

TI_GERICHTE 36.2015.56 vom 16. Juni 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-06-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2015.56_d20150616

FR: TI_GERICHTE 36.2015.56 du 16 juin 2015

IT: TI_GERICHTE 36.2015.56 del 16 giugno 2015

Regeste

"Ricorso" in tema di coperture complementari. Difetto non sanabile. Irricevibile

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 20.07.2015 36.2015.56 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 20.07.2015 36.2015.56 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 20.07.2015 36.2015.56

"Ricorso" in tema di coperture complementari. Difetto non sanabile. Irricevibile

Raccomandata Incarto n. 36.2015.56 IR / sc Lugano 20 luglio 2015 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici statuendo sul "ricorso" (recte: petizione) del 15 luglio 2015 formulata da AT 1 rappr. da: RA 1 contro CV 1 in materia di assicurazione contro le malattie considerato in fatto ed in diritto · che AT 1, _____, con il patrocinio dell'avv. RA 1, si è aggravato al Tribunale cantonale delle assicurazioni, con atto del 15 luglio 2015 (doc. I), contro "la decisione del 16 giugno 2015 (comunicazione formale sprovvista delle indicazioni sui mezzi di ricorso)" della "CV 1" di _____ (doc. A); · che AT 1 (doc. C) risultava (nel 2014) essere assicurato presso CV 1 (in base alla polizza prodotta agli atti) per le coperture complementari _____, _____ ed Assicurazione ospedaliera privata (con franchigia annua di CHF 1'000.-- e secondo le CGA 2007 e CCA 2010); · che, con comunicazione 16 giugno 2015, che l'assicurato ritiene formale decisione priva dell'indicazione dei rimedi di diritto ed impugnabile direttamente al Tribunale cantonale delle assicurazioni, CV 1, rivolgendosi all'assicurato stesso e non al patrocinatore annunciato avv. RA 1 come invece avrebbe dovuto fare, comunica quanto segue: " Ci riferiamo alla lettera dello RA 1 di _____ in cui richiedono di riattivare le complementari. Ci dispiace che abbia avuto l'impressione di avere subito un trattamento scorretto. (...) Per consentirle di beneficiare della protezione assicurata senza interruzione, abbiamo riattivato le assicurazioni complementari. Nei prossimi giorni le invieremo tramite posta separata i documenti assicurativi vigenti." (doc. B) · che con il ricorso in discussione AT 1 ha prodotto le CGA delle assicurazioni complementari per spese di guarigione (doc. D) ed uno scritto 30 dicembre 2014 alla CV 1 in cui egli spiega come, a seguito di: " ... una visita di controllo presso la Clinica _____ di _____, in data 18 dicembre 2014 sono stato informato da una delle segretarie della Clinica che il contratto sopraccitato risultava essere rescisso per mancato pagamento di premi. Ho immediatamente preso contatto con l'assicuratore che mi ha informato di non aver pagato il premio del mese di luglio 2014 e di aver pagato i premi dei mesi seguenti, confermandomi che a seguito del mancato pagamento del premio di luglio 2014 il mio contratto con l'assicuratore era stato rescisso. A tutt'oggi non ho ricevuto rescissione scritta alcuna del contratto menzionato ..." (doc. E) · che il successivo 7 gennaio 2015 (doc. F) il signor AT 1 ha sollecitato una presa

