

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20140227_f_ge_o_01 vom 27. Februar 2014

FINMA Versicherungsrecht, 2014-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20140227_f_ge_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20140227_f_ge_o_01 du 27 février 2014

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20140227_f_ge_o_01 del 27 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). Selon l'art. 20 des conditions générales pour l'assurance de l'indemnité journalière en cas de maladie de la défenderesse, édition 2008 (ci-après CGA), en cas de litiges, dans la cadre de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie souscrite par un employeur pour ses employés, leur lieu de travail en Suisse est également reconnu comme for juridique. En l'espèce, le lieu de travail du demandeur est à Genève. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LCA est applicable à la présente assurance, comme cela ressort de l'art. 1 let. c des CGA.

E. 3

a) La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. En vertu de l'art. 197 du Code de procédure civile (CPC ; RS 272) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas prévues en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. Selon le Tribunal fédéral, c'est par inadvertance manifeste que le législateur n'a pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladie complémentaires conformément à l'art. 7 CPC. Partant, la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6). Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

A/326/2013 - 13/21 - b) S'agissant de la recevabilité des conclusions amplifiées du demandeur il convient de rappeler que, conformément à l'art. 243 al. 2 let. f CPC, les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie sont soumis à la procédure simplifiée. Selon la doctrine, les art. 227 et 230 CPC – relatifs à la procédure ordinaire – s'appliquent par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée (Denis TAPPY, in Bohnet et al. [éd.], Code de procédure civile commenté, n. 20 ad art. 246 CPC). Or, selon l'art. 227 al. 1 CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et si l'une des conditions suivantes est remplie : la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a), la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b). Cet article, dont les conditions sont alternatives, détermine à quelles conditions un changement de conclusions est admissible (TAPPY, op. cit., n. 14 et 17 ad art. 227). Il y a connexité matérielle lorsque les deux actions ont le même fondement matériel ou juridique, notamment lorsqu'elles reposent sur un même contrat ou un même état de fait (ATF 129 III 230 consid. 3.1). En l'espèce, force est de constater que les honoraires découlant de la procédure prud'homale ne sont pas en lien de connexité matérielle au sens de la définition ci-dessus, puisqu'ils ne résultent pas d'un différend reposant sur le même rapport juridique et qu'il n'y a même pas identité de parties. Partant, les conclusions amplifiées du demandeur sont irrecevables en tant qu'elles visent la condamnation de la défenderesse à la prise en charge des honoraires en lien avec le litige opposant le demandeur à son employeur. En revanche, les conclusions modifiées tendant à obtenir le remboursement des honoraires d'avocat avant procès résultant des démarches auprès de la défenderesse sont, elles, recevables, puisqu'en lien de connexité avec les prétentions faisant l'objet de la demande du 25 janvier 2013.

E. 4

Le litige porte sur le droit du demandeur aux indemnités journalières du 1er septembre au 31 décembre 2012, plus particulièrement sur le point de savoir si le demandeur, en optant pour un traitement différent de celui préconisé par la défenderesse, a violé son obligation de diminuer le dommage.

E. 5

Les conditions complémentaires pour l'assurance de l'indemnité journalière de maladie de la défenderesse, édition 2008 (ci-après CCA), prévoient que sont assurées des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail par suite d'une maladie ayant pour conséquence une perte de gain (art. 1).

A/326/2013 - 14/21 - Selon l'art. 3 al. 1 CCA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'incapacité de travail est définie à l'art. 3 al. 4 CCA comme 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, mentale ou psychique. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'art. 10 al. 1 CCA dispose que si une maladie donnera vraisemblablement droit à des prestations d'assurance, il faut immédiatement consulter un médecin et veiller à ce que la personne assurée bénéficie du traitement adéquat.

