

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20170208_f_vs_o_01 vom 8. Februar 2017

FINMA Versicherungsrecht, 2017-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20170208_f_vs_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20170208_f_vs_o_01 du 8 février 2017

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20170208_f_vs_o_01 del 8 febbraio 2017

Erwägungen

E. 3

de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et aux conditions générales d'assurance (CGA) de X. Assurances concernant l'assurance de couverture collective d'une indemnité journalière maladie selon la LCA (édition 01.01.2011/PCMAM02-F10, art. 2 ch. 3 CGA). Aux termes de l'article 7 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC), les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Sur cette base, l'article 5 alinéa 1 lettre a de la loi d'application du code de procédure civile suisse du 11 février 2009 (LACPC) prévoit que le Tribunal cantonal connaît, en instance cantonale unique, des affaires civiles relevant notamment de l'article 7 CPC. A teneur

- 10 - de l'article 10 chiffre 14 LACPC, l'article 2 alinéa 1 de l'ordonnance cantonale du 13 mars 1996 désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie est modifié comme suit : le Tribunal cantonal connaît en tant qu'instance cantonale unique les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal (arrêt 4A_241/2015 du 20 octobre 2015, consid. 2). Le Tribunal cantonal a attribué à sa Cour des assurances sociales (art. 19 al. 1 LOJ et art. 65 al. 2 LPJA) la compétence de traiter les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal. La Cour de céans est dès lors compétente ratione materiae pour connaître du présent litige. 1.2 En vertu de l'article 32 alinéa 1 lettre a CPC, en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs - dont font partie les contrats conclus en matière d'assurance accidents ou maladie privée (ATF 4A_575/2013 du 11 mars 2014 consid. 2.2), le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur. De même, l'article 33 chiffre 2 CGA prévoit qu'en cas de contestation, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse soit ceux du siège de l'assureur. La Cour de céans est dès lors également compétente ratione loci à raison du siège de la partie défenderesse. 1.3 La procédure de conciliation n'a pas lieu d'être 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), ce qui est le cas en Valais (art. 2 al. 1 de l'ordonnance cantonale du 13 mars 1996 désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie). 1.4 A teneur de l'article 243 alinéa 2 lettre f CPC, la procédure simplifiée s'applique, quelle que soit la valeur litigieuse, aux 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. Le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'article

243 alinéa 2 CPC (art. 247 al. 2 let. a CPC). 2. Le présent litige porte sur le droit de l'assurée à des indemnités journalières au-delà du 31 juillet 2013, date de la fin des rapports de travail, pour un sinistre intervenu antérieurement lorsqu'elle faisait encore partie du cercle des assurés.

- 11 -

E. 3.1

Selon la jurisprudence, le droit aux prestations dans une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA ne dépend pas d'une affiliation, contrairement à l'assurance collective d'indemnités journalières selon les articles 67 ss LAMal. Dès lors, si un sinistre survient pendant la période de couverture de l'assurance collective et que l'assuré vient à sortir ultérieurement de cette assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat (i.e. résiliation du contrat de travail), il pourra faire valoir son droit à la continuation du service des prestations, sauf si une clause conventionnelle prévoit une limitation ou la suppression de ce droit (ATF 127 III 106 c. 3, arrêt 4A_186/2010 du 3 juin 2010 consid.3).

E. 3.2

On rappellera également qu'à la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale (LAMal), les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi. Elles relèvent du principe de la liberté contractuelle avec les restrictions propres au droit des assurances régi par la LCA. Cette liberté implique non seulement celle de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (ATF 124 V 201; Gustavo Scartazzini/Marc Hürzeler, Bundesversicherungsrecht, 4e éd., 2012, p. 443, ch. 2, Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, p. 107). Ainsi, Les parties sont libres dans la détermination du contenu de leur contrat (art. 19 al. 1 CO en relation avec l'art. 100 LCA), sauf dispositions impératives et semi-impératives de la loi (art. 97 et 98 LCA). Les parties peuvent intégrer des conditions générales d'assurance (CGA) et des conditions particulières à leur contrat qui en feront partie intégrante (cf. Vincent Brulhart, Droit des assurances privées, 2008, p. 120 ss). Elles peuvent également y inclure des clauses négociées, qui le plus souvent dérogent aux conditions générales, par exemple une réserve (ou exclusion) de couverture (arrêt 4A_352/2014 du 9 février 2015 consid. 4.1.1).

