

TI_GERICHTE 36.2017.14 vom 5. April 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-04-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2017.14

FR: TI_GERICHTE 36.2017.14 du 5 avril 2017

IT: TI_GERICHTE 36.2017.14 del 5 aprile 2017

Erwägungen

E. 14

maggio 2014 per complessivi fr. 78'800 (doc. U e ricorso, doc. I, punto 6). A questo proposito l'assicuratore rileva come l'interessato nel periodo per il quale chiede la restituzione dei premi ha beneficiato di prestazioni per fr. 123'238.15, che dovrebbe a sua volta restituire all'assicuratore in caso di accoglimento della domanda. 2.3. Va in primo luogo evidenziato che dal 1° agosto 2009 al 31 maggio 2014 l'insorgente ha versato premi per complessivi fr. 19'907.55 (doc. da G a P: [315.60 X 5] + [338.60 X 12] + [340.05 X 12] + [340.60 X 12] + [359.15 X 12] + [357.75 X 5]). Questo è l'importo massimo che se, date le condizioni, l'assicuratore può essere tenuto a restituire e non quello fatto valere di fr. 78'800. 2.4 Con sentenza pubblicata in DTF 129 V 159 l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha tra l'altro deciso che è competenza dell'autorità cantonale stabilire se sono dati motivi di esonero (consid. 3). Infatti, per l'art. 6 cpv. 1 LAMal i Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo di assicurazione. Ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 LAMal l'autorità designata dal Cantone affilia a un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente. Nel Canton Ticino l'autorità competente, dal 1° febbraio 2010, per decidere l'affiliazione d'ufficio o l'esonero dall'obbligo assicurativo è la Cassa cantonale di compensazione (in precedenza: Ufficio dell'assicurazione malattia [UAM]: cfr. art. 3 LCAMal e art. 1 e seguenti RLCAMal del 13 novembre 2007, nonché art. 1 RLCAMal del 29 maggio 2012). In concreto con scritto del 26 maggio 2014 la Cassa _____ ha scritto a RI 1 affermando che: " (...) facciamo riferimento al modulo ufficiale TI 4 ricevuto in data 21 maggio 2014 ed alla copia del modulo europeo S1 ed in merito osserviamo quanto segue. Essendo lei al beneficio di una pensione sociale italiana, ritenuto che non riceve alcuna rendita svizzera e non esercita attività lucrativa in territorio elvetico, richiamato l'art. 2 cpv. 1 lett. e) OAMal, confermiamo che, in applicazione dei predetti Accordi bilaterali, non è soggetto all'obbligo assicurativo in Svizzera ai sensi della LAMal. Infatti, in virtù del modulo europeo presentato (S1), la copertura assicurativa di cui gode è certamente conforme a quanto richiesto dalle norme che discendono dai già citati Accordi bilaterali" (doc. S) L'8 luglio 2014 un funzionario della Cassa di compensazione, interpellato dall'assicuratore, ha affermato che " la data in cui decade l'obbligo per l'assicurato in oggetto è il 14.05.2014 ". (doc. T). Dagli atti non risulta alcun esonero per il periodo antecedente (dal 1° agosto 2009 al 13 maggio 2014), né una domanda in tal senso dell'assicurato alla Cassa _____. In assenza di una decisione di esonero dall'obbligo assicurativo dell'autorità competente per il periodo litigioso, l'assicuratore non può essere tenuto a restituire alcunché. 2.5. In secondo luogo se, per pura ipotesi di lavoro, si volesse interpretare lo scritto del 26 maggio 2014 della cassa cantonale di compensazione quale conferma di esonero dall'obbligo assicurativo sin dall'arrivo in Svizzera del ricorrente, occorre concludere che, per i motivi che seguono, la richiesta di restituzione del 1° marzo 2016 è tardiva. In DTF 119 V 298 l'allora TFA (dal

