

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20090619_f_ch_b_01 vom 19. Juni 2009

FINMA Versicherungsrecht, 2009-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20090619_f_ch_b_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20090619_f_ch_b_01 du 19 juin 2009

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20090619_f_ch_b_01 del 19 giugno 2009

Erwägungen

E. 2

Le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours en matière civile que la défenderesse avait interjeté contre l'arrêt cantonal incident rejetant l'exception de prescription. Conformément à l'art. 93 al. 3 LTF, l'assureur peut attaquer à présent cette décision incidente dans le recours dirigé contre l'arrêt final. 3.1 A suivre la défenderesse, la cour cantonale a retenu de manière manifestement inexacte que le conseil des demandeurs s'était constitué en octobre 2003, après le décès de l'assurée. Selon l'assureur, le mandataire aurait conseillé l'assurée et sa famille en tout cas dès novembre 2000 pour ce qui concerne l'assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins. Invoquant l'art. 85 de la loi fédérale sur la surveillance des assurances du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01), la défenderesse reproche en particulier à la cour cantonale de n'avoir pas donné suite à sa requête tendant à la production, par l'automobiliste responsable de l'accident et par son assureur responsabilité civile, de toute pièce relative au dommage domestique qui leur a été réclamé dans cette affaire. Le moment à partir duquel le conseil est intervenu serait déterminant pour juger, en rapport avec un éventuel abus de droit à exciper de la prescription, si l'inaction de l'assurée et de son représentant pendant le délai de l'art. 46 al. 2 LCA était compréhensible ou non. 3.2 Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, l'art. 85 al. 2 LSA impose à l'autorité cantonale d'établir d'office les faits et d'apprécier librement les faits. Cette règle existe également pour les conflits relevant du contrat de travail dont la valeur litigieuse ne dépasse pas 30'000 fr. (art. 343 al. 4 CO). Elle est inspirée dans les deux cas par des motifs de politique Page 8

sociale (consid. 6.2 non publié de l'ATF 133 III 607). Le juge doit tenir compte des faits juridiquement pertinents, même si les parties ne les ont pas invoqués. La maxime inquisitoire ne dispense toutefois pas les parties d'une collaboration active à la procédure; il leur incombe de renseigner le juge sur les faits de la cause et de lui indiquer les moyens de preuve disponibles (ATF 130 III 102 consid. 2.2 p. 107). En l'espèce, la défenderesse opère une confusion entre instruction d'office et appréciation des preuves. L'instruction d'office n'empêchait nullement la cour cantonale, par une appréciation anticipée des preuves, de refuser l'administration du moyen de preuve proposé, en considérant que le fait que l'assurée fût représentée par un avocat dans ses relations avec l'assureur responsabilité civile de l'automobiliste ne signifiait pas que ledit mandataire était également chargé de défendre ses intérêts vis-à-vis de la défenderesse. Au surplus, celle-ci ne démontre pas en quoi cette appréciation anticipée des preuves serait arbitraire. Cela étant, le premier courrier adressé à la défenderesse par un avocat date du 30 octobre 2003. Tous les échanges de correspondance antérieurs ont eu lieu entre l'assureur et l'assurée ou l'époux de cette dernière. De

ces circonstances, la cour cantonale pouvait déduire sans arbitraire que, durant le délai de prescription, soit du 11 décembre 2000 au 11 décembre 2002, aucun avocat ne conseil- lait l'assurée et son mari sur l'attitude à adopter envers l'assureur.

E. 4

La défenderesse, qui a soulevé l'exception de prescription, reproche à la cour cantonale d'avoir violé l'art. 2 CC en lui opposant la contre- exception de l'abus de droit Elle fait valoir qu'entre le 11 décembre 2000 et le 11 décembre 2002, elle n'a adressé qu'un seul courrier à l'époux de l'assurée, en date du 18 octobre 2001, et que cette unique démarche ne saurait avoir dissuadé l'assurée et son conseil d'agir en temps utile, d'autant moins qu'ils disposaient déjà en décembre 2000 de trois rapports médicaux établissant l'invalidité permanente et durable de l'intéressée.

