lugano 2000, ad art. 155, pag. 471, nota 552). Tale diritto è pure sancito espressamente dall'art. 6 cpv. 3 CEDU. A livello cantonale, la Costituzione prevede all'art. 10 cpv. 3 che ognuno ha diritto all'assistenza giudiziaria, gratuita per i meno abbienti. Per quanto concerne la procedura per le cause davanti al TCA, l'art. 21 cpv. 2 LP TCA sul diritto al patrocinio – in vigore dal 30 luglio 2002 - recita che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge cantonale sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria (Lag); La Lag, in vigore dal 30 luglio 2002 (cfr. art. 38 Lag e BU 30/2002 pag. 213 segg.), si applica alle domande di assistenza giudiziaria introdotte dopo la sua entrata in vigore. L'art. 3 della citata legge prevede: " 1 L'istituto dell'assistenza giudiziaria garantisce alla persona fisica indigente la tutela adeguata dei suoi diritti dinanzi alle Autorità giudicanti del Cantone." 2 E' ritenuta indigente la persona che non ha la possibilità di provvedere con mezzi propri agli oneri di procedura o alle spese di patrocinio." Le altre condizioni per l'ammissione all'assistenza giudiziaria sono così definite negativamente all'art. 14 Lag: " 1 L'assistenza giudiziaria non è concessa se: a) la procedura per la persona richiedente non presenta probabilità di esito favorevole; b) una persona ragionevole e di condizioni agiate rinunciarebbe alla procedura a causa delle spese che questa comporta. 2 L'ammissione al gratuito patrocinio non è concessa se la persona richiedente è in grado di procedere con atti propri, se la designazione di un patrocinatore non è necessaria alla corretta tutela dei suoi interessi o se la causa non presenta difficoltà particolari." I criteri posti nella legge cantonale sono identici a quelli fissati dalla giurisprudenza federale elaborata interpretando le norme di diritto federale relative alle assicurazioni sociali (cfr. art. 85 cpv. 2 lett. f vLAVS). L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 119 Ia 11 segg.; DTF 103 Ia 100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 V 195, il coniuge o i genitori, COCCHI/ TREZZINI, op. cit., n.

## E. 20

ad art. 155, pag. 479). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 Ia 11 segg.). Non entrano invece in linea di conto le risorse finanziarie di parenti cui l'interessato potrebbe far capo a norma dell'art. 328 e 329 CCS (COCCHI/TREZZINI, op. cit., n. 20 ad art. 155, pag. 479 e giurisprudenza ivi citata). Non è determinante che l'indigenza sia stata cagionata da colpa propria (HAEFLIGER, *Alle Schweizer sind vor dem Gesetz gleich*, pag. 165). Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). All'importo base LEF va applicato un supplemento variante fra il 15% e il 25% (STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04). L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia (RAMI 1996 U 254 pag. 209 consid. 2; STFA non pubbl. del 2 settembre 1994 nella causa H., pag. 3). In una sentenza pubblicata in DTF 124 I 1, il TF ha precisato che una richiesta di assistenza giudiziaria non può essere respinta unicamente sostenendo che l'istante non è indigente, perché può permettersi i costi e la manutenzione di un'automobile. Secondo l'Alta Corte federale il richiedente deve piuttosto - indipendentemente dal modo in cui utilizza le sue risorse finanziarie - essere considerato indigente, se in base alla sua situazione finanziaria non è in grado di sopperire al suo minimo esistenziale; in questo calcolo non devono essere naturalmente computate le spese non inerenti al suo fabbisogno esistenziale. L'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il Giudice soltanto valore indicativo (Rep. 1990 pag. 275). Nella commisurazione della capacità patrimoniale del richiedente va considerata anche l'eventuale sostanza e non unicamente i redditi conseguiti. Secondo il TFA, infatti, si tiene conto dell'intera situazione economica della famiglia (succitata STFA non pubblicata, pag. 4 consid. 