di posizione all'assicurazione ed ha invitato la stessa ad emanare semmai una decisione impugnabile; · che, sempre annesso al ricorso, è prodotta una ulteriore lettera 13 gennaio 2015 (doc. G) dell'assicurato a CV 1 cui questi ha comunicato di ritenere il "contratto ... in vigore e la presunta rescissione infondata" segnalando in particolare di: " (...) 1. Mai ho ricevuto diffida alcuna. 2. Mai l'Assicuratore mi ha inviato diffida alcuna, visto che l'Assicuratore ha incassato i premi seguenti per tutto l'anno 2014, inviandomi, come consueto, il contratto per l'anno 2015. 3. Evidentemente, premessi i punti 1 e 2, mai l'Assicuratore ha deciso di rescindere dal contratto e mai, di conseguenza, mi ha intimato la rescissione del contratto per il tramite di una diffida o quant'altro. 4. L'Assicuratore, saputo del mio ricovero, cerca, illegalmente, di non rispettare il contratto attualmente in vigore informandomi telefonicamente che la rescissione sarebbe avvenuta a seguito di una diffida di pagamento che in realtà mai ho ricevuto poiché l'Assicuratore mai l'ha inviata. (...)" (doc. G) · che, l'assicurato ha quindi conferito il mandato all'avv. RA 1 di rappresentarlo ed il patrocinatore, il 5 maggio 2015 (doc. I), ha nuovamente scritto all'assicuratore segnalando il pagamento di tutti i premi LCA 2014 con, per il mese di luglio 2014, per una banale svista, l'accumulo di un ritardo (il premio è stato pagato a novembre 2014); · che il patrocinatore, nel citato documento, evidenzia quanto per semplicità occorre riportare di seguito: " ... richiamate anche le condizioni generali del contratto di assicurazione stipulato dal signor AT 1, rilevo che – tra le varie possibilità di rescissione del contratto da parte di CV 1 – vi è anche il ritardo nel pagamento del premio; tuttavia, stando sempre alle vostre condizioni generali, questo avviene unicamente se la persona assicurata è stata formalmente diffidata e l'assicurazione rinuncia a recuperare il premio. (...) Nella concreta evenienza, rilevo che: 1. il premio scoperto, circostanza di cui il signor AT 1 si è accorto solo nel corso del mese di novembre 2014, allorquando l'ha pagato, è uno solo e si riferisce a luglio 2014; 2. il mancato pagamento di quanto sopra è unicamente frutto di una svista; 3. il mio cliente non ha mai ricevuto alcuna diffida scritta contenente le avvertenze di rito ed il termine per l'effettuazione del pagamento del premio; 4. il mio cliente non ha mai ricevuto alcuna comunicazione di disdetta per altri motivi previsti dalle Condizioni Generali; 5. tutti i premi, anche quelli successivi al mese di luglio 2014 sono stati regolarmente pagati dall'assicurato e accettati da CV 1 (vedi ordini di pagamento annessi); 6. al signor AT 1 è stato trasmesso il certificato d'assicurazione per la dichiarazione del reddito 2014 comprensiva dell'indicazione di pagamento di tutti i premi mensili (annesso); 7. al mio cliente è stata trasmessa la polizza assicurativa per il 2015 (in sostituzione delle versioni precedenti) con indicazione del premio mensile (annessa). (...)" (doc. I); postulando una presa di posizione dell'assicuratore; · che il 6 luglio 2015 "CV 1" (così l'indicazione che precede le firma di _____, capogruppo e di _____, specialista) ha comunicato al legale dell'assicurato che: " Le assicurazioni complementari del Signor AT 1 erano state tolte a causa del mancato pagamento del premio LCA 01.07.2014 – 31.07.2014. Il Signor AT 1 era a conoscenza dello scoperto in quanto ha ricevuto da parte nostra un richiamo in data 19 luglio 2014 e una diffida il 13 settembre 2014 (in allegato trova le copie). Sulla diffida c'è spiegato che in caso di mancato pagamento della stessa entro 14 giorni, il nostro obbligo alle prestazioni si estingue in virtù dell'art. 20 cpv. 3 della legge sul contratto d'assicurazione LCA e che il contratto viene reciso senza ulteriori comunicazioni; nonostante questo il Signor AT 1 ha reagito ai nostri solleciti solamente durante il corso del mese di gennaio 2015. In seguito, dopo aver ricevuto la sua lettera ad inizio giugno 2015, è stato deciso di riattivare eccezionalmente le prestazioni complementari al Signor AT 1, il quale continua tuttora a risultare assicurato presso di noi esattamente come nell'anno 2014."