E. 4.1

A teneur de l'art. 2 al. 2 CC, l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. La règle prohibant l'abus de droit permet au juge de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. L'existence d'un abus de droit se détermine selon les circonstances concrètes de l'espèce, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la Page 9

jurisprudence et la doctrine. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contra- dictoire (ATF 135 III 162 consid. 3.3.1 p. 169 et les arrêts cités). Le recours à la règle prohibant l'abus de droit doit se concilier avec la finalité, telle que le législateur l'a voulue, de la norme matérielle applicable au cas concret (ATF 107 la 206 consid. 3b p. 211 et les références), en l'espèce la prescription de deux ans de l'art. 46 al. 2 LCA. Selon la jurisprudence, le débiteur commet un abus de droit en se pré- valant de la prescription, non seulement lorsqu'il amène astucieuse- ment le créancier à, ne pas agir en temps utile, mais également lors- que, sans mauvaise intention, il a un comportement qui incite le créancier à renoncer à entreprendre des démarches juridiques pen- dant le délai de prescription et que, selon une appréciation raison- nable, fondée sur des critères objectifs, ce retard apparaît compré- hensible. Le comportement du débiteur doit être en relation de causalité avec le retard à agir du créancier (ATF 131 III 430 consid. 2 p. 437; 128 V 236 consid. 4a p. 241 et les arrêts cités)., En revanche, si, une fois la prescription acquise, le débiteur a adopté une attitude propre à dissuader le créancier d'agir, ce dernier ne saurait invoquer l'abus de droit (PASCAL PIGHONNAZ, in Commentaire romand. Code des obligations I, 2003, n° 13 ad art. 142 CO). En effet, le comportement du débiteur ne joue plus aucun rôle après l'écou- lement du délai de prescription (ATF 113 II 264 consid. 2e p. 269).

E. 4.2

Il convient d'examiner si, dans les circonstances de l'espèce, l'inaction de l'assurée durant le délai de prescription a été provoquée par le comportement de l'assureur et si elle est compréhensible. Contrairement à ce que la défenderesse prétend, il n'y a pas lieu de se placer du point de vue du conseil de l'assurée, lequel, à l'époque, ne disposait pas du mandat de la représenter vis-à-vis de l'assureur, comme la cour cantonale l'a constaté sans arbitraire (consid. 3.2. supra). L'attitude de la défenderesse doit être prise en compte jusqu'au 11 décembre 2002, date non contestée à laquelle la prescription était acquise. En revanche, aucun motif logique ne commande de faire abstraction d'éléments antérieurs au début du

délai de prescription, deux ans plus tôt. Page 10

Au préalable, il sied de rappeler que l'assurance pour invalidité par accident conclue par D.X. est une assurance de personnes, qui se caractérise comme une assurance de sommes non soumise au principe de l'indemnisation (JEAN-BENOÎT MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, 1994, p. 139/140). Conformément à l'art. 12 des conditions générales d'assurance applicables (CGA), un accident entraînant dans les cinq ans une invalidité présumée définitive oblige en effet la défenderesse à verser, indépendamment du dommage effectivement subi, un capital basé sur la somme contractuellement convenue, le degré d'invalidité et la progressivité choisie (A ou B). Ceci posé, il apparaît que l'assurée a été victime, le 26 mai 1999, d'un accident qui l'a touchée gravement à la tête et qu'en tout cas à partir de la réception du rapport du Dr R. du 20 novembre 2000, l'assureur pouvait se rendre compte que l'accident avait provoqué chez l'assurée une invalidité durable, quand bien même le degré exact de celle-ci n'était pas encore établi. Il convient de préciser à cet égard qu'une invalidité même inférieure à 25 % donne droit aux prestations selon l'art. 12 CGA. Dans ce contexte, la défenderesse a inyité le mari de l'assurée, par courrier du 7 décembre 2000, à patienter jusqu'à la remise de l'expertise médicale demandée par l'assureur responsabilité civile, en lui expliquant que ce document serait «utile dans la fixation du taux de l'invalidité restante suite à l'accident du 26.05.1999». Même si la formule «taux de l'invalidité restante» n'est pas des plus claires, l'assurée et son époux ne pouvaient, dans les circonstances de l'espèce, comprendre le courrier de la défenderesse que comme l'assurance qu'une indemnité d'invalidité serait versée, seul son montant exact, dépendant du taux d'invalidité, devant encore être déterminé sur la base de l'expertise médicale à venir. Par la suite, dans sa lettre du 18 octobre 2001, la défenderesse a informé l'époux de l'assurée qu'elle n'était toujours pas en mesure de déterminer «le degré de l'invalidité restante» faute d'expertise, mais qu'elle maintenait son intérêt à ladite expertise et qu'elle le tiendrait au courant du suivi de l'affaire. A nouveau, la défenderesse use d'une formule qui n'est pas limpide, mais dont on peut objectivement inférer que seul le taux exact d'invalidité est encore en jeu, l'invalidité elle-même et, partant, le droit de l'assurée à obtenir une prestation sur la base de l'une ou l'autre des polices en cause, étant acquis. En 2002, les deux assureurs ont cherché, apparemment en vain, à mettre sur pied l'expertise susmentionnée. Page 11

