

GE_GERICHTE ATAS/1203/2011 vom 6. Dezember 2011

GE Cour de justice, 2011-12-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1203_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1203/2011 du 6 décembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1203/2011 del 6 dicembre 2011

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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). Sa compétence ratione materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) S'agissant de la compétence ratione loci, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Depuis le 1er janvier 2011, cette dernière loi est toutefois abrogée et il convient d'appliquer le Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), dont l'art. 31 prévoit que le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. L'art. 90 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) pour l'assurance collective d'indemnité journalière selon la LCA prévoit quant à lui que le preneur ou l'assuré peut élire à son choix le for ordinaire ou celui de son domicile suisse ou au Liechtenstein. En l'espèce, le demandeur est domicilié à Genève. La compétence ratione loci de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est par conséquent donnée. c) En vertu de l'art. 197 CPC 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 mentionnées en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. L'autorité compétente pour la tentative de conciliation est à Genève le Tribunal de première instance (ci-après: le TPI), selon l'art. 86 al. 2 let. b LOJ. Néanmoins, la Cour de céans a jugé que c'était par une inadvertance évidente que le législateur fédéral n'avait 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-

A/1648/2011 - 8/11 - maladie complémentaires, conformément à l'art. 7 CPC, et que cet oubli créait une situation contraire au but de la loi et était dès lors insatisfaisante. La Cour de céans a dès lors comblé cette lacune proprement dite et exempté également ces litiges de la procédure de conciliation obligatoire, à l'instar des autres instances cantonales uniques mentionnées à l'art. 198 let. f CPC (ATAS/577/2011 du 31 mai 2011, consid. 4). Par conséquent, la présente demande n'a pas à être soumise à une tentative de conciliation

par-devant le TPI. d) Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, comme en l'espèce, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves. La procédure est gratuite et le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie des frais (art. 85 al.

E. 2

a) Le 1er janvier 1996 est entrée en vigueur la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), qui remplace celle du 13 juin 1911 (LAMA). Selon l'art. 12 al. 2 première phrase et al. 3 LAMal, les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance sociale de la présente loi, des assurances complémentaires. Celles-ci sont régies par la loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA). La pratique de ces assurances complémentaires doit être autorisée par le Département fédéral de justice et police (art. 13 de l'ordonnance sur l'assurance- maladie du 27 juin 1995 - OAMal). Introduites sous cette forme lors des débats parlementaires, sur proposition des commissions du Conseil des Etats et du Conseil national, ces dispositions visent à mettre sur pied d'égalité les deux catégories d'assureurs-maladie puisque désormais les institutions d'assurance privée sont également autorisées à pratiquer l'assurance-maladie sociale, aux mêmes conditions

A/1648/2011 - 9/11 - que les caisses-maladie (SPIRA, *Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit*, RJJ 1996, p. 198). b) Les assurances complémentaires visées par cette disposition peuvent comprendre aussi bien les assurances pour les séjours hospitaliers en division privée ou semi- privée que les assurances d'indemnités journalières, voire d'autres prestations ne relevant pas de l'assurance obligatoire. Fondée sur des contrats de droit privé, celle- ci est alors régie par la LCA (cf. EUGSTER, *Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG*, in: *LAMal-KVG*, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, IRAL, 1997, p. 509). La LPGA n'est pas applicable aux contrats soumis à la LCA. Par conséquent, les griefs de l'assuré concernant la violation du devoir d'information, au demeurant dirigé contre la SUVA et la violation du droit d'être entendu, soit son droit d'obtenir une décision motivée, sont manifestement mal fondés, l'assureur accident LCA ne rend en effet pas de décision sujette à opposition ou à recours, l'assuré devant saisir la juridiction compétente d'une demande en paiement.

E. 3

a) L'art 41 des CG prévoit que la couverture d'assurance de chaque assuré commence le jour où entre en vigueur le contrat de travail et l'art 42 CG stipule que la couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré à l'extinction du contrat. b) L'art. 43 CG précise qu'en cas de sortie du groupe des assurés ou d'extinction du contrat, l'assuré a le droit de passer dans l'assurance individuelle, mais doit, pour cela, faire valoir son droit de passage dans les 90 jours. Le preneur d'assurance est tenu de fournir suffisamment à l'avance à la personne qui sort du cercle des assurés des informations sur le droit de passage dans l'assurance individuelle et le délai à observer. c) En application de l'art. 324a CO, l'employeur a l'obligation d'informer le salarié sur les conditions du maintien de l'assurance perte de gain après l'échéance des rapports de travail et l'information doit aussi porter sur le délai dans lequel le travailleur doit agir pour sauvegarder ses droits. Il s'agit d'un cas d'application de l'art. 331 al. 4 CO (Arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2010, 4A - 186/2010, consid. 3).

E. 4

En l'espèce, l'assuré a été licencié avec effet au 31 octobre 2009 et le contrat de travail a pris fin le 30 avril 2010, à l'issue du délai légal de protection. L'assuré ne conteste pas l'allégation de l'assurance, selon laquelle il n'a pas sollicité dans le délai de 90 jours son passage à l'assurance individuelle. Ainsi, l'assuré ne faisait plus partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance perte de gain maladie au-delà du 30 avril 2010. Il ne peut donc pas prétendre à des indemnités perte de gain maladie dès le 1er mai 2010. L'éventualité que son employeur ne l'ait pas clairement informé de cette faculté relève exclusivement de la relation contractuelle de travail et est sans incidence sur les obligations de l'assurance.

A/1648/2011 - 10/11 - Compte tenu de ce qui précède, la question de savoir si l'assurance était fondée à refuser de verser des indemnités journalières de maladie au motif que l'incapacité de travail n'est pas justifiée par une maladie peut rester ouverte. Il n'apparaît cependant pas à premier examen que l'avis de la CRR et du Dr A_____ soit insoutenable, au vu de l'absence de tout substrat organique aux plaintes de l'assuré. Au demeurant, la SUVA n'a pas affirmé à l'assuré que sa décision de mettre un terme à ses propres prétentions, fondée sur l'absence de causalité entre l'accident et les troubles justifiant une incapacité de travail selon le médecin traitant, impliquait nécessairement un droit à des indemnités perte de gain de maladie, dès lors que sa décision du 14 avril 2010 précise "nous vous conseillons de vous adresser à l'assurance maladie compétente qui examinera si et dans quelle mesure elle peut intervenir". Au demeurant, il semble douteux qu'un recours contre la décision de la SUVA était eu des chances de succès au vu des conclusions probantes des médecins de la CRR concernant l'absence de lien de causalité entre les plaintes de l'assuré et l'accident subi, l'existence même d'affections ayant des répercussions sur la capacité de travail n'étant pas établie. Pour finir, la défenderesse est valablement représentée, compte tenu de la procuration produite avec le dépôt du mémoire réponse.

E. 5

Mal fondée, la demande est rejetée. La procédure est gratuite en application de l'art 114 lit.e CPC.

A/1648/2011 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

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