

TI_GERICHTE 36.2007.26 vom 9. August 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-08-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2007.26

FR: TI_GERICHTE 36.2007.26 du 9 août 2007

IT: TI_GERICHTE 36.2007.26 del 9 agosto 2007

Regeste

Calcolo dell'indennità giornaliera da versare all'assicurato. Differenza tra l'assicurazione di danno e l'assicurazione di somma. Interpretazione delle condizioni generali d'assicurazione.

Erwägungen

E. 9

ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2; DTF 118 II 342 consid. 1a pag. 344). Dovendosi determinare il contenuto di un contratto d'assicurazione e delle condizioni generali che ne formano parte integrante, il giudice deve, come per ogni altro contratto, ricorrere in primo luogo alla cosiddetta interpretazione soggettiva, ovvero ricercare la “vera e concorde volontà dei contraenti”, se del caso in modo empirico, basandosi su indizi (art. 18 cpv. 1 CO; STF del 9 ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constata 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 del 9 ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5; 126 III 119 consid. 2a; 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; 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 del 9 ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2, DTF 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c). 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 LCA ne è un'espressione (STF del 9 ottobre 2006, 5C.13/2006 consid. 3.2, DTF 115 II 264 consid. 5a). 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; 118 II consid. 1a). 2.5. In concreto l'art. _____ delle condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera _____ secondo LCA (di seguito: CGA), 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. Per l'art. _____ per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende ed i loro familiari, nella misura in cui questi ultimi non figurino nella contabilità salariale, la stipulazione dell'assicurazione avviene in base a somme salariali annue fisse. A norma dell'art. _____ CGA la massima prestazione assicurabile ammonta a CHF 200'000.-- per persona ed anno. L'art. _____ CGA (calcolo dell'indennità giornaliera), prevede che 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. A norma dell'art. _____ CGA il diritto alle prestazioni assicurate esiste soltanto nella misura in cui la persona assicurata non tragga un guadagno dalle stesse. 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 (art. _____ CGA). La persona assicurata è tenuta a documentare la perdita di guadagno, altrimenti non esiste nessun diritto alle prestazioni (art. _____ CGA). L'art. _____ CGA prevede 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. _____ CGA per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende ed i loro familiari, nella misura in cui questi ultimi non figurino nella contabilità salariale, è determinante un'incapacità lavorativa di almeno il 50%.

2.6. Dal tenore delle condizioni generali menzionate risulta che il diritto all'indennità giornaliera per perdita di guadagno previsto dalla polizza assicurativa è subordinata alla circostanza che l'assicurata subisca una perdita effettiva sul piano economico. L'importo fisso (fr. 180'000) è previsto non solo in funzione del grado dell'incapacità lavorativa dell'assicurata, ma anche delle conseguenze economiche reali del sinistro per l'interessata. Il fatto che la polizza menzioni un importo annuo di fr. 180'000 non permette di dedurre il contrario. Questa somma corrisponde all'ammontare massimo assicurato, ossia l'importo più elevato in caso di sinistro. La fissazione di questo importo (cfr. art. 69 LCA: somma assicurata) non impedisce che solo il danno effettivo sia coperto (cfr. STF del 19 aprile 2007 nella causa 5C.243/2006, consid. 3.2; nonché la STCA del 21 marzo 2002, inc. 36.2001.22, dove questo Tribunale aveva tratto le medesime conclusioni a proposito di un'assicurazione che aveva un tenore simile a quello dell'art. _____ CGA attuale). Interpretate alla luce del principio dell'affidamento (cfr. 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 un infortunio. Pertanto, l'importo di fr. 180'000, indicato nella polizza di assicurazione d'indennità giornaliera, nella casella "somma salariale fissa" (doc. 1), altro non è che il reddito annuo presumibile dell'assicurata e non la "somma" da rimborsare in caso di perdita di guadagno. Quindi, dev'essere dimostrata una perdita di guadagno effettiva, in quanto presupposto necessario per l'assegnazione delle indennità giornaliere.

