

## **TI\_GERICHTE 36.2008.39 vom 29. Januar 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-01-29, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2008.39](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2008.39)

FR: TI\_GERICHTE 36.2008.39 du 29 janvier 2009

IT: TI\_GERICHTE 36.2008.39 del 29 gennaio 2009

### **Regeste**

Sovrindennizzo. Assicurazione di danno/somma. Assicuratore malattia LCA versa le indennità giornaliere all'assicurato. UAI concede la rendita AI. Assicuratore chiede alla Cassa di compensazione la restituzione di un importo a titolo di sovrindennizzo. È corretto che questo importo NON vada all'assicurato

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

e giurisprudenza citata). Ciò non esclude tuttavia che, nel contratto di assicurazione, vengano indicati quali rischi assicurati altri danni provocati dalla malattia (RAMI 1998 pag. 421). Per quanto concerne le assicurazioni sottoposte alla LCA, il TF, circa l'assicurazione contro la perdita di salario, ha affermato che un'assicurazione diretta a compensare la perdita effettiva di salario è un'assicurazione contro i danni e non un'assicurazione di somma e, come tale, è pertanto soggetta al principio indennitario secondo cui l'assicurazione non deve procurare un profitto all'avente diritto, ma deve limitarsi a compensare il danno economico derivantegli dalla realizzazione del rischio (DTF 104 II 44). A questo proposito, in una sentenza 5C.243/2006 del 19 aprile 2007, il TF ha affermato: "(...) La demanderesse reproche à l'autorité cantonale d'avoir fausement appliqué le droit fédéral en estimant que le contrat d'assurance auquel elle a souscrit auprès de la défenderesse constitue une assurance contre les dommages et non une assurance de sommes. Elle fait valoir que ce contrat donne droit, en cas d'incapacité de travail entraînant une perte de gain, à une somme journalière fixe et non à une indemnité calculée sur la base d'un pourcentage de salaire. Selon elle, la défenderesse doit fournir les prestations convenues dès que l'assuré est incapable de travailler, indépendamment de savoir s'il a prouvé l'existence d'un dommage. Sur le vu de l'art. 96 LCA, la perte économique qu'elle a subie ne saurait donc être compensée par l'assurance de sommes conclue avec Z. Enfin, le Tribunal cantonal aurait estimé à tort que les conditions générales d'assurance autorisent la défenderesse à tenir compte de toute prestation allouée par un autre assureur, qu'il soit privé ou social. 3.1 La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1) établit une distinction entre l'assurance contre les dommages (régie par les art. 48 à 72 LCA), d'une part, et l'assurance de personnes (qui relève des art. 73 à 96 LCA), d'autre part, sans toutefois définir ces deux notions (Christian Boll, Commentaire bâlois, 2001, n. 1 des remarques préliminaires à l'art. 48 LCA; Bernard Viret, Droit des assurances privées, 3e éd. 1991, p. 155). L'assurance de personnes est celle qui a pour objet une personne physique et où la prestation de l'assureur dépend généralement d'un événement qui atteint la personne de l'assuré, tel que maladie, accident, lésion corporelle, invalidité ou décès (Viret, op. cit., p. 158; Moritz Kuhn/Pascal Montavon, Droit des assurances privées, 1994, p. 85; Alfred Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3e éd. 1995, p. 168 et 271). L'assurance

de personnes se caractérise, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire: elle est une promesse de capital indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit (ATF 49 II 364 consid. 3 p. 370; Viret, op. cit., p. 153 et 158; Kuhn/Montavon, op. cit., p. 85 s.). Ainsi, même dans le cas d'une assurance qui, comme celle contre la maladie, a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires; on est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat d'assurance ont fait de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (ATF 104 II 44 consid. 4c p. 50; 119 II 361 consid. 4 p. 365 et l'auteur cité; Kuhn/Montavon, op. cit., loc. cit.).