La personne assurée est tenue de suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant (let. a); que le preneur d'assurance en informe la [défenderesse] au moyen du formulaire mis à disposition [...] (let. b). Le preneur d'assurance, respectivement la personne assurée, justifiera le droit à l'assurance par la présentation des certificats médicaux établissant le diagnostic complet. Les documents et justificatifs qui ne sont pas rédigés dans l'une des trois langues nationales, ou en anglais, doivent être traduits à la demande de la [défenderesse], aux frais de la personne assurée. Aux termes de l'art. 10 al. 2 CCA, la [défenderesse] est en droit d'organiser des visites aux patients, ainsi que de demander des renseignements et justificatifs complémentaires, en particulier des certificats médicaux. Sur demande, la personne assurée doit se soumettre à un examen effectué par un médecin désigné par la [défenderesse]. Les éventuels frais de voyage en découlant, en Suisse, (billet de train 2ème classe) sont à la charge de la [défenderesse]. La personne assurée doit libérer de leur secret professionnel envers la [défenderesse], les médecins et chiropraticiens qui l'ont traitée. La personne assurée doit autoriser la [défenderesse] à demander des renseignements auprès d'offices et de tiers, en particulier auprès des agences AI, institutions de prévoyance (caisses de pension), caisses maladie, assureurs LAA, caisse d'assurance chômage et autres institutions sociales et assureurs privés et de prendre connaissance des dossiers la concernant. L'art. 10 al. 3 CCA régit la réduction du dommage et prévoit que, dans le but de réduire le dommage, la personne assurée doit adapter son activité antérieure ou toute autre activité. Elle le fera dans le cadre du délai octroyé par la [défenderesse]. Dans le cas d'une longue incapacité de travail, le preneur d'assurance doit favoriser la reprise de l'activité et proposer à la personne assurée un poste de travail adapté (let. a). La personne assurée est tenue d'émettre ses prétentions auprès des assurances sociales compétentes en respectant les délais correspondants (let. b); en cas de droit à l'indemnité journalière, un contrôle médical régulier (au moins toutes les 4 semaines) doit avoir lieu, sans autre convention écrite (let. c) ; la personne

A/326/2013 - 15/21 - assurée doit accepter d'entrer à l'hôpital, dans une clinique ou un établissement de cure, si cela paraît opportun en vue de sa guérison (let. d). L'art. 12 CCA prévoit qu'en cas d'inobservation des obligations contractuelles lors d'un sinistre, la [défenderesse] a le droit de réduire ou refuser ses prestations, à moins qu'il ne soit prouvé que cette violation n'est pas imputable à une faute (al. 1). La [défenderesse] renonce à son droit légal de réduire ses prestations si la personne assurée a provoqué sa maladie par une faute grave (al. 2). Si l'atteinte à la santé n'est due qu'en partie à une maladie assurée, les prestations sont fixées proportionnellement, sur la base d'une expertise faite par un médecin-conseil (al. 3).

E. 6

Selon l'art. 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). L'obligation de réduire le dommage prévue par la loi a pour conséquence, dans le domaine des assurances couvrant les répercussions d'atteintes à la santé, que l'assuré doit notamment se soumettre aux mesures thérapeutiques aptes à réduire le dommage, pour autant que, selon l'expérience, il n'en résulte pas de risque pour sa vie, qu'une amélioration importante de l'affection soit à attendre avec certitude ou grande vraisemblance de ces mesures, et, par là,

un accroissement notable de la capacité de gain, et, enfin, que ces mesures ne provoquent pas de souffrances excessives. Dans la casuistique des tribunaux, ont été jugées exigibles de la part d'un assuré, par exemple, une méniscectomie, une ponction lombaire relativement peu douloureuse et dangereuse et, en général, les opérations effectuées sous anesthésie locale (Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 365 et les références citées).

E. 7

En l'espèce, il n'est pas contestable que la ponction-infiltration préconisée par l'experte est en principe exigible d'un assuré, au vu de la jurisprudence précitée. Il convient dès lors de déterminer si le demandeur devait renoncer à une arthroplastie pour se soumettre à cette ponction-infiltration en vertu de son obligation de réduire le dommage. a) La doctrine relève que l'obligation de réduire le dommage commande que le lésé s'abstienne de choisir des soins ou toute autre mesure disproportionnés par rapport à son état de santé, telle qu'une cure dans une clinique de luxe (Annick ACHTARI, Le devoir du lésé de minimiser son dommage, thèse, Zurich 2008, n. 377 p. 131). Toutefois, selon cet auteur, tant que le lésé choisit un des traitements efficaces et reconnus dans l'état actuel de la médecine, il ne viole pas son devoir de minimiser le dommage en s'y soumettant aux dépens d'un autre traitement, notamment celui