1° gennaio 2007: TF), circa la restituzione di premi dell'assicurazione malattia pagati in eccesso, aveva stabilito che, carente una disposizione statutaria, al credito di restituzione dell'assicurato era applicabile per analogia l'art. 16 cpv. 3, prima frase, LAVS per il quale il diritto alla restituzione dei contributi indebitamente pagati si prescrive in un anno a contare dal momento in cui la persona tenuta a pagare i contributi ha avuto conoscenza dell'indebito pagamento e in ogni caso in cinque anni a contare dalla fine dell'anno civile in cui ha avuto luogo il pagamento indebito (cfr. anche la sentenza K 82/02 del 17 giugno 2003, consid. 3). Il 1° gennaio 2013 è entrata in vigore la LPGA, il cui art. 25 cpv. 3 LPGA prevede che può essere chiesto il rimborso di contributi pagati in eccesso. Il diritto si estingue un anno dopo che il contribuente ha avuto conoscenza dei pagamenti troppo elevati, al più tardi cinque anni dopo la fine dell'anno civile nel corso del quale i contributi sono stati pagati. Con sentenza K 99/04 del 21 gennaio 2005 l'allora TFA ha affermato: " 2.2 Entgegen den Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde steht diesem Ergebnis - wie das kantonale Gericht bereits in seinem letztinstanzlich vollumfänglich bestätigten Entscheid vom 28. September 1999 zutreffend erkannt hat - weder der Umstand, dass die Helsana die Prämien für die Monate Januar bis Juni 1994 zuvor bereits im Jahre 1994 betriebsrechtlich geltend gemacht hatte, noch der Hinweis entgegen, wonach "der 1993 mit der ELVIA Versicherung/Grütli eingegangene Versicherungsvertrag (...) nach VVG abgeschlossen" worden sei. Soweit die Versicherte in der beschriebenen Verjährungs- und Verwirkungsregelung für Beitragsforderungen sodann eine Ungleichbehandlung gegenüber dem Rückerstattungsanspruch der versicherten Person ihrerseits auf zu viel bezahlte Beiträge gemäss Art. 16 Abs. 3 Satz 1 AHVG bzw. Art. 25 Abs. 3 ATSG sieht (einjährige Frist ab Kenntnismoment; fünfjährige Frist nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge bezahlt worden sind), verkennt sie den unterschiedlichen Bedeutungsgehalt der beiden Anspruchsarten. Während es bei der Einforderung der Beiträge seitens der Verwaltung um die Durchsetzung der Beitragspflichten - und damit die Wahrnehmung öffentlicher Interessen - an sich geht, bestehen Sinn und Zweck des (Beitrags-)Rückerstattungsanspruchs der versicherten Person einzig darin, aus Gründen der Rechtssicherheit und aus verwaltungstechnischen Erwägungen (...) nach Ablauf eines bestimmten Zeitraumes in einem bestimmten Schuldverhältnis zwischen AHV (oder - analog - der sozialen Krankenversicherung) und beitragspflichtiger Person Ruhe einkehren zu lassen (BGE 119 V 300 Erw. 4a mit Hinweis). Demgegenüber unterliegen die - in der Sache eher vergleichbaren - Rückerstattungsansprüche von Krankenversicherern (auf bereits erbrachte aber nicht geschuldete Leistungen) und Versicherten (auf zu viel bezahlte Beiträge) derselben Verwirkungsordnung (Art. 16 Abs. 3 Satz 1 [Beiträge] und Art. 47 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 AHVG [Leistungen; in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2002]; Art. 25 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 1 [Leistungen] und Abs. 3 ATSG [Beiträge]; BGE 119 V 301 Erw. 4c mit Hinweisen). Gleiches gilt ferner für den Anspruch auf noch ausstehende Leistungen oder Beiträge (Beiträge: Art. 16 Abs. 1 Satz 1 sowie Abs. 2 Satz 1 AHVG, Art. 24 Abs. 1 ATSG; Leistungen: Art. 46 Abs. 1 AHVG [in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung]; Art. 46 Abs. 1 AHVG [in der seit 1. Januar 2003 geltenden Fassung] in Verbindung mit Art. 24 Abs. 1 ATSG)." La dottrina, e meglio Eugster, in SBVR, Soziale Sicherheit, 3a edizione 2016, Krankenversicherung, pag. 810, n. 1363 e seguenti, conferma che l'obbligo di restituzione per premi pagati in troppo, nell'ambito dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie, è regolato dall'art. 25 cpv. 3 LPGA (" [...] Die Verwirkung von Prämienforderungen infolge Zeitablaufs regelt 24 ATSG (altrechtlich: BGE 122 V 331 E. 2a), die Rückerstattungspflicht für zu viel bezahlte