2.7. In concreto l'interessata ha comprovato, tramite l'invio delle tassazioni 2001-2002, 2003 e 2004, di aver conseguito, negli anni passati, un reddito medio di fr. 148'333, sul quale l'assicuratore ha calcolato le indennità. L'attrice sostiene tuttavia che la petizione andrebbe accolta anche se, come deciso da questo Tribunale, l'assicurazione in questione fosse considerata di danno. Essa fa riferimento ad una lettera

del 18 novembre 2005 della convenuta dove si afferma che “ per il calcolo del danno vengono considerate, ad esempio, spese per locazione dei locali, costi del personale, assicurazioni, ecc., nonché eventuali lavori effettuati da terzi ” (doc. O), ossia le spese professionali. Per cui, rilevato che dai resoconti delle spese prodotti in sede di petizione, emergono importi superiori alla somma assicurata di fr. 180'000, l'attrice ritiene di aver diritto comunque all'importo di fr. 3'862.30. Dagli atti emerge che nel 1996, quando l'attrice aveva sottoscritto la proposta dell'assicurazione d'indennità giornaliera in vigore precedentemente, era stato stabilito un “ guadagno annuo fisso assicurato ” di fr. 180'000 (doc. AP). Nella casella osservazioni figura quanto segue: “Reddito x titolare composto da

Affitto:	1166.--	Salario dip.;	2400.--	Spese terzi:
200.--	Spese amministr.	850.--	Ammortamenti:	1000.--
2000.--	= 7'616.--	+ 7'384	= guadagno 15'000”	(doc. AP)

L'importo di fr. 15'000 moltiplicato per 12 corrisponde ai fr. 180'000 di guadagno fisso annuo assicurato. La circostanza che nel guadagno assicurato sono compresi i costi professionali si evince anche dalla sopra citata lettera dell'assicuratore del 18 novembre 2005 (“ per il calcolo del danno vengono considerate, ad esempio, spese per locazione dei locali, costi del personale, assicurazioni, ecc., nonché eventuali lavori effettuati da terzi ”; doc. O). Per cui il reddito della titolare sulla base del quale va calcolato il danno è composto, oltre che dal guadagno netto vero e proprio dell'attrice, anche dalle spese professionali elencate nella proposta della precedente assicurazione, i cui importi sono stati ripresi, senza modifica, con il rinnovo dell'assicurazione in vigore dal 1. gennaio 2003. In altre parole, oltre al reddito netto vanno aggiunte le spese a carico dell'attrice che, di regola, sono dedotte a livello fiscale, e pertanto non risultano né nella tassazione né nel calcolo dei contributi AVS e vanno pertanto accertate sulla base dei conti societari. Si tratta di spese cui l'interessata, anche se impedita di lavorare, deve comunque far fronte (salari dipendenti, affitto locale, ecc.). La convenuta afferma di essere tenuta ad intervenire solo quando l'inabilità lavorativa causa una perdita effettiva. La circostanza che una persona assicurata sia ammalata ma che la sua attività economica produca un profitto attesta solo che l'inabilità è ininfluenza rispetto all'andamento degli affari. L'indennizzo è dovuto solo se l'inabilità provoca una diminuzione del patrimonio. Non va infatti dimenticato che, di regola, il danno consiste nella differenza tra l'ammontare del patrimonio dopo il danno e quello superiore se il danno non si fosse prodotto (Engel, *Traité des obligations en droit suisse*, Berna 1997, pag. 472 e seguenti). In concreto, come detto, l'attrice ha subito una perdita, nel senso che, nel periodo di inabilità, ha comunque dovuto pagare i costi fissi, quali gli stipendi e gli affitti dei locali professionali, coperti, di regola, con il reddito che l'interessata non ha potuto conseguire a causa della malattia. L'assicurata ha comprovato che le spese professionali per l'attività indipendente hanno raggiunto fr. 196'892.45 nel 2003, fr. 252'401.80 nel 2004 e fr. 206'318.54 nel 2005 (doc. AI, AL, AM). Non tutte le spese figuranti nella documentazione prodotta sono parte del reddito del titolare del conto (cfr. proposta d'assicurazione). Tuttavia già solo aggiungendo il salario dei dipendenti (fr. 56'838.70 nel 2003, 66'365.25 nel 2004, fr. 38'785.15 nel 2005; cfr. doc. da AI ad AM) all'importo del guadagno medio calcolato dalla cassa di fr. 148'333, viene superato il reddito massimo indennizzabile di fr. 180'000 pattuito dalle parti (cfr. anche l'ammontare dell'affitto dei locali professionali). In queste condizioni la petizione, su questo punto, va accolta, nel senso che la Cassa è tenuta a versare all'interessata la differenza tra l'indennità già pagata e calcolata su fr. 148'333 e l'indennità dovuta e calcolata su fr. 180'000. Nella fattispecie (cfr. doc. AG), l'assicuratore ha indennizzato, per l'incapacità lavorativa al 100%, fr. 406,392 (fr. 148'333 : 365) per 14

