

# FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20110920\_f\_vd\_o\_01 vom 20. September 2011

FINMA Versicherungsrecht, 2011-09-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/finma\\_versicherungsrecht\\_20110920\\_f\\_vd\\_o\\_01](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20110920_f_vd_o_01)

FR: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20110920\_f\_vd\_o\_01 du 20 septembre 2011

IT: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20110920\_f\_vd\_o\_01 del 20 settembre 2011

## Volltext

TRIBUNAL CANTONAL

AMC 14/09 - 22/2011

ZN09.034848

COURDES ASSURANCES SOCIALES

\_\_\_\_\_ Jugement du 20 septembre 2011

\_\_\_\_\_ Présidence de Mme PASCHE

Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Métral Greffier

: M. Addor \* \* \* \* \* Cause pendante entre : A.V. \_\_\_\_\_ et

B.V. \_\_\_\_\_, à Etoy, demandeurs, représentés par Me Lorraine Ruf, avocate à Lausanne,

et

X. \_\_\_\_\_ SA, à Lucerne, défenderesse.

\_\_\_\_\_ Art. 1 et 2 LCA E n f a i t :

A. A.V. \_\_\_\_\_ (ci-après: la demanderesse), née en 1981, a été employée par X. \_\_\_\_\_ SA (ci- après: la défenderesse) en qualité de conseillère en assurance jusqu'au 31 mars 2009. A ce titre, elle bénéficiait du rabais de personnel sur les polices d'assurance souscrites auprès de la défenderesse, celles- ci étant émises par «Agentur X. \_\_\_\_\_ Personal D-CH 902.03». La demanderesse et son époux, C.V. \_\_\_\_\_, sont assurés auprès de la défenderesse pour l'assurance obligatoire des soins. Du 16 octobre 2006 au 31 décembre 2007, la demanderesse était au bénéfice des couvertures d'assurance complémentaires suivantes: X. \_\_\_\_\_ Zoom-top Zoom, Cas d'urgence, Alternative 01 et Hôpital20 Variante 30'000. Depuis le 1er janvier 2008, la demanderesse est au bénéfice des couvertures d'assurances complémentaires suivantes:

X. \_\_\_\_\_ Standard (Edition CGA 01.1997), X. \_\_\_\_\_ Alternative, franchise 300 fr. (Edition CGA 01.2001), X. \_\_\_\_\_ Cas d'urgence (Edition CGA 01.1997), X. \_\_\_\_\_ Hôpital privé, sans franchise (CGA 01.1997).

Quant au demandeur B.V. \_\_\_\_\_, né le 8 décembre 2008, il est assuré depuis sa naissance pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la défenderesse, ainsi que pour les assurances complémentaires suivantes:

X. \_\_\_\_\_ zoom Alternative (Edition CGA 01.2005), X. \_\_\_\_\_ zoom Cas d'urgence (Edition CGA 01.2005), X. \_\_\_\_\_ zoom zoom (CGA 01.2005), X. \_\_\_\_\_ Hôpital privé (CGA 01.1997), X. \_\_\_\_\_ Frais de guérison accident (CGA 01.2005).

Selon propositions d'assurance datées du 17 mars 2009, la demanderesse a requis pour elle-même et pour son fils B.V. \_\_\_\_\_ des propositions d'assurance de la part de la défenderesse, portant notamment sur les produits suivants la concernant:

«LCA Assurance ambulatoire myFlex (Edition CGA 01.2009 / CC  
01.2009) LCA Assurance pour médecine alternative (Edition CGA 01.2001)  
LCA Assurance d'hospitalisation myFlex (Edition CGA 01.2009 / CC  
01.2009)»

Quant à la proposition signée par la demanderesse pour le compte du demandeur, elle portait sur les mêmes produits, avec en sus l'assurance frais de guérison par accident (Edition CGA 01.2005). La demanderesse a répondu au questionnaire de santé la concernant et concernant son fils B.V. \_\_\_\_\_. Les deux propositions d'assurance comportaient en outre les précisions suivantes sous un titre «dispositions LCA importantes» figurant sur la dernière page desdites propositions, savoir celle portant la signature de la personne proposante:

