

# TI\_GERICHTE 36.2014.83 vom 4. März 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-03-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2014.83](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2014.83)

FR: TI\_GERICHTE 36.2014.83 du 4 mars 2015

IT: TI\_GERICHTE 36.2014.83 del 4 marzo 2015

## Regeste

Annullamento del contratto di assicurazione complementare per errore essenziale poiché l'insorgente, cittadino svizzero domiciliato all'estero al beneficio dell'AVS avrebbe dovuto essere affiliato alla LAMal. Il patrimonio dell'assicurato non deve subire alcun danno poiché era in buona fede

## Erwägungen

### E. 1

LCA). Va ancora evidenziato che per l'art. \_\_\_\_\_ sono assicurate le persone menzionate nella polizza, a condizione che abbiano notificato ufficialmente la cessata residenza in Svizzera e che non siano sottoposti all'obbligo assicurativo secondo la LAMal o la LAINF. 2.4. In concreto, come emerso nella parallela procedura in ambito LAMal (inc. 36.2014.82), sulla base degli art. 13 n. 1 regolamento 1408/71, 13 n. 2 regolamento 1408/71, 17bis regolamento 1408/71 e 2 cpv. 6 OAMal (cfr. inc. 36.2014.82), l'attore avrebbe dovuto essere affiliato alla LAMal. Di conseguenza egli non avrebbe potuto essere assicurato per il tramite dell'assicurazione \_\_\_\_\_, poiché l'art. \_\_\_\_\_ lo esclude. Ritenuto che la convenuta non prevede altri prodotti assicurativi per i residenti all'estero, per l'assicuratore il contratto sarebbe nullo. Questo TCA evidenzia tuttavia che di per sé la sola circostanza che l'interessato va affiliato alla LAMal, non impedisce alle parti di sottoscrivere un'assicurazione di diritto privato retto dalla LCA che copre prestazioni non rimborsate dalla LAMal. Una tale convenzione non sarebbe contraria alla legge, impossibile o immorale. Semmai essa dovrebbe intervenire a complemento della LAMal e non potrebbe prevedere il rimborso delle partecipazioni ai costi dovute ai sensi dell'art. 64 LAMal. Infatti per l'art. 64 cpv. 8 LAMal le partecipazioni ai costi non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato. È parimenti vietato ad associazioni, fondazioni o altre istituzioni prevedere l'assunzione dei costi derivanti da simili forme di assicurazione. Questo divieto non si applica all'assunzione dei costi in virtù di disposizioni di diritto pubblico federale o cantonale. Per il resto non vi sono norme di diritto pubblico che avrebbero impedito alle parti di concludere un'assicurazione di diritto privato complementare a quella obbligatoria. La sola circostanza che la convenuta non offre prodotti di questo tipo non significa che queste assicurazioni non possano esistere. Per cui ci si potrebbe semmai chiedere se il contratto non sia solo parzialmente nullo (cfr. art. 20 cpv. 2 CO) e non andrebbe piuttosto trasformato in un'assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria. D'altra parte questo TCA evidenzia che colui che incita intenzionalmente o per negligenza il suo partner contrattuale a concludere un contratto impossibile, illecito od immorale, deve un risarcimento danno se la nullità causa un danno al contraente. Il fondamento della riparazione trova la sua origine o nella " culpa in contrahendo " o in un atto illecito (Engel, *Traité des obligations*, 2a edizione, Berna 1997,

