

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20070110_f_vd_o_01 vom 10. Januar 2007

FINMA Versicherungsrecht, 2007-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20070110_f_vd_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20070110_f_vd_o_01 du 10 janvier 2007

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20070110_f_vd_o_01 del 10 gennaio 2007

Erwägungen

E. 1

Dans un arrêt S. du 24 juin 1998 (JdT 1999 III 106 ss), la Chambre des recours du Tribunal cantonal a statué que doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, première phrase, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance- maladie (ci-après : LAMaI), toute assurance d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie, qu'elle complète ou non l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 ss LAMaI, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que celle-ci; peu importe qu'elle soit pratiquée par une compagnie d'assurances privées ou par une caisse-maladie au sens de l'article 12 alinéa 1 er LAMaI (JdT 1999 III 106, consid. 4 et 5, confirmé par Ch. Rec., arrêt S. du 2 février 2000, n° 31/2000; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance- maladie, in : JdT 2000 III 79 ss; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, in : Colloques et journées d'études 1999-2001, éd. IRAL, Lausanne 2002, pp. 763 ss). Un recours en réforme interjeté devant le Tribunal fédéral (ci- après : TF) contre l'arrêt du 24 juin 1998 précité a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIème Cour civile (5C.26/1999). En vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMaI, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA). La compétence du Tribunal des assurances est reconnue pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA) (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie [RALV 1996 p. 119]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461). Selon les conclusions de la demande, la valeur litigieuse est supérieure à 8'000 fr., plaçant la cause dans la compétence du tribunal, et non du juge instructeur statuant comme juge unique (art. 11 alinéa 1er de la loi vaudoise sur le Tribunal des assurances [ci-après : LTAs]). 10300

- 10 - Le Tribunal de céans est donc compétent et la demande est recevable. Par ailleurs, Z, Assurances complémentaires SA, est substituée comme partie défenderesse dans la présente procédure en lieu et place de La Y, Société d'assurance contre les accidents, avec l'accord des parties.

E. 2

Il convient d'examiner en premier lieu la question de la validité de la dénonciation du contrat par la défenderesse. a) Le contrat est parfait lorsque les parties ont, réciproquement

et d'une manière concordante, manifesté leur volonté (art. 1 du Code des obligations [ci-après : CO]). Une fois le contrat d'assurance conclu, la résolution du contrat peut intervenir en cas de réticence (art. 6 LCA), aggravation essentielle du risque par le fait du preneur (art. 28 LCA), omission intentionnelle d'annoncer le sinistre (38 LCA), prétention frauduleuse (40 LCA), ainsi que dans les situations de surassurance (51 LCA) et double assurance intentionnelles (53 LCA; Viret, Droit des assurances privées, 3ème éd., p. 90). b) La défenderesse invoque une rupture de la relation de confiance avec le demandeur au motif que, malgré son incapacité de travail depuis le 25 août 2003 pour une affection pathologique, il travaillait et n'était pas atteignable, pas même sur son portable, devant être dans une zone non couverte. Le demandeur travaillait à 50 %, son incapacité de travail attestée médicalement étant de moitié. Le fait que l'inspecteur T ne l'ait pas trouvé lors de sa visite du 14 octobre 2003 et qu'il ait appris que l'intéressé travaillait ne permettait donc pas à la défenderesse de conclure à la mauvaise foi du demandeur, pas plus que le fait que le demandeur n'ait pas pu être joint au téléphone par la suite. En effet, il n'est pas établi à quelle fréquence la défenderesse a essayé de joindre le demandeur au téléphone. En outre, selon le témoin B, lorsque des clients téléphonaient, les employés répondaient que le demandeur travaillait au lieu de leur dire qu'il était malade, afin de préserver l'image de l'entreprise. Certes, le demandeur n'a pas réagi à la lettre de la défenderesse du 17 octobre 2003 lui proposant d'annuler la 10300