Prämien Art. 25 Abs. 3 ATSG (altrechtlich: BGE 119 V 289 [recte: 298] E. 3; 101 V 225, 228) [...]”; “[...] Prämienrückerstattungsforderungen können namentlich dadurch entstehen, dass die versPers bei der Prämienfestsetzung regional falsch eingestuft wurde (EVG K 149/05), überhaupt nicht versicherungspflichtig war oder bei ihr trotz Wegfalls der Versicherungspflicht weiterhin Prämien erhoben wurden [...]”).

2.6. Nel caso di specie, rilevato che la questione non è stata esaminata dall'assicuratore malattie, il TCA ha chiesto ai ricorrenti di esprimersi in merito alla tempestività della richiesta di restituzione con riferimento all'art. 25 cpv. 3 LPGa e alla sentenza K 99/04 del 21 gennaio 2005, consid. 2.2 (cfr. consid. 1.7-1.8). Questo Tribunale evidenzia che il 26 maggio 2014 l'istituto delle assicurazioni sociali ha informato RI 1 che non era soggetto all'obbligo assicurativo (doc. S). La richiesta di restituzione dell'assicurato del 1° marzo 2016 è dunque tardiva poiché inoltrata oltre un anno dopo che ha avuto conoscenza dei pagamenti troppo elevati. Inoltre, in ogni caso, la richiesta di restituzione per i premi dovuti nel 2009 e nel 2010 è perentoria, essendo stata inoltrata oltre il termine quinquennale di cui all'art. 25 cpv. 3 LPGa.

2.7. Va comunque evidenziato, per i motivi che seguono, che l'interessato non può in ogni caso far valere la propria buona fede ai sensi dell'invocato art. 27 LPGa. L'art. 27 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) che regola la “Informazione e consulenza” ha il seguente tenore: “ 1 Gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi. 2 Ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. Per le consulenze che richiedono ricerche onerose, il Consiglio federale può prevedere la riscossione di emolumenti e stabilirne la tariffa. 3 Se un assicuratore constata che un assicurato o i suoi congiunti possono rivendicare prestazioni di altre assicurazioni sociali, li informa immediatamente.” La norma sancisce, in particolare, per l'amministrazione un dovere di carattere collettivo, generale e permanente di fornire informazioni (cpv. 1) e il diritto soggettivo e individuale dell'assicurato alla consulenza (cioè un parere su ciò che conviene fare) su un caso preciso, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2) (Su questi aspetti cfr. in particolare STFA C 192/04 del 14 settembre 2005 consid. 4.1., pubblicata in DTF 131 V 472 e in SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; STFA C 157/05 del 28 ottobre 2005 consid. 4.2.; E. Imhof - CH Zünd, "ATSG und Arbeitslosenversicherung" in SZS 2003 pag. 291 seg. (306); E. Imhof, "Anhang zur Vertiefung von art. 27 ATSG über Aufklärung, Beratung und Kenntnissgabe" in SZS 2002 pag. 315 seg. (315-318); R. Spira, "Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales art. 27 LPGa" in SZS 2001 pag. 524 seg. (527)). Il capoverso 1 dell'art. 27 LPGa prevede dunque un obbligo di informazione generale e permanente nei confronti di una cerchia indeterminata di persone, che non deve avvenire unicamente su richiesta degli interessati, bensì regolarmente e d'ufficio, e a cui viene fatto fronte ad esempio tramite la consegna di opuscoli informativi, direttive, inserzioni, internet, ecc. (cfr. STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; DTF 131 V 476 consid. 4.1.= SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; DLA 2002 pag. 194). Per quanto attiene al diritto alla consulenza enunciato all'art. 27 cpv. 2 LPGa, va segnalato che ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca, gratuitamente, consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi (cfr. DLA 2007 pag. 193 segg.). Quest'obbligo concerne soltanto l'ambito di competenza dell'assicuratore in questione e le informazioni possono essere fornite anche da non giuristi, come del resto prima dell'entrata in vigore della LPGa.