3.2 En l'occurrence, la police d'assurance prévoit le paiement d'une indemnité journalière différée, d'un montant de 70 fr., dès le 31<sup>e</sup> jour. Les conditions spéciales relatives à l'assurance maladie complémentaire litigieuse (catégorie P.) ont pour titre "Assurance d'indemnités journalières pour perte de gain". L'art. 1 ch. 1.1 de ces conditions indique ce qui suit: "En contrepartie d'une perte de salaire ou de gain consécutive à une incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident, Y. S.A. alloue, selon la couverture choisie par l'assuré, une ou des indemnités journalières au sens des dispositions ci-après. Ces prestations sont allouées jusqu'à concurrence de la perte économique réelle de l'assuré". De plus, selon l'art. 2, l'ouverture du droit aux prestations est déterminée par la survenance d'une incapacité de travail entraînant une perte de gain (ch. 2.1), et l'assuré doit notamment fournir, pour faire valoir son droit, une déclaration de perte de gain attestée par son employeur ou une déclaration personnelle s'il est indépendant; en cette dernière occurrence, les revenus déclarés à l'AVS, à défaut de ceux déclarés à l'administration fiscale, servent de base pour le calcul de la perte de gain (ch. 2.3). Enfin, le chiffre 2.4 de cette dernière disposition prévoit que lorsqu'une incapacité de travail n'est que partielle - mais d'au moins 50% - le dommage économique résultant de la perte de gain ne donne droit qu'à une indemnité proportionnelle. Il apparaît ainsi que le droit à une indemnité journalière prévu par la police d'assurance perte de gain litigieuse est subordonné à ce que l'assuré subisse une perte effective sur le plan économique; en effet, le montant journalier est prévu en fonction non pas du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, mais des conséquences économiques réelles du sinistre pour celui-ci. Le fait que la police mentionne une indemnité de 70 fr. par jour ne permet pas de déduire le contraire: cette somme correspond au montant maximal assuré prévu par l'art. 1 ch. 1.2, c'est-à-dire à la limite la plus élevée de la prestation en cas de sinistre. La fixation d'un tel montant - aussi appelé somme d'assurance ou assurée (cf. art. 69 al. 1 LCA) - n'empêche pas que seul le dommage effectif soit couvert (cf. notamment Raphaël Tatti, La sur-assurance, la sous-assurance et la double assurance, thèse Lausanne 2005, p. 40 ss). Interprétées au regard du principe de la confiance (art. 18 CO; ATF 122 III 118 consid. 2a p. 121 et les arrêts cités; 112 II 245 consid. II/1c p. 253), la police et les conditions spéciales en cause ne peuvent ainsi être comprises que dans le sens que le risque couvert par le contrat est la perte de gain effective, subie en raison d'une incapacité de gain consécutive à une maladie ou un accident. Les juges cantonaux n'ont donc pas enfreint le droit fédéral en qualifiant l'assurance litigieuse d'assurance contre les dommages."

2.4. Pertanto, la questione di sapere se si è in presenza dell'una o dell'altra forma di assicurazione va decisa mediante l'interpretazione del contratto di assicurazione e delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) ad esso applicabili. Per costante giurisprudenza, al contratto d'assicurazione si

applicano i principi generali dell'interpretazione dei contratti, tanto più che la legge speciale non contiene disposizioni particolari in proposito: l'art. 100 cpv. 1 LCA rinvia infatti al diritto delle obbligazioni e, di riflesso, al Codice civile (STF del 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 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, cfr. anche STF 4A\_34/2007 del 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, per la verifica della fondatezza della pretesa dell'attore, occorre innanzitutto determinare quale contratto e, di riflesso, quali Condizioni generali d'assicurazione costituiscono, insieme alla LCA ed al CO, il fondamento legale su cui poggia il rapporto fra le parti. Infatti, l'attore sostiene che sia applicabile alla fattispecie il primo contratto in vigore dal 1° luglio 1993 (doc. B01). L'assicuratore, per contro, ha basato la sua pretesa nei confronti dell'UAI sulla scorta del contratto in essere dal 1° gennaio 2007, e meglio delle CGA del 2006 ad esso applicabili. Il 16 giugno 1993 (doc. B01) il datore di lavoro dell'attore ha stipulato un contratto collettivo con CV 1 avente oggetto un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia e infortunio. Parte integrante del contratto n. \_\_\_\_\_ erano le Condizioni generali d'assicurazione. Questo contratto, concluso per un tempo indeterminato, poteva essere disdetto con un mese di preavviso per la fine di un quadrimestre, altrimenti sarebbe stato rinnovato tacitamente per un altro quadrimestre. Il 27 gennaio 1999 rispettivamente il 9