pag. 297). Non vi è riparazione se la controparte conosceva o avrebbe dovuto conoscere il vizio contrattuale. Di principio è l'interesse negativo che dà la misura del risarcimento (Engel, *Traité des obligations*, 2a edizione, Berna 1997, pag. 297). In altre parole l'assicuratore deve risarcire la controparte così da riportare il patrimonio dell'assicurato nel medesimo stato in cui si troverebbe se la convenzione non fosse stata conclusa. In concreto, la questione della nullità parziale può rimanere aperta poiché il contratto va comunque annullato per errore essenziale. La convenuta sostiene infatti di essere partita dal presupposto che l'attore non doveva essere affiliato obbligatoriamente alla LAMal poiché \_\_\_\_\_ ha espressamente attestato che l'assicurazione \_\_\_\_\_ è equivalente alla LAMal. Apponendo la propria firma alla proposta d'assicurazione, l'attore avrebbe preso atto della condizione dell'art. \_\_\_\_\_ e avrebbe in sostanza confermato di aver chiesto l'esonero dalla LAMal. Questo TCA evidenzia che di principio anche un errore dovuto a negligenza comporta, in linea di principio l'annullabilità (DTF 117 II 218 consid. 3b). Tuttavia se al momento in cui è conclusa la transazione una parte non si preoccupa di chiarire una questione particolare, pur essendosi questa posta manifestamente, la controparte può dedurre che tale punto è privo d'importanza per la parte che non l'ha sollevata (consid. 3b: „Die Klägerin erkennt aber, dass eine Vertragspartei nicht mit einem unsorgfältigen Vorgehen der Gegenpartei rechnen muss. Aus dem Handeln einer Partei sind nach Treu und Glauben gewisse Schlüsse zu ziehen. Kümmert sich jemand bei Vertragsabschluss nicht um die Klärung einer bestimmten Frage, obwohl es auf der Hand liegt, dass diese sich stellt, so darf die andere Partei grundsätzlich daraus den Schluss ziehen, dieser Punkt sei für den Partner im Hinblick auf den Vertragsabschluss nicht von Bedeutung. Das sich im nachhinein nur als fahrlässig herausstellende Verhalten kann somit bewirken, dass ein bestimmter Umstand vom Irrenden nicht nach Treu und Glauben als notwendige Grundlage des Vertrages betrachtet werden durfte. Wenn die Klägerin sich für die Höhe des Kaufpreises nicht interessiert hat, obgleich sie wusste, dass Verkaufsverhandlungen geführt wurden, und dieser Sachverhalt dem Beklagten erkennbar war, so kann sie nicht geltend machen, nach Treu und Glauben sei es für sie eine Vertragsgrundlage gewesen, dass kein derart hoher Erlös für die Beteiligung an den X.-Werken erzielt werde. Insoweit erweist sich die Berufung als unbegründet”). In DTF 135 III 537 il TF ha stabilito, a proposito dell'errore sulla superficie di locali commerciali dati in locazione, che qualora il canone di locazione sia stato fissato in funzione dei metri quadrati dei locali presi in locazione, una differenza di superficie superiore a 40 m

## **E. 2**

et que le loyer a été arrêté sur la base approximative d'un prix de 197 fr. le mètre carré, l'écart en valeur est d'environ 8'200 fr. par an. Il est insoutenable de penser que l'exploitant d'une petite entreprise est indifférent à l'idée de payer 8'200 fr. de trop par année. Rien ne permet de supposer que le locataire n'attachait aucune importance à la surface qui lui était indiquée pour apprécier le montant du loyer demandé. On doit bien au contraire reconnaître qu'une telle différence était aussi subjectivement essentielle. Partant, il sied d'admettre - contrairement à la cour cantonale - que le locataire a invalidé partiellement le contrat pour cause d'erreur essentielle au sens de l'art. 24 al. 1 ch. 4 CO. Les calculs effectués par les juges de première instance pour réajuster les loyers convenus en fonction de la surface effective et pour déterminer ainsi le trop-perçu à restituer n'ont été critiqués par aucune des parties devant le Tribunal fédéral, de sorte qu'il suffit d'en revenir au jugement de première instance. La cause sera renvoyée à l'autorité précédente pour déterminer à nouveau les frais et dépens de la procédure cantonale, puisque l'abandon de certaines conclusions - que le

Tribunal fédéral n'a pas dû examiner - peut poser problème. » Va ancora rammentato che in DTF 130 III 49 l'Alta Corte ha stabilito che una convenzione d'indennizzo non può essere impugnata quando l'errore concerne un punto che era controverso e che avrebbe dovuto essere risolto con la convenzione (caput controversum). Se le parti sono partite, basandosi su una perizia, da una fattispecie errata, può sussistere un errore essenziale.