Contrariamente alle informazioni di carattere generale, la consulenza deve riferirsi al caso specifico (cfr. FF 1999 IV 3953). L'assenza di informazioni in una situazione concreta laddove l'obbligo di informare è previsto dalla legge o quando le circostanze particolari del caso avrebbero presupposto un'informazione da parte dell'assicuratore è assimilato ad una dichiarazione erronea e può, a certe condizioni, obbligare l'autorità (in concreto l'assicuratore) a consentire ad una persona assicurata un vantaggio al quale non avrebbe potuto pretendere in virtù del principio della buona fede derivante dall'art. 9 Cost. fed. (DTF 131 V 472 consid. 5). Secondo la giurisprudenza un'informazione sbagliata o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se (a) l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone, (b) l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti, (c) l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta, (d) facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio, (e) da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 131 II 627 consid. 6.1 pag. 636, 130 I 26 consid. 8.1 pag. 60 e rispettivi rinvii). Questi principi si applicano per analogia in caso di mancanza di informazione, la condizione c) dovendo tuttavia essere formulata nel seguente modo: che l'amministrato non ha avuto conoscenza del contenuto dell'informazione omessa o che il contenuto era talmente evidente che non doveva attendersi un'altra informazione (sentenza 8C_320/2010 del 14 dicembre 2010, DTF 131 V 472 consid. 5, sentenza 8C_66/2009 consid. 8.4 non pubblicato in DTF 135 V 399). 2.8. In concreto i ricorrenti affermano che l'assicurato è venuto a conoscenza della possibilità di essere esonerato dall'obbligo assicurativo solo nell'ambito di un colloquio con un conterraneo grazie al quale avrebbe poi inoltrato la richiesta di esonero, accolta il 26 maggio 2014. I ricorrenti non sostengono che l'assicuratore avrebbe fornito informazioni errate o non avrebbe dato seguito ad una richiesta di informazioni. Essi fanno invece valere che sarebbe stato compito della convenuta, spontaneamente, rendere attento l'assicurato circa le possibilità di esonero, ritenuto che si trattava di un pensionato proveniente dall'estero al beneficio della sola rendita pensionistica italiana. In primo luogo va evidenziato che la cassa cantonale di compensazione tramite l'Istituto delle assicurazioni sociali, ossia l'autorità competente a decidere circa l'esonero dall'obbligo assicurativo, fornisce quell'informazione generale ed astratta, esatta dall'art. 27 cpv. 1 LPGa, tramite la pubblicazione delle norme e segnatamente dei motivi di esonero nel Foglio Ufficiale fino al 2009 (FU 10/2003 del 4 febbraio 2003 pag. 833 e seguenti; FU 8/2004 del 27 gennaio 2004 pag. 634; FU 6/2005 del 21 gennaio 2005 pag. 466; FU 15/2006 del 21 febbraio 2006 pag. 1166; FU 11/2007 del 6 febbraio 2007 pag. 989 e seguenti; FU 23/2008 del 18 marzo 2008 pag. 2190 e seguenti; FU 25/2009 del 31 marzo 2009 pag. 2359) e tramite internet dal 2010 (http://www3.ti.ch/DSS/sw/struttura/dss/ias/Informazioni_periodiche_2010.htm). L'assicurato in presenza di una pubblicazione su un organo ufficiale, rispettivamente nel sito internet dell'autorità competente, non può pertanto far valere di non aver ottenuto quell'informazione generale ed astratta cui aveva diritto in virtù dell'art. 27 cpv. 1 LPGa. Spettava semmai all'assicurato, sulla base dell'informazione ottenuta tramite il Foglio Ufficiale o tramite il sito internet, rivolgersi alla Cassa per ottenere maggiori ragguagli circa il suo obbligo assicurativo, rispettivamente circa l'esonero dall'affiliazione in Svizzera alla LAMal. In secondo luogo va evidenziato che l'interessato già nel 2009 faceva capo al medesimo legale che lo rappresenta nella presente causa (cfr. doc. E, e-mail del 21 ottobre

