

## **TI\_GERICHTE 36.2007.132 vom 13. März 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-03-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2007.132\\_d20070313](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2007.132_d20070313)

FR: TI\_GERICHTE 36.2007.132 du 13 mars 2007

IT: TI\_GERICHTE 36.2007.132 del 13 marzo 2007

### **Regeste**

Indennità perdita di guadagno.Sovrassicurazione.Lavoratore ha diritto di pretesa diretta verso l'assicuratore,anche se non è parte al contratto e se IPG sono versate al datore di lavoro.Assicurazione di danno/somma.Rendita AI + salario (IPG) ricevuti superano prestazione assicurata. Restituzione ok

### **Erwägungen**

#### **E. 26**

luglio 2007, consid. 3.1). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constatata che uno dei contraenti non ha compreso la reale volontà espressa dall'altro, il giudice ricercherà il senso che le parti potevano e dovevano attribuire alle reciproche manifestazioni di volontà (principio dell'affidamento: STF 4A\_34/2007, consid. 3.1; STF 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 126 III 119 consid. 2a; DTF 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze che hanno caratterizzato la conclusione del contratto (DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 125 III 305 consid. 2b). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari; dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (STF 5C.13/2006, consid. 3.2; DTF 128 III 212 consid. 2b/bb pag. 215, consid. 3c pag. 221; DTF 127 III 444 consid. 1b; Christine Chappuis, Note à propos des ATF 127 III 318 et 127 III 444: l'interprétation d'un texte clair, in: SJ 2002 I pag. 155). Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio "in dubio contra stipulatorem", in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 in fine LCA ne è un'espressione (STF 5C.13/2006, consid. 3.2; DTF 115 II 264 consid. 5a pag. 269). Perché questa regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (DTF 122 III 118 consid. 2d; DTF 118 II 342 consid. 1a pag. 344). 2.5. In concreto, rilevanti, per la verifica della fondatezza della pretesa della convenuta, sono le Condizioni generali d'assicurazione (in seguito CGA), nonché la LCA e il CO che costituiscono il fondamento legale su cui poggia il rapporto fra le parti. L'art. 6.1 CGA, edizione 1° gennaio 1999/2000 applicabile al contratto in essere, prevede che, con riserva di accordi