(doc. L) · che, pur non essendo qui oggetto di giudizio da parte di questo Tribunale cantonale delle Assicurazioni, occorre evidenziare come gli allegati prodotti con il doc. L da parte dell'assicuratore non specificano l'avvenuto invio del sollecito di pagamento mediante lettera raccomandata, in special modo (apparentemente almeno) la diffida del 13 settembre 2014 con cui l'assicuratore, avendo constatato l'omesso pagamento del premio di luglio 2014 per CHF 150,05, ha diffidato il signor AT 1 a " versare l'importo della diffida utilizzando la polizza ... allegata, entro 14 giorni ... In tal modo potrà continuare a beneficiare della protezione assicurativa ... In caso contrario il nostro obbligo alle prestazioni si estinguerà in virtù dell'art. 20 cpv. 3 ... LCA alla scadenza del termine menzionato ... Recederemo ... dal contratto senza ulteriori comunicazioni e le assicurazioni complementari termineranno a partire da quella data". Sul tema generale della disdetta del contratto assicurativo a seguito del mancato pagamento de premi LCA, oggetto dell'art. 21 delle CGA prodotte dal signor AT 1 (doc. D), va comunque qui osservato che l'art. 21.1 CGA prevede che i premi devono essere pagati entro la data di scadenza, se ciò non avviene lo stipulante viene diffidato per scritto con avvertenza sulle conseguenze della mora, ad effettuare il pagamento entro 14 giorni dall'invio della diffida, se la stessa resta senza effetto l'obbligo di prestazioni è sospeso dal termine di scadenza della diffida. Se il premio non pagato non è chiesto per le vie legali entro 2 mesi, il punto 21.2 CGA prevede la presunzione di recessione dal contratto e rinuncia all'incasso del premio arretrato. Per il punto 21.3 CGA l'accettazione successiva del premio da parte dell'assicuratore fa rinascere il suo obbligo ex nunc dal momento in cui il pagamento del premio, degli interessi e spese è soluto, l'assicuratore non è tenuto ad assumere a suo carico gli eventi intervenuti durante la sospensione. L'art. 20 LCA concerne l'" Obbligo della diffida. Conseguenze della mora " dell'assicurato (cfr. nota marginale del disposto di legge) e prevede che nel caso in cui il premio non sia stato pagato alla scadenza o entro il termine di rispetto concesso dal contratto, il debitore debba essere diffidato per iscritto a sue spese e sotto comminatoria delle conseguenze della mora, ad effettuare il pagamento entro quattordici giorni dall'invio della diffida (cpv. 1). Se la diffida rimane senza effetto, l'obbligazione dell'assicuratore è sospesa a datare dalla scadenza del termine di diffida (cpv. 3). La LCA regola il tema della mora contrattuale in maniera diversa rispetto alle disposizioni del Codice delle Obligazioni (CO), nella misura in cui non fa dipendere la validità della mora dalla data di ricezione da parte del debitore della diffida. Nonostante il tenore della nota marginale dell'art. 20 LCA, la diffida non è obbligatoria; essa diviene necessaria se l'assicuratore intende ottenere la sospensione dei suoi obblighi contrattuali (STAC 36.2013.2 del 20 gennaio 2014 in re R.; TC SG in RUA XI n. 23; TC VD in RUA VI n. 107; TC NE in RUA VI n. 113, citati in: Carré , *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 210 ad art. 20 LCA). La diffida deve informare il debitore in modo esplicito e completo su tutte le conseguenze del ritardo nel caso in cui l'assicurato non adempia ai suoi obblighi nel termine concessogli (Hasenböhler , in: *Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)*, Basilea 2001, n. 42 ad art. 20 LCA; DTF 128 III 186, in particolare consid. 2; SJ 2003 I pag. 215 e seg.). Una diffida che non indica le conseguenze del mancato adempimento degli obblighi è irregolare e non può produrre gli effetti che non sono stati citati (DTF 128 III 186; SJ 2003 I pag. 215 e seg.). La legge accorda comunque al debitore un termine legale di quattordici giorni (termine di grazia) per provvedere al pagamento. Questo termine non inizia a decorrere dalla notifica della diffida, ma dal momento del suo invio (STF in RUA XVIII n. 13, in: Carron , *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Friburgo 1997, n. 179 pag. 61; Kuhn/Montavon , op. cit., pagg. 189-193).