«La personne proposante confirme que les assurances non modifiées sont conservées sous leur forme actuelle. Elle souhaite conclure avec X. \_\_\_\_\_ SA (dénommée ci-après X. \_\_\_\_\_ SA) un contrat sous la forme proposée. [...] La personne proposante confirme avoir reçu les conditions générales d'assurance et en reconnaît la teneur. Elle se déclare liée pendant 14 jours (4 semaines si un examen médical est nécessaire) à la proposition et s'engage à payer les primes correspondantes jusqu'à l'échéance de l'assurance. Par la signature de la présente proposition, la personne proposante accepte un contrat séparé pour chaque assurance complémentaire X. \_\_\_\_\_ SA. [...] La personne proposante confirme que les informations lui ont été remises et ont été portées à sa connaissance conformément à l'art. 3 LCA et à l'art. 45 de la loi sur la surveillance des assurances (LSA) au moyen de la feuille y relative. Cette proposition est valable sous réserve de modifications de la palette d'assurances ou des primes et d'acceptation par la direction générale de X. \_\_\_\_\_ SA ainsi que par l'Office fédéral des assurances privées. La conclusion du contrat nécessite l'approbation de la direction générale de X. \_\_\_\_\_ SA.»

Par courrier du 9 avril 2009 à la demanderesse et au demandeur, la défenderesse les a informés qu'elle avait reçu leurs propositions d'assurance, mais que sur la base des déclarations de santé, elle devait refuser les assurances complémentaires souscrites.

Par courriel du 20 avril 2009, la demanderesse a fait suivre à un collaborateur de la défenderesse un e-mail qu'elle avait adressé le 18 mars 2009 à un autre collaborateur de X. \_\_\_\_\_ SA, qui comprenait en pièce jointe les propositions d'assurance pour elle-même, son fils et son époux. Dans son courriel du 20 avril 2009, la demanderesse faisait valoir qu'en application de l'art. 2 LCA, elle aurait dû recevoir les polices d'assurance acceptant purement et simplement ses propositions, du fait du dépassement du délai réglementaire de 14 jours (sic).

Par courrier du 29 avril 2009, la défenderesse a accusé réception du courriel du 20 avril 2009 de la demanderesse et lui a fait savoir que l'art. 2 al. 1 LCA ne s'appliquait qu'en cas de modification ou de prolongation d'un contrat existant. Or, selon l'art. 1.3 des Conditions générales d'assurance (CGA) de

l'assurance-maladie complémentaire selon la LCA, chaque contrat d'assurance-maladie était un contrat séparé. La défenderesse exposait que du point de vue juridique, les

propositions de la demanderesse n'étaient pas des demandes de modification de son contrat d'assurance, mais des demandes d'admission à un nouveau produit avec des prestations et des conditions propres, ainsi qu'une nouvelle déclaration de santé à remplir.

En réponse à cette correspondance, la demanderesse, par son avocate, a adressé un courrier à la défenderesse le 19 mai 2009, aux termes duquel elle faisait valoir qu'elle n'avait pas sollicité de nouveau contrat d'assurance LCA, mais uniquement la modification de sa couverture préexistante, à savoir le passage au nouveau produit myFlex s'agissant de l'ambulatoire et de l'hospitalisation. Elle se prévalait du fait que son époux avait reçu, quant à lui, une nouvelle police indiquant sous motif d'établissement «modification de l'assurance selon proposition», ce qui démontrait que l'on se trouvait en présence d'une modification de la police et non d'un nouveau contrat. Elle estimait dès lors que l'art. 2 LCA était applicable et attendait que lui soient envoyées les nouvelles polices d'assurances corrigées.

Par courrier du 15 juin 2009, la défenderesse a répondu à l'avocate de la demanderesse que cette dernière avait demandé son admission pour deux nouveaux produits, soumis à des conditions générales et des conditions particulières propres, rappelant que le formulaire de proposition d'assurance signé disposait que «Par la signature de la présente proposition, la personne proposante accepte un contrat séparé pour chaque assurance complémentaire X. \_\_\_\_\_ SA», et que l'art. 1.3 des conditions générales de l'assurance-maladie complémentaire selon la LCA précisait également que chaque contrat d'assurance-maladie complémentaire était un contrat séparé. Elle en déduisait que la demanderesse avait, en signant la proposition, demandé la conclusion d'un contrat séparé pour chaque assurance myFlex.