La défenderesse reproche une absence de réaction à l'assurée et à sa famille, qui n'auraient par ailleurs remis qu'en octobre 2003 les rapports des Dr R. , S. et T. sur la base desquels la cour cantonale a retenu l'existence des troubles physiques et psychiques permanents et durables de l'assurée. Sur ce point, il faut constater que la défenderesse avait en main le rapport du Dr R. , médecin traitant de l'assurée, déjà à fin novembre 2000. Les deux autres rapports, datant de décembre 2000, émanent d'une spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi que d'un psychiatre; l'arrêt attaqué ne contient aucune constatation à propos du moment où l'assureur en a eu connaissance. Peu importe toutefois. En effet, après avoir reçu le rapport du médecin traitant, la défende- resse n'a pas cherché à savoir si l'assurée, pourtant gravement atteinte aux niveaux tant physique que psychique, était suivie par des médecins spécialistes. Elle a décidé de participer à l'expertise que l'assureur responsabilité civile devait mettre sur pied et n'a pas envisagé d'autre alternative pour connaître le taux d'invalidité de l'assurée. Considérée d'un point de vue objectif, l'attitude de la défenderesse telle qu'elle résulte de ses courriers du 7 décembre 2000 et du 18 octobre 2001 était propre à inciter l'assurée, représentée par son époux, à patienter et à faire naître

en elle l'assurance que la prestation due selon le contrat serait payée. La défenderesse avait promis au mari de l'assurée de le tenir au courant du suivi de l'affaire et l'assurée pouvait compter sur le fait qu'elle recevrait une indemnité pour invalidité. Tant que l'expertise médicale n'avait pas eu lieu, la créancière, représentée par son mari, n'avait donc pas de raison d'entreprendre des démarches pour interrompre le délai de prescription; son inaction apparaît compréhensible. Force est ainsi de conclure, à l'instar de la cour cantonale, que la défenderesse commet un abus de droit en se prévalant de la prescription dans le cas particulier. Une telle conclusion s'impose d'autant plus que le délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA est de deux ans seulement. Or, plus le délai est bref, plus le besoin de protection du créancier se justifie (JEAN-BENOÎT MEUWLY, La prescription des créances d'assurance privée, in AJP/PJA 3/2003, p. 316; cf. également ATF 111 II 55 consid. 3a p. 57), Il est à relever au passage qu'à l'origine, le délai de deux ans a été instauré pour tenir compte des besoins spécifiques des compagnies d'assurance, en particulier du besoin lié au contrôle permanent du patrimoine d'assureurs qui n'en étaient qu'à leurs débuts. Or, cet argument n'a ,Page 12

manifestement plus la même acuité à l'heure actuelle (CHRISTOPH GRABER, in Basier Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n° 1 et n° 2 ad art. 46 LCA). 5.1 Dans un autre grief, la défenderesse s'en prend à la qualification du contrat d'assurance à la base des prétentions des demandeurs. Dans son arrêt incident du 28 mars 2006, la cour cantonale l'aurait à tort rangé dans les assurances complémentaires à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). 5.2 Comme déjà relevé, les polices d'assurance en cause relèvent de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (consid. 1.2 supra). Le grief soulevé est toutefois dénué de toute portée dans la mesure où la qualification erronée du contrat est sans incidence sur la prétention des demandeurs et l'exception invoquée par la défenderesse. Il sera dès lors écarté.