Contrariamente a quanto è previsto dal CO, la messa in mora diventa effettiva – e l'assicurato deve pure degli interessi moratori - se, alla scadenza del termine legale, il debitore non ha ancora dato seguito al pagamento del premio. Qualora il termine di grazia venga a scadere infruttuosamente, gli obblighi dell'assicuratore vengono sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA). La sospensione dura fino al pagamento completo del premio, oltre accessori, a meno che un'intenzione diversa risulti dall'attitudine dell'assicuratore (DTF 112 II 463; DTF 103 II 204). Il pagamento, o semplicemente la maturazione di un altro premio intervenuta successivamente a quello che è stato oggetto della diffida, non hanno alcun effetto sulla sospensione. Ad ogni modo, l'assicuratore è tenuto ad accettare il pagamento di un premio posteriore, a meno che non intenda recedere dal contratto, possibilità questa cui non è obbligato (DTF 103 II 204). Infine, se l'assicuratore ha incassato il premio corrispondente al nuovo periodo d'assicurazione, ciò non significa che egli abbia rinunciato a ricevere i premi dovuti per i periodi anteriori e, ancor meno, che rinunci a sospendere le proprie obbligazioni (Kuhn/Montavon , op. cit., pag. 189 segg.). Se, invece, il debitore adempie al suo obbligo contrattuale versando nei quattordici giorni di tempo di cui alla diffida il premio dovuto all'assicuratore, egli si sottrae alle conseguenze della mora. A tal proposito, si osserva che l'obbligo dell'assicuratore di versare le prestazioni resta salvaguardato durante tutto il termine legale (termine di grazia) per gli eventi che potrebbero sopraggiungere durante questo periodo. Tale obbligo permane anche se, più tardi, emergesse che la diffida è rimasta senza effetto (art. 20 cpv. 3 LCA). Se allo scadere del termine di grazia il debitore ha pagato solo una parte del premio scaduto, bisogna ritenere che egli non ha adempiuto ai suoi obblighi contrattuali. In tal caso, gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi (art. 20 cpv. 3 LCA), anche se la parte ancora dovuta rappresenta una piccola porzione dell'intero premio arretrato (Kuhn/Montavon , op. cit., pagg. 194 e 195). A dipendenza delle circostanze, rimangono tuttavia riservate le intenzioni diverse dell'assicuratore (DTF 112 II 463). Alla luce di quanto precede, dunque, quando il premio arretrato non venga versato prima della scadenza del termine legale di quattordici giorni, la mora del debitore diventa effettiva. Ciò comporta la sospensione degli obblighi dell'assicuratore (art. 20 cpv. 3 LCA). Tuttavia, un contratto sospeso nei suoi effetti non equivale ad un contratto estinto o rescisso; significa invece semplicemente che gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi, mentre il contratto d'assicurazione in quanto tale resta vigente. La sospensione degli obblighi dell'assicuratore interviene a danno dell'assicurato che resta debitore del premio. Si ribadisce quindi che, di regola, l'assicuratore non ha obblighi nei confronti dell'assicurato se un evento si produce dopo la scadenza infruttuosa del termine legale di diffida (quattordici giorni) (Kuhn/Montavon , op. cit., pag. 198 e seg.; Hasenböhler , op. cit., nn. 19-32 ad art. 21 LCA, pag. 334 segg.). Va ribadito ancora come, in concreto, il tema della sospensione, della rescissione del contratto rispettivamente dei suoi effetti, non sia oggetto del contendere per le ragioni verranno espresse più avanti. Vale la pena comunque di osservare che l'assicura-tore _____ (che assicura le prestazioni complementari) sembra avere riattivato la copertura del signor AT 1 garantendola per il 2015 e, come rileva lo stesso assicurato, ciò sarebbe avvenuto anche per il 2014 siccome al signor AT 1 “ è stato trasmesso il certificato d’assicurazione per la dichiarazione dei redditi 2014 comprensiva dell’indicazione di pagamento di tutti i premi” . Tale aspetto non appare qui oggi rilevante ma deve indurre l’assicurato a riflettere, in particolare alla luce dello scritto doc. L con cui è attestato che “ è stato deciso di riattivare eccezionalmente le prestazioni complementari al Signor AT 1, il quale continua tuttora a risultare assicurato presso di noi esattamente come nell'anno 2014 ” , sull’esistenza di un danno economico o meno o di effettive pretese di

