

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20170214_f_vs_o_01 vom 14. Februar 2017

FINMA Versicherungsrecht, 2017-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20170214_f_vs_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20170214_f_vs_o_01 du 14 février 2017

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20170214_f_vs_o_01 del 14 febbraio 2017

Erwägungen

E. 30

avril 2015. Sous la rubrique engagement, l'employeur a fixé la date de l'engagement au 14 avril 2014 et a indiqué que les rapports de travail avaient été « résiliés au/limités jusqu'au» 25 avril 2014. Interpellé par X., le Dr E. a certifié, le 21 octobre 2015, que l'assuré présentait toujours une incapacité de travail totale dans son activité habituelle en raison de gonalgies post-traumatiques et d'une tendinopathie du fléchisseur médian droit, mais qu'on pouvait raisonnablement envisager une activité professionnelle moins pénible, sans toutefois chiffrer le taux d'activité qui serait exigible. Le 30 octobre 2015, le médecin traitant a établi trois certificats d'arrêt de travail, du 1er au 30 septembre 2015, du 1er au 31 octobre 2015 et du 1er au 30 novembre 2015. Par courrier du 19 novembre 2015, X. a refusé à A. de verser des prestations d'indemnités journalières au motif que l'entreprise B. avait résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 9 décembre 2014. J. Parallèlement à ces procédures, A. a déposé une demande d'indemnités auprès de la Caisse cantonale de chômage. Dans le cadre de ce dossier, l'entreprise B. a rempli une attestation d'employeur le 11 janvier 2016, dans laquelle il a indiqué que le contrat de travail du 14 avril 2014 avait été résilié par l'employeur, par oral, le 7 décembre 2014 pour le 9 décembre 2014. K. Par courrier du 20 janvier 2016, A. a signalé à l'entreprise B. qu'il était à nouveau en mesure d'exercer pleinement une activité professionnelle, à l'exception du métier de carreleur, et se tenait donc à disposition. L. Le 11 février 2016, le Dr E. a établi un certificat d'arrêt de travail pour la période du 1er au 31 juillet 2015. Le 15 février 2016, il a en fait de même pour la période du 1er mai au 30 juin 2015.

- 7 - l'ordonnance cantonale désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie du 13 mars 1996 (RSNS 832.100) est modifiée 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 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) (arrêt du Tribunal fédéral 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. 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 (cf. la doctrine citée à l'arrêt du Tribunal fédéral 5C.222/2005 du 12 janvier 2006, 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. La Cour de céans est dès lors également compétente ratione loci. 1.3 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 (art. 247 al. 2 let. a CPC). En l'occurrence, le demandeur a déposé un mémoire conforme aux réquisits posés à l'article 244 CPC. Il sied dès lors d'entrer en matière sur sa demande. 2. Est litigieuse la question de savoir si la défenderesse était en droit de nier le droit du demandeur à des indemnités journalières du fait de l'incapacité de travail ayant débuté le 1er avril 2015. 2.1 La défenderesse soutient que le demandeur n'était plus sous contrat de travail avec l'entreprise B. lorsqu'il a été mis en incapacité de travail le 1er avril 2015. Or, si elle a produit un courrier daté de manière erronée du 9 décembre 2015 au lieu de 2014 dans lequel l'entreprise B. signalait au demandeur que son contrat de travail se terminait le 9 décembre 2014, soit le jour même, elle n'a toutefois fourni aucune preuve de l'envoi de cette missive ni de sa réception par son destinataire.

-8- Dans son recours, le demandeur a déclaré n'avoir jamais reçu cette lettre (cf. recours du 14 mars 2016 allégué 34 et courriel du 12 septembre 2016, pièce 163 du dossier Suva). Quant à l'entreprise B., interpellée, elle n'a transmis aucune pièce établissant la réception par le demandeur de la résiliation des rapports de travail, étant rappelé que la résiliation est une manifestation de volonté qui ne déploie ses effets que lorsqu'elle parvient au destinataire et qu'ainsi, la preuve de la réception incombe à l'expéditeur, raison pour laquelle l'employeur qui souhaite se départir d'un contrat le fera en principe sous la forme d'un courrier recommandé ou demandera à son employé d'en attester la réception en mains propres. En l'absence de toute pièce (avis de distribution ou accusé de réception signé), la Cour ne voit pas en quoi l'interrogatoire de l'employeur aurait permis de départager les déclarations contradictoires des parties (appréciation anticipée des preuves : ATF 139 V 176 consid. 6; 1361 229 consid. 5.3; 1341140 consid. 5.3; 131 1 153 consid. 3). Quoi qu'il en soit, l'action du demandeur doit être rejetée pour les motifs ci-dessous. 2.2.1 Selon l'article 12 des CGA pour l'assurance indemnités journalières collective de X., en cas d'incapacité de travail prouvée d'au moins 25%, l'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail. A teneur de l'article 13, le preneur d'assurance doit annoncer une incapacité de travail à l'assureur au plus tard 15 jours après le début de l'incapacité de travail pour les assurances dont le délai d'attente est compris entre 0 et 10 jours. Pour les délais d'attente de 11 jours et plus, l'annonce doit parvenir à l'assureur dans les 35 jours qui suivent le début de l'incapacité de travail. Dans les trois jours qui suivent l'annonce de maladie, une attestation d'incapacité de travail du médecin doit être remise. En cas d'envoi tardif inexcusable, le droit aux prestations assurées existe au plus tôt à réception de cette annonce (13.1). La personne assurée doit fournir la preuve de la perte de revenu. Si la perte de revenu ne peut pas être prouvée, il n'existe pas de droit aux prestations (13.2). Au chiffre 3.8.1 du contrat cadre de travail temporaire signé entre l'entreprise B. et le demandeur le 14 avril 2014, il est stipulé que l'assurance perte de gains est X. et qu'en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie, l'employé est tenu d'avertir immédiatement l'employeur. 2.2.2.1 En l'espèce, le recourant prétend être en arrêt de travail maladie depuis le 1er avril 2015. Or, le dossier ne comporte aucune trace d'une annonce maladie faite à l'entreprise B. avant le courrier du demandeur du 14 septembre 2015 mentionnant un