giorni, per un importo complessivo di fr. 5'689.45, invece di fr. 6'904.10 (14 X [fr. 180'000 : 365]). Quando l'attrice è stata inabile al lavoro al 50%, la Cassa ha versato fr. 12'394.95 (61 giorni X 203,196), in luogo di fr. 15'042.60 (61 giorni X fr. 246.60). La cassa deve ancora versare alla propria assicurata fr. 3'862.30 ([6'904.10 – 5'689.45] + [15'042.60 – 12'394.95]). 2.8. Va ora esaminato se la convenuta è tenuta a versare all'attrice un importo di fr. 1'236.50 per gli interessi maturati sulla somma versata il 18 gennaio 2007 per le inabilità lavorative del 2005 e del 2006. L'assicurata è stata inabile al lavoro dal 25 aprile 2005 al 30 giugno 2005 e dal 18 maggio 2006 al 14 giugno 2006. L'assicuratore ha proceduto al versamento del dovuto il 18 gennaio 2007. L'interessata ritiene che per il primo caso di malattia la convenuta disponeva della documentazione necessaria dal 1. luglio 2005, nel secondo caso dal 12 giugno 2006. In virtù dell'art. _____ CGA l'assicuratore deve pertanto versare degli interessi. Per l'art. _____ CGA la prestazione assicurativa viene pagata al più tardi entro quattro settimane dal momento in cui l'assicuratore ha ricevuto i documenti necessari alla constatazione del suo obbligo di prestazione. In caso di incapacità lavorativa di lunga durata e su richiesta, l'assicuratore paga le indennità giornaliere correnti in importi parziali, comunque con frequenza massima di una volta al mese. L'assicuratore ritiene invece di aver avuto a disposizione la documentazione completa solo dal 21 dicembre 2006. Inoltre la Cassa sostiene di essersi obbligata unicamente al versamento di indennità per perdita di guadagno, ma non anche di prestazioni accessorie. Dagli atti emerge che il 1. luglio 2005 l'assicuratore ha chiesto all'attrice la trasmissione di copia della “ Dichiarazione dei contributi AVS, tale documento ci necessita per la liquidazione del caso di malattia. ” (doc. 7) L'interessata ha trasmesso copia di due fatture dell'AVS per gli acconti del primo trimestre 2005 per contributi paritetici e personali, insufficienti, a mente del TCA, per calcolare l'indennità dovuta (allegati al doc. 7). Il 29 luglio 2005 la Cassa ha risposto indicando di aver ricevuto copia dei contributi AVS del 1. trimestre 2005 e che, eseguiti i necessari accertamenti, avrebbe proceduto alla liquidazione del caso (doc. 8). Il 7 settembre 2005 l'assicuratore ha tuttavia indicato all'interessata la necessità di procedere ad ulteriori approfondimenti ed ha chiesto la trasmissione della dichiarazione delle imposte 2003/2004 e, successivamente del bilancio e del conto perdite e profitti del 2004 (doc. 9 e 10). L'interessata ha trasmesso la dichiarazione 2003 e 2004 il 16 settembre 2005 (doc. 11). Il 18 novembre 2005 la Cassa ha nuovamente chiesto il bilancio perdite e profitti poiché per il calcolo del danno vengono considerate, per esempio, spese per locazione dei locali, costi del personale, ecc (doc. 13). La richiesta è stata ribadita il 26 gennaio 2006 (doc. 18). Dopo ulteriori scambi di corrispondenza l'assicuratore, il 19 maggio 2006 (doc. 21), ha indicato che l'indennizzo che intende erogare “ si basa sul valore medio ottenuto dalla somma e conseguente divisione del salario indicato dalla ” ricorrente “ all'AVS negli ultimi tre anni: dette dichiarazioni non ci sono note poiché non trasmesse dalla sua mandante sicché appena ne saremo in possesso procederemo nel senso qui specificato.” (doc. 21). Nuovamente sollecitata a pagare quanto dovuto, la cassa ha ribadito la necessità di ottenere le decisioni AVS (doc. 22 e seguenti). Il 21 dicembre 2006 l'interessata ha trasmesso la notifica di tassazione 2001-2002. Il 10 gennaio 2007 la Cassa ha comunicato di aver effettuato il versamento dell'importo dovuto. Dalle tavole processuali emerge che la Cassa, in data 20 settembre 2005 (cfr. ricezione della lettera del 16 settembre 2005, doc. 11), disponeva delle tassazioni 2003 e 2004, del relativo questionario degli indipendenti 2003/2004 allegato alla dichiarazione d'imposta e dell'importo complessivo delle spese professionali. Il 26 ottobre 2005 l'interessata ha scritto alla Cassa esponendo le spese professionali del 1996, 2003 e 2004, senza,

