

TI_GERICHTE 36.2005.12 vom 28. November 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-11-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2005.12

FR: TI_GERICHTE 36.2005.12 du 28 novembre 2005

IT: TI_GERICHTE 36.2005.12 del 28 novembre 2005

Regeste

Validità di un contratto assicurativo se l'assicurata soffriva di una malattia già al momento dell'entrata in vigore del medesimo. Interpretazione delle CGA.

Erwägungen

E. 6

LCA e quindi rimettendo in vigore le coperture complementari disdette il 12 novembre 2004 per reticenza dell'attrice. Tuttavia, parte convenuta ha ritenuto ugualmente di non dover corrispondere all'assicurata delle indennità per perdita di guadagno a motivo che l'art. 4.1.1 CGA escludeva la possibilità di erogare delle prestazioni in relazione con la discopatia poiché già presente al momento della stipulazione del contratto assicurativo.

2.3. L'art. 4 CGA tratta dei limiti della copertura assicurativa. L'art. 4.1 CGA elenca 16 casi d'esclusione dall'assicurazione. È sul primo di questi casi che la convenuta si basa per rifiutare di erogare all'assicurata delle indennità per perdita di guadagno a motivo della malattia che dal 1° agosto 2004 l'ha resa inabile al lavoro. Giusta l'art. 4.1.1 CGA, sono escluse dall'assicurazione le affezioni oggetto di una riserva. Allo stesso modo, le affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione quando l'assicurato beneficiava di prestazioni analoghe presso un altro assicuratore o, altrimenti, al momento dell'entrata in vigore del contratto, come pure i postumi d'infortuni sopraggiunti prima dell'entrata in vigore del contratto. La questione verte sull'interpretazione di questa disposizione, in particolare sulla seconda parte della seconda frase. Per l'attrice, con "affezioni in corso al momento dell'entrata in vigore del contratto" devono essere intese unicamente quelle affezioni comparse tra la sottoscrizione della proposta assicurativa ed il momento dell'entrata in vigore della copertura. Questa ipotesi si realizzerebbe soltanto nel caso in cui le affezioni non sono note né all'assicurato né all'assicuratore, poiché non ancora presenti al momento della firma della proposta assicurativa. Secondo l'assicuratore, AT 1 soffriva di discopatia già al momento dell'entrata in vigore della polizza assicurativa.

2.4. Per interpretare i contratti d'assicurazione privata bisogna applicare le regole generali d'interpretazione del diritto privato (per rinvio dell'art. 100 LCA; STF in RUA XIX n. 55). In particolare, è necessario fondarsi sulle regole generali tratte dalla dottrina e dalla giurisprudenza dall'art. 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 la possibilità d'interpretarla (DTF 127 III 44 consid. 1b). Occorre 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 seg.). 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). 2.5. 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 a dipendenza della discopatia di cui è affetta l'

attrice, occorrerebbe quindi ricercare il senso che le parti potevano e dovevano dare, in buona fede, alla clausola dell'art. 4.1.1 CGA, 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. 4.1.1 CGA non lascia spazio a divergenze interpretative. 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 della Cassa malati, per la parte concernente l'oggetto in discussione, deve essere semplicemente intesa nel senso che l'assicuratore non prende a carico le affezioni esistenti al momento dell'entrata in vigore del nuovo contratto. La condizione della percezione di prestazioni analoghe da parte dell'assicurato presso un altro assicuratore va abbinata soltanto alla prima ipotesi, ovvero al caso d'esclusione dall'assicurazione delle affezioni in corso al momento della firma della proposta assicurativa. Essa non ha nulla a che vedere con la seconda ipotesi applicabile al caso in disamina, la quale va considerata ed interpretata di per se stessa.