2009 dell'avv. RA 1 ad un funzionario dell'assicuratore convenuto: “ [...] dando seguito al colloquio telefonico odierno le trasmetto il documento del signor RI 1 che, a seguito di un incontro avuto con il dott. _____, ha deciso di affiliarsi alla vostra cassa. La prego pertanto trasmettermi tutta la documentazione necessaria nonché una conferma di affiliazione da produrre nelle opportune sedi [...] ” [doc. E]). Egli avrebbe di conseguenza potuto attingere le informazioni necessarie presso il suo legale. Inoltre, rilevato l'alto numero di persone che entrano ed escono dalla Svizzera ogni anno, non può essere richiesto all'assicuratore che, in assenza di una domanda di informazioni specifiche circa l'obbligo assicurativo nel nostro Paese, per un cittadino qui residente, coadiuvato da un avvocato (cfr. doc. E) venga puntualmente verificata ogni ipotesi di esonero. Se infatti è vero che nel permesso “ B ” dell'interessato, 70enne all'epoca della richiesta di affiliazione e che proveniva dall'estero, figura “ senza l'esercizio di un'attività lavorativa ” (doc. B), d'altra parte va rilevato che l'insorgente non ha indicato alla convenuta di non beneficiare di una rendita svizzera. Va infine evidenziato che Eugster, in SBVR, Soziale Sicherheit, 3a edizione 2016, Krankenversicherung, pag. 810, n. 1364, con riferimento tuttavia ad una fattispecie diversa (sentenza K 149/05 del 3 maggio 2006, in cui all'assicurato era stato chiesto, retroattivamente, di pagare la differenza tra il premio dovuto in virtù del nuovo domicilio [Canton Ginevra] e quello pagato secondo la tariffa del vecchio domicilio [Canton Berna] e che non aveva informato l'assicuratore del trasloco) sostiene che l'inattività dell'assicurato in presenza di una situazione illegale solo eccezionalmente motiva la protezione della buona fede: l'assicuratore deve essere stato reso attento circa la violazione della legge ed averla tollerata (“ [...] Untätigkeit des Versicherers angesichts einer gesetzwidrigen Lage begründet nur ausnahmsweise Vertrauensschutz; er muss auf die Gesetzwidrigkeit aufmerksam gemacht worden sein und diese anschliessend geduldet haben [EVG K 149/05 E. 6;...] ”). In concreto, alla luce di tutto quanto sopra esposto, l'assicurato non può essere tutelato nella sua buona fede e l'art. 27 LPGA non trova di conseguenza applicazione. 2.9. Gli insorgenti chiedono l'edizione dell'intero incarto dell'assicuratore e richiamano il ricorso di cui alla procedura 36.2017.13 (doc. I e X). Con l'ordinanza del 25 gennaio 2017 il giudice delegato del TCA ha assegnato all'assicuratore un termine di 20 giorni per presentare la risposta di causa “ unitamente all'incarto completo ” (doc. II). Con risposta del 21 febbraio 2017 la convenuta ha prodotto la documentazione richiesta, elencandola a pag. 5 (doc. V). I ricorrenti non sostengono che vi sia documentazione mancante, né questo Tribunale ha motivo di ritenerlo. Ne segue che la cassa ha dato seguito alla richiesta degli insorgenti. Questo TCA ha inoltre preso in considerazione anche il contenuto del parallelo ricorso della moglie del defunto RI 1 di cui all'incarto 36.2017.13. Il Tribunale, ritenuto che, in seguito agli accertamenti eseguiti, i fatti sono stati comprovati e nessun provvedimento probatorio supplementare potrebbe modificare tale apprezzamento, rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (sentenza 9C_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2). 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).