Un'impugnazione parziale del contratto è possibile, se il suo contenuto è soggettivamente e oggettivamente divisibile in maniera che la parte rimanente costituisca ancora un contratto completo con un senso. L'Alta Corte ha rammentato: „3.2 Das Gesetz regelt in Art. 20 Abs. 2 OR den Fall der Teilnichtigkeit, während die Teilanfechtung in Art. 23 und 31 OR unerwähnt bleibt. Die neuere Lehre und Rechtsprechung haben sich jedoch für eine analoge Anwendung von Art. 20 Abs. 2 OR auf die Vertragsanfechtung ausgesprochen (erstmalig BGE 78 II 216 E. 5 S. 217 f.; nunmehr BGE 107 II 419 E. 3a S. 423 f.; BGE 123 III 292 E. 2 S. 294 ff.; anders noch BGE 47 II 314 E. 1 S. 316). Die Teilanfechtung eines Vertrages wegen Grundlagenirrtums setzt voraus, dass sein Inhalt in subjektiver wie objektiver Hinsicht teilbar ist, so dass der verbleibende Teil noch immer ein sinnvolles Vertragsganzes bildet, das für sich selbst bestehen kann. Subjektiv teilbar bedeutet, dass der irrtümliche Sachverhalt nur als Vertragsteil neben anderen conditio sine qua non des Vertragsabschlusses war. Objektiv teilbar bedeutet, dass diese Teile auch nach Treu und Glauben im Geschäftsverkehr als für sich bestehend angesehen werden dürfen (SCHMIDLIN, a.a.O., N. 156 zu Art. 23/24 OR). 3.3 Auf den ersten Blick könnte die progressiv ausgestaltete Entschädigungstabelle gegen eine Teilanfechtung sprechen, weil eine Erhöhung des Invaliditätsgrades zu einer ungleich höheren Entschädigung führt. Dies macht denn die Klägerin sinngemäss auch geltend. Indes waren die Entschädigungstabelle und deren Anwendbarkeit nie caput controversum : Zwischen den Parteien war zu keinem Zeitpunkt strittig, dass auf den durch Gutachten festgestellten bzw. den sich aus gegenseitigen Zugeständnissen schlussendlich ergebenden Invaliditätswert der entsprechende Faktor der Tabelle anzuwenden sei. Für die Beteiligten war somit von vornherein klar, dass beispielsweise ein doppelter Invaliditätsgrad zu mehr als der doppelten Entschädigung führen würde, und für jeden weiteren Invaliditätsanteil lässt sich auf den Franken genau die zusätzlich geschuldete Summe berechnen. In diesem Sinn ist nicht nur der der Vereinbarung zu Grunde liegende Sachverhalt, sondern auch der Inhalt der Entschädigungsvereinbarung teilbar. Ebenso wenig steht der Teilbarkeit des Vertragsinhaltes das Faktum entgegen, dass sich physische und psychische Beeinträchtigungen allenfalls gegenseitig beeinflussen können (in diesem Sinn macht die Beklagte in der Berufungsantwort geltend, die Invaliditätswerte des neurologischen und des orthopädischen Gutachtens dürften nicht einfach unbesehen addiert werden, weil Letzteres stark auf die subjektiven Angaben der unter psychischen Beeinträchtigungen leidenden Klägerin abstelle): Auch ein allfälliges interdisziplinäres Gutachten müsste für jedes einzelne neurologische und organische Defizit einen prozentmässigen Invaliditätsgrad bezogen auf die gesamte körperliche Integrität festlegen, weshalb es ohne weiteres möglich wäre, die (gegenüber dem Gutachten B. höheren oder tieferen) neurologischen Werte ausser Acht zu lassen und einzig die allfälligen orthopädischen Beeinträchtigungen zu übernehmen. Im Übrigen dürfte es ohnehin genügen, das Gutachten C. mit Abklärungen zu verifizieren, die unter Einbezug der bereits festgelegten neurologischen Werte auf orthopädische Fragen beschränkt sind.“ In concreto l'errore essenziale dell'assicuratore consiste nel fatto di aver creduto, a torto, che l'attore non andava assoggettato alla LAMal e che quindi avrebbe potuto sottoscrivere l'assicurazione \_\_\_\_\_. L'assicuratore ha

