

## **GE\_GERICHTE ATAS/1361/2012 vom 13. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1361\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1361_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1361/2012 du 13 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1361/2012 del 13 novembre 2012

### **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

A/1615/2012 - 7/15 - 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. 38 des conditions générales de l'assurance indemnités journalières collective Helsana Business Salary selon la LCA de la défenderesse, édition 2006 (ci-après CGA), pour toutes les actions au sujet du présent contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, soit ceux du lieu de travail de l'ayant droit, soit ceux du siège principal de [la défenderesse]. Il y a lieu en particulier de noter que la Cour de céans, dans un arrêt du 31 mai 2011 (ATAS/557/2011), a considéré que les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable prévue à l'art. 197 CPC. 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. 2.5 des CGA.

#### **E. 3**

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. Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières.

#### **E. 5**

La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte que le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF non publié 4A\_92/2010 du 17 mai 2010, consid. 4).

#### **E. 6**

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au code des obligations

(CO; RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne

A/1615/2012 - 8/15 - parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 118 II 342 consid. 1a). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF non publié 5C.134/2002 du 17 septembre 2002, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, il convient de ne pas attacher une importance décisive au sens des mots, même clairs, utilisés par les parties (abandon de la "Eindeutigkeitsregel"). Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO qu'on ne peut ériger en principe qu'en présence d'un texte clair, on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation; même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire et indiscutable à première vue, il peut résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b ; ATF non publié 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b). Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") (ATF 122 III 118 consid. 2a ; ATF non publié 4C.208/2006 du

## **E. 8**

Il convient en préambule de relever que l'incapacité de travail totale du demandeur, telle qu'attestée par le Dr L \_\_\_\_\_, n'est pas contestée par la défenderesse. Cette dernière ne remet pas non plus en cause les conclusions du 8 octobre 2011 de ce médecin, aux termes desquelles une autre activité professionnelle n'est pas non plus exigible. Il n'existe d'ailleurs aucun indice permettant de s'écarter de l'appréciation du médecin du demandeur. Ainsi, contrairement à ce que semble alléguer la défenderesse, le demandeur a présenté pendant la période litigieuse une incapacité de travail au sens des art. 3.1 des CGA, puisqu'il n'était selon son médecin traitant pas à même de reprendre une autre profession ou une activité dans un autre domaine et la résiliation des rapports de travail n'a aucune répercussion sur cet état de fait. On doit également admettre une incapacité de gain conformément à l'art. 3.5 des CGA, puisque pour des raisons médicales, le demandeur ne disposait d'aucune capacité de travail sur le marché du travail jusqu'au 10 mai 2012. En particulier, on ne peut admettre qu'il n'y a pas d'incapacité de gain au sens des CGA au motif que celle-ci ne résulterait pas d'une atteinte à la santé mais de la renonciation volontaire du demandeur à l'exercice d'une activité lucrative. En premier lieu, les démarches entreprises auprès d'un employeur potentiel démontrent que le demandeur, s'il n'avait pas été malade, aurait cherché à mettre en valeur sa capacité de gain sur le marché du travail et que c'est pour des raisons de santé qu'il a dû y renoncer. De plus, une telle interprétation viderait de son sens la couverture de cas sous forme de prestations complémentaires. En effet, si l'on devait suivre le raisonnement que la défenderesse semble adopter de manière quelque peu sibylline, la résiliation des rapports de travail – même

lorsqu'elle est le fait de l'employeur – intervenant durant une période où un assuré est incapable de travailler permettrait de considérer que l'incapacité de travail ou de gain n'est, dès la fin des rapports de travail, plus imputable à une atteinte à la santé mais à la décision d'une des parties de mettre fin au contrat de travail, ce qui aurait pour effet de libérer la défenderesse de son obligation de prester dans tous les cas. S'agissant de l'incidence du caractère volontaire de la résiliation des rapports de travail, la Cour de céans retient ce qui suit. En dérogation à l'art. 9.3 let. a CGA prévoyant la fin de la couverture d'assurance lors de la résiliation des rapports de travail, l'art. 9.4 des CGA stipule le maintien du droit aux prestations pour les personnes présentant une incapacité de travail ou de gain à la fin de l'assurance, comme c'est le cas du demandeur. Il n'existe aucun élément permettant d'interpréter cette disposition en ce sens que le versement d'indemnités journalières après la fin des rapports de travail est réservé aux assurés qui se sont vu signifier leur congé, à l'exclusion de ceux qui ont mis un terme aux rapports de travail de

