

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20160125_f_ge_o_01 vom 25. Januar 2016

FINMA Versicherungsrecht, 2016-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20160125_f_ge_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20160125_f_ge_o_01 du 25 janvier 2016

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20160125_f_ge_o_01 del 25 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 31 des Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires, d'HELSANA, édition du 1er janvier 2014 applicable aux rapports contractuels entre les parties, prévoit que pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents, au choix, soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées et des ayants droit, soit ceux du siège de l'assureur. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 3

a) Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). Par conséquent, la demande est directement recevable par-devant la Cour de céans, qui statue selon la procédure simplifiée (art. 243 al. 2 let. f CPC) et établit d'office les faits (art. 247 al. 2 let. a CPC). b) La demande, déposée le 8 décembre 2014, satisfaisant aux conditions précitées et respectant pour le surplus les conditions de recevabilité prévues par les art. 59 et 244 CPC, est par conséquent recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la défenderesse de résilier le contrat conclu pour cause de réticence.

E. 5

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC

A/3764/2014 - 13/26 - (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 6

La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du

E. 10

Le demandeur prétend toutefois que celle-ci invoquée le 28 octobre 2014 par l'assurance, comme motif de résiliation des contrats d'assurances complémentaires litigieux serait tardive, car la défenderesse aurait eu connaissance des faits fondant la réticence, bien avant le délai de quatre semaines dans lequel il devait se déterminer, au sens de l'art. 6 al. 2 LCA. Les premières informations reçues par la défenderesse, pouvant laisser soupçonner des faits relevant de réticence, soit en l'espèce la réponse du Dr B_____ aux questions posées aux HUG, qui indiquait notamment que l'affection était apparue pour la première fois il y a quelques années, que le patient présentait une obstruction nasale bilatérale associée à une diminution des fonctions olfactives depuis plusieurs années, est parvenue à l'assureur le 9 septembre 2014. A ce stade, l'assureur n'était qu'en présence d'un indice, qui devait encore être corroboré par d'autres renseignements complémentaires, notamment émanant des médecins traitants ayant suivi le patient à une période antérieure au 11 septembre 2013 - ce qui n'était pas le cas du Dr B_____ -. Ce dernier avait indiqué - à tort selon le confrère concerné - que ce patient lui avait été adressé par le Dr C_____. C'est ainsi, fort de ces premiers renseignements, que l'assureur a interpellé ce dernier médecin, ainsi que l'ancien

assureur AOS, par courriers du 15 septembre 2014. Le premier n'a jamais répondu au questionnaire que lui a adressé la défenderesse. Le second n'a répondu qu'après un rappel du 17 octobre 2014, adressant comme demandé les relevés des prestations qu'elle avait servies au cours des cinq dernières années, pour des prestations médicales en faveur de cet assuré. Ces éléments sont

A/3764/2014 - 23/26 - parvenus à la défenderesse en annexe à un courrier du 22 octobre 2014, soit au plus tôt le 23. Il ressortait de ces informations que le demandeur avait consulté le Dr C _____ en juin 2013 déjà, et que des investigations avaient été menées sous forme de polygraphie du sommeil et polysomnographie, dans le courant du mois de juillet 2013, pour ce dernier examen. Ces informations confirmaient le lien entre l'intervention du Dr C _____ et la consultation du printemps 2014 auprès du Dr B _____, indépendamment de certaines autres prestations survenues entre-temps, soit jusqu'au 31 décembre 2013, - certes postérieurement à la signature des documents litigieux, mais relevant manifestement d'une certaine continuité dans les investigations en cours. Ce fut notamment le cas du CT scan des sinus en décembre 2013. Prononçant sa décision du 28 octobre 2014, soit cinq jours après avoir reçu les informations de l'ancienne caisse-maladie du demandeur, et avoir ainsi pu lever les doutes qui pouvaient encore subsister, la défenderesse a manifestement agi dans le délai de quatre semaines de l'art. 6 al. 2 LCA. Le demandeur prétend encore que cette décision serait en réalité fondée sur le seul avis du Dr B _____, que la défenderesse ait jamais reçu de ce médecin (le 9 septembre 2014), au moment où elle a invoqué la réticence. À tort. En effet, elle avait eu en plus connaissance, le 14 octobre 2014, de la lettre de sortie signée par ce médecin après l'intervention chirurgicale survenue entre les 8 et 10 septembre 2014. Ce rapport venait confirmer le diagnostic posé par ce médecin, selon ses premières informations. Mais une fois encore, il fallut attendre les renseignements de la caisse-maladie pour être certain que le demandeur n'avait effectivement pas répondu correctement aux questions posées, par rapport à la situation prévalant au

E. 11

En conséquence, et au vu de ce qui précède, conformément à l'art. 6 al. 3 LCA, si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'alinéa 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Il reste à déterminer si, en dépit de cette disposition claire, l'assureur doit se voir dénier le droit de refuser d'accorder les prestations litigieuses, en raison du comportement que lui impute le demandeur. Ce dernier prétend en effet qu'il n'aurait jamais reçu la copie du courrier que l'assureur aurait adressé aux HUG le

E. 12

Le demandeur prétend encore que l'assureur aurait, par le truchement de M. G _____, d'emblée été informé des examens subis pendant l'été 2013 à la recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil. Ce dernier, en affirmant qu'au vu des résultats de l'examen, celui-ci ne devait pas être mentionné en réponse au questionnaire, engagerait l'assureur. Or, selon les explications convaincantes de la défenderesse, M. G _____ n'a jamais été un employé de la défenderesse, pas plus qu'il n'a été lié à elle à aucun moment par des relations contractuelles faisant de lui son représentant. Le fait que, comme l'allègue le demandeur, M.G _____ ait lui-même complété le document que le demandeur a signé, ne change rien à la responsabilité du demandeur. Cette question peut donc rester ouverte. En effet comme l'a

relevé à juste titre la défenderesse, selon la jurisprudence, il appartient à celui qui laisse à l'agent le soin de remplir le questionnaire, non seulement de relire avant de le signer, les questions et les réponses, mais aussi, le cas échéant, de vérifier les réponses qui ont été inscrites en son nom. Le proposant est en effet responsable du contenu des réponses données, même si elles ont été inscrites par l'agent (RBA XVI no 7 RBA XIII no 15). Ainsi, la chambre de céans renoncera à l'audition de témoins supplémentaires, notamment la mère du demandeur, ainsi que M. G_____, dès lors qu'au vu de ce qui précède, les déclarations de ces personnes ne seraient en aucune mesure susceptibles d'avoir une incidence sur la solution du litige.

E. 13

La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05];) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC et art. 22 al. 3 let. b LaCC).

A/3764/2014 - 25/26 -

E. 14

Pour faire reste des conclusions des parties, les conclusions reconventionnelles de la défenderesse sont sans objet, dans la mesure où elles étaient fondées sur l'hypothèse que la proposition d'assurance et la déclaration de santé n'auraient pas été signées par le demandeur lui-même. La défenderesse doit être déboutée de ses conclusions sur ce point, dès lors que l'instruction a établi que c'est bien le demandeur lui-même qui a signé ces documents.

A/3764/2014 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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