chiesto l'annullamento del contratto entro un anno da quando l'attore ha segnalato questa problematica alla convenuta (con lo scritto del 19 ottobre 2012 pervenuto all'assicuratore il 23 ottobre 2012, cfr. inc. 36.2014.82). Infatti, già con lettera del 7 febbraio 2013 ha manifestato l'intenzione di chiedere l'annullamento della convenzione (doc. 9, inc. 36.2014.82), poi ribadita il 22 aprile 2013 (doc. 11, inc. 36.2014.82) e con la decisione formale del 22 ottobre 2013 (doc. 18 inc. 36.2014.82). Tuttavia l'annullamento del contratto per errore essenziale non implica solamente la ripetizione delle pretese (premi pagati dall'assicurato e prestazioni rimborsate dall'assicuratore). Infatti, per l'art. 26 cpv. 1 CO la parte che prevalendosi del proprio errore si sottrae agli effetti del contratto, è tenuta al risarcimento dei danni pel mancato contratto, ove l'errore derivi da sua colpa, salvo che l'altra parte l'abbia conosciuto o dovuto conoscere. In concreto non vi può essere alcun dubbio che l'errore derivi da colpa dell'assicuratore il quale, malgrado l'assicurato abbia compilato correttamente la proposta d'assicurazione, non ha verificato se il medesimo andava affiliato alla LAMal o se l'interessato aveva in qualche modo chiesto l'esonero dall'obbligo assicurativo. Per contro non può essere ritenuto che l'attore abbia conosciuto o dovesse conoscere l'errore. Spettava infatti alla convenuta, cui l'assicurato ha fornito tutte le informazioni necessarie, e meglio ha indicato la sua data di nascita, ha precisato di essere un pensionato svizzero ed ha fornito l'indirizzo del suo domicilio all'estero, accertare se, in virtù degli accordi bilaterali, l'attore non andava piuttosto affiliato alla LAMal. Del resto, la circostanza che l'assicuratore fosse ben cosciente della convenzione sottoscritta, emerge dall'e-mail del 17 ottobre 2012 di \_\_\_\_\_, che ha scritto per "conto di \_\_\_\_\_", al rappresentante dell'attore dove figura che "\_\_\_\_\_, avec l'entrée en vigueur des accords bilatéraux le 1er juin 2002, a reconnu le 23 août 2002 l'assurance \_\_\_\_\_ comme "assurance équivalente". Comme conséquence Monsieur AT 1 (retraite) dispose de la couverture d'assurance prescrite. Le 25.03.2009 Monsieur AT 1 a se choisi pour l'\_\_\_\_\_. C'est une assurance privée subordonnée à la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et non à la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal). » (doc. E, inc. 36.2014.82). A questo proposito va rammentato che in ambito di assicurazioni sociali, in una sentenza 9C\_97/2009 del 14 ottobre 2009 il TF ha ammesso la buona fede di un assicurato che non era stato informato correttamente dal proprio assicuratore circa cure dentarie effettuate all'estero. L'Alta Corte ha evidenziato che dalla documentazione trasmessa dall'insorgente alla Cassa, emergeva che l'interessato intendeva sottoporsi ad interventi dentari a carico di uno specialista esercitante in \_\_\_\_\_ e che il trattamento sarebbe stato eseguito un mese dopo. Per il TF l'assicuratore avrebbe dovuto rendersi conto che secondo quanto indicato, il ricorrente avrebbe potuto perdere il suo diritto al rimborso delle prestazioni. La cassa avrebbe pertanto dovuto reagire ed informare l'insorgente circa le norme applicabili in un caso simile. Non essendo intervenuto, l'assicuratore ha violato l'art. 27 cpv. 2 LPGa (consid. 3.2). L'Alta Corte ha rammentato che il riconoscimento di un dovere d'informazione ai sensi dell'art. 27 LPGa dipende dalla circostanza di sapere se l'assicuratore sociale disponeva, nella situazione concreta che si presentava, di indizi sufficienti che gli avrebbero imposto, secondo il principio della buona fede, di informare l'assicurato. Non si può tuttavia pretendere dall'assicuratore che fornisca informazioni che si può ammettere che siano conosciute in maniera generale, altrimenti l'amministrazione rischierebbe di sommergere a titolo preventivo l'assicurato di informazioni che non gli sono necessarie o che neppure pretende ("La reconnaissance d'un devoir de conseils au sens de cette disposition dépend bien plutôt du point de savoir si l'assureur social disposait, selon la situation concrète telle qu'elle se présentait à lui, d'indices suffisants qui lui imposaient au