A/1615/2012 - 11/15 - leur propre chef. Une telle limitation des prestations ne peut non plus être inférée des autres conditions. La défenderesse ne donne en outre aucun indice permettant d'admettre que la lettre claire de l'art. 9.4 CGA ne reflète pas l'accord qu'elle a passé avec le preneur d'assurance. Il convient d'ailleurs de souligner que la défenderesse, dans son échange de courriels avec le gestionnaire d'assurance, n'a subordonné le droit aux prestations complémentaires qu'aux seules conditions que le demandeur n'ait pas été au bénéfice d'un contrat de travail à durée déterminée et que le contrat de travail n'ait pas été résilié durant le temps d'essai, sans mentionner que la résiliation du contrat de travail par ce dernier pouvait entraîner la déchéance de son droit. Elle n'a pas non plus apporté de telle restriction après avoir été informée du fait que le demandeur avait lui-même mis fin aux rapports de travail. Partant, la défenderesse ne peut se prévaloir du caractère volontaire de la résiliation des rapports de travail pour refuser des prestations. Reste à examiner si, comme l'allègue la défenderesse, les prestations dès le 1er octobre 2011 doivent être déterminées en fonction des indemnités de chômage que le recourant aurait pu percevoir sans atteinte à la santé. Il sied de souligner que selon la lettre claire des CGA, on est ici en présence d'une assurance de dommage. La LCA établit une distinction entre l'assurance contre les dommages (régie par les art. 48 à 72 LCA) d'une part, et l'assurance de personnes (qui relève des art. 73 à 96 LCA) d'autre part, sans toutefois définir ces deux notions. L'assurance de personnes est celle qui a pour objet une personne physique, et où la prestation de l'assureur dépend généralement d'un événement qui atteint la personne de l'assuré, tel que maladie, accident, lésion corporelle, invalidité, décès. L'assurance de personnes se caractérise, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire : elle est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit. Ainsi, même dans le cas d'une assurance qui a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur - dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat - qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires; on est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat d'assurance ont fait de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (ATF non publié 5C.19/2006 du 21 avril 2006, consid. 2.1 et les références). L'incidence de la qualification d'assurance de dommage sur le droit à la prestation complémentaire du demandeur a en l'espèce pour conséquence qu'une surindemnisation en cas de perte de revenu est exclue, et que la défenderesse n'a en vertu de l'art. 23.1 des CGA

l'obligation d'accorder des indemnités journalières qu'à concurrence de la différence entre les prestations d'assurances sociales et le salaire assuré au sens des CGA. En d'autres termes, les diverses indemnités ou assurances versées en raison d'une incapacité de travail ou de gain – telles que les rentes de l'assurance-invalidité, les rentes de la prévoyance professionnelle et les