2.6. Trasponendo questi concetti alla situazione che qui ci occupa, va dunque determinato da un lato il momento dell'entrata in vigore della copertura assicurativa d'indennità giornaliera per perdita di guadagno. D'altro lato, quando è sorta l'affezione che è alla base della richiesta dell'attrice di percepire delle indennità giornaliere. Dalla documentazione agli atti risulta che il 18 gennaio 2003 (doc. B) parte attrice ha sottoscritto una proposta d'assicurazione relativa sia alle cure di base in virtù della LAMal, sia a quattro coperture complementari rette dalla LCA. Nelle indicazioni generali presenti prima dello spazio per apporre la firma dello stipulante e dell'agente, figura che l'entrata in vigore dell'assicurazione _____ è prevista per il 1° gennaio 2003, mentre l'entrata in vigore delle assicurazioni complementari è stata anch'essa inizialmente stabilita per il 1° gennaio 2003, poi corretta dalla stipulante stessa nel 1° marzo 2003 (doc. 19). Il modulo prestampato indica ancora che la scadenza del premio LCA è fissata al 1° gennaio e la durata minima del contratto per le coperture LCA è di cinque anni; le CGA applicabili sono del 2001. Il formulario d'iscrizione si completa poi come segue: "Dichiaro di aver risposto con precisione ed esattezza al presente questionario. Assumo la mia sola responsabilità nelle risposte fornite, anche se queste ultime sono state trascritte da un terzo. Sono al corrente che in caso di false dichiarazioni mi espongo ad una sanzione che può andare fino alla mancata copertura. Ho ricevuto un esemplare delle condizioni di _____ e CV 1. Autorizzo tutti i medici a dare ad CV 1 tutte le informazioni relative al mio stato di salute. Ho in particolar modo preso conoscenza dei limiti delle coperture ai sensi dell'articolo 4.1 delle Condizioni generali _____ CV 1. Mi impegno ad accettare la polizza se, da parte sua, CV 1 accetta la presente proposta entro 14 giorni quando si tratta di un'assicurazione senza inchiesta medica o entro 4 settimane quando l'assicurazione è subordinata a tali accertamenti." (sottolineatura della redattrice). È indubbio, dunque, come peraltro conferma l'attestato d'assicurazione rilasciato dall'assicuratore (doc. A2), che le quattro coperture complementari stipulate dall'attrice sono regolarmente entrate in vigore il 1° marzo 2003.

2.7. Più problematica è la determinazione del momento in cui è sorta l'affezione che ha provocato l'inabilità lavorativa dell'assicurata. Nel corso del 2002 l'attrice ha iniziato a soffrire di dolori alla schiena (docc. G, N, R, XXII e XXVII). L'

E. 11

(doc. B) ed il 27 dicembre 2002 (doc. D) AT 1 si è quindi recata dal suo medico curante dr. med. _____, il quale le ha organizzato per il 9 gennaio 2003 presso l'Ospedale Regionale di _____ una TAC del rachide lombare e ad una radiografia del bacino per