contrattuali divergenti, per i dipendenti è assicurato il salario AVS, rispettivamente una percentuale dello stesso. Quale base per la determinazione delle indennità giornaliere vale l'ultimo salario percepito prima dell'inizio del caso d'assicurazione. In caso di guadagno irregolare, si considera la media dal momento dell'assunzione, al massimo comunque degli ultimi 12 mesi. Giusta l'art. 6.3 CGA, la massima prestazione assicurabile ammonta a Fr. 200'000.- per persona ed anno. L'art. 13.1 CGA recita che l'indennità giornaliera viene corrisposta, in caso d'incapacità lavorativa di almeno il 25%, in proporzione al grado dell'incapacità lavorativa stessa. Per l'art. 15 CGA, l'obbligo di prestazione inizia dopo decorrenza del periodo di differimento convenuto nella polizza. Quanto alla durata delle prestazioni, CO 1 corrisponde l'indennità giornaliera per caso di sinistro, per la durata di fruizione delle prestazioni indicata nella polizza, previa deduzione del periodo di differimento convenuto. I giorni d'incapacità lavorativa parziale contano come giorni interi (art. 17.1 CGA). Il calcolo dell'ammontare dell'indennità giornaliera avviene tramite conversione del salario assicurato in un anno intero e divisione della somma annua assicurata per 365, rispettivamente per 366 negli anni bisestili (art. 20 CGA). Queste caratteristiche differiscono dagli elementi presenti nel contratto d'assicurazione collettiva stipulato dal datore di lavoro dell'attore con l'assicuratore. La polizza n. \_\_\_\_\_ prevede una copertura totale del salario dal 31esimo giorno di malattia, diminuita al 50% dal 361esimo giorno. La durata massima delle prestazioni riconosciute dall'assicuratore è di 730 giorni per ogni caso di malattia (doc. 1). Nella fattispecie, dunque, le parti hanno convenuto una copertura particolare in funzione del Regolamento interno del datore di lavoro (doc. B). Detto Regolamento contempla appunto che il dipendente impedito di lavorare per malattia o infortunio non professionale ha diritto allo stipendio intero per i primi 360 giorni e al 50% dello stesso per i successivi 360 giorni. In caso d'incapacità parziale l'assenza viene conteggiata proporzionalmente al grado d'inabilità. Ciò comporta che si instaura una surrogazione nei diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore chiamato a rispondere della sua malattia. Infatti, l'art. 51 del citato Regolamento prevede che le indennità giornaliere o le rendite versate dall'assicurazione federale per l'invalidità spettano al datore di lavoro ritenuto che lo stipendio di cui all'art. 46 è pagato integralmente. Le indennità versate dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e dall'assicurazione militare spettano al datore di lavoro sino alla copertura dello stipendio corrisposto; se esse sono superiori l'eccedenza spetta al dipendente. Il datore di lavoro subentra fino a copertura dello stipendio corrisposto nei diritti del dipendente contro il terzo responsabile. Sebbene non sia espressamente regolata, d'avviso di questo Tribunale, la surrogazione del datore di lavoro all'assicurato in caso di malattia ricalca la regolamentazione per l'invalidità. Come visto, in virtù dell'art. 87 LCA il diritto alle prestazioni assicurative spetta per legge direttamente al lavoratore, poiché il datore di lavoro si libera dal suo obbligo di continuare a versargli il salario. In concreto, la regolamentazione esposta sembra violare questo principio, siccome in caso di malattia e/o infortunio l'assicurato continua a ricevere il proprio salario dal datore di lavoro. Tuttavia, la soluzione adottata da quest'ultimo si rivela essere valida, siccome costruita sulla scorta dell'art. 98 cpv. 1 LCA, il quale permette che il principio contenuto nell'art. 87 LCA possa essere modificato, mediante convenzione, se non v'è danno per lo stipulante o l'avente diritto. Ora, con la summenzionata regolamentazione instaurata dal datore di lavoro dell'attore, sulla quale si sono fondate le parti nella conclusione della polizza \_\_\_\_\_ in esame, l'assicurato non subisce alcun danno in caso di malattia e/o infortunio. Infatti, egli continua a ricevere il proprio stipendio come se alcun evento coperto dalla citata

polizza fosse mai intervenuto. Nell' evenienza particolare, dunque, si ha la situazione inversa a quella evidenziata dalla giurisprudenza e derivante dagli artt. 87 LCA e 112 CO: è in effetti il datore di lavoro che continua a versare al lavoratore ammalato il suo stipendio, mentre è l' assicuratore a versare al datore di lavoro - e non al lavoratore - le indennità giornaliere a cui ha diritto il dipendente in funzione della sua malattia. Di conseguenza, la surrogazione, così come regolata dal datore di lavoro, prevede poi che le indennità giornaliere o le rendite versate dall'AI siano direttamente corrisposte al datore di lavoro – e non all'assicurato – in compensazione del salario che il primo continua a versare al secondo. Quanto esposto rispetta inoltre l'art. 24.2 CGA, che recita che se non viene convenuto altrimenti, le prestazioni vengono pagate allo stipulante l'assicurazione, in specie il datore di lavoro. Resta riservato il diritto proprio del beneficiario giusta l'art. 87 LCA a cui però, in concreto, non è stato fatto riferimento. Per quanto concerne il guadagno sull' assicurazione, l' art. 21 cpv. 1 CGA prevede che il diritto alle prestazioni assicurate esiste soltanto nella misura in cui la persona assicurata non tragga un guadagno dalle stesse. Giusta l' art. 21 cpv. 2 CGA, sono considerate guadagno sull' assicurazione tutte le prestazioni che eccedono la copertura del reddito derivante dal lavoro della persona assicurata. Fanno eccezione le prestazioni delle assicurazioni di somme. Infine, per l' art. 21.3 CGA la persona assicurata è tenuta a documentare la perdita di guadagno, altrimenti non esiste nessun diritto alle prestazioni. Dal tenore delle condizioni generali menzionate risulta che il diritto all'indennità giornaliera per perdita di guadagno previsto dalla polizza assicurativa è subordinato alla circostanza che l' assicurato subisca una perdita effettiva sul piano economico. L' importo viene calcolato sulla base dell' ultimo salario percepito prima dell' inizio del caso d' assicurazione (art. 6.1 CGA). Interpretate alla luce del principio dell'affidamento (art. 18 CO; DTF 122 III 118 consid. 2a pag. 121 e riferimenti; DTF 112 II 245 consid. II/1c pag. 253), la polizza assicurativa e le condizioni generali possono essere comprese solo nel senso che il rischio coperto dal contratto è la perdita di guadagno effettiva, subita a causa di un'incapacità di guadagno causata da una malattia o da un infortunio. Quindi, deve essere dimostrata una perdita di guadagno effettiva, in quanto presupposto necessario per l'assegnazione delle indennità giornaliere.