B. Par demande du 21 octobre 2009 adressée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les demandeurs, représentés par leur conseil, ont conclu à ce qu'il soit constaté que les propositions d'assurances formulées par la défenderesse le 17 mars 2009 en leur faveur ont été acceptées et le contrat d'assurance LCA conclu, et qu'en conséquence, leurs polices d'assurances soient modifiées en ce sens qu'ils sont désormais couverts par le produit myFlex, avec effet au 1er avril 2009. En substance, les demandeurs soutiennent qu'il s'agit d'une modification des polices LCA préexistantes, et qu'en leur communiquant son refus le 9 avril 2009, alors que les propositions d'assurance avaient été retournées à la défenderesse le 24 mars 2009 par pli prioritaire, le délai de 14 jours prévu par l'art. 2 LCA était déjà écoulé. Ils font ainsi valoir que la proposition de modification du contrat doit être considérée comme acceptée, la défenderesse ayant laissé s'écouler un délai de 14 jours sans réagir. Les demandeurs requièrent production en mains de la défenderesse d'une copie du courrier qui lui a été adressé le 24 mars 2009 par la demanderesse.

Dans sa réponse du 11 janvier 2010, la défenderesse conclut principalement au rejet de la demande, reconventionnellement à ce qu'il soit constaté que le passage des assurances complémentaires ambulatoires ordinaires de X. \_\_\_\_\_ SA dans les produits ambulatoires myFlex «Blance» ou «Premium» valent

souscription d'une nouvelle assurance et non une modification du contrat existant, et qu'il soit constaté que le passage des assurances complémentaires Hôpital privé ordinaires de X. \_\_\_\_\_ SA dans les produits d'hospitalisation myFlex «Blance» ou «Premium» valent souscription d'une nouvelle assurance et non une modification du contrat existant. Elle conclut enfin, en tout état de cause, à ce qu'il soit donné acte aux demandeurs qu'ils restent assurés dans les produits ordinaires de X. \_\_\_\_\_ SA, avec suite de frais et dépens. A

l'appui de sa réponse, la défenderesse produit notamment les propositions d'assurance originales des demandeurs, sur lesquelles est apposé le tampon «Reçu le 09 AVR. 2009 Underwriting Privé».

Par réplique du 1er mars 2010, les demandeurs, par leur conseil, indiquent que le produit myFlex a été lancé à la fin de l'année 2008, moment où la demanderesse partait en congé maternité, que l'époux de cette dernière a demandé à bénéficier du nouveau produit d'assurance en janvier 2009 et non en mars 2009, que les modifications intervenues requises en mars pour les demandeurs n'ont pas fait l'objet d'une déclaration de santé, et que les propositions d'assurance ont été renvoyées par la demanderesse à la défenderesse par courriel du 18 mars et par courrier postal le 24 mars.

Dans sa duplique du 13 juillet 2010, la défenderesse confirme les conclusions prises à l'appui de sa réponse, en requérant que les demandeurs soient condamnés à payer tout ou partie des frais de procédure, dans la mesure où elle estime que leur demande est téméraire. A l'appui de sa duplique, la défenderesse produit une impression d'écran selon laquelle la demanderesse a été invitée le 27 juin 2008 de 8h à 17h à une formation sur sa nouvelle palette de produits, ainsi que des extraits du manuel de vente des produits myFlex, dont il résulte notamment ce qui suit:

«150.1.1 Situation de base - Avec l'assurance ambulatoire et l'assurance d'hospitalisation myFlex, X. \_\_\_\_\_ SA introduit des nouveaux produits qui sont plus attrayants que les anciens produits, tant au niveau des tarifs qu'à celui de l'étendue des prestations. [...] - Il ne sera possible de passer des produits existants aux nouveaux produits que sur la base d'une déclaration sur l'état de santé ayant été acceptée.»

«150.2.3 Solution [...] Changement soumis à l'obligation d'obtenir l'acceptation de la déclaration sur l'état de santé - Les clients désireux de passer des produits existants aux nouveaux produits doivent impérativement remplir une déclaration sur l'état de santé qui doit ensuite être acceptée. - Aucune exception n'est tolérée (même pas pour le changement de collaborateurs X. \_\_\_\_\_ SA existants; en revanche, les nouveaux collaborateurs X. \_\_\_\_\_ SA peuvent passer aux nouveaux produits sans déclaration sur l'état de santé → garantie des droits acquis comme aujourd'hui); la déclaration sur l'état de santé normale est utilisée, que les nouveaux clients doivent également remplir.»