apparentemente, allegare pezze giustificative (cfr. doc. AQ, trasmesso al TCA senza allegati, dal quale non emerge che l'interessata ha allegato i doc. Al-AM presentati in sede di petizione; in calce alla lettera non sono stati indicati allegati allo scritto). Il versamento è avvenuto nel corso del mese di gennaio 2007, dopo la ricezione, da parte della Cassa, della tassazione 2001/2002. Tuttavia, dallo scritto 26 ottobre 2005 emergono le spese che le parti avevano inteso integrare nel guadagno assicurato per il calcolo dell'indennità giornaliera. Se la Cassa non fosse stata soddisfatta dalla semplice elencazione del dettaglio delle spese professionali, avrebbe dovuto chiedere l'invio del resoconto dettagliato totale, nella misura in cui non fosse già stato trasmesso il 26 ottobre 2005 (cfr. pag. 2 della lettera: "vi invio per completezza il resoconto dettagliato totale"). Considerati i costi esposti, l'assicuratore avrebbe dovuto procedere al versamento entro 4 settimane dal 26 ottobre 2005, ossia entro il 23 novembre 2005, poiché già solo aggiungendo le spese al reddito aziendale netto, l'importo oltrepassava nettamente il reddito assicurato di fr. 180'000 (cfr. doc. AQ). Non avendo effettuato alcun pagamento, l'assicuratore deve versare degli interessi di mora. Infatti, l'art. 102 cpv. 2 CO prevede che quando il giorno dell'adempimento sia stato stabilito (cfr. art. _____ CGA) o risulti determinato da una disdetta preventivamente convenuta e debitamente fatta, il debitore è costituito in mora pel solo decorso di detto giorno. L'assicuratore avrebbe dovuto versare l'importo di fr. 15'042.60 per il primo caso di malattia (25 aprile 2005-30 giugno 2005; 8 giorni al 100% + 45 giorni al 50%; cfr. consid. 2.6), il 24 novembre 2005. Da quel giorno, fino al 18 gennaio 2007 (data del parziale pagamento della prestazione), l'interessata ha diritto ad interessi al 5% (cfr. art. 104 cpv. 1 CO) per complessivi fr. 867.50 ($[15'042.60 : 100 \times 5] : 365 \times 421 [365 + 18 + 31 + 7 \text{ giorni}]$). Per il secondo caso di malattia (dal 18 maggio 2006 al 14 giugno 2006), l'interessata avrebbe invece dovuto trasmettere perlomeno anche il resoconto delle spese del 2005 per permettere alla Cassa di avere un dato più recente. In assenza di documentazione aggiornata, l'assicuratore non era tenuto ad un versamento immediato. Solo con la trasmissione della petizione al TCA, l'interessata ha prodotto le spese del 2005 (doc. AM). Per cui gli interessi richiesti per il secondo caso di malattia fino al 18 gennaio 2007 non sono dovuti. Infine, sull'ammontare ancora dovuto di fr. 3'862.30 l'assicuratore è tenuto a versare interessi al 5% dal 19 gennaio 2007 su fr. 2'647.65 $[15'042.60 - 12'394.95]$ e dal 15 marzo 2007 su fr. 1'214.65 $(3'862.30 - 2'647.65)$, poiché solo con la notifica della petizione il 15 febbraio 2007 (giorno seguente la notifica della petizione con l'elenco dei documenti allegati, doc. II) alla Cassa quest'ultima ha potuto conoscere il dettaglio delle spese 2005 . 