E. 21

ottobre 2009 dell'avv. RA 1 ad un funzionario dell'assicuratore convenuto: [] dando seguito al colloquio telefonico odierno le trasmetto il documento del signor RI 1 che, a seguito di un incontro avuto con il dott. _____, ha deciso di affiliarsi alla vostra cassa. La prego pertanto trasmettermi tutta la documentazione necessaria nonché una conferma di affiliazione da produrre nelle opportune sedi [] [doc. E]). Egli avrebbe di conseguenza potuto attingere le informazioni necessarie presso il suo legale.

Inoltre, rilevato l'alto numero di persone che entrano ed escono dalla Svizzera ogni anno, non può essere richiesto all'assicuratore che, in assenza di una domanda di informazioni specifiche circa l'obbligo assicurativo nel nostro Paese, per un cittadino qui residente, coadiuvato da un avvocato (cfr. doc. E) venga puntualmente verificata ogni ipotesi di esonero. Se infatti è vero che nel permesso B dell'interessato, 70enne all'epoca della richiesta di affiliazione e che proveniva dall'estero, figura senza l'esercizio di un'attività lavorativa (doc. B), d'altra parte va rilevato che l'insorgente non ha indicato alla convenuta di non beneficiare di una rendita svizzera.

Va infine evidenziato che Eugster, in SBVR, Soziale Sicherheit, 3a edizione 2016, Krankenversicherung, pag. 810, n. 1364, con riferimento tuttavia ad una fattispecie diversa (sentenza K 149/05 del 3 maggio 2006, in cui all'assicurato era stato chiesto, retroattivamente, di pagare la differenza tra il premio dovuto in virtù del nuovo domicilio [Canton Ginevra] e quello pagato secondo la tariffa del vecchio domicilio [Canton Berna] e che non aveva informato l'assicuratore del trasloco) sostiene che l'inattività dell'assicuratore in presenza di una situazione illegale solo eccezionalmente motiva la protezione della buona fede: l'assicuratore deve essere stato reso attento circa la violazione della legge ed averla tollerata ([] Untätigkeit des Versicherers angesichts einer gesetzwidrigen Lage begründet nur ausnahmsweise Vertrauensschutz; er muss auf die Gesetzwidrigkeit aufmerksam gemacht worden sein und diese anschliessend geduldet haben [EVG K 149/05 E. 6;]).

In concreto, alla luce di tutto quanto sopra esposto, l'assicurato non può essere tutelato nella sua buona fede e l'art. 27 LPGa non trova di conseguenza applicazione.

2.9. Gli insorgenti chiedono l'edizione dell'intero incarto dell'assicuratore e richiamano il ricorso di cui alla procedura 36.2017.13 (doc. I e X).

Con l'ordinanza del 25 gennaio 2017 il giudice delegato del TCA ha assegnato all'assicuratore un termine di 20 giorni per presentare la risposta di causa unitamente all'incarto completo (doc. II). Con risposta del 21 febbraio 2017 la convenuta ha prodotto la documentazione richiesta, elencandola a pag. 5 (doc. V). I ricorrenti non sostengono che vi sia documentazione mancante, né questo Tribunale ha motivo di ritenerlo. Ne segue che la cassa ha dato seguito alla richiesta degli insorgenti.

Questo TCA ha inoltre preso in considerazione anche il contenuto del parallelo ricorso della moglie del defunto RI 1 di cui all'incarto 36.2017.13.

Il Tribunale, ritenuto che, in seguito agli accertamenti eseguiti, i fatti sono stati comprovati e nessun provvedimento probatorio supplementare potrebbe modificare tale apprezzamento, rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (sentenza 9C_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2).

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