sospetta discopatia L5/S1. Il capo del servizio di radiologia ha diagnosticato una discopatia cronica degenerativa avanzata L5/S1 con ernia discale paramediana a destra grado III con contatto radicolare S1 a destra più che a sinistra; modica protrusione discale diffusa L4/5 (doc. C e 26). Il 23 gennaio 2003 (doc. D) l'attrice si è nuovamente recata dal suo medico curante per l'acutizzarsi dei dolori lombari. In quell'occasione le è pure stata comunicata la succitata diagnosi di discopatia ed è stato organizzato un consulto specialistico presso il dottor _____, specialista in medicina interna ed in reumatologia. Quest'ultimo, che l'aveva già avuta in cura, ha visitato l'assicurata il 10 febbraio 2003 (doc. E) ed ha risolto per una discartrosi L5/S1 con piccola ernia discale medio-laterale destra, iniziale discopatia L4/5; rachialgie a carattere infiammatorio e poliartralgie sospette per un reumatismo flogistico (spondilartropatia) ed iniziale osteoporosi post-menopausale. Il successivo 28 febbraio (doc. F) l'attrice si è sottoposta ad una risonanza magnetica presso l'Istituto radiologico _____, il quale ha confermato la presenza di un'ernia discale a base larga contenuta L4-L5, osteocondrosi L5-S1 con piccola ernia paramediana destra; lieve spondilartrosi probabilmente attivata a livello L4-L5; nessun segno diretto per radicolopatie o per sacroileiti. Anche l'esame del 19 luglio 2004 (doc. G) esperito dallo specialista in neurochirurgia dr. med. _____ ha rilevato un'importante sindrome lombovertebrale nell'ambito di una discopatia L4/5 e L5/S1. Se, prima del giugno 2004, i dolori alla schiena erano soltanto fastidiosi e talvolta insopportabili ma passavano con l'assunzione di medicinali, da quel momento le predette affezioni hanno invece impedito all'attrice di esercitare la sua attività lavorativa. La stessa ha in proposito affermato che "Ho avuto un primo blocco nel corso di luglio ed un secondo a fine luglio inizio agosto; quest'ultimo mi ha impedito di eseguire l'attività lavorativa, mentre per il primo ero in ferie e sono rimasta a _____." (doc. XXII pag. 2). Ciò ha comportato che dal 1° agosto 2004 (doc. 32) in poi l'assicurata non ha più potuto svolgere la sua attività lavorativa, tanto che nel mese di maggio 2005 ha inoltrato richiesta al competente ufficio per percepire una rendita di invalidità (doc. XXII pag. 2). I certificati medici prodotti agli atti nel loro insieme e singolarmente comprovano incontrovertibilmente che nel marzo 2003, ovvero al momento dell'entrata in vigore delle quattro assicurazioni complementari e segnatamente della copertura per l'indennità giornaliera per perdita di guadagno, la discopatia era da tempo presente ed era pure stata indicata alla diretta interessata; e ciò, ben prima del luglio 2004. In effetti, interrogato dal TCA in merito all'apparizione di questa affezione, il dr. med. _____ ha affermato che "Tenendo conto della gravità nei processi degenerativi già presenti nel 2003 sono dell'opinione che questi risalgano ad un periodo antecedente al 2000" (doc. XXVII: risposta n. 1), quindi che "Dal punto di vista clinico probabilmente nel 2002 la paziente era già sofferente di un'importante sindrome lombovertebrale. Infatti la paziente stessa mi ha confermato di accusare dolori da quell'epoca. Dal punto di vista neuroradiologico probabilmente i processi degenerativi (in particolare la sclerosi sottocondrale dei piatti vertebrali in L5/S1) erano già avanzati ed antecedenti all'anno 2000." (doc. XXVII: risposta n. 4). Di conseguenza, la tesi di parte attrice appare infondata e va respinta. Come ammesso dall'interessata medesima, infatti, la prima persona che l'ha informata sul suo stato di salute è stato il suo medico curante, il 23 gennaio 2003, una volta in possesso dell'esito della Tac effettuata il 9 gennaio (doc. I punto C pag. 3: "di questa diagnosi l'assicurata venne a conoscenza unicamente il successivo 23 gennaio 2003"). Va ricordato, poi, che anche il dr. med. _____ l'ha visitata il 10 febbraio successivo e che la risonanza magnetica chiesta dallo specialista in reumatologia è stata effettuata il 28 febbraio 2003; poi, il 3 marzo 2003 l'Istituto radiologico ha comunicato l'esito dell'

esame ai predetti medici. La discopatia era evidentemente presente al 1° marzo 2003. Stante quanto precede, in applicazione dell' art. 4.1.1 CGA l' assicuratore non è tenuto a versare all' attrice delle indennità giornaliere per perdita di guadagno a causa della discopatia L5/S1 e L4/5 esistente al momento della stipulazione della copertura assicurativa _____, che l' ha resa inabile al lavoro nella misura del 100% dal 1° agosto 2004. Ne discende, quindi, che la petizione va respinta. 2.8. 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 in esame, il valore litigioso è rappresentato dalle 720 indennità giornaliere (dedotti i 31 giorni d' attesa) che la Cassa malati CV 1 dovrebbe versare all' attrice a dipendenza della sua incapacità di lavoro sorta il 1° agosto 2004 a causa di una discopatia. Ritenuto come un'indennità giornaliera corrisponda a Fr. 100.- (doc. A2), l' importo totale supera facilmente i succitati Fr. 8'000.-, per cui sono dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna. 2.9. 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.

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