2 e giurisprudenza citata non pubblicata). La sostanza deve tuttavia essere disponibile al momento della litispendenza del processo o perlomeno dal momento in cui è presentata l'istanza e non solo alla fine della procedura (DTF 118 Ia 369). Dal punto di vista temporale lo stato di bisogno dell'istante va determinato secondo la situazione esistente al momento della decisione (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 108 V 265), in particolare quando il lasso di tempo trascorso tra domanda e decisione è importante (cfr. anche COCCHI/TREZZINI, op. cit., ad art. 155, pag. 485, n. 39. In senso contrario cfr. DTF 108 Ia 108; DTF 120 Ia 179 consid. 3a; RDAT 1998-II, n. 36; per un commento cfr. COCCHI/TREZZINI, op. cit., pag. 485-486, nn. 39, 40 e 41 con relative note). Secondo la giurisprudenza del TFA, infine, la decisione di concessione dell'assistenza giudiziaria può essere modificata o revocata. Trattandosi di una decisione processuale ("prozessleitender Entscheid") non passa infatti in giudicato materiale, ma solo formale. La modifica può avvenire anche con effetto retroattivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b). 2.14. Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va infatti aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04). Il fabbisogno secondo i limiti Laps, il quale fa riferimento agli importi minimi indicati dalla LPC (cfr. art. 10 Laps), è più elevato dell'importo di base determinato sulla base della Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo allestita dalla Camera di esecuzione e fallimento CEF, quale Autorità di vigilanza cantonale ed in vigore dal 1° gennaio 2001 (per una famiglia di due persone adulte che

formano una durevole comunione domestica il minimo mensile ammonta a Fr. 1'550.-, oltre a Fr. 250.- per il mantenimento di un figlio di età inferiore ai 6 anni, per complessivi Fr. 1'800.- pari a Fr. 21'600.- annui), a cui va aggiunto un supplemento del 15-25%. Inoltre nel calcolo dell'assegno familiare integrativo (AFI) e dell'assegno di prima infanzia (API) secondo la Laps vanno considerate delle spese non previste per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo. Di conseguenza, in casu, dal fatto che l'assicurata abbia diritto a un assegno integrativo e ad uno di prima infanzia, che peraltro vanno a coprire totalmente la lacuna di reddito (doc. IXbis), non si può concludere che l'attrice sia indigente ai fini dell'assistenza giudiziaria. Va, quindi, effettuato il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo. Il reddito dell'assicurata è nullo siccome è disoccupata. Il suo convivente, invece, percepisce uno stipendio netto mensile di circa Fr. 3'292.- ([stipendio lordo annuo pari a Fr. 42'756.- già comprensivo degli assegni di famiglia e della tredicesima – Fr. 3'193.- di contributi sociali – Fr. 61.- per il II pilastro] : 12 mesi). A questo importo bisogna sommare gli assegni familiari integrativi mensili di Fr. 505.- e di prima infanzia fissati in Fr. 502.-, per un reddito complessivo del nucleo familiare stabilito in Fr. 4'299.-. Con un reddito di Fr. 4'299.- l'attrice deve far fronte a Fr. 1'800.- quale importo base mensile per se stessa, il convivente e la figlia di un anno e mezzo, considerato per il calcolo del minimo esistenziale LEF. Quest'ultimo importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo del 1° gennaio 2001). Bisogna poi computare il canone di locazione di Fr. 1'151.- al mese, più Fr. 200.- mensili di acconto per le spese accessorie. A ciò vanno ancora aggiunti i premi afferenti all'assicurazione contro le malattie dell'intera famiglia pari a circa Fr. 105.- mensili ([Fr. 6'466.- annui – Fr. 5'207.- di sussidio]: 12 mesi), già dedotti i relativi sussidi. Va invece rilevato che le assicurazioni non obbligatorie (per es. le assicurazioni private LCA), sono prese in considerazione solo in casi particolari. In concreto non ci sono motivi per prendere in considerazione anche i premi delle assicurazioni complementari. Infine, si devono conteggiare gli interessi passivi privati definiti dalle tabelle di calcolo API e AFI in Fr. 610.- annui, ossia in Fr. 51.