febbraio 1999 è stata sottoscritta fra le medesime parti una polizza assicurativa avente il medesimo numero (\_\_\_\_\_), in vigore dal 1° gennaio 1999. Questo contratto, che si basava sulle Condizioni generali d'assicurazione dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera nell'edizione 1998 (doc. B03), sostituiva espressamente (pag. 4) il precedente contratto del 16 giugno 1993 (doc. B02). Nel dicembre 2005 (doc. 3) CV 1 ha comunicato a \_\_\_\_\_ le modifiche delle CGA a seguito dell'entrata in vigore delle disposizioni sulle indennità per maternità e gli ha trasmesso le nuove CGA valide dal 1° gennaio 2006, avvertendo che esse diventavano parte integrante del contratto assicurativo e sostituivano le precedenti CGA. Il 14 settembre 2006 (doc. C01) un intermediario ha offerto a \_\_\_\_\_ una nuova assicurazione indennità giornaliera per malattia e infortunio a far stato dal 1° gennaio 2007, laddove le prestazioni rimanevano le stesse, mentre il premio annuo aumentava ed il salario assicurato dipendeva dal salario assicurato dall'AVS e non più da una cifra stabilita dalle parti. Lo stipulante non era d'accordo con questa nuova polizza assicurativa (doc. C02), così il 18 settembre 2006 (doc. C03) l'assicuratore ha disdetto per la fine dell'anno il contratto n. \_\_\_\_\_ del 27 gennaio 1999, dandogli modo di riflettere sulla sottoscrizione della nuova proposta assicurativa. La ditta ha contestato questa disdetta (doc. C04), ma il 7 novembre 2006 (doc. C05) l'intermediario l'ha consigliata di sottoscriverla. Così, l'

## **E. 11**

novembre 2006, seppure non del tutto convinto (doc. C07), l'attore, in qualità di direttore di \_\_\_\_\_, ha concluso un (nuovo) contratto assicurativo collettivo n. \_\_\_\_\_ con CV 1 valido dal 1° gennaio al 31 dicembre 2007, che sostituiva il precedente del 1999 (pag. 4) e si basava sulle CGA del 2006. Con il pagamento dei premi da parte dello stipulante, il 1° gennaio 2007 è entrato regolarmente in vigore questo (terzo) contratto, con conseguente obbligo per l'assicuratore di versare le prestazioni dovute al beneficiario di questa polizza, in specie all'attore vista la sua malattia in essere dal 22 aprile 2005. Dal canto suo, lo stipulante non ha contestato questo (nuovo) contratto entro quattro settimane dal ricevimento della relativa polizza a mezzo della possibilità offerta dall'art. 12 LCA, figurante peraltro in calce a pagina 4 dello stesso contratto. Nulla osta, dunque, a che esso abbia esplicitato la sua validità durante l'anno 2007, indipendentemente dalla circostanza che la conclusione dello stesso sia stata "estorta" a \_\_\_\_\_. In conclusione, dunque, fra le parti in causa fa ora stato il più recente contratto assicurativo sottoscritto da entrambe, ovvero quello del 31 ottobre 2006/11 novembre 2006, in essere dal 1° gennaio 2007. Pertanto, per la fattispecie valgono le CGA del 2006 (doc. 1), siccome parte integrante dello stesso.

2.6. Stabilite le CGA applicabili, occorre interpretarle per determinare se il contratto assicurativo alla base della controversia in oggetto sia un'assicurazione contro i danni o di somma. L'art. 5.1 delle Condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera, edizione 2006 (doc. 1), recita che nel quadro delle seguenti condizioni e delle prestazioni stabilite nella polizza ed in eventuali Condizioni complementari d'Assicurazione, l'assicuratore concede una protezione assicurativa contro le conseguenze economiche causate da incapacità al lavoro in seguito a malattia e – qualora stipulato – in seguito a parto e infortunio. L'art. 5.2 CGA specifica che l'assicurazione è un'assicurazione per danni. La definizione dell'assicurazione danni è data dall'art. 8 CGA. L'assicurazione danni copre la perdita di guadagno che risulta in seguito a malattia e – se concordato – in seguito a parto e infortuni, computando però il salario che il datore di lavoro continua a corrispondere nonché le prestazioni di altre assicurazioni private e sociali o di altri aventi obbligo di pagamento. Il pagamento della