regard du principe de la bonne foi de renseigner l'intéressé. On ne saurait cependant attendre de l'assureur social qu'il donne des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale, sans quoi l'administration risquerait à titre préventif de submerger l'assuré d'informations qui ne lui sont pas nécessaires ou qu'il ne souhaite pas (arrêt 9C\_894/2008 du 18 décembre 2008 consid. 3.2, in RSAS 2009 p. 132). "). Il TF ha stabilito che la presa a carico di un trattamento dentario ai sensi della LAMal è una questione relativamente complessa poiché dipende da differenti condizioni (art. 31 LAMal), il cui apprezzamento non è evidente alla sola lettura della legge. Le norme non sono formulate in maniera tale che il rimborso appaia eccezionale, di modo che non è possibile ritenere un dovere dell'assicurato di conoscere la situazione legale. L'Alta Corte ha inoltre evidenziato che lo stesso funzionario della Cassa che si era occupato della fattispecie non si era probabilmente reso conto che vi era un ostacolo al rimborso delle prestazioni, per cui l'assicuratore non può rimproverare al proprio assicurato una situazione giuridica che era apparentemente sfuggita anche ad un proprio collaboratore (" En l'occurrence, la prise en charge d'un traitement dentaire par l'assurance-maladie obligatoire est une question de droit relativement complexe, puisqu'elle dépend de différentes conditions (art. 31 LAMal) dont l'appréciation n'est pas évidente à la seule lecture de la loi. Celle-ci n'est pas formulée de telle manière que le remboursement des frais relatifs aux soins dentaires apparaisse exceptionnel, de sorte qu'on ne saurait parler d'un "devoir" de l'intimé - lequel se savait atteint d'une maladie dont le traitement médicamenteux entraînait des effets au niveau dentaire - de connaître la situation légale. On ajoutera que les "Conditions particulières de l'assurance des soins selon LAMal (catégorie AH)" de la recourante renvoient aux art. 17 à 19a OPAS, ce qui ne permet pas à l'assuré de se rendre compte d'emblée du caractère exceptionnel du remboursement en question. Quant à l'allégation sur la notoriété du caractère exceptionnel du remboursement des soins prodigués à l'étranger, elle apparaît d'autant moins fondée que la recourante a justifié le délai avec lequel elle a informé l'assuré par le fait que le gestionnaire du dossier ne s'était probablement pas rendu compte qu'il y avait un obstacle juridique à la prise en charge (procès-verbal de comparution des parties du 16 janvier 2008). On comprend mal comment la recourante peut reprocher à son assuré d'ignorer une situation juridique dont l'évidence avait apparemment échappé à son propre collaborateur. "). Per un'ulteriore applicazione dell'art. 27 LPGa in ambito di cure all'estero cfr. anche la sentenza 9C-35/2010 del 28 maggio 2010, consid. 6.2 e seguenti dove l'Alta Corte ha riconosciuto, in parte, la buona fede dell'assicurato. Questo Tribunale ha applicato il medesimo principio in una sentenza 36.2014.12 del 26 maggio 2014. In quel caso un assicurato residente in Svizzera aveva iniziato un'attività lucrativa in un Paese \_\_\_\_\_. L'assicuratore, malgrado l'interessato avesse fornito correttamente tutte le indicazioni (in particolare il luogo di lavoro, il tipo di permesso, la nazionalità), non lo aveva affiliato correttamente. Il TCA ha protetto la sua buona fede, rilevando che spettava all'assicuratore e non certo all'assicurato, applicare correttamente le norme internazionali, non sempre di facile comprensione, al caso di specie. Anche in concreto dagli atti emerge che l'attore, allorquando ha sottoscritto la proposta assicurativa per l'assicurazione \_\_\_\_\_ della convenuta, ha compilato senza errori il modulo, indicando di essere pensionato, di essere nato nel \_\_\_\_\_ e di essere di nazionalità svizzera. Egli ha esposto la sua situazione in maniera completa e corretta. La Cassa convenuta avrebbe pertanto dovuto rendere attento l'attore circa le norme internazionali applicabili al caso di specie, o comunque approfondire insieme all'interessato la questione. L'assicuratore si è invece limitato a prendere atto di quanto contenuto nel formulario, ha inserito una riserva