E n d r o i t :

1. Conformément à l'art. 1 DTAs-AM (Décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal

des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, RSV 173.431), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010, le présent litige relève de la compétence dudit tribunal, respectivement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui lui a succédé à compter du 1er janvier 2009 (cf. JdT 2009 III 106).

Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1er janvier 2011. Ainsi, depuis le 1er janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont dans la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises

d'assurance, RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique.

Néanmoins, les anciennes règles de compétence et de procédure s'appliquent lorsque la demande a été introduite avant le 1er janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]). Tel est le cas en l'espèce. Il appartient donc à la Cour de céans de statuer.

2. a) La présente contestation relève du contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.

A la différence de la couverture des soins relevant de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1), du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Brulhart, *Droit des assurances privées*, Berne 2008, nos 263 ss p. 120). Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles sont constituées de conditions générales (art. 3 al. 1 LCA) et de conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Brulhart, loc. cit.).

b) In casu, la question litigieuse est celle de savoir si l'on se trouve en présence d'une modification de contrat existant ou d'un nouveau contrat d'assurance.

3. a) La LCA distingue la conclusion d'un contrat d'assurance (art. 1 LCA) de sa modification (art. 2 LCA).

Selon l'art. 1 LCA, celui qui fait à l'assureur une proposition de contrat d'assurance est lié pendant quatorze jours s'il n'a pas fixé un délai plus court pour l'acceptation (al. 1). Il est lié pendant quatre semaines si l'assurance exige un examen médical (al. 2). Le délai commence à courir dès la remise ou dès l'envoi de

la proposition à l'assureur ou à son agent (al. 3). Le proposant est dégagé si l'acceptation de l'assureur ne lui parvient pas avant l'expiration du délai (al. 4).

L'offre de conclure un contrat d'assurance n'est soumise à aucune forme. Elle peut être faite de manière orale, téléphonique ou même par actes concluants, du moment qu'elle contient tous les éléments essentiels du contrat (ATF 120 II 266 c. 3a/bb p. 269), soit le risque assuré, l'objet à assurer, la prestation de l'assureur, la prime et la durée du contrat. S'agissant de la prime, il suffit que le preneur d'assurance accepte que l'assureur détermine son montant d'après ses tarifs et les données de la proposition (Honsell/Vogt/Schnyder, *Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, Bâle, Genève, Munich 2001, n. 12, 16 et 17 ad Vorbemerkungen zu Art. 1-3).

Lorsque le proposant souhaite conclure un nouveau contrat, le silence de l'assureur ne vaut pas acceptation. Le contrat n'est conclu que par l'acceptation sans réserve de l'assureur (Honsell/Vogt/Schnyder, op. cit., n. 29 et 35 ad art. 1). Celle-ci n'est soumise à aucune forme et peut donc également résulter d'actes concluants, comme l'envoi de la police d'assurance (Honsell/Vogt/Schnyder, op. cit., n. 14 ad Vorbemerkungen zu Art. 1-3).

Quant à l'art. 2 LCA, il prévoit qu'est considérée comme acceptée la proposition de prolonger ou de modifier un contrat ou de remettre en vigueur un contrat suspendu, si

l'assureur ne refuse pas cette proposition dans les quatorze jours après qu'elle lui est parvenue (al. 1). Lorsqu'un examen médical est exigé par les conditions générales de l'assurance, la proposition est considérée comme acceptée, si l'assureur ne la refuse pas dans les quatre semaines après qu'elle lui est parvenue (al. 2). Ces règles ne s'appliquent pas à la proposition d'augmenter la somme assurée (al. 3).

Pour distinguer entre modification du contrat et nouveau contrat, il faut déterminer la volonté des parties en se fondant pour ce faire sur l'ensemble des circonstances de la cause (cf. Tribunal de district de Horgen RBA III n° 49).

L'art. 2 al. 1 LCA est étroitement lié à l'art. 6 CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse, RS 220). Le législateur admet qu'en raison des rapports de confiance déjà noués par le proposant et l'assureur pendant la durée du «premier» contrat, le proposant puisse de bonne foi s'attendre à l'acceptation de sa proposition de modification s'il n'a pas de réponse dans un délai de 14 jours (Honsell/Vogt/Schnyder, op. cit., n. 1 zu Art. 2). En d'autres termes, il s'agit de vérifier en l'espèce si, au regard de l'ensemble des circonstances, la demanderesse pouvait considérer qu'elle proposait une modification du contrat et non la conclusion d'un nouveau contrat.

b) En l'occurrence, les demandeurs soutiennent que l'on se trouve en présence d'une modification de contrat au sens de l'art. 2 LCA, si bien qu'en ne refusant pas leur proposition d'assurance dans les 14 jours après qu'elles leur sont parvenues, la défenderesse a accepté lesdites propositions.