2.6. In merito al tema della sovrassicurazione qui in discussione, secondo l' art. 22.1 CGA per i dipendenti, le prestazioni secondo questa assicurazione, ad eccezione di diritti contemporanei dalle assicurazioni d' indennità giornaliera secondo LAMal, vengono corrisposte sempre a complemento delle prestazioni di assicurazioni sociali ed assicurazioni secondo LPP. CO 1 completa le prestazioni fino all' ammontare della prestazione assicurata . Per l' art. 22.4 CGA, se per le conseguenze della malattia o dell' infortunio ci sono terzi responsabili, tenuti a corrispondere prestazioni, CO 1 accorda le sue prestazioni, con riserva della cifra 23, solo quando tali terzi hanno corrisposto le loro prestazioni e soltanto nella misura in cui, tenuto conto delle prestazioni di terzi, non ne risulti un guadagno per la persona assicurata. Secondo l' art. 23.1 CGA, CO 1 può anticipare le prestazioni a condizione che lo stipulante l' assicurazione e le persone assicurate le cedano i loro diritti nei confronti dei terzi tenuti a prestazione fino a concorrenza delle prestazioni da lei corrisposte e si impegnino a non intraprendere nulla che potrebbe ostacolare l' eventuale diritto di regresso nei confronti di terzi. Dal chiaro tenore delle CGA emerge che le parti hanno inteso concludere un'assicurazione che copre, in caso di versamento di prestazioni da parte di altri assicuratori sociali (LAINF, assicurazione militare o assicurazione invalidità), unicamente la differenza tra l'importo della prestazione assicurata e l'ammontare complessivo versato dagli altri assicuratori (cfr. anche STCA del 4 agosto 2004, 36.2003.95).