E. 3.3

La LCA ne contient pas de normes d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO). Si cette volonté ne peut être établie en fait, le juge interprétera les déclarations et les comportements des parties selon le principe de la confiance, en

- 12- établissant le sens que, d'après les règles de la bonne foi, les parties pouvaient et devaient donner à leurs manifestations de volonté réciproques, qu'elles soient contenues

dans le contrat lui-même ou dans des conditions générales qui en font partie intégrante. Il convient de vérifier comment le destinataire de ces manifestations de volonté pouvait les comprendre de bonne foi, en recourant à l'interprétation objective des termes figurant dans le contrat et les conditions générales. Le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi en lisant le contrat et les conditions générales. Quand l'assureur entend apporter des restrictions ou des exceptions, il lui appartient de le dire clairement (ATF 135 III 410 consid. 3.2, 133 III 675 consid. 3.3 et arrêts 4A_352/2014 du 9 février 2015 consid. 5.1 et 4A_567/2009 du 4 février 2010 consid. 2.1).

E. 3.4

Les assureurs ont apporté diverses solutions à la situation qui nous occupe, soit celle « des prestations après extinction de la couverture ». Elles peuvent se résumer en trois réglementations différentes (Stephan Fuhrer, Kollektive Krankentaggeldversicherung: aktuelle Fragen, In: Annales SDRCA 2014. p. 88 ch. 36). La première réglementation consiste à continuer le service des prestations contractuelles au-delà de la fin de la couverture d'assurance ; la deuxième à arrêter la couverture d'assurance dès la sortie du cercle des assurés ; et la troisième, un peu plus précise que la seconde, prévoit que la couverture mais également le droit aux prestations cessent avec la sortie du cercle des assurés (art. 10 ch.3 let. a CGA de X. Assurances : « La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés ... », cf. Stephan Fuhrer, op.cit.). 4.1 En l'occurrence, la demanderesse a invoqué une confusion commise par la défenderesse entre la couverture d'assurance et la fin du droit aux prestations. En outre, se référant à un arrêt genevois de 2007 (A TAS/1168/2007) concernant un autre assureur et donc des conditions générales d'assurances autres que celles de la présente cause, elle a déclaré que l'article 10 chiffre 3 des conditions générales d'assurance de X. Assurances devait être interprété, du point de vue systématique, comme un rappel dans le sens que pour les sinistres qui surviennent lorsque l'assuré ne fait plus partie du cercle des assurés, l'assureur n'est tenu à aucune prestation. Une lecture attentive de l'article 10 alinéa 3 lettre a CGA de X. ne permet pas, en l'espèce, à la Cour de suivre le raisonnement de la demanderesse. En effet, il ressort clairement de cette disposition que la sortie du groupe des assurés entraîne non

- 13 - seulement la fin de la couverture d'assurance pour d'éventuels sinistres ultérieurs, mais aussi la fin du droit aux prestations pour les événements intervenus alors que l'assuré était encore assuré collectivement. Cette interprétation a d'ailleurs été retenue non seulement par la défenderesse et par l'ancien employeur de la demanderesse, les parties principales au contrat d'assurance, mais également par Stephen Fuhrer dans son article (op. cit.). On relèvera également au passage que si un employeur peut souhaiter se couvrir contre le risque de devoir s'acquitter du salaire d'employés malades en concluant une assurance collective perte de gain, il peut aussi a contrario accepter ou être amené de devoir supporter des indemnités journalières après un licenciement, si ces dernières sont prévues contractuellement ou conventionnellement par le biais d'une convention collective de travail (ATF 127 III 318 consid. 3 et 4). 4.2 Concernant l'argument du caractère insolite de la clause litigieuse (art. 10 ch. 3 let. a CGA) soulevé par la demanderesse, il doit être également écarté. En effet, dans un arrêt du 19 mai 2008, le Tribunal fédéral a confirmé qu'une clause conventionnelle limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture n'était pas insolite mais conforme à sa jurisprudence (ATF 127 III 106 consid. 3b et arrêt 4A_120/2008 du 19 mai 2008 consid. 2.2). 4.3 Constatant que la

demanderesse n'a pas sollicité son passage dans une assurance individuelle perte de gain en cas de maladie, comme suggéré par son employeur, la défenderesse ne peut être tenue à verser les indemnités réclamées par la demanderesse. Partant, la demande, entièrement mal fondée, doit être rejetée dans toutes ses conclusions.

E. 5

Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). La défenderesse, non représentée par un avocat, n'a pas droit à des dépens (art. 95 al. 3 CPC).

- 1 4 - Prononce

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