La défenderesse soutient quant à elle que les propositions d'assurance lui sont parvenues le 9 avril 2009, et qu'elles ont été examinées et refusées le même jour par le Service de l'Underwriting.

Pratiquement, la demanderesse s'est adressée par courrier électronique à son assurance pour signaler sa volonté de passer dans le nouveau système myFlex. Elle a reçu en retour, par courriel du 18 mars 2009, trois propositions de contrat préformulées, à compléter et à signer (cf. courriel adressé le 20 avril 2009 par la demanderesse à la défenderesse). Les propositions préformulées font référence à la date de «début de la modification de l'assurance», le 1er avril 2009. Il s'agit là d'un argument en faveur d'une modification du contrat existant. Cela étant, la demanderesse ne demandait pas la modification de l'un ou l'autre point secondaire de son contrat, mais demandait l'application de nouvelles conditions générales entièrement revues. Même si l'objet de l'assurance restait fondamentalement le même, les nouvelles conditions changeaient dans une très large mesure le régime contractuel applicable. L'assurance prévoyait d'ailleurs l'impossibilité de combiner un contrat selon les anciennes conditions générales avec un autre contrat selon les nouvelles conditions générales. A.V. \_\_\_\_\_ le savait. Elle savait également que la défenderesse considérait qu'il s'agissait d'un nouveau produit d'assurance qu'il mettait sur le marché (cf. pièces 11a et 11b du bordereau produit par la défenderesse), dès lors qu'elle a travaillé comme conseillère en assurance auprès de la défenderesse, et qu'alors qu'elle était encore employée de la défenderesse, elle a reçu l'invitation à suivre une formation auprès de cette dernière sur sa nouvelle palette de produits. Or, l'extrait du manuel de vente des produits de la défenderesse relatif à la stratégie de transition des produits existants vers le nouveau portefeuille myFlex prévoit que les clients désireux de passer des produits existants aux nouveaux doivent impérativement remplir une déclaration sur l'état de santé qui doit ensuite être acceptée, avec la précision qu'aucune exception n'est tolérée.

En outre, les propositions d'assurance signées par la demanderesse pour elle-même et son fils précisent sous le titre «Dispositions LCA importantes» que la conclusion du contrat nécessite l'approbation de la direction générale de X. \_\_\_\_\_ SA. Il y est encore précisé que la personne proposante se déclare liée pendant 14 jours (4 semaines si un examen médical est nécessaire) à la proposition, et que par la signature de la présente proposition, la personne proposante accepte un contrat séparé pour chaque assurance complémentaire X. \_\_\_\_\_ SA. La proposition d'assurance reprend ainsi notamment les termes de l'art. 1 LCA relatif à la conclusion d'un contrat d'assurance.

Quant à la question de savoir quand les propositions d'assurance sont parvenues à la défenderesse, elle souffre de demeurer indécise, dès lors que l'on ne se trouve pas en présence d'une modification de contrats existants, mais bien de nouveaux contrats. L'assureur n'est donc pas lié par le contrat s'il ne répond pas dans le délai de 14 jours prévu à l'art. 1 LCA, contrairement au délai prévu par l'art. 2 LCA.

4. En définitive, mal fondées, les prétentions formulées dans la demande du 21 octobre 2009 doivent être rejetées dans leur entier.

Il ne sera pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (cf. ancien art. 85

al. 3 LSA). La défenderesse, bien qu'obtenant gain de cause n'a pas droit à des dépens, faute pour elle d'avoir eu recours aux services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] a contrario, applicable par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e :

I. Les conclusions de la demande du 21 octobre 2009 sont rejetées.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente : Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

Me Lorraine Ruf, avocate (pour A.V. \_\_\_\_\_ et B.V. \_\_\_\_\_), X. \_\_\_\_\_ SA, par l'envoi de photocopies.

Un appel au sens des art. 308 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. La décision objet de l'appel doit être jointe.

Le greffier :

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