E. 6

Sur le vu de ce qui précède, le recours de la défenderesse doit être rejeté. Sur le recours des demandeurs

E. 7

Les demandeurs reprochent à la cour cantonale d'avoir condamné la défenderesse à leur payer un montant de 5'000 fr. à titre de capital-décès selon la police d'assurance n° 1, alors que cette question avait été définitivement réglée entre les parties par le versement d'un montant de 20'000 fr. conformément à la police d'assurance n° 2. Ils se plaignent d'une violation de l'art. 1er CO, la cour cantonale n'ayant pas à remettre en cause l'accord des parties sur ce point. Dans la mesure où la défenderesse a changé de position in extremis dans la procédure, les demandeurs sont d'avis que les juges genevois ont versé dans l'arbitraire en cautionnant ce revirement entaché de mauvaise foi.

E. 7.1

Le grief pose en réalité la question de l'objet du litige. Page 13

La procédure devant le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève est soumise, de manière générale, à la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA/GE) et, plus particulièrement, aux art. 89A ss LPA. L'art. 3 LP/V GE réserve notamment les dispositions de procédure du droit fédéral. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, les cantons doivent

prévoir, conformément à l'art. 85 al. 2 LSA déjà cité, une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves. Le principe de la simplicité et de la rapidité de la procédure s'applique également dans les procès relatifs aux assurances sociales (art. 61 let. a de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA; RS 830.1]). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que ce principe laisse à la partie demanderesse, en vertu de la maxime de disposition, le droit de définir librement l'objet du litige qu'elle veut soumettre au tribunal (ATF 135 V 23 consid. 3.1 p. 25/26 et l'arrêt cité). L'art. 89E LPA/GE autorise le Tribunal cantonal des assurances sociales à réformer au détriment du recourant la décision attaquée ou à accorder plus que le recourant n'avait demandé; cependant, l'autorité doit préalablement donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. On peut se demander si cette disposition, qui se réfère expressément à une procédure de recours, s'applique également en cas d'action devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. L'art. 89E LPA/GE reprend textuellement l'une des exigences posées par le droit fédéral pour la procédure devant les tribunaux cantonaux des assurances (art. 61 let. d LPGA 2ème et 3ème phrases); la seule différence réside dans la première phrase de l'art. 61 let. d LPGA, qui précise que le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties. Interprétant l'art. 61 let. d LPGA, le Tribunal fédéral a admis que cette disposition s'imposait également dans une procédure d'action devant le tribunal compétent en matière de prévoyance professionnelle; ce dernier n'est donc pas lié par les conclusions des parties, mais uniquement dans les limites de l'objet du litige (ATF 135 V 23 consid. 3.1 p. 26). A cet égard, il convient de rappeler que l'objet du litige est déterminé par les conclusions de la demande et les faits invoqués à l'appui de celle-ci (cf. FABIENNE HOHL, L'immutabilité de l'objet du litige, in Unification de la procédure civile. Journée en l'honneur du Professeur François Perret, 2004, p. 30). Page 14

En résumé, dans une action en paiement fondée sur une assurance complémentaire, le droit de procédure genevois, interprété conformément au droit fédéral, ne permet pas au juge de statuer hors de l'objet du litige tel qu'il a été défini par les parties.