A/326/2013 - 16/21 - qui entraîne un acte chirurgical. Il faut pour cela que son choix apparaisse encore soutenable au regard des résultats que ce traitement permet d'obtenir en comparaison avec les autres. Enfin, si les médecins consultés sont en désaccord sur l'efficacité du traitement, le lésé n'est pas non plus tenu d'y consentir. Il peut suivre un avis minoritaire tant que celui-ci paraîtrait encore pertinent à une personne raisonnable, placée dans la situation du lésé (ACHTARI, op. cit., nn. 672-673 p. 232). Ainsi, lorsque le médecin de famille déconseille une intervention préconisée par les spécialistes, il faut en tenir compte pour l'appréciation du dommage réparable (Pascal PICHONNAZ, Le devoir du lésé de diminuer son dommage, in La fixation de l'indemnité, colloque de l'Université de Fribourg, Berne 2004, p. 124). Sur ce point, la doctrine se réfère en outre à la jurisprudence rendue en matière de responsabilité étatique, qui retient qu'en médecine, les résultats scientifiques peuvent diverger et les opinions s'opposer. L'état de la science considéré objectivement autorise alors le médecin à se décider entre plusieurs thérapies. En cas de litige, le juge n'a pas à départager les écoles médicales opposées et il ne saurait choisir a posteriori la procédure thérapeutique la plus indiquée ni se déterminer à la place du médecin (SJ 1998 p. 269 consid. 2b ; CARRE, eod. loc.). b) En l'espèce, la disposition contractuelle traitant de l'obligation de diminuer le dommage précise seulement qu'une hospitalisation est exigible de l'assuré si elle est opportune (art. 10 ch. 3 let. d CCA), mais elle ne prévoit pas expressément que l'assuré doit se soumettre à un traitement opportun, contrairement à ce que la défenderesse allègue. L'art. 10 al. 1 let. a CCA dispose quant à lui que l'assuré doit se plier aux prescriptions médicales et bénéficier d'un traitement adéquat. Ainsi, si la défenderesse est en droit d'exiger qu'un assuré se soumette à un traitement adéquat conformément aux CCA, ces dernières ne lui confèrent pas expressément le droit de choisir le traitement à suivre. Il est vrai qu'en matière d'assurance-accidents, en vertu de l'art. 48 al. 1 de la loi sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. La loi autorise ainsi l'assureur à déterminer les mesures thérapeutiques et diagnostiques dans un cas concret (ATF 128 V 169 consid. 1b).

Cette compétence s'explique cependant par le fait que l'assurance-accidents est fondée sur le principe des prestations de soins en nature, où l'assureur est censé fournir lui-même le traitement médical, même s'il le fait par l'intermédiaire d'un médecin ou d'un hôpital (ATF 134 V 189 consid. 3.2). Tel n'est cependant pas le cas en matière d'assurances d'indemnités journalières en cas de maladie, destinées à couvrir l'incapacité de travail mais non les frais médicaux relatifs au traitement de l'atteinte qui est à son origine.

En l'espèce, l'arthroplastie subie par le demandeur a amené des améliorations conséquentes au plan des douleurs et de la mobilité. Le demandeur a d'ailleurs

A/326/2013 - 17/21 - recouvré une pleine capacité de travail quatre mois après cette opération. De plus, celle-ci a été prise en charge par l'assurance-maladie. On doit donc admettre qu'il s'agit-là d'un traitement adéquat. Par conséquent, le demandeur a respecté les incombances prévues par les CCA en se soumettant à l'intervention préconisée par le Dr B_____. c) En outre, l'art. 12 CCA ne permet à la défenderesse de refuser de prester seulement en cas de violation des obligations contractuelles par faute. Or, on ne saurait voir de caractère fautif dans le comportement du demandeur, dont la compliance au traitement proposé par son médecin n'est pas contestée. Eu égard à la doctrine exposée ci-dessus, on ne saurait non plus admettre que l'obligation générale de réduire le dommage permet à une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie d'imposer à un assuré de se soumettre à un traitement plutôt qu'un autre, lorsqu'il existe deux options thérapeutiques toutes deux adaptées. En particulier, la jurisprudence citée par la défenderesse à l'appui de sa position ne lui est d'aucun secours. En effet, l'arrêt qu'elle invoque porte sur le cas d'une assurée ayant refusé une intervention chirurgicale, sans toutefois se soumettre, comme en l'espèce, à un autre traitement dont elle pouvait espérer des résultats identiques (ATF non publié 5C.301/2001 du 22 janvier 2002).