natura civile nei confronti dell'assicuratore (competente per le complementari), pretese rivendicabili in giustizia; · che, a prescindere da quanto appena esposto e come indicato in entrata, con il proprio gravame AT 1 chiede al Tribunale cantonale delle assicurazioni di accertare una denegata giustizia di CV 1 (e quindi dell'assicuratore sociale malattia, come rilevabile dall'elenco degli assicuratore malattie autorizzati [al 1° giugno 2015] reperibile sul sito dell'ufficio federale della sanità pubblicata www.bag.admin.ch) obbligando l'assicuratore a emanare un provvedimento impugnabile; · che in via "subordinata" l'assicurato ha chiesto l'accoglimento del ricorso, di accertare che lo "scritto 16 giugno 2015 della spettabile CV 1, da considerarsi decisione su reclamo, è annullato. ... in concreto, non potendo considerarsi come validamente avvenuta una qualsivoglia rescissione del contratto di assicurazione, che il contratto di assicurazioni complementari stipulato con CV 1, è sempre rimasto in vigore, in particolare per tutto l'anno 2014" ; · che, nelle proprie argomentazioni giuridiche, il ricorrente, richiamando i concetti sviluppati dal TCA nella STCA 28 ottobre 2013 punto 3, riconosce le differenze in essere tra coperture obbligatorie e coperture complementari (doc. I, pag. 2), richiama correttamente l'art. 75 LCAMal per la competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni ma fa riferimento inoltre all'art. 76 LCAMal secondo cui " Contro le decisioni emesse in virtù della presente legge, è data facoltà di reclamo all'organo amministrativo che le ha emesse entro 30 giorni dalla notificazione. È applicabile la legge sulla procedura amministrativa del 24 novembre 2013." con il rilievo qui che la comunicazione 16 giugno 2015 dell'assicuratore non costituisce palesemente una decisione resa dall'amministrazione pubblica in applicazione della Legge Cantonale di applicazione della LAMal del 16 giugno 1997; · che, sempre nel suo gravame, AT 1, ipotizza addirittura che la presa di posizione 16 giugno 2015 di CV 1 costituisca una "decisione su reclamo" (doc. I, pag. 6 ad b); · che l'impugnativa fa inoltre riferimento alla giurisprudenza cantonale e federale in materia di denegata giustizia nel settore della LAINF; · che, visto l'esito della procedura, l'atto non è stato trasmesso all'assicuratore per la formulazione di un allegato di risposta e la produzione dell'intero incarto; · che, per l'art. 1 LPrTCA, il Tribunale cantonale delle assicurazioni giudica quale istanza unica i ricorsi in materia di assicurazioni sociali federali ai sensi dell'art. 57 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (in seguito LPGa) e le azioni in materia di previdenza professionale. Esso giudica inoltre le altre contestazioni fondate sul diritto federale e sul diritto cantonale, che gli sono attribuite dalle singole leggi. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione; · che le contestazioni, invece, aventi per oggetto le assicurazioni complementari assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni come rammenta l'art. 75 LCAMal; · che in questi casi, come evoca la prassi di questo Tribunale cantonale delle assicurazioni (STCA 36.2014.27 del 27 novembre 2014 consid. 2.3 e 36.2014.105 del 12 febbraio 2015 consid. 2.3) le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Per l'art. 12 cpv. 2 LAMal le casse malati possono offrire, oltre all'assicurazione sociale malattie ai sensi della presente legge, assicurazioni complementari; secondo le condizioni e nei limiti massimi determinati dal Consiglio federale possono pure esercitare altri rami d'assicurazione. A norma dell'art. 13 OAMal le casse possono esercitare le assicurazioni complementari previste nell'articolo 12 capoverso 2 della legge se ne sono state autorizzate dal Dipartimento federale di giustizia e polizia. Per l'art. 14 OAMal gli altri rami