- 9 - entretien qui aurait eu lieu en août 2015. Le délai d'annonce le plus long prévu par les CGA de 35 jours depuis le début de l'incapacité de travail, en l'espèce le 1er avril 2015, est donc largement dépassé. Le retard du demandeur dans l'annonce de sa maladie est manifeste

et inexcusable. En vertu de l'article 13.1 des CGA, un éventuel droit aux prestations de la part de X. n'existerait donc qu'à partir de l'annonce faite par l'entreprise B., à savoir du 15 septembre 2015 jusqu'au 30 novembre 2015. 2.2.2.2 Ceci étant, il s'agit d'examiner si, à cette date, une incapacité de travail d'au moins 25% était prouvée. A cet égard, il appert que, lors de l'annonce du 15 septembre 2015, le demandeur était au bénéfice d'uniquement deux certificats d'arrêt de travail total pour les mois d'avril et août 2015. Aucune incapacité de travail n'était attestée pour septembre 2015. Interpellé par X. le 17 septembre 2015, le Dr E. a certifié un mois plus tard, le 21 octobre 2015, que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 25 avril 2014, soit depuis la rechute couverte par la CNA jusqu'au 31 mars 2015. Le 30 octobre 2015, il a remis des certificats d'incapacité de travail pour septembre, octobre et novembre 2015. Ce n'est qu'en février 2016, après le refus de prester de la défenderesse, qu'il a rédigé des certificats pour les mois de mai, juin et juillet 2015. Cette manière de procéder, a posteriori et sans argument médical à l'appui, apparaît fort douteuse, ce d'autant que jusqu'en mars 2015 le Dr E. avait établi ces certificats médicaux de manière régulière pour la CNA. L'incapacité de travail attestée par le Dr E. n'a d'ailleurs pas été jugée justifiée par le médecin-conseil de la défenderesse, qui n'a pas trouvé de raisons médicales à ces certificats rétroactifs. En effet, de septembre à novembre 2015, le médecin traitant n'a fait état d'aucun élément médical objectif fondant les arrêts de travail prescrits. Les incapacités de travail ont été attestées pour la grande majorité rétroactivement et n'ont été ni expliquées ni motivées par le médecin traitant. Or, force est de constater que, malgré les troubles au genou gauche et au membre supérieur droit, la capacité de travail du demandeur avait été jugée entière dans une activité adaptée dès la fin janvier 2015 tant par la CNA que par l'OAI. Ainsi, dès la fin des prestations de la CNA en avril 2015, il appartenait à l'assuré d'utiliser sa capacité de travail résiduelle, même si cela impliquait un changement de profession (art. 13.5 des CGA; obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2; 114 V 281 consid. 1d).

-10- Sur la base de ces éléments et de l'avis probant et non contesté du médecin-conseil de la défenderesse, l'incapacité de travail ne saurait être considérée comme prouvée au moment de l'annonce du 15 septembre 2015. 2.3 Au terme de ces développements, il appert que l'action de A. doit être intégralement rejetée. 3.1. Il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond relative 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 (art. 114 let. e CPC). 3.2 S'agissant des dépens, ils comprennent, selon l'article 95 alinéa 3 CPC : les débours nécessaires (let. a) ; le défraiement d'un représentant professionnel (let. b) ; lorsqu'une partie n'a pas de représentant professionnel, une indemnité équitable pour les démarches effectuées, dans les cas où cela se justifie (let. c) . Pour défendre ses intérêts en la présente procédure, X., qui obtient gain de cause, n'a pas fait appel à un représentant professionnel indépendant mais à ses propres juristes. C'est précisément l'une des tâches de ses employés de défendre les intérêts de X. dans les procédures judiciaires, notamment par la rédaction de mémoires et de courriers. Ces personnes sont rémunérées par leur employeur pour l'accomplissement de ce travail. X. n'a donc pas droit à des dépens pour le travail de ses propres employés.

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