prestazione assicurata dipende dal fatto se e in quale misura la persona assicurata ha subito un danno in seguito a malattia e – se concordato – in seguito a parto e infortuni. Trova applicazione l' art. 50. Giusta l' art. 28.1 CGA, le prestazioni assicurate vengono calcolate in base agli accordi contrattuali. Per l' art. 28.2 CGA, in caso d' incapacità al lavoro parziale le prestazioni vengono calcolate in base al grado dell' incapacità al lavoro. Un' incapacità al lavoro inferiore al 25% non dà diritto ad alcuna prestazione. Per il calcolo delle prestazioni vale come base l' ultimo salario percepito prima dell' incapacità al lavoro e soggetto a contribuzione AVS, incluso un eventuale 13esimo salario mensile. Questo salario viene calcolato per un anno intero e diviso per 365. Le norme AVS sono applicabili anche per le persone non soggette a contribuzione AVS. Eventuali aumenti del salario durante l' incapacità al lavoro non vengono considerati (art. 29.1 CGA). Per l' art. 29.3 CGA, salvo accordi contrattuali diversi, il reddito assicurabile per persona e anno è limitato al doppio della somma massima del reddito assicurato in vigore nell' assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. Il termine d' attesa inizia il primo giorno dell' incapacità al lavoro attestata dal medico, al più presto però cinque giorni prima del primo trattamento medico (art. 30.1 CGA). Per il calcolo del termine d' attesa, le giornate d' incapacità al lavoro parziale vengono contate come giornate d' incapacità al lavoro completa (art. 30.2 CGA). I termini d' attesa vengono computati sulla durata massima delle prestazioni (art. 31.5 CGA). In concreto, il contratto d' assicurazione collettiva stipulato nell' anno 2006 dal datore di lavoro dell' attore con l' assicuratore, ovvero la polizza n. \_\_\_\_\_ valida per il 2007, prevede un' indennità giornaliera per malattia del 90% del salario annuo assicurato AVS. La durata massima delle prestazioni riconosciute dall' assicuratore è di 730 giorni per ogni caso di malattia, detratto il termine d' attesa di 30 giorni. 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. Interpretando ora la polizza assicurativa e le condizioni generali applicabili alla fattispecie alla luce del principio dell'affidamento (art. 18 CO; STF 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid 3.3; DTF 122 III 118 consid. 2a pag. 121 e riferimenti; DTF 112 II 245 consid. II/1c pag. 253), risulta che le parti hanno inteso concludere un' assicurazione che copre la perdita di guadagno subita a causa di un' incapacità di lavoro causata da una malattia o da un infortunio. Il diritto all' indennità giornaliera per perdita di guadagno è subordinato alla circostanza che l' assicurato subisca una perdita effettiva sul piano economico (art. 5.1 CGA). L' importo viene calcolato sulla base dell' ultimo salario percepito prima dell' inizio del caso d' assicurazione (art. 29.1 CGA). Si tratta quindi di un' assicurazione di danno. 2.7. In merito al tema della sovrassicurazione qui in discussione, secondo l' art. 50.1 CGA il diritto contrattuale alle prestazioni dall' assicurazione collettiva d' indennità giornaliera viene ridotto delle prestazioni versate da altre assicurazioni private e sociali nonché del guadagno realizzabile da un' attività lucrativa ragionevolmente esigibile (art. 44.5). In ogni caso viene versata al massimo la prestazione contrattuale. Secondo l' art. 50.2 CGA, in caso vi sia un obbligo a prestazioni da parte di assicuratori sociali, l' assicuratore ha il diritto di farsi restituire direttamente dagli stessi le prestazioni che egli ha versato anticipatamente. L' assicuratore richiede direttamente dall' assicurazione federale d' invalidità in particolare il rimborso di prestazioni che ha versato in considerazione di una rendita d' invalidità, a partire dall' inizio del versamento della rendita. L' importo della restituzione corrisponde all' ammontare del sovrindennizzo secondo l' art. 50.1. In caso di ricorso all' assicuratore invece che al terzo responsabile o al suo assicuratore di responsabilità civile, l' assicurato deve cedere all' assicuratore i suoi diritti nel quadro delle