per le malattie alla colonna vertebrale ed ha ammesso l'interessato all'assicurazione \_\_\_\_\_ con effetto dal 1° maggio 2009, accettando il pagamento dei premi assicurativi e pagando tutte le fatture regolarmente. Solo quando lo stesso assicurato, il 19 ottobre 2012, ha iniziato a sollevare dubbi circa la correttezza della copertura assicurativa, la convenuta ha deciso di annullare il contratto con effetto retroattivo. L'attore poteva ritenere di essere assicurato correttamente. Ciò vale a maggior ragione in un ambito particolare e complesso quale l'applicazione del diritto internazionale. Il ricorrente, cittadino comune a digiuno di conoscenze nelle assicurazioni sociali e private, che ha compilato correttamente la proposta d'assicurazione e che ha accettato la riserva decisa dall'assicuratore, andava informato correttamente dalla convenuta (cfr., circa la complessità del diritto internazionale in materia di assoggettamento all'assicurazione malattie anche la DTF 136 V 295, dove il TF ha stabilito che in mancanza della prova della notifica [o comunque della pubblicazione su di un organo ufficiale] dell'atto con cui è stata concessa la possibilità di chiedere, in via di sanatoria, l'esenzione dall'obbligo assicurativo in Svizzera e di optare in favore del sistema sanitario italiano, il ricorrente [frontaliero] poteva validamente esercitare tale diritto al momento della decisione di assoggettamento d'ufficio alla LAMal [consid. 5.8-5.10]). La complessità della questione è comprovata dal fatto che il medesimo assicuratore non ha mai messo in dubbio la corretta affiliazione dell'interessato, malgrado le numerosissime fatture pervenutegli ed anzi, ancora con e-mail del 17 ottobre 2012 ha in sostanza confermato la correttezza della conclusione dell'assicurazione \_\_\_\_\_ (doc. F, inc. 36.2014.82). Non si vede come un semplice cittadino che, in seguito alla cessazione dell'esercizio di un assicuratore all'estero, chiede di poter essere affiliato presso un'altra cassa malati svizzera e compila correttamente la proposta d'assicurazione possa essere a conoscenza delle norme internazionali circa l'obbligo assicurativo (cfr. sentenza 9C\_97/2009 del 14 ottobre 2009, consid. 3.3 in fine), se neppure l'assicuratore sembrava esserne al corrente. Alla luce di quanto sopra esposto questo TCA evidenzia che l'attore va considerato in buona fede e pertanto non può essere tenuto alla restituzione di quelle prestazioni di cui ha usufruito in seguito alla conclusione del contratto assicurativo e la convenuta è tenuta di conseguenza al risarcimento danni in seguito al mancato contratto. Anche perché, se la convenuta avesse rifiutato di sottoscrivere un'assicurazione che comprendeva il rimborso delle prestazioni in ambito privato, l'attore avrebbe potuto rivolgersi ad un altro assicuratore. In concreto il patrimonio dell'assicurato deve trovarsi nella medesima situazione in cui si sarebbe trovato se le parti non avessero concluso il contratto. Egli non deve incorrere in alcuna perdita. Per cui la convenuta non può chiedere all'attore il rimborso di tutte le prestazioni da lei pagate nel corso di questi anni, compensando in parte con i premi da lui pagati. Piuttosto la convenuta deve coprire la differenza tra quanto già rimborsato per il tramite della \_\_\_\_\_, ritenuto che nel frattempo l'attore in buona fede ha usufruito di prestazioni con tariffe in ambito privato, e quanto rimborsato dalla LAMal. In concreto la convenuta rileva di aver preso a carico fr. 98'927.40 di prestazioni lorde, corrispondenti a fr. 95'727.40 di prestazioni nette. Nell'ambito della parallela procedura LAMal sono state riconosciute prestazioni lorde per fr. 46'828.80 (nette: fr. 42'828.80 [46'828.80 – 4'000]), oltre alle prestazioni a carico della LAMal, fatte valere in un secondo tempo, di fr. 17'493.90 (fr. 10'497.50 + 6'996.40; cfr. inc. 36.2014.82). Ne segue che fr. 52'098.60 (98'927.40 – 46'828.80) restano a carico dell'assicuratore convenuto, mentre l'importo di fr. 46'828.80 va compensato con i premi da restituire all'attore di fr. 39'063 per un ammontare a favore dell'assicuratore di fr. 7'765.80, cui vanno aggiunte le franchigie per fr. 3'200 (cfr. la differenza tra 98'927.40 di prestazioni lorde e fr. 95'727.40 di prestazioni nette), per