- al mese. Da quanto precede si ottiene un onere globale mensile pari a Fr. 3'307.- (Fr. 1'800.- + Fr. 1'151.- + Fr. 200.- + Fr. 105.- + 51.-). L'eccedenza mensile sarebbe dunque di Fr. 992.- (Fr. 4'299.- - Fr. 3'307.-), da cui vanno però ancora dedotte le imposte pari all'ammontare approssimativo di Fr. 168.- al mese (Fr. 2'022.- : 12 mesi), per ottenere così una rimanenza di Fr. 824.-. Anche volendo aggiungere all'importo di base di Fr. 1'800.- determinato sulla base della Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, un supplemento del 15-25% conformemente a quanto stabilito dal TFA nella sentenza del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04, risulterebbe comunque – dedotte pure le imposte – un'eccedenza oscillante tra Fr. 554.- e Fr. 374.- al mese. Nella STFA appena citata il TFA non ha considerato indigente una famiglia composta di due genitori e due figli la cui eccedenza mensile, applicando il supplemento del 15-25% all'importo di base della Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, oscillava tra Fr. 175,50 e Fr. 415,50 al mese. In particolare l'Alta Corte ha rilevato: " (...) 4.1.3 Sulla base della documentazione prodotta agli atti, i primi giudici hanno fatto stato di un reddito mensile complessivo di fr. 4'618.- (fr. 3'348.- [rendita intera AI oltre alle complete per la moglie e per i figli, nati nel 1988 rispettivamente nel 1993] + fr. 1'270.- [rendita della previdenza professionale]) a fronte di un fabbisogno globale stabilito in fr. 3'842.50 (fr. 2'400.- [importo base così composto: 1'550.- + 500 + 350] + fr. 1'142.- [locazione] + fr.

118.- [premio dell'assicurazione malattia, dedotti i sussidi cantonali] + 32.50 [contributo AVS della moglie] + fr. 150.- [imposte]). In definitiva, essi hanno quindi ritenuto un'eccedenza mensile di circa fr. 750.-, più precisamente di fr. 775.50. 4.1.4 Gli importi esposti, ai quali si è richiamata la Corte cantonale per l'accertamento dello stato d'indigenza, sono stati dedotti dalle indicazioni fornite in quella sede dallo stesso ricorrente. Essi non si rivelano pertanto confutabili, né peraltro l'insorgente contesta l'una o l'altra posizione. Ora, anche volendo aggiungere all'importo di base di fr. 2'400.-, correttamente determinato sulla base della Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, un supplemento del 15-25%, risulterebbe comunque un'eccedenza oscillante tra fr. 175.50 e fr. 415.50 al mese. In tali condizioni, considerati anche la gratuità della procedura in materia, l'assenza di ripetibili da dover pagare nonché il (relativamente) basso valore di lite (sostanzialmente fr. 8'775.20, di cui: fr. 4'860.- quale differenza tra l'IMI del 5% ottenuta e quella richiesta del 10% [stante un ammontare massimo del guadagno assicurato all'epoca dell'infortunio di fr. 97'200.-], e fr. 3'915.20 per rimborso spese) che, secondo la tariffa cantonale dell'ordine degli avvocati (cfr. i combinati disposti di cui agli art. 9 e 30 della Tariffa secondo i quali l'onorario normale per una procedura assicurativa con un valore di causa come quello che ci occupa può essere al massimo fissato al 14% [70% di 20%] di quest'ultimo), permette di stimare le spese di patrocinio approssimativamente in fr. 1'230.-, la precedente istanza poteva ammettere la possibilità, per F. \_\_\_\_\_, di saldare ratealmente e in un termine adeguato le spese di avvocato senza con ciò incorrere in una violazione del concetto di indigenza appartenente al diritto federale (v. DTF 109 Ia 9 consid. 3a; cfr. inoltre pure la sentenza citata del 25 settembre 2000 in re E., nel cui ambito un'eccedenza mensile di fr. 33.40, calcolata per una persona sola ma dopo avere apportato un supplemento sull'importo base LEF "soltanto" del 15%, è per contro stata ritenuta insufficiente).(...)" Nell'evenienza concreta, considerata l'eccedenza oscillante tra Fr. 554.- e Fr. 374.- al mese, la gratuità della procedura, l'assenza di ripetibili da versare nonché il (relativamente) basso valore di lite (sostanzialmente Fr. 7'000.