2.7. Nel dettaglio, sulla

scorta di quanto annunciato l' 11 aprile 2005 dal datore di lavoro in occasione della comparsa, tre giorni prima, della malattia dell' attore (doc. 3), l' assicuratore ha ritenuto un salario annuo di Fr. 61 ' 195.- per 40 ore di lavoro alla settimana. Considerata un' inabilità lavorativa del 100% dal 7 marzo 2006 al 27 agosto 2006 e del 50% dal 28 agosto 2006 al 28 febbraio 2007, con una perdita contrattuale di salario del 50% trattandosi del secondo anno di malattia, il convenuto ha erogato al datore di lavoro delle prestazioni ammontanti complessivamente a Fr. 22 ' 340,55, come risulta dal conteggio della sovrassicurazione (doc. A) e dai giustificativi di versamento (docc. 15-32). Inoltre, dal 1° marzo 2006 al 28 febbraio 2007 l' UAI ha calcolato un diritto alla mezza rendita d' invalidità per l' attore di complessivi Fr. 12 ' 648.- ([Fr. 1'049.- x 10 mesi] + [Fr. 1'079.- x 2 mesi]), di cui Fr. 7 ' 637.- sono stati direttamente versati al datore di lavoro dell' assicurato e la differenza di Fr. 5 ' 011.- a quest' ultimo (doc. C). La somma (Fr. 34 ' 785,55) delle prestazioni versate da CO 1 dal 7 marzo 2006 al 28 febbraio 2007 (Fr. 22 ' 340,55) e delle rendite d' invalidità incassate dall' attore per il medesimo periodo (Fr. 12 ' 445.-) comporta, a dire dell' assicuratore, un sovraindennizzo di Fr. 12 ' 445.-. L' assicuratore ha quindi chiesto all' attore la restituzione della somma di Fr. 5 ' 011.- (ed al datore di lavoro la differenza pari a Fr. 7 ' 434.-, doc. 6), poiché egli, oltre alle indennità giornaliere già incassate, ha pure ricevuto una rendita d' invalidità per lo stesso periodo di malattia, arricchendosi di conseguenza di questo importo. 2.8. Innanzitutto va osservato che la critica dell'attore rivolta alla determinazione dell'indennità giornaliera stessa è infondata. Infatti, i certificati attestanti il salario annuo percepito nel 2006 e nel 2007 sono ininfluenti (docc. D1 e D2). Come visto, in effetti, quale base per la sua determinazione vale l'ultimo salario percepito prima dell' inizio del caso d' assicurazione (art. 6.1 CGA). Quindi, in virtù della polizza n. \_\_\_\_\_, la prestazione assicurata da CO 1 all' attore va giustamente calcolata, dal 31esimo al 730 giorno di malattia, ritenendo uno stipendio annuo di Fr. 61 ' 195.- così come annunciato dal datore di lavoro all' assicuratore in occasione dell' inizio, nell' aprile 2005 (doc. 3), della malattia che anche nel 2006 e nel 2007 – almeno fino al 28 febbraio – ha reso l' assicurato inabile al lavoro. L' indennità giornaliera viene dunque quantificata sulla base dello stipendio annuo determinante e per un' inabilità totale ammonta a Fr. 167,658 (Fr. 61 ' 195.- : 365 giorni). Dal 361esimo giorno al 730esimo giorno di incapacità lavorativa, va invece contrattualmente ritenuto un salario determinante del 50%, quindi ammontante a Fr. 30 ' 597.-. Ciò comporta che l' indennità giornaliera è pari a Fr. 83,829 se l' inabilità lavorativa è del 100% ed a Fr. 41,915 quando l' attore è incapace al 50%. L' assicuratore ha in seguito calcolato le indennità giornaliere versate (al datore di lavoro, docc. 15-32) basandosi sul grado di incapacità lavorativa dell' attore e sul numero di giorni di assenza per malattia nel periodo dal 7 marzo 2006 al 28 febbraio 2007 (359 giorni di malattia), per ottenere Fr. 22 ' 340,55 ([Fr. 83,829 x (25 giorni di marzo 2006 + 30 giorni di aprile 2006 + 31 giorni di maggio 2006 + 30 giorni di giugno 2006 + 31 giorni di luglio 2006 + 27 giorni di agosto 2006)] + [Fr. 41,915 x (4 giorni di agosto 2006 + 30 giorni di settembre 2006 + 31 giorni di ottobre 2006 + 30 giorni di novembre 2006 + 31 giorni di dicembre 2006 + 31 giorni di gennaio 2007 + 28 giorni di febbraio 2007)]). Questo importo rappresenta le prestazioni assicurate dal convenuto all' attore durante la sua malattia, ma versate al suo datore di lavoro. Esso deriva dalla somma delle indennità giornaliere conteggiate mensilmente al 50% quando l' inabilità lavorativa era del 100% ed al 25% (50% del 50%) quando l' inabilità era del 50%, siccome, come visto, per il secondo anno di malattia la perdita salariale era stata contrattualmente stabilita al 50%. 2.9. Per determinare l' esistenza di un sovraindennizzo nel periodo dal 7 marzo 2006 al 28 febbraio 2007, occorre