complessivi fr. 10'965.80, che vengono estinti dalla compensazione decisa nell'ambito della parallela procedura LAMal (inc. 36.2014.82). La domanda riconvenzionale va di conseguenza respinta. Inoltre, ritenuto che il patrimonio dell'assicurato deve trovarsi nella medesima situazione in cui si sarebbe trovato se le parti non avessero concluso il contratto, che egli non deve incorrere in alcuna perdita e che il giudice, ai sensi dell'art. 26 cpv. 2 CO, può concedere un maggior risarcimento quando l'equità lo chieda, nel preciso caso di specie il passaggio nelle assicurazioni complementari avvenuto il 1° gennaio 2013 senza esame dello stato di salute va confermato. All'attore, rappresentato da una persona cognita in materia, vanno assegnate congrue ripetibili. 2.5. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A\_83/2013 del 20 giugno 2013 l'Alta Corte ha affermato che: "(...) Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art.

## **E. 2.2**

Le point à trancher est donc de savoir si l'on se trouve en présence d'une erreur portant sur un fait que la loyauté commerciale permettait de considérer comme un élément nécessaire du contrat au sens de l'art. 24 al. 1 ch. 4 CO. Pour que ce cas d'erreur essentielle soit réalisé, il faut tout d'abord que le cocontractant puisse se rendre compte de bonne foi que l'erreur de l'autre partie porte sur un fait qui était objectivement de nature à déterminer la partie à conclure le contrat ou à le conclure aux conditions convenues; il faut encore, en se plaçant du point de vue de la partie qui était dans l'erreur, que l'on puisse admettre subjectivement que son erreur l'a effectivement déterminée à conclure le contrat ou à le conclure aux conditions convenues (ATF 132 III 737 consid. 1.3 p. 741; ATF 129 III 363 consid. 5.3 p. 365). Ce que les parties avaient à l'esprit au moment de conclure ressortit au fait; relève en revanche du droit la qualification d'essentielle au sens de l'art. 24 al. 1 ch. 4 CO de l'erreur constatée (ATF 113 II 25 consid. 1a p. 27). Dans le domaine du bail à loyer, qu'il s'agisse d'un logement ou d'un local commercial, la surface à louer est évidemment un élément d'appréciation important pour décider de conclure ou non le contrat, ou en tout cas pour apprécier si le loyer demandé est conforme à l'état du marché dans la région concernée (cf. arrêt 4C.5/2001 du 16 mars 2001 consid. 3a). Cela vaut d'autant plus dans le domaine des locaux commerciaux, qui sont constamment évalués et comparés en fonction du prix au mètre carré. L'art. 11 al. 2 de l'ordonnance du 9 mai 1990 sur le bail à loyer et le bail à ferme d'habitations et de locaux commerciaux (OBLF; RS 221.213.11) prévoit d'ailleurs expressément que le loyer usuel au sens de l'art. 269a let. a CO peut être déterminé sur la base du prix au mètre carré usuel dans le quartier pour des objets semblables. L'intimée serait d'ailleurs d'autant plus mal placée pour contester l'importance de cet élément qu'elle l'a fait figurer dans le contrat et qu'elle admet elle-même que le loyer proposé a été déterminé en fonction des mètres carrés. La surface louée, en tant que critère déterminant pour fixer le loyer, était donc un fait que la loyauté commerciale permettait objectivement de considérer comme un élément nécessaire du contrat. Il est vrai que le contrat n'indiquait qu'une surface approximative. Cette réserve doit être interprétée selon le principe de la confiance (cf. ATF 132 III 24 consid. 4 p. 27/28). Elle doit être comprise de bonne foi en ce sens que le bailleur, sachant que la détermination exacte de la surface est dans la réalité une opération difficile, a cherché à se protéger contre une réclamation qui procéderait d'une menue divergence de calcul. Or il n'y a rien de tel en l'espèce. La surface réelle est de

204,20 m

**E. 7**

CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1)'' Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attore.

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