E. 7.2

Avant l'ouverture de l'action, le conseil des demandeurs a réclamé à l'assureur, dans un courrier du 30 octobre 2003, le versement d'un capital-invalidité de 40'000 fr. et d'un capital-décès de 20'000 fr. Dans sa lettre du 19 mars 2004, la défenderesse a accepté cette proposition, à titre exceptionnel et sans préjudice pour l'avenir. Après que les demandeurs eurent augmenté leur prétention à une indemnité d'invalidité, l'assureur, dans un courrier du 12 mai 2004, a invoqué la prescription de cette créance en tant qu'elle dépassait le montant de 40'000 fr.; il confirmait par ailleurs que le capital-décès s'élevait à 20'000 fr. et que le versement de cette somme n'était pas remis en cause. Le montant de 60'000 fr. a été payé le 23 septembre 2004. En décembre 2005, les héritiers de l'assurée ont déposé une demande en paiement portant sur le montant de 185'000 fr. plus intérêts. Selon le mémoire, cette somme correspond à un capital-invalidité de 225'000 fr. selon la police n° 1, moins les 40'000 fr. déjà versés à ce titre par l'assureur. Dans sa réponse du 14 juillet 2006, la défenderesse a conclu au rejet de l'action pour cause de prescription. Elle a repris cette conclusion dans sa duplique du 30 novembre 2006; dans l'hypothèse où il serait jugé que la créance n'était pas prescrite, elle concluait à la fixation d'un délai pour déposer de nouvelles écritures «quant au montant de l'indemnité d'invalidité à verser». Une fois la cause reprise en instance cantonale après l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 août 2007, le représentant de la défenderesse

a déclaré, lors de l'audience de comparution personnelle du 2 octobre 2007, que si la créance n'était pas prescrite, la compagnie d'assurance «serait tenue de verser les prestations découlant de la police en vigueur au jour de l'accident, à savoir un capital de 5'000 fr. de décès et un capital- invalidité de 100'000 fr. avec progression à 225 %, sous déduction des sommes déjà versées». Sur le vu de l'énumération des différents actes des parties, il apparaît, d'une part, que l'objet du litige, tel qu'il ressort des conclusions de la demande et des faits invoqués à leur appui, portait exclusivement sur le capital-invalidité dû à l'assurée et, d'autre part, que la défenderesse n'a jamais étendu l'objet du procès à la question du capital-décès dans la suite de la procédure. Ainsi, l'assureur n'a pas pris de conclusions reconventionnelles en répétition de l'indu qui aurait été versé par Page 15

erreur à ce titre. Il n'a pas non plus soulevé l'objection de compensation {Verrechnungseinwendung), ce qui aurait supposé de s'adresser au juge en vue d'introduire la question de la compensation dans le procès (cf. arrêt 4A_290/2007 du 10 décembre 2007 consid. 8.3.1, in SJ 2008 I p. 346); à cet égard, la simple mention d'un capital-décès de 5'000 fr., par le représentant de la défenderesse, lors de l'audience de comparution personnelle du 2 octobre 2007 ne saurait manifestement valoir une telle manifestation de volonté. Il s'ensuit qu'en statuant extra petita, la cour cantonale a appliqué de manière arbitraire le droit de procédure. Par conséquent, il convient d'annuler l'arrêt attaqué, d'une part, dans la mesure où il invite et condamne en tant que de besoin la défenderesse à payer aux demandeurs un capital-décès de 5'000 fr. et, d'autre part, dans la mesure où il déduit des montants dus la totalité des sommes déjà versées. En définitive, la défenderesse sera condamnée à payer aux demandeurs, en capital, le montant de 225'000 fr. représentant un capital-invalidité de 100'000 fr. avec progression à 225 %, sous déduction du montant de 40'000 fr. déjà versé à ce titre.