E. 8

Par surabondance, s'agissant des rapports de la Dresse E_____, la Cour de céans relève ce qui suit. Les indications de ce médecin sur la nécessité et l'adéquation de la ponction- infiltration sont loin d'être exemptes de contradictions. Elle met en effet en avant dans ses explications complémentaires du 17 août 2012 les bénéfices thérapeutiques de l'infiltration par rapport à une arthroplastie, tout en relevant que la ponction a également des fins diagnostiques. Elle revient sur ces considérations dans son rapport complémentaire du 30 juillet 2013, où elle élude les objections émises par le Dr B_____ au sujet du risque de récurrence en déclarant que cet argument n'est pas pertinent, dès lors que le but de ce geste est essentiellement diagnostique. Dans un tel cas, on ne saurait le qualifier de traitement adapté. De plus, l'existence d'une autre affection du genou, qu'une ponction aurait cas échéant permis d'établir, ne suffirait pas à conclure à l'inutilité du traitement de l'ostéonécrose par arthroplastie. En outre, la causalité entre le traitement et les effets positifs sur l'état de santé diminuant le dommage corporel doit s'apprécier de manière prospective et hypothétique (ATFA non publié I 824/06 du 13 mars 2007, consid. 3.2.1). Or, la Dresse E_____ semblait admettre le 21 juin 2013 qu'une seule infiltration ne suffirait pas et qu'il y aurait lieu de répéter le traitement. Elle n'a au reste pas contesté l'important risque de récurrence évoqué par le Dr B_____ et a même ajouté que les effets positifs se remarqueraient seulement une année après le début des soins. Ses conclusions sur la capacité de travail ne prennent pas non plus en considération l'arthroscopie qui pourrait devoir être réalisée en sus de la ponction-

A/326/2013 - 18/21 - infiltration et qui entraînerait elle-même une incapacité de travail de six semaines selon les dires de la rhumatologue. Compte tenu de ces précisions, on peut sérieusement douter de l'efficacité d'une seule ponction-infiltration et du rétablissement complet de la capacité de travail du demandeur un mois plus tard. Enfin, la rhumatologue mandatée par la défenderesse ne conteste pas l'indication à une arthroplastie en tant que telle, mais affirme dans son rapport du 8 mai 2013 qu'un traitement conservateur aurait pu reporter cette intervention de deux ans, voire plus. La nécessité de l'intervention n'est donc pas remise en cause en soi et même la Dresse E_____ paraît admettre que cette opération aurait dû être pratiquée avant l'âge de la retraite du demandeur. Or, le dommage déterminant au sens de l'art. 61 LCA est celui que subit l'ayant droit et non l'assureur (ATF 133 III 527 consid. 3.2.2). Or, le report de l'événement entraînant une incapacité de travail à une date ultérieure – à laquelle la défenderesse pourrait ne plus être responsable du versement des indemnités journalières en raison du licenciement du demandeur – ne réduit nullement le dommage de l'assuré.

E. 9

Eu égard à ce qui précède, la défenderesse n'était pas en droit de refuser le versement d'indemnités journalières pendant l'incapacité de travail consécutive à la pose d'une prothèse totale du genou. On notera que ni l'incapacité de travail jusqu'au traitement de l'atteinte du genou, ni la durée de celle-ci après la pose d'une prothèse, soit quatre mois du 3 septembre au 31 décembre 2012, ne sont contestées. La Dresse E_____ a d'ailleurs souligné qu'un délai de trois mois au moins serait nécessaire après une telle intervention. Le demandeur a donc droit à des indemnités journalières du 1er septembre au 31 décembre 2012. Selon l'art. 6 al. 1er 4ème paragraphe des CCA, le salaire est converti en salaire annuel et divisé par 365. Il en va de même pour un salaire assuré fixe. L'indemnité journalière est ainsi calculée pour chaque jour civil. Partant, ce sont 122 indemnités qui sont dues en l'espèce au demandeur (30 pour septembre, 31 pour octobre, 30 pour novembre et 31 pour décembre). Le montant de l'indemnité de 315 fr. 40 à la base du calcul du demandeur est identique à celui des prestations déjà versées par la défenderesse. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter. Le total des indemnités journalières s'élève ainsi à 38'478 fr. 80, dont on soustraira la rémunération de 8'958 fr. 15 versée par l'employeur au demandeur pour le mois de septembre. La défenderesse devra ainsi verser un montant de 29'520 fr. 65 au demandeur.