-), questo Tribunale deve concludere che l'attrice può saldare le spese legali ratealmente e in un termine adeguato senza cadere in uno stato di indigenza. Alla luce di quanto sopra esposto, risulta superfluo esaminare se le altre due condizioni necessarie per ottenere la concessione dell'assistenza giudiziaria sono adempiute considerato come già solo per la mancanza dell'indigenza l'istanza deve essere respinta. 2.15. L'attrice chiede l'assunzione di diverse prove (audizione di testi, edizione e richiamo di documenti, interrogatorio formale delle parti). Dal canto suo, la convenuta chiede che siano ascoltati \_\_\_\_\_ (collaboratrice dell'agenzia di \_\_\_\_\_) ed \_\_\_\_\_ (responsabile delle agenzie di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_). Il TCA rileva innanzitutto che le audizioni richieste possono essere rifiutate senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara ed inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (STFA dell'8 novembre 1999 nella causa H., H 74/99, consid. 5b, pag. 6; DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 ed il rinvio alla DTF prima citata). Inoltre, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri

provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA del 28 giugno 2004 nella causa S.P., H 270/03; STFA del 3 maggio 2004 nella causa D. SA, H 318/02; STFA del 5 giugno 2003 nella causa V.C. e R.G., H 268/01 e 269/01; DTF 122 II 469 consid. 4a; DTF 122 III 223 consid. 3c, DTF 120 Ib 229 consid. 2b; DTF 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito (SVR 2001 IV n. 10 pag. 28 consid. 2b; riguardo al previgente art. 4 vCost. fed, ora art. 29 cpv. 2 Cost. fed.: DTF 124 V 94 consid. 4b; DTF 122 V 162 consid. 1d; DTF 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto va rilevato come l'istanza d'audizione di testi da parte dell'attrice sia stata formulata in via generica, senza neppure indicare i dati delle persone coinvolte. Anche la richiesta di edizione di documenti è del tutto sommaria. Le prove proposte dall'assicuratore sono per contro ben definite. Tuttavia, siccome la presente causa ha potuto essere decisa sulla scorta degli atti già a disposizione di questo TCA, e che gli stessi appaiono chiari, illuminanti ed ancora non contestati nel loro contenuto, il Tribunale rinuncia all'assunzione delle ulteriori prove richieste dalle parti, poiché non potrebbero in nulla modificare l'esito della procedura. 2.16. Si osserva ancora che secondo l'art. 47 cpv. 4 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. Con lettera del 14 agosto 2003 l'UFAP ha rammentato al TCA l'obbligo di trasmettere tutte le sentenze inerenti il diritto privato emesse, precisando che l'Ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le stesse. Alla luce della citata Legge e dello scritto dell'UFAP, s'impone quindi di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza. 2.17. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. L'OG contempla in particolare la possibilità di adire il Tribunale Federale contro giudizi cantonali (art. 48 OG) in procedure di carattere non pecuniario in ambiti specifici (art. 44 OG). Rispettivamente è ammissibile il ricorso per riforma in procedure pecuniarie in specifici ambiti del diritto senza riguardo al valore pecuniario (art. 45 OG). L'art. 46 OG precisa che " Nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora 8'000 franchi almeno." Nel caso di specie, il valore litigioso è rappresentato dalle 70 indennità (dieci settimane) che, secondo l'attrice, l'assicuratore CV 1 dovrebbe versarle per l'incapacità di lavoro dovuta a gravidanza sulla scorta della garanzia trasmessale in tal senso da una dipendente della cassa malati in virtù dell'assicurazione per perdita di guadagno in vigore dal 1° gennaio 2002. Ritenuto come un'indennità giornaliera corrisponda a Fr. 100.-, si ottiene un ammontare di Fr. 7'000.-, da cui andrebbero dedotte le indennità effettivamente versate. Siccome tale importo è inferiore ai succitati Fr. 8'000.-, non sono dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.