prestazioni accordate (art. 50.4 CGA). Giusta l' art. 50.4 CGA, risarcimenti accordati da un terzo responsabile o dal suo assicuratore di responsabilità civile vengono dedotti dalle prestazioni dell' assicuratore. Eventuali riduzioni effettuate in altre assicurazioni non vengono coperte dall' assicurazione collettiva d' indennità giornaliera (art. 50.5 CGA). Infine, per l' art. 50.6 CGA le prestazioni percepite indebitamente devono essere restituite all' assicuratore. Dal chiaro tenore delle CGA emerge che la volontà delle parti è stata quella di 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 dell'indennità giornaliera assicurata e l'ammontare complessivo versato dagli altri assicuratori (cfr. STCA del 17 settembre 2008, 36.2008.46, STCA del 17 aprile 2008, 36.2007.170, STCA del 5 marzo 2008, 36.2007.132, STCA del 28 febbraio 2008, 36.2007.56, STCA del 4 agosto 2004, 36.2003.95). 2.8. Nel dettaglio, sulla scorta di quanto annunciato il 30 giugno 2005 (doc. 6) dal datore di lavoro in occasione della comparsa, due mesi prima, della malattia dell' attore, l' assicuratore ha ritenuto un salario annuo di Fr. 120 ' 000.- per 40 ore di lavoro alla settimana. Considerata un' inabilità lavorativa del 50% dal 22 aprile 2005 al 27 luglio 2005, del 100% dal 28 luglio 2005 al 18 settembre 2005, del 70% dal 19 settembre 2005 al 31 dicembre 2005, del 50% dal 1° gennaio 2006 al 30 aprile 2006, del 75% dal 1° maggio 2006 al 31 maggio 2006 e del 100% dal 1° giugno 2006, ossia al 21 aprile 2007, il convenuto ha erogato direttamente al beneficiario del contratto assicurativo, quindi all' attore, il 90% delle prestazioni di diritto . Pertanto, dal 22 aprile 2005 al 21 aprile 2007 l'assicuratore ha versato complessivamente Fr. 167 '932,30 quali indennità giornaliere, ossia 730 giorni compresi i primi 30 giorni d' attesa, come risulta dai giustificativi di versamento (doc. 7). In seguito, siccome il 20 gennaio 2006 l' attore ha domandato la concessione di una rendita d' invalidità, il 12 ottobre 2007 (doc. A05) l' assicuratore ha chiesto alla Cassa di compensazione \_\_\_\_\_ la restituzione di Fr. 23 ' 205,85 a titolo di sovraindennizzo. Questa somma è stata calcolata per il periodo dal 1° aprile 2006 al 21 aprile 2007, ovvero un anno dopo il sopraggiungere dell' evento assicurato e quindi nel lasso di tempo in cui, oltre alle indennità per perdita di guadagno erogate dall' assicuratore convenuto, si è aggiunta anche la rendita d' invalidità determinata dalla Cassa di compensazione \_\_\_\_\_. In questo senso si inseriscono le due decisioni del 19 febbraio 2008 dell' Ufficio assicurazione invalidità. La prima (doc. 20) ha calcolato il diritto alla mezza rendita AI dell' attore dal 1° aprile 2006 al 31 luglio 2006 fissandolo in Fr. 4 ' 300.- (Fr. 1 ' 075.- x 4 mesi); la seconda (doc. 21) si riferisce al periodo dal 1° agosto 2006 al 30 novembre 2007 ed ha quantificato in Fr. 35 ' 060.- ([Fr. 2 ' 150.- x 5 mesi del 2006] + [Fr. 2 ' 210.- x 11 mesi del 2007]) il diritto alla rendita intera d' invalidità. Tuttavia, la somma di Fr. 39'360.- ( Fr. 4 ' 300.- + Fr. 35 ' 060.-) spettante formalmente all'assicurato quale rendita d'invalidità è stata direttamente decurtata dall'UAI della parte che l'assicuratore ha anticipato all'attore sotto forma di indennità giornaliera, nell'attesa che intervenisse - come poi occorso - l'assicuratore sociale (UAI) dopo un anno dall'insorgenza dell'incapacità lavorativa (art. 29 cpv. 1 lett. a LAI). Pertanto, nel periodo dal 1° aprile 2006 al 21 aprile 2007 l'ammontare di Fr. 23'205,85 (Fr. 4'300.- + Fr. 18'905,85) che l'Ufficio assicurazione invalidità ha riconosciuto all'assicurato in funzione della sua perdita di guadagno (invalidità) è stato direttamente girato all'assicuratore LCA che ha anticipato questa somma, anziché essere versato all'attore. L'art. 85bis OAI permette infatti all'UAI di agire in questo modo a specifica domanda – in questo caso – dell'assicuratore malattie che, in vista della concessione di una rendita dell'assicurazione invalidità, ha effettuato degli anticipi e quindi può esigere che gli si versi l'arretrato della

