

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20100309_f_ge_o_01 vom 9. März 2010

FINMA Versicherungsrecht, 2010-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20100309_f_ge_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20100309_f_ge_o_01 du 9 mars 2010

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20100309_f_ge_o_01 del 9 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

En vertu de l'art. 29 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA du Groupe MUTUEL (ci-après conditions générales d'assurance) applicables aux relations entre l'assurée et l'assureur, le preneur d'assurance peut choisir les tribunaux de son domicile en cas de contestation. Cette élection de for est admissible en vertu de l'art. 9 de la loi fédérale sur les fors en matière civile, du 24 mars 2000 (Loi sur les fors, LFors ; RS 272) par renvoi de l'art. 46a de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA ; 221.229.1). De plus, conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la LCA. Le Tribunal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance- maladie que dans celui de l'assurance-accidents. Le Tribunal des conflits a par ailleurs expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurances d'indemnités journalières soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurances du 2 avril 1908 (LCA ; cf. ACOM/42/2006 du 13 juin 2006 et ACOM/55/2005 du 26 août 2005). La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A titre préalable, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt 5P.146/1999 du 13 janvier 2000 que les litiges relatifs à l'assurance complémentaire à l'assurance- maladie obligatoire sont régis par la loi sur le contrat d'assurance (art. 12 al. 2 et 3 LAMal). En cette matière, l'assureur n'a pas de compétence décisionnelle (...); il ne peut prendre de décision sujette à recours, à l'instar de ce qui se fait dans

A/671/2009 - 8/14 - l'assurance-maladie obligatoire. L'assuré peut faire valoir ses droits en ouvrant directement une action contre l'assureur devant l'autorité compétente en vertu du droit cantonal (ancien art. 47 al. 1 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des institutions d'assurance privées, art. 85 al. 1 nLSA (LSA; RS 961. 01); A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 131 et 136; Viret, Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit, RJJ 1996, p. 191 ss, spéc. p. 199). Celle-ci est une autorité de première instance (Viret, op. cit., p. 199) qui doit instruire l'action de l'assuré, en respectant les règles minimales de procédure prévues à l'art. 47 al. 2 et 3 aLSA

(art. 85 al. 2 et 3 nLSA). Elle doit ainsi établir d'office les faits et apprécier librement les preuves (al. 2). Pour le surplus, elle doit se conformer au droit cantonal applicable, qui doit toutefois prévoir une procédure simple et rapide (al. 2), et statuer, en principe, sans frais (al. 3). En l'espèce, au vu de ce qui précède, le recours de l'assurée sera traité comme une demande en paiement.

E. 3

Les prescriptions de forme prévues à l'art. 89B de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10) étant remplies, ladite demande, déposée auprès du Tribunal de céans, est recevable.

E. 4

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). La LCA a subi des modifications par la novelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) ayant entraîné des modifications de la LCA en vigueur dès le 1er janvier 2006, respectivement dès le 1er janvier 2007, de sorte qu'il y a lieu de les prendre en considération en l'espèce.

E. 5

Est seule litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'assurée a droit à des indemnités journalières s'étendant au-delà du 31 janvier 2009, singulièrement si elle présente dès lors encore une incapacité de travail lui ouvrant le droit à des prestations.

E. 6

Selon 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. La demande ayant été déposée en l'espèce le 27 février 2009 pour des prestations à compter du 1er février 2009, l'a été en temps utile.

E. 7

Aux termes des conditions générales d'assurance (ci-après CGA) qui lient les parties, l'atteinte à la santé englobe les cas de maladie et d'accident. Est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui

A/671/2009 - 9/14 - peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 3 CGA). La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés, et à la résiliation ou à la suppression du contrat (art. 10 ch. 2 let. a et b CGA). L'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25% (art. 12 ch. 1 CGA). L'indemnité journalière due est versée pour chaque jour d'incapacité de travail (dimanche et jours fériés y compris). L'indemnisation de l'incapacité de travail ne pourra avoir lieu qu'à réception d'un certificat intermédiaire ou final (reprise du travail). Le certificat intermédiaire doit être remis à l'assureur une fois par mois. Lors de la réception d'un certificat médical intermédiaire, l'assureur n'indemniserait l'assuré que jusqu'à la date de l'établissement du certificat attesté par le praticien ou au plus jusqu'à la fin du mois en cours. L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente choisi

(art. 12 ch. 12, 14 et 15 CGA). D'après l'attestation d'assurance 2008 et 2009, l'assurée a droit aux indemnités journalières, soit à 80% de son salaire, après un délai d'attente de 60 jours.

E. 8

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

A/671/2009 - 10/14 - valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, le Tribunal de céans s'est écarté à plusieurs reprises des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du

E. 13

La demande de l'assurée doit ainsi être rejetée.

A/671/2009 - 14/14 -

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