

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050916_f_ge_x_01 vom 16. September 2005

FINMA Versicherungsrecht, 2005-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20050916_f_ge_x_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050916_f_ge_x_01 du 16 septembre 2005

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050916_f_ge_x_01 del 16 settembre 2005

Erwägungen

E. 1

L'appel a été déposé selon la forme et dans le délai prescrits par la loi (art. 296 et 300 LPC), compte tenu de la suspension du délai du 18 décembre 2004 au 1^{er} janvier 2005 compris (art. 30 LPC). La formalité de l'acte d'appel doit être respectée dans le délai des art. 296, 297 et 299 LPC. L'appelant ne peut ainsi corriger une irrégularité de son mémoire par la production d'un nouvel acte hors du délai d'appel. Tout au plus peut-il produire un complément aux conditions de l'art. 122 al. 1 LPC, pour autant que l'acte d'appel ne soit pas manifestement irrecevable (SJ 1986 p. 335). Cette nouvelle écriture ne permettra pas l'articulation de conclusions non contenues dans le mémoire d'appel (SJ 1960 p. 148; 1968 p. 153; 1986 p. 208; BERTOSSA/- GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, Commentaire de la LPC, ch. 2 ad a rt. 300 LPC). C17720/2004

-7/10- Toutefois; un appel peut, sans formalisme excessif, être déclaré irrecevable pour le motif que l'appelant n'a pas pris de conclusions au fond, sauf lorsque la Cour de justice ne statuerait de toute manière pas elle-même sur le litige en cas d'admission du grief soulevé devant elle, soit notamment lorsque la Cour de justice admet un appel contre un jugement du Tribunal de première instance rejetant d'entrée de cause une action pour cause de prescription (ATF du 9 mars 2005, no 5P389/2004, consid. 2.4. et 2.5.). En l'espèce, l'appelante a pris des conclusions en constatation de droit, qu'elle a complétées par des conclusions au fond après l'échéance du délai d'appel. Toutefois, le jugement entrepris ayant admis l'exception de prescription soulevée devant lui, l'appel ne peut être déclaré irrecevable au motif que l'appelante n'a pas pris de conclusions au fond. De plus, l'intimée a déclaré en plaidant qu'elle ne s'opposait pas au dépôt des conclusions complémentaires de sa partie adverse. L'appel sera donc déclaré recevable. Les dernières conclusions prises en première instance ayant porté sur une valeur litigieuse indéterminée, le Tribunal a statué en premier ressort; la Cour revoit donc la cause avec un plein pouvoir d'examen (art. 22 ai. 2 LOJ).

E. 2

2.1. A teneur de l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. Ce fait n'est pas le même selon les diverses catégories d'assurances dont il s'agit. L'obligation visée par cette disposition légale est évidemment celle de l'assureur de verser les prestations convenues à raison de l'événement assuré; le fait qui lui donne naissance est ainsi la réalisation du risque (ATF 118 II 447 consid. 2b p. 454). Selon la jurisprudence fédérale, la prescription court du jour duquel les éléments qui fondent l'obligation de l'assureur sont établis. Ainsi, l'obligation de l'assureur en cas d'indemnités journalières pour cause de maladie naît de l'incapacité de

travail due à la maladie et attestée par un médecin et de l'écoulement du délai d'attente convenu. Si ces deux éléments de fait sont réalisés, la prescription commence à courir et ce pour toutes les indemnités journalières qui échoient pendant la durée de l'incapacité de travail constatée par un médecin. A moins que le contrat ne prévoie clairement une autre règle, l'indemnité journalière doit en principe être considérée comme un tout, qui se prescrit dans son ensemble. Le raisonnement selon lequel chaque jour d'incapacité de travail ferait courir la prescription est erroné. Ce délai part de la réalisation de l'événement à l'origine de l'obligation de la compagnie d'assurance (ATF 127 III 268 = SJ 2001 p. 480- 481).