police d'assurance. Toutefois, il allègue que c'était à cause de son état de santé. Les certificats médicaux figurant au dossier attestent en effet d'une incapacité de travail de 50 pour-cent. Par ailleurs, An, le mécanicien qui travaillait dans l'entreprise, a confirmé que le demandeur était souffrant, constamment fatigué et ne pouvait pas se rendre au travail, ses absences pouvant durer plusieurs jours consécutifs. Enfin, le demandeur a réagi après avoir reçu la lettre de résiliation du 12 décembre 2003 par courrier du 8 janvier 2004. De même, n'est pas de nature à rompre les liens de confiance le fait que le rapport de l'examen médical du Dr M, cosigné par le demandeur le 3 mai 2003, établi aux fins de la modification de la police d'assurance, n'indique pas l'incapacité de travail présentée par l'intéressé en 2002, étant donné que ladite incapacité de travail avait été annoncée à la caisse par le demandeur pour prise en charge. En outre, il résulte du rapport du 27 novembre 2003 du Dr M que l'incapacité de travail présentée en 2002 et celle présentée dès le 25 août 2003 ne sont pas dues aux mêmes affections. Par conséquent, la défenderesse ne saurait résilier le contrat au motif que la relation de confiance est rompue. c) La défenderesse soutient que le demandeur, qui aurait déclaré à l'AVS et au fisc des revenus insignifiants, souhaite se faire indemniser par son assureur perte de gain sur des revenus cinq à dix fois supérieurs, ce qui est constitutif d'un abus de droit manifeste, au sens de l'article 2 du Code civil (CC), le preneur d'assurance ayant conclu le contrat dans le but de se procurer un profit illicite. Elle estime dès lors qu'il y a surassurance, conformément à l'article 51 LCA, ce qui autorise l'assureur à se départir du contrat. L'article 51 LCA prévoit que lorsque la somme assurée dépasse la valeur d'assurance (surassurance), l'assureur n'est pas lié par le contrat envers le preneur, si celui-ci a conclu le contrat dans l'intention de se procurer un profit illicite par le moyen de la surassurance. L'assureur a droit à toute la prestation convenue. 10300

- 12 - Le demandeur soutient, d'une part, avoir conclu une assurance de somme, de sorte que l'article 51 LCA ne serait pas applicable, et, d'autre part, que même s'il avait conclu une assurance contre les dommages, ce ne sont pas ses revenus déclarés à l'AVS qui sont assurés, mais "la perte de toutes les rentrées d'argent (manque à gagner objectif)" (cf.

mémoire de droit du 24 mai 2006, p. 9). Dans l'arrêt paru aux ATF 119 II 361, le Tribunal fédéral (ci-après : TF) considère que pour déterminer si une prestation découle d'une assurance contre les dommages ou d'une assurance de sommes, il y a lieu d'examiner la nature juridique de la prestation en cause, prise isolément. Il faut se demander si ladite prestation couvre un dommage concret ou si elle doit être effectuée indépendamment de l'existence d'un dommage. Le TF précise que le critère de distinction décisif ne réside pas dans le but, mais dans les conditions de la prestation. Ainsi, pour que l'on puisse parler d'une assurance contre les dommages, il faut que le sinistre assuré ait causé réellement une perte patrimoniale. Une telle exigence est, en revanche, étrangère à l'assurance de sommes; dans cette dernière hypothèse, la prestation de l'assureur n'est subordonnée qu'à la survenance de l'événement assuré. Le TF en déduit qu'une assurance-accidents ne doit pas être rangée dans la catégorie des assurances contre les dommages du seul fait que les prestations auxquelles elle donne droit sont fixées sur la base du revenu de la victime, car ce mode de calcul ne sert à déterminer que l'ampleur de ces prestations et non pas leur fondement juridique. Dans un autre arrêt du 14 juin 2001 (4C.112/2001), le TF précise que l'assurance de personnes se caractérise, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire; elle est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi par l'ayant droit. Dans cet arrêt, le TF considère que les assurances conclues entre les parties sont des assurances de personnes puisqu'elles prévoient le versement de montants fixes arrêtés en fonction de l'incapacité de gain et non pas de la perte de gain effective ou du dommage subi par l'assuré. 10300

- 13 - Dans le cas présent, la police d'assurance mentionne comme condition du versement de l'indemnité une incapacité de travail. Les CGC prévoient que l'assurance a pour objet de compenser la perte de gain subie en cas d'incapacité de travail (art. 1). Elles prévoient en outre une allocation journalière réduite non pas en fonction d'une incapacité de gain partielle, mais d'une incapacité de travail partielle (art. 7). Le fait que l'article 6 des CGA exclut le cumul avec d'autres assurances n'est pas probant dès lors qu'elles concernent diverses assurances et non pas uniquement celle conclue par le demandeur, au contraire de la police et des CGC. Le témoin A, assureur et ancien employé de la défenderesse, a d'ailleurs confirmé que contrairement à l'assurance collective conclue par le demandeur pour ses employés, l'assurance individuelle de celui-ci est une assurance nominale fondée sur une somme assurée (assurance de sommes). Enfin, la défenderesse déclare que l'indemnité journalière a été fixée en fonction du salaire annoncé par le demandeur. Elle se réfère à la pièce 102 selon laquelle en 2000 le demandeur "gagne environ 90'000 par an". Cette pièce n'est toutefois pas signée par le demandeur. Le témoin A a en outre précisé que le montant de l'indemnité journalière devait servir à garantir la durée de l'entreprise et à éviter des pertes trop lourdes en cas de maladie. Ce n'est donc pas le salaire déclaré à l'AVS par le demandeur, mais bien l'ensemble des charges de l'entreprise qui a servi de base au montant de l'indemnité journalière. La défenderesse ne saurait donc se prévaloir de l'article 51 LCA. d) Il suit de là que le contrat n'a pas été valablement résilié, les parties continuant à être liées par la police no XXX.