comparare l'importo di cui l'attore è stato presumibilmente privato in seguito all'evento assicurato con gli importi delle prestazioni ricevute. Dal 7 marzo 2006 al 27 agosto 2006 l'attore era inabile al lavoro al 100%, quindi in teoria ha subito una perdita di guadagno completa, ma in pratica solo del 50%, poiché, va ribadito, per il secondo anno di malattia, ossia dal 7 marzo 2006 al 7 marzo 2007, egli era contrattualmente coperto da CO 1 per il 50% del suo salario. Di conseguenza, per questi cinque mesi e mezzo, la sua perdita di guadagno è stata assicurata dall'assicuratore convenuto nella misura di Fr. 83,829 al giorno (Fr. 167,658 : 2). Per il periodo successivo, l'attore è stato inabile al lavoro al 50% dal

## **E. 28**

agosto 2006 al 28 febbraio 2007. Ciò significa che egli ha continuato a lavorare al 50% e per il restante tempo ha avuto diritto alle indennità giornaliere per malattia. Concretamente, questa situazione si è tradotta con il versamento delle indennità giornaliere al datore di lavoro, mentre quest'ultimo, in virtù del contratto di lavoro fra di essi, ha continuato a versare all'assicurato il salario intero. Queste indennità per perdita di guadagno vanno dunque calcolate tenendo presenti sia la percentuale di incapacità lavorativa (50%) sia la perdita di guadagno assicurata (50%), perciò esse assommano ad un quarto dell'indennità giornaliera di partenza (Fr. 167,658), quindi a Fr. 41,915. Tutto ben considerato, nel periodo dal 7 marzo 2006 al 28 febbraio 2007 le prestazioni assicurate a cui l'attore aveva diritto ammontano a Fr. 22'340,55, somma che corrisponde a quanto l'assicuratore ha già versato - al datore di lavoro - a favore di RI 1. Il calcolo effettuato dall'assicuratore va pertanto confermato, poiché rispettoso delle condizioni contrattuali. Quanto all'ammontare effettivamente incassato dall'attore, d'un canto v'è la rendita AI (Fr. 12'445.-) che egli ha ricevuto solo parzialmente (Fr. 5'011.-). D'altro canto, vi sono le indennità giornaliere che egli ha percepito sotto forma di salario in funzione del contratto di lavoro in essere con il suo datore di lavoro. L'attore ha pertanto conseguito un importo complessivo (teorico) pari a Fr. 34'785,55 (Fr. 22'340,55 [indennità giornaliera dell'assicuratore malattie] + Fr. 12'445.- [rendita AI]). Ora, in applicazione dell'art. 22.1 CGA (cfr. consid. 2.6), CO 1 completa le prestazioni fino all'ammontare della prestazione assicurata. Ma siccome la prestazione assicurata all'attore nel summenzionato periodo, ovvero l'importo a cui egli aveva diritto, corrisponde alla somma delle indennità giornaliere che l'assicuratore gli ha già versato (Fr. 22'340,55), la prestazione sociale ricevuta dall'assicurazione invalidità comporta un sovraindennizzo di Fr. 12'445.- (Fr. 34'785.- - Fr. 22'340.-), come correttamente stabilito dall'assicuratore. Tuttavia, dato che l'U AI ha versato Fr. 7'637.- (doc. C) al datore di lavoro che ha anticipato all'attore l'erogazione della rendita dell'assicurazione invalidità, rimane soltanto scoperto l'importo di Fr. 5'011.- (Fr. 12'445.- - Fr. 7'637.-), che l'assicuratore può ora chiedere alla parte attrice quale sovraindennizzo. In queste condizioni, in applicazione dell'art. 62 CO l'assicuratore ha giustamente chiesto all'attore la restituzione dell'importo versato in troppo, poiché, occorre ribadirlo, le indennità degli assicuratori privati intervengono sempre a complemento delle prestazioni delle assicurazioni sociali (art. 22.1 CGA). La richiesta di CO 1 in tal senso, la quale ha versato le indennità giornaliere all'attore credendo di essere debitrice di tale prestazione quando ancora non era a conoscenza dell'importo della rendita AI che l'assicurato ha poi ottenuto il 13 marzo 2007 retroattivamente dal 1° marzo 2006 (cfr. anche DTF 124 II 570, consid. 4e, 127 V 252, 128 V 236, SVR 1995 BVG Nr. 27, SZS 1997 pag. 228 seg.), risulta pertanto essere corretta. Stanti le considerazioni che precedono, la petizione va respinta. 2.10. Con il 1° gennaio 2007 è entrata in vigore la legge federale sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF), applicabile in concreto poiché, per l'art. 132 cpv. 1 LTF, la nuova legge si