E. 10

Le demandeur conclut au versement d'intérêts moratoires. Ni les CGA, ni les CCA ne stipulent de terme de paiement pour les indemnités journalières. On doit dès lors admettre que la créance est exigible quatre semaines après réception des renseignements nécessaires conformément à l'art. 41 LCA

A/326/2013 - 19/21 - (cf. dans un cas similaire ATF non publié 5C.177/2005 du 25 février 2006, consid. 6.2). Les conséquences de l'exigibilité des prestations se déterminent d'après le droit des obligations, par renvoi de l'art. 100 LCA (CARRÉ, op. cit., p. 301). Selon l'art. 102 du code des obligations (CO ; RS 220), le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1). 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 (al. 2). L'écoulement du délai de quatre semaines prévu à l'art. 41 LCA

ne suffit pas à considérer que le jour d'exécution est expiré. En effet, l'art. 102 al. 2 CO exige une convention entre les parties afin de fixer le jour de l'exécution, alors que le délai de quatre semaines repose sur la loi. De plus, le terme de l'obligation ne peut être déterminé avec précision puisqu'on ne peut savoir à l'avance quand ce délai de quatre semaines commence à courir, le point de savoir si l'assureur dispose de tous les documents étant sujet à interprétation. Ainsi, la doctrine majoritaire considère qu'une interpellation est nécessaire pour que l'assureur soit en demeure (Jürg NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, n. 20 ad art. 41). Une interpellation est une déclaration, expresse ou par acte concludant, adressée par le créancier au débiteur par laquelle le premier fait comprendre au second qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Luc THÉVENOZ, Commentaire romand, Code des obligations I, 2ème éd. 2012, n. 17 ad art. 102). En l'espèce, le demandeur ne démontre pas avoir formellement interpellé la défenderesse afin d'obtenir le versement des indemnités journalières. Le courrier qu'il a adressé à l'assurance le 14 août 2012 ne saurait être considéré comme tel puisqu'il n'y exige pas le versement des indemnités journalières dues après l'arthroplastie. A défaut d'une telle interpellation, l'intérêt moratoire n'est dû, en cas d'ouverture d'une action en justice, que dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF non publié 5C.177/2005 du 25 février 2006, consid. 6.1). Le taux de l'intérêt moratoire s'élève à 5%, conformément à l'art. 104 al. 1 CO. La demande ayant été transmise à la défenderesse le 28 janvier 2013, on peut admettre que cette dernière l'a reçue le lendemain. Les intérêts moratoires courent ainsi dès le 30 janvier 2013.

E. 11

Le demandeur a conclu à l'allocation de dépens et a d'ailleurs augmenté ses conclusions pour inclure les honoraires de son conseil avant l'ouverture d'instance. Les dépens couvrent même les opérations antérieures au procès, dans la mesure où elles étaient destinées à préparer celui-ci. Dans ce cas, ils ne peuvent être réclamés que dans le cadre des frais de procédure (TAPPY, op. cit., n. 37 ad art. 95 CPC). Le sort des conclusions amplifiées du demandeur ayant trait aux démarches préalables

A/326/2013 - 20/21 - au dépôt de la demande doit donc être déterminé dans le cadre de l'allocation de dépens. En l'espèce, le demandeur obtenant très largement gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de 5'500 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 16 à 21 de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RSG E 1 05]; art. 84 et 85 du règlement fixant le tarif des frais en matière civile [RTFMC ; RSG E 1 05.10]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/326/2013 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ A la forme :

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