d'assicurazione ai sensi dell'art. 12 capoverso 2 della legge sono: indennità in caso di morte di 6000 franchi al massimo (lett. a), indennità in caso di morte in seguito a infortunio di 6000 franchi al massimo (lett. b), indennità in caso d'invalidità in seguito a malattia e infortunio di 6000 franchi al massimo cadauna (lett. c), indennità in caso d'invalidità in seguito a paralisi di 70000 franchi al massimo. Secondo l'art. 85 cpv. 1 della legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), il giudice decide le controversie di diritto privato che sorgono fra le imprese di assicurazione o fra queste e gli assicurati. Per l'art. 7 CPC i Cantoni possono designare un tribunale competente a decidere, in istanza cantonale unica, le controversie derivanti da assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie secondo la LAMal. Il Canton Ticino ha regolato il tema nel citato art. 75 LCAMal conferendo specifica competenza al Tribunale cantonale delle assicurazioni; · che lo scopo dell'art. 75 LCAMal voluto dal legislatore è quello di permettere al cittadino, per ragioni di chiarezza e trasparenza e per evitare confusioni ed incertezze, di adire lo stesso giudice (nel caso di specie: il TCA) quando i due rami dell'assicurazione (sociale e privata) sono praticati dallo stesso assicuratore (in questo senso la STCA 36.2004.85 del 21 marzo 2005) o comunque da un assicuratore autorizzato; · che, conferendo al TCA la competenza di giudicare anche nel merito delle cause nelle quali si applica il diritto privato (in particolare la LCA), si vuole conferire “ ad un'unica istanza la competenza di giudizio in ogni settore dell'assicurazione contro le malattie ”; · che questa norma prevede che il TCA può essere adito per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie se praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal. In particolare a questo Tribunale sono attribuite le cause contro gli assicuratori sociali “ tradizionali ” che offrono anche le assicurazioni complementari, indipendentemente dalla forma giuridica scelta per gestire le assicurazioni private; · che, nella procedura sfociata nella STCA 36.2014.27 la convenuta di quella procedura aveva fatto riferimento alla dottrina per contestare tale competenza, in particolare con riferimento ad un articolo di dottrina (Sara Lehner , Zum Begriff “Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung” im Sinne der Schweizerischen ZPO , in BJM 2010, pag. 169 e seguenti), argomento che il Tribunale cantonale delle Assicurazioni ha scartato con riferimento alla medesima pubblicazione dottrinale. Infatti la medesima autrice ritiene che le assicurazioni di capitale che prevedono il versamento di una determinata somma in caso di invalidità o morte derivanti da malattia o infortunio e le assicurazioni complementari di indennità giornaliera, quali assicurazioni che dovrebbero esulare dalla competenza dei Tribunali delle assicurazioni, non trattandosi, secondo lei, di assicurazioni complementari ad un'assicurazione sociale (op. cit., pag. 185, cfr. anche pag. 188: “ Entgegen der bundesgerichtlichen und kantonalen Rechtsprechung sind kollektive Krankentaggeldversicherungen m.E. nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung zu qualifizieren. Auch wenn man kollektive Versicherungen unter den Begriff fassen wollte, so sind doch bei der Krankentaggeldversicherung, welche vom Arbeitgeber abgeschlossen wird, die Verknüpfungen mit dem Arbeitsrecht intensiver als diejenigen mit der Krankenpflegeversicherung ”), rileva che l'esame delle recenti sentenze federali mostra che il TF non intende modificare la sua giurisprudenza dopo l'entrata in vigore del nuovo CPC. L'interpretazione relativa all'iter dell'adozione dell'art. 7 CPC (che è stato voluto dal Parlamento, allorché il Consiglio federale non l'aveva previsto nel proprio progetto) tende semmai a sostenere che il legislatore voleva permettere ai Cantoni di mantenere le proprie competenze (" bisherigen " ; op. cit. pag. 190). L'autrice conclude