applica ai procedimenti promossi dinanzi al Tribunale federale dopo la sua entrata in vigore; ai procedimenti su ricorso si applica soltanto se la decisione impugnata è stata pronunciata dopo la sua entrata in vigore. A proposito della materia qui in questione (causa di diritto civile), la nuova legge prevede la via del ricorso in materia civile (art. 72 cpv. 1 LTF; cfr. anche l'art. 72 cpv. 2 LTF, che elenca quali altre decisioni soggiacciono al ricorso in materia civile). Giusta l'art. 74 cpv. 1 lett. b LTF, nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta a Fr. 30'000.-. Quando il valore litigioso non raggiunge questo importo, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF). Per l'art. 75 cpv. 1 LTF, il ricorso è ammissibile contro le decisioni pronunciate dalle autorità cantonali di ultima istanza e dal Tribunale amministrativo federale. L'art. 95 LTF prevede che il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale (lett. a), del diritto internazionale (lett. b), dei diritti costituzionali cantonali (lett. c), delle disposizioni cantonali in materia di diritto di voto dei cittadini e di elezioni e votazioni popolari (lett. d), del diritto intercantonale (lett. e). A norma dell'art. 97 cpv. 1 LTF, il ricorrente può censurare l'accertamento dei fatti soltanto se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95 e l'eliminazione del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento. Possono essere addotti nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore. Non sono ammissibili nuove conclusioni (art. 99 LTF). Il ricorso contro una decisione deve essere depositato presso il Tribunale federale entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF). Per l'art. 100 cpv. 7 LTF, il ricorso per denegata o ritardata giustizia può essere interposto in ogni tempo. Di regola, il ricorso non ha effetto sospensivo (art. 103 cpv. 1 LTF). Nei limiti delle conclusioni presentate, il ricorso ha effetto sospensivo in materia civile se è diretto contro una sentenza costitutiva (art. 103 cpv. 2 lett. a LTF). Secondo l'art. 105 LTF, il Tribunale federale fonda la sua sentenza sui fatti accertati dall'autorità inferiore, riservato il caso in cui l'accertamento è stato fatto in modo inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95. Giusta l'art. 107 cpv. 1 LTF, il Tribunale federale non può andare oltre le conclusioni delle parti. Va ancora rilevato che, laddove non sia ammissibile il ricorso ordinario in materia civile, è aperta la via del ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 LTF). A norma dell'art. 116 LTF, con questo ricorso può essere censurata la violazione di diritti costituzionali. A proposito del ricorso in materia costituzionale, va evidenziato come, affinché sia ammissibile, è necessario che il ricorso ordinario sia escluso, o perché il valore litigioso non è raggiunto o perché il caso figura in un catalogo di eccezioni, che la decisione impugnata emani da un'autorità cantonale di ultima istanza e che venga fatta valere una censura in ambito di diritto costituzionale (cfr., a questo proposito, Bernard Corboz, Introduction à la nouvelle loi sur le Tribunal fédéral, SJ 2006, n. 8, pag. 319 segg., in particolare pag. 351 segg.). In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalla richiesta dell'attore di non restituire all'assicuratore la somma di Fr. 5'011.-. Questo importo non raggiunge la soglia minima di Fr. 30'000.-, perciò, trattandosi di una causa di carattere pecuniario, non sono dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile al Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF). In queste circostanze, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF). Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 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; s'impone perciò 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.