

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20000207_f_ne_u_00 vom 7. Februar 2000

FINMA Versicherungsrecht, 2000-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20000207_f_ne_u_00

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20000207_f_ne_u_00 du 7 février 2000

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20000207_f_ne_u_00 del 7 febbraio 2000

Volltext

urt72000.doc Tribunal civil du district de Neuchâtel, 7 février 2000, F. c. Visana, la caisse-maladie, Berne Faits/Motifs: Jusqu'au 31 décembre 1996, J. F. était assurée auprès de la caisse-maladie Visana pour les prestations de base et pour des prestations complémentaires de la catégorie désignée par le sigle "Classic-FGO". Du fait de la réunion en une seule institution des trois caisses Evidenzia, CMB et Grütli, dont les contrats n'étaient par la force des choses pas absolument équivalents, et de l'entrée en vigueur, au 1er janvier 1996, de la nouvelle loi sur l'assurance maladie, la Visana remodela ses offres de manière à ce que chacun de ses assurés puisse retrouver, autant que faire se pouvait, des conditions analogues. Comme il était inévitable que certaines différences surviennent néanmoins, une procédure avait été mise au point pour permettre à chacun de choisir certains compléments sans devoir subir un nouvel examen de santé. C'est ainsi que les assurés reçurent: - un rapport intermédiaire No 1 du 15 août 1996 qui n'est toutefois qu'un panégyrique de son auteur et de la Visana sans réel intérêt pour la présente cause; - un second rapport intermédiaire du 18 octobre 1996 indiquant notamment le calendrier établi selon lequel les nouvelles polices seraient envoyées vers mi-décembre, pour entrer en vigueur le 1er janvier 1997, un délai de 2 mois partant alors pour résilier l'assurance obligatoire et un autre délai de 6 mois pour adapter et, si nécessaire, résilier avec effet rétroactif la police, étant précisé cependant que chacun serait "parfaitement assuré pour l'année prochaine", - une lettre de novembre 1996 complétant la précédente et indiquant que la nouvelle "offre d'assurance correspondant autant que possible exactement à votre couverture actuelle" mais qu'"au cas où une prestation à laquelle vous aviez droit jusqu'à maintenant ferait défaut dans notre nouvel offre, vous pouvez très bien modifier ou adapter à titre rétroactif votre proposition d'ici au 30 juin 1997; - un journal "Visana Magazine" No 5/96 détaillant par le menu, pour chacune des trois défunctes caisses, quelle nouvelle assurance complémentaire correspondait à quelle ancienne. A la catégorie "Classic-FGO" correspondait désormais la catégorie "Ambulatoire II (BOO)", "Complémentaire I (MOO)". On signalait toutefois une différence notable en ce sens qu'"aucune assurance complémentaire d'hospitalisation n'est attribuée aux assurés FGO/JO dans la nouvelle offre"; il était par conséquent recommandé à ces derniers "de conclure la catégorie Hôpital division commune pour couvrir les prestations qui leur étaient accordées par FGO (prestations de cure et hospitalisation en division commune dans les hôpitaux publics de toute la Suisse)". Ainsi, selon ces divers documents, J. F. aurait dû, entre le 1er janvier et le 30 juin 1997, demander le complément "Hôpital division commune"; elle l'aurait obtenu sans examen médical préalable. Elle ne l'a cependant pas fait, affirmant n'avoir reçu aucun des documents mentionnés ci-dessus, déniait subsidiairement à ces derniers un quelconque effet juridique. Ce n'est qu'en octobre 1997 qu'elle demanda à être réintégrée dans les assurances complémentaires dont elle avait été exclue. Visana exigea un examen de santé sur la base duquel elle refusa la

proposition. Par la présente action, J. F. demande à ce que le tribunal oblige la caisse Visana à l'accepter comme assurée dans les catégories "Hôpital division commune", ce qui lui permettrait d'être soignée dans la division commune de tout hôpital pour cas aigus de Suisse 2 et "Complémentaire II" qui élargirait son accès aux médecines dites naturelles, auprès des guérisseurs et neuropathes reconnus et non seulement auprès des médecins. Sur ce dernier point, on doit remarquer que la catégorie "Complémentaire II" ne correspond évidemment pas à l'ancienne catégorie "FGO" qui n'octroyait aucune prestation pour les traitements prodigués par les naturopathes, guérisseurs et ostéopathes non plus que pour les médicaments délivrés par eux, au contraire de ce qui était prévu pour les catégories FG 1-4. On doit donc constater que c'est bien la catégorie "Complémentaire I" qui correspond à celle dans laquelle était assurée la demanderesse et que cette conclusion doit être rejetée (voir le règlement des prestations 1996 pour l'assurance complémentaire des frais de guérison "Classic", p. 10 et Visana Magazine 5/96 p. 9). Il est tout aussi clair que la couverture actuelle de la demanderesse est moins étoffée que la précédente pour ce qui est de l'hospitalisation en division commune des hôpitaux pour cas aigus de toute la Suisse. C'est à tort que Visana le conteste puisqu'elle-même relevait cette différence dans son magazine No 5/96 (p. 7). Bien qu'il paraisse peu probable que, comme elle l'affirme, la demanderesse n'ait reçu aucune des informations citées plus haut (consid. 1), Visana ne pouvait l'exclure d'une catégorie complémentaire, même en lui offrant la possibilité de la recontracter sans examen médical préalable pendant un délai déterminé. L'art. 102al. 2 LAMal est absolument clair sur ce point et tant le Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 195, ad art. 94) que la jurisprudence (ATF 124 III 434) confirment cette interprétation de la loi selon laquelle il appartenait aux caisses d'offrir des conditions au moins égales aux précédentes et pas seulement la possibilité, dans un délai déterminé, de les retrouver. En d'autres termes, le débiteur d'une obligation ne peut s'y soustraire en se bornant à invoquer le fait que le créancier n'aurait pas respecté, pour faire valoir son droit, une procédure que lui-même avait unilatéralement mise en place. Cette manière de voir s'impose notamment par l'extraordinaire complexité du sujet, que les explications diffusées par la défenderesse, délayées dans une prose à vocation essentiellement apologétique dont on peut comprendre que le simple assuré soit médiocrement friand, ne contribuaient guère à éclairer. Dans ces circonstances, le risque était important que même une personne qui aurait reçu et lu les documents énumérés au considérant 1 aurait pensé de bonne foi que les nouvelles conditions étaient suffisamment proches des anciennes pour qu'elle néglige de procéder aux comparaisons auxquelles on lui recommandait pourtant si chaleureusement de consacrer ses soirées. Sur ce point, par conséquent, la demande doit être accueillie et la Visana condamnée à offrir à la demanderesse la possibilité de contracter, avec effet rétroactif au 1er janvier 1997, une assurance complémentaire dans la catégorie "Hôpital division commune". La procédure est gratuite et il n'y a pas lieu à dépens. Vu les art. 102 al. 2 LAMal, 47 LSA, 43 LILAMal, 14 à 17 de l'arrêté du 14 février 1996 fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance maladie sociale et aux assurances complémentaires et 341 ss CPCN, PAR CES MOTIFS: 1. Condamne la caisse-maladie Visana à offrir à J. F. la possibilité de contracter, avec effet rétroactif au 1er janvier 1997, une assurance complémentaire dans la catégorie "Hôpital division commune". 2. Statue sans frais ni dépens. Le présent jugement est susceptible de recours par le dépôt, dans les 20 jours, d'un mémoire motivé au greffe de ce tribunal (art. 416 CPCN).

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