2.9. Le parti chiedono l'assunzione di numerose prove. In particolare la convenuta in sede di risposta propone di sentire quale teste _____ della società di revisione _____, per comprovare che la verifica effettuata presso la società dell'attrice non è stata sollecitata per esaminare se le dichiarazioni di AT 1 corrispondessero alla realtà (doc. III). Da parte sua l'attrice nella petizione fa un generico riferimento a documenti, edizione documenti, richiamo documenti, testimoni, ecc. (doc. I). Il 19 aprile 2007 ha chiesto di assumere la testimonianza di _____, agente assicurativo della convenuta, per il tramite del quale l'attrice ha concluso il contratto in esame (doc. XII). Da rilevare ancora che alla richiesta di poter produrre un allegato di replica (doc. X), il TCA ha risposto negativamente, aggiungendo che, "se necessario, verrà indetta un'udienza di discussione." (doc. XI) Questo Tribunale, alla luce degli atti prodotti dalle parti e della giurisprudenza del TF (cfr. in particolare la sentenza 5C.243/2006 del 19 aprile 2007, ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita e rinuncia all'assunzione delle prove richieste ed all'udienza di discussione. In particolare è irrilevante conoscere lo scopo della verifica

effettuata su incarico dell'assicuratore della ditta dell'attrice, poiché l'interessata ha comunque provato il danno subito. Anche la testimonianza di _____, viste le chiare risultanze documentali circa la composizione del reddito assicurato (cfr. doc. AP), si rivela superflua. 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 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 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 adottati 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.). Infine, l'art. 119 LTF prevede la possibilità di inoltrare un ricorso ordinario simultaneo. Al riguardo il cpv. 1 della norma stabilisce che "la parte che intende impugnare una decisione sia con un ricorso ordinario sia con un ricorso in materia costituzionale deve presentare entrambi i ricorsi con una sola e medesima istanza (cpv. 1). Il Tribunale federale tratta i due ricorsi nella stessa procedura (cpv. 2) ed esamina le diverse censure secondo le disposizioni applicabili ai due diversi tipi di ricorso." In concreto, con la petizione l'attrice chiede la condanna della convenuta al pagamento di un importo di fr. 3'862.30 oltre interessi al 5% dal 19 gennaio 2007, nonché di fr. 1'236.50. 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.