rendita AI come compensazione e fino a concorrenza dei suoi anticipi. L'assicuratore deve fare valere il suo diritto per mezzo di un formulario speciale al più presto all'atto della domanda di rendita e, al più tardi, al momento della decisione dell'Ufficio AI. Inoltre, anche l'art. 50.2 CGA, come visto, permette all'assicuratore di farsi restituire direttamente dall'assicuratore sociale, che ha un obbligo nei confronti del beneficiario, le prestazioni che il primo ha versato anticipatamente al terzo. Potendo dunque ricevere al massimo la prestazione contrattuale, tutto ciò che il beneficiario riceve in più (da altre assicurazioni private e sociali nonché come guadagno da attività lucrativa) deve essere posto in riduzione del diritto contrattuale. Detto in altri termini, se l'assicuratore ha già versato le prestazioni spettanti di diritto al beneficiario della polizza assicurativa, l'ammontare riconosciuto a quest'ultimo da altre assicurazioni deve essere (ri)versato all'assicuratore CV 1 che ha anticipato queste prestazioni mediante il versamento di indennità giornaliera. In questo modo, il diritto contrattuale alle indennità viene ridotto nella misura di queste altre prestazioni. In caso contrario, l'importo ricevuto in eccedenza dall'assicurato rispetto al suo diritto di potere beneficiare al massimo della prestazione contrattuale concretizzerebbe un sovrindennizzo. Nel caso concreto, oltre all'assicuratore privato in questione è intervenuto un assicuratore sociale in favore dell'attore. Quindi, in virtù dell'art. 50.2 CGA, l'assicuratore LCA può richiedere direttamente all'assicuratore federale d'invalidità il rimborso di prestazioni che ha versato in considerazione di una rendita d'invalidità, a partire dall'inizio del versamento di questa rendita. Più specificatamente, dal 1° aprile 2006 al 21 aprile 2007 l'assicuratore LCA ha riconosciuto e versato all'attore Fr. 107'482,05 a titolo di indennità giornaliera per la sua malattia insorta il 22 aprile 2005 (doc. A06). Questo calcolo, effettuato dall'assicuratore convenuto, va confermato, poiché rispettoso delle condizioni contrattuali e, peraltro, nemmeno contestato dall'attore. Nello stesso periodo, come visto, l'UAI ha riconosciuto all'attore delle rendite AI pari a Fr. 23'205,85. L'attore avrebbe così conseguito un importo complessivo (teorico) pari a Fr. 130'687,90 (Fr. 107'482,05 [indennità giornaliera dell'assicuratore malattie] + Fr. 23'205,85 [rendita AI]). Ora, siccome la prestazione assicurata all'attore nel summenzionato periodo, ovvero l'importo a cui egli aveva diritto, corrisponde alla somma delle indennità giornaliera che l'assicuratore LCA gli ha già versato (Fr. 107'482,05), le prestazioni di diritto che spettava all'assicuratore corrispondere all'attore vanno ridotte delle prestazioni anticipate dall'assicuratore sociale (art. 50.1 CGA). Pertanto, siccome il convenuto ha già erogato all'attore l'importo di Fr. 107'482,05, la differenza di Fr. 23'205,85, ossia la prestazione sociale ricevuta dall'assicurazione invalidità, costituisce l'ammontare del sovrindennizzo che, giustamente, deve essere restituito dall'UAI all'assicuratore e non assegnato all'assicurato. Ne discende, dunque, che l'attore non può pretendere che il convenuto gli riversi le prestazioni che l'UAI, sulla scorta dell'art. 85bis OAI e degli artt. 50.1 e 50.2 CGA, per il periodo dal 1° aprile 2006 al 21 aprile 2007 ha - correttamente - rimborsato all'assicuratore la somma di Fr. 23'205,85 (Fr. 4'300.- grado AI 50% + Fr. 18'905,85 grado AI 100%) in compensazione. Stanti le considerazioni che precedono, la petizione deve essere respinta ed all'attore, soccombente, non vanno attribuite ripetibili. Di conseguenza, la richiesta di ottenere Fr. 2'500.- non trova fondamento. 2.9. Nella commisurazione del valore di causa, esso è rappresentato dalla pretesa di versamento di Fr. 23'205,85 oltre interessi. 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.