E. 8

juillet 2004 que les ayants droit de l'assurée ont manifesté à la débitrice pour la première fois leur volonté de recevoir la prestation d'invalidité découlant de la police d'assurance n° 1, à savoir un montant de 100'000 fr. majoré de 225 %. Comme ce pli, daté d'un jeudi, a été envoyé par lettre-signature, il faut admettre qu'il a été reçu par la défenderesse (cf. ATF 103 II 102 consid. la p. 105) en tout cas le lundi suivant, soit le 12 juillet 2004. Par ailleurs, l'assureur qui est en demeure doit l'intérêt moratoire au taux de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO; arrêt 4A_307/2008 du 27 novembre 2008 consid. 6.3.1). En conclusion, le montant de 185'000 fr. encore dû par la défenderesse à titre de capital-invalidité (225'000 fr. - 40'000 fr.) portera intérêts à 5 % l'an dès le 12 juillet 2004. Page 17

Sur les frais et dépens

E. 8.1

Dans leur demande du 23 décembre 2005, les héritiers de l'assurée concluaient à la condamnation de la défenderesse à leur payer la somme de 185'000 fr. avec intérêts à 5 % dès le 26 mai 1999. Dans le dispositif de sa décision, la cour cantonale accorde aux demandeurs un montant à titre de capital-invalidité, mais ne mentionne pas les intérêts. Par ailleurs, aucun considérant de l'arrêt attaqué ne traite de cette question; l'absence des intérêts dans le dispositif de la décision entreprise ne résulte donc pas d'une inadvertance. La question des intérêts n'a pas non plus été tranchée implicitement par le sort réservé à une autre conclusion (cf. PIERRE FERRARI, in Commentaire de la LTF, 2009, n° 13 ad art. 121 LTF). Page 16

Force est ainsi de constater que la cour cantonale a purement et simplement omis de statuer sur une conclusion de la demande, ce qui constitue un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. (cf. ATF 128 III 234 consid. 4a p. 242 et les arrêts cités; FERRARI, op. cit., n° 13 ad art. 121 LTF). Le recours des demandeurs est fondé sur ce point.

E. 8.2

Par souci d'économie de procédure, le Tribunal fédéral tranchera la question des intérêts moratoires. Aux termes de l'art. 41 al. 1 LCA, la créance qui résulte du contrat d'assurance est échue quatre 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. La défenderesse elle-même soutient qu'elle a disposé, dès réception de la lettre de l'avocat des demandeurs du 30 octobre 2003 et de ses annexes, des rapports médicaux propres à établir le montant exact de l'indemnité d'invalidité due à l'assurée. C'est dire que la créance litigieuse était en tout cas exigible à partir de décembre 2003. Pour qu'une créance d'assurance produise des intérêts moratoires, il ne suffit toutefois pas qu'elle soit exigible. Encore faut-il que l'assuré soit en demeure, en principe à la suite d'une interpellation au sens de l'art. 102 al. 1 CO (JÜRGENE, in Basier Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2000, n° 20 ad art. 41 LCA et les références). En l'espèce, c'est dans le courrier de leur mandataire du

E. 9

Le recours de la défenderesse est rejeté. Le recours des demandeurs est admis dans une très large mesure; la seule divergence entre les conclusions de cette écriture et le dispositif du présent arrêt porte sur le point de départ des intérêts. En conséquence, il se justifie de mettre les frais des deux procédures de recours, arrêtés à 8'000 fr., à la charge de la défenderesse (art. 66 al. 1 LTF). C'est le lieu de préciser que, dans les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, la procédure est en principe gratuite (art. 85 al. 3 LSA), mais seulement devant les instances cantonales (cf. consid. 4 non publié de l'ATF 133 III 439 et consid. 7 non publié de l'ATF 133 III 607). Enfin, la défenderesse prendra en charge les dépens liés au recours des demandeurs et à leur réponse à son recours (art. 68 al. 1 et 2 LTF). La cour cantonale a fixé à 2'500 fr. les dépens auxquels les demandeurs avaient droit dès lors qu'ils obtenaient partiellement gain de cause. Comme les conclusions des demandeurs sont finalement accueillies dans une proportion plus importante que dans l'arrêt attaqué, il convient, en application de l'art. 68 al. 5 LTF, de renvoyer la cause au Tribunal cantonal des assurances sociales afin qu'il détermine si et, le cas échéant, dans quelle mesure les dépens dus aux demandeurs pour la procédure cantonale doivent être fixés à un montant supérieur à 2'500 fr.

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