affermando che sarebbe sorprendente se con l'entrata in vigore del CPC la cerchia delle assicurazioni qualificate di " complementari " fosse interpretata più restrittivamente; · che l'art. 7 CPC non era previsto nel progetto del Consiglio federale concernente il Codice di diritto processuale svizzero (FF 2006 pag. 6593 e seguenti), ed è stato adottato dal Parlamento federale dopo numerose discussioni relative al principio della doppia istanza previsto dall'art. 75 cpv. 2 LTF (Lehner , op. cit., pag. 173/174). La nozione di assicurazione complementare alle assicurazioni sociali non è invece stata dibattuta (Lehner , op. cit., pag. 173/174); · che legislatore federale ha voluto mantenere le competenze cantonali, al fine di continuare a permettere il coordinamento delle procedure derivanti dalle assicurazioni complementari alla LAMal e dalla LAMal stessa (Lehner , op. cit., pag. 174). Tramite la conferma della possibilità di prevedere una competenza unica per i due tipi di assicurazione che si completano a vicenda, si vuole facilitare l'accesso alla giustizia; · che dal Messaggio del Consiglio federale del 28 giugno 2006 concernente il Codice di diritto processuale svizzero (FF 2006, pag. 6593 e seguenti) e dai successivi lavori parlamentari non emerge, in altre parole, che il legislatore abbia inteso modificare la competenza cantonale in questo ambito. Piuttosto, l'introduzione, in particolare, dell'art. 7 CPC, deve permettere ai Cantoni di mantenere le specificità circa il trattamento delle assicurazioni complementari alle assicurazioni sociali (cfr. anche, Lehner, op. cit., pag. 174/175); · che il Tribunale cantonale delle Assicurazioni non ha ritenuto quindi (cfr. STCA 36.2014.105 citata, consid. 2.3. in fine) " alcun motivo per scostarsi dalla giurisprudenza cantonale valida prima dell'entrata in vigore del CPC il 1° gennaio 2011 (cfr. in particolare sentenza 36.2004.85 del 21 marzo 2005) "; · che, anche in concreto, come nel caso appena citato, la vertenza concerne un'assicurazione complementare proposta da un assicuratore che esercita anche l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione in oggetto copre i costi di degenza ospedaliera in caso di malattia; · che nel caso di specie l'assicuratore CV 1, come bene specifica la sua carta intestata, agisce nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria mediante la CV 1, mentre le complementari sono rette dalla _____; · che va allora subito evidenziato come il " ricorso " in discussione, che avversa la " decisione 16 giugno 2015 ... della CV 1, ... _____ " , si palesa manifestamente irricevibile siccome, stante la materia (coperture complementari rette dalla LCA) l'assicuratore indicato non è quello che ha promulgato la " decisione " e, soprattutto, lo strumento giuridico scelto è errato. In queste costellazioni l'assicurato deve adire il Tribunale cantonale delle Assicurazioni mediante una petizione presentando un'azione tesa alla condanna dell'assicuratore a prestazioni. Come detto applicabile è il diritto privato, la LCA in particolare, con la conseguenza che l'accertamento di una denegata giustizia o la richiesta di annullamento di una comunicazione dell'assicuratore complementare sono richieste inammissibili; · che, per l'art. 4 cpv. 1 LPTCA il Giudice delegato esamina immediatamente il ricorso ed è competente ad evaderlo se è tardivo o irricevibile; · che la legge di procedura impone al giudice, se il ricorso non risponde ai requisiti stabiliti dall'art. 3 LPTCA [per cui il gravame deve essere redatto in lingua italiana e contenere: a) una copia della decisione impugnata; b) una concisa esposizione dei fatti; c) una breve motivazione e d) le conclusioni del ricorrente], di ritornarlo al ricorrente perché lo completi, assegnandogli un termine di 15 giorni ed avvertendolo che in caso di inosservanza il Tribunale non entrerà nel merito; · che tale obbligo sussiste unicamente quando l'incompletezza sia da ricondurre a lacuna ai sensi dell'art. 3 LPTCA citato, e quando quindi la lacuna sia sanabile; · che in concreto l'impostazione del gravame é tale, così come lo sono le motivazioni giuridiche, l'autorità amministrativa designata e le conclusioni soprattutto, che non sia possibile sanare

il “ ricorso ” che va, conseguentemente dichiarato irricevibile; · che, 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. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è irricevibile . 2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3. Comunicazione alle parti ed alla FINMA, Berna. Contro il presente giudizio è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14 , entro 30 giorni dalla notificazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice delegato La segretaria Ivano Ranzanici Stefania Cagni

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