E. 3

a) L'assurance individuelle du demandeur prévoit comme prestation assurée le versement d'une allocation journalière d'incapacité de travail de 250 fr., payable dès le 31^{ème} jour, pendant 720 jours par cas, sans extension aux accidents. 10300

- 14 - Les certificats médicaux des Drs M et N figurant au dossier, et non contestés par un autre médecin, attestent d'une incapacité de travail à 50 % du 25 août 2003 au 19 juin 2005 pour cause de dépression réactionnelle. Il n'y a aucun motif de s'écarter de cette appréciation. Par conséquent, le demandeur a droit au paiement d'une indemnité journalière de 250 fr. à compter du 24 septembre 2003, soit dès le 31^{ème} jour d'incapacité de travail, calculée sur la base d'une incapacité de travail de 50 %, ce qui équivaut à 635 jours à indemniser comme suit : $635 \text{ jours} \times 250 \text{ fr.} \times 50 \% = 79'375 \text{ francs}$. b) La LCA qui régit le contrat en cause, et donc les relations entre le demandeur et la défenderesse, règle le moment de l'échéance de la créance résultant du contrat d'assurance: celle-ci est échue 4 semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (art. 41 al. 1^{er} LCA). La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'article 100 alinéa 1^{er} LCA, par les articles 102 et suivants CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1^{er} CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire de 5 % l'an (art. 104 al. 1^{er} CO) est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. la) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7 p. 33; Luc Thevenoz, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO; ATF du 25 février 2006, 5C.177/2005). En l'espèce, l'article 18 des CGA prévoit l'échéance des prestations garanties 4 semaines après la réception des renseignements par la Y, ce qui correspond à la teneur de l'article 41 LCA. Le contrat ne fixe pas de terme comminatoire pour l'exécution ni ne réserve le droit de le fixer à l'une des parties (art. 102 al. 2 CO) et le demandeur ne le prétend pas non plus (art. 55 al. 1^{er} let. c OJ par renvoi de l'art. 59 al. 3 OJ; ATF 115 II 484 consid. 2a 10300

- 15 - p. 485/486 et les arrêts cités). Dès lors, la défenderesse ne doit des intérêts moratoires au demandeur qu'à partir du moment où elle a été interpellée par celui-ci (art. 102 al. 1^{er} CO). Pour qu'il y ait interpellation valable, il suffit que le créancier manifeste clairement de quelque manière — par écrit, verbalement ou par actes concludants — sa volonté de recevoir la prestation promise, sans indiquer les conséquences de la demeure (ATF 129 III 535). La défenderesse a obtenu les renseignements nécessaires de la part du Dr M le 1^{er} décembre 2003. Dans sa lettre du 8 janvier 2004, reçue le 12 janvier 2004 par la défenderesse, le demandeur l'invitait à revoir sa position manifestant ainsi sa volonté de recevoir les indemnités journalières. Ce courrier vaut interpellation. Le demandeur a droit à des indemnités journalières jusqu'au 19 juin 2005. Or, il y a 524 jours entre le 13 janvier 2004 et le 19 juin 2005, dont la moitié est 262. Le 262^{ème} jour après le 13 janvier 2004 est le 1^{er} octobre 2004, qui constitue ainsi le dies a quo de l'intérêt moratoire (échéance moyenne). c) Sur le montant dont la défenderesse doit être reconnue débitrice, il y a lieu de déduire les primes d'assurance dues par le demandeur, la défenderesse lui ayant remboursé les primes versées dès le 1^{er} juin 2003 et ce dernier ayant cessé le versement des primes.

E. 4

En définitive, la demande doit être partiellement admise en ce sens que le demandeur a droit à des indemnités journalières de 250 fr. par jour entre le 24 septembre 2003 et le 19 juin 2005, pour une somme totale de 79'375 fr., avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} octobre 2004,

sous déduction des primes d'assurance due par le demandeur à la défenderesse.

E. 5

En vertu de l'article 26bis LTAs, applicable par analogie dans le cadre d'une demande déposée devant cette autorité, des dépens peuvent être alloués au recourant qui obtient gain de cause; ils sont supportés par la partie intimée et sont arrêtés globalement dans le jugement. La quotité des dépens dépend du droit cantonal, et leur montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès. 10300

- 16 - Le demandeur a recouru, dans la présente procédure, aux services d'un avocat, soit un conseil habilité qui peut se voir accorder des dépens; elle a ainsi droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'500 francs.

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