E. 2.2

Selon l'art. 135 CO, applicable par renvoi de l'art. 100 LCA, la prescription est interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette (ch.1) et lorsque le créancier C/772012004

-8/10- fait valoir ses droits par des poursuites, par une action ou une exception devant un tribunal ou des arbitres, par une intervention dans une faillite ou par une citation en conciliation. Des actes autres que ceux-là n'interrompent pas la prescription; c'est ainsi que l'ayant droit ne peut pas se contenter de s'adresser à l'assureur par écrit, de demander une expertise ou de proposer une transaction. L'exception de prescription est toutefois abusive si l'assureur a empêché l'ayant droit de faire valoir à temps sa prétention par un comportement tel qu'il était de nature à entraîner cette conséquence; dans ce sens il faut admettre que l'exception de prescription est contraire à la bonne foi si, par son attitude, l'assureur a éveillé chez le créancier l'opinion qu'une action ou une poursuite n'est pas nécessaire (VIRET, Droit des assurances privées, p. 136). Il n'en est autrement que si l'assureur a nettement fait comprendre au créancier, assez longtemps avant l'expiration du délai, que les pourparlers engagés ne devaient pas le libérer d'agir dans le délai d'action (ATF 74 II 91 = JdT 1948 I 597).

E. 2.3

En l'espèce, il ressort de la police d'assurance établie le 15 avril 1999 et des conditions générales 1992 applicables au contrat que la prestation de l'assurance est due après un délai d'attente de 60 jours à compter du «jour de l'incapacité de travail, au plus tôt cependant trois jours avant la première consultation médicale», le début de l'incapacité devant être constaté par un médecin (art. 15 conditions générales, pce 6 déf.). En application de la jurisprudence fédérale précitée, le délai de prescription court du jour de l'échéance de 60 jours dès l'incapacité de travail constatée médicalement, soit en l'espèce, dès le 20 mars 2000, comme l'a retenu le Tribunal. A cet égard, le courrier du 18 janvier 2001 de l'assurance concerne exclusivement le respect par l'assurée de ses obligations d'information. En effet, l'assurance fait expressément référence à l'art. 33.4 de ses conditions générales (version 1992), en indiquant qu'elle refuse ses prestations pour la période antérieure au 15 octobre 2000, du fait que la déclaration d'incapacité lui parvenait tardivement. Dans un tel contexte, l'indication de l'assurance selon laquelle elle considérait que la lettre de l'appelante du 15 décembre 2000 valait déclaration pour son incapacité de travail à compter du 15 octobre 2000 signifie uniquement que la période d'incapacité antérieure ne pourra être couverte par l'assurance, dès lors que l'appelante n'avait pas respecté ses obligations d'informations. Une telle déclaration n'a en revanche pas pour effet de déplacer le début de l'incapacité de travail constatée médicalement, qui fait partir le délai de prescription. Ce délai de prescription de deux ans n'a en outre pas été interrompu en temps utile. En effet, l'appelante indique elle-même, dans son acte d'appel, qu'elle n'a jamais soutenu que le courrier de l'assurance

du 18 janvier 2001 valait reconnaissance de dette ou renonciation à la prescription, ce qui n'est C/7720/2004

-9/10- effectivement pas le cas, l'assurance ayant toujours contesté devoir une quelconque prestation en faveur de l'appelante. En outre, par son courrier du 18 janvier 2001, l'assurance ne faisait que contester devoir verser des indemnités pour la période d'incapacité antérieure au 15 octobre 2000, indiquant devoir se déterminer pour le surplus, après consultation des médecins traitants de l'intimée. Ainsi, la prescription était atteinte le 20 mars 2002, soit avant que l'appelante ne forme une réquisition de poursuite le 18 avril 2002. L'appelante ne soutient pas qu'elle aurait été empêchée, sans faute de sa part, de réclamer en justice, avant l'échéance du délai de prescription, les prestations d'assurance litigieuses. Un tel argument ne saurait de toute manière être admis. En effet, l'assurance a manifesté clairement par courrier du 23 avril 2001, soit presque une année avant l'expiration du délai de prescription, qu'elle refusait toute prestation en faveur de l'appelante et se départait du contrat, aucun pourparler transactionnel n'ayant alors été entamé entre les parties. L'intimée a encore refusé, par courrier du 6 juin 2001, adressé à 7, de rétablir la police d'assurance concernant l'épouse de ce dernier, date à laquelle le droit de celle-ci n'était pas périmé. En conséquence, il faut considérer qu'en laissant s'écouler plus d'une année, au moins depuis la connaissance du sinistre avant d'agir en justice, l'appelante a perdu, par sa propre faute, son droit d'agir, ce qui exclut également l'application de l'art. 45 al. 3 LCA. Dans la mesure où l'action de X est prescrite, il n'y a pas lieu d'examiner si son incapacité de travail était couverte par le contrat d'assurance.

E. 3

L'appel n'est donc pas fondé et le jugement déféré doit être confirmé. L'appelante, qui succombe, est condamnée aux dépens d'appel, l'indemnité de procédure étant fixée à 2'000 fr. en appel. ' C17720/2004

-10/10-

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