A/1615/2012 - 12/15 - indemnités journalières en cas de maladie – ne peuvent conduire un assuré à s'enrichir en percevant un revenu plus élevé que celui dont le sinistre subi le prive. Contrairement à ce que semble affirmer la défenderesse, cette disposition ne permet pas de réduire les indemnités journalières en fonction du revenu hypothétique qu'un assuré aurait pu réaliser à une certaine période après la résiliation des rapports de travail puisqu'elle se réfère expressément au salaire assuré au sens de l'art. 6.1, soit au dernier salaire perçu avant le début du cas assuré. L'interprétation de la défenderesse se heurte également au texte de l'art. 9.4, qui prévoit la continuation des prestations conformément aux dispositions contractuelles. Ce renvoi au contrat ne peut se comprendre autrement que par la poursuite du versement des prestations dues en fonction du salaire assuré selon la police lors de la survenance du cas. On ajoutera encore que si la défenderesse entendait limiter le montant de la prestation complémentaire en cas de résiliation par l'assuré des rapports de travail, il lui appartenait de le stipuler clairement. Elle l'a d'ailleurs fait à l'art. 11.4 pour les cas de transfert dans l'assurance individuelle. Cet article prévoit en effet une limitation du montant de l'indemnité journalière au revenu lucratif actuel ou à la prestation de l'assurance-chômage mais au maximum toutefois aux prestations assurées jusque-là ou à l'indemnité journalière maximale de l'assurance individuelle. Eu égard à ce qui précède, la position de la défenderesse ne trouve aucune assise dans ses CGA et c'est bien en fonction du salaire assuré auprès de l'ancien employeur que le demandeur doit être indemnisé. La défenderesse ne remet pas en cause le montant des indemnités journalières versées du 24 juin au 30 septembre 2011, soit 438 fr. 15 par jour. Cela étant, le calcul de cette indemnité paraît erroné puisqu'il repose sur un gain assuré de 199'908 fr. tel qu'indiqué dans le décompte du 31 octobre 2011. Ce montant correspond certes aux indications de l'employeur du 16 septembre 2011, selon lequel le revenu mensuel se composerait d'un salaire de base de 14'042 fr. et d'un complément de 2'617 fr., ce qui reviendrait à un revenu de 16'658 fr. 65 par mois et de 199'903 fr. 80 par an. Le montant de 2'617 fr. n'a cependant été versé qu'une seule fois en janvier 2011 et pas chaque mois, de sorte que le revenu déterminant selon les CGA et la police, soit le salaire sans les bonus réalisés au cours des douze derniers mois qui précèdent le début du versement des indemnités journalières en juin 2011, est de 165'633 fr. 40 (soit huit mensualités à 13'333 fr. 35 de mai à décembre 2010 et quatre mensualités à 14'041 fr. 65 de janvier à avril 2011 auxquelles s'ajoute le versement unique de 2'800 fr. en janvier 2011). L'indemnité journalière correspond à 80 % de ce montant divisé par 365 en 2011 et à 80 % de ce montant divisé par 366 en 2012, année bissextile, soit respectivement 363 fr. 03 et 362 fr. 04. Le montant dû est ainsi de 33'398 fr. 95 du 1er octobre au 31 décembre 2011 et de 47'427 fr. 27 du 1er janvier au 10 mai 2012, soit au total 80'826 fr. 20.

A/1615/2012 - 13/15 - 24. Le demandeur réclame le versement d'intérêts moratoires. Selon l'art. 25.1 CGA, la prestation d'assurance est due au plus tard dans un délai de quatre semaines à partir du moment où l'assureur a reçu les documents nécessaires pour déterminer son obligation de verser les prestations. En cas d'incapacité de travail de longue durée et si la personne assurée en émet le souhait, l'assureur paie l'indemnité journalière accumulée due en plusieurs versements partiels, au maximum cependant une fois par mois. Sur ce

point, les CGA reprennent la norme dispositive ancrée à l'art. 41 LCA, qui prévoit que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prestation. Il convient en premier lieu de relever que la défenderesse ne peut pas se prévaloir du fait que le demandeur ne lui a pas remis le formulaire de l'assurance-chômage puisque les prétentions du demandeur en matière de chômage n'ont pas d'incidence sur son droit aux prestations complémentaires, comme on l'a vu. On doit donc considérer qu'elle disposait des renseignements nécessaires au service de ses prestations à réception des certificats médicaux du psychiatre, dont elle n'a jamais contesté la teneur. Les CGA ne stipulant aucun terme de paiement pour les indemnités journalières, on doit admettre que la créance est exigible quatre semaines après réception des renseignements nécessaires conformément à l'art. 41 LCA (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 (Olivier CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000 p. 301). Selon l'art. 102 CO, 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 (et repris en l'espèce dans les CGA) 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,

A/1615/2012 - 14/15 - 2ème éd. 2012, n°17 ad art. 102). Il y a lieu de souligner qu'un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102, consid. 1a; Rolf WEBER, Berner Kommentar, 2000, n. 102 ad art. 102 CO). La demeure ne déploie toutefois ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance. L'assureur qui est en demeure doit un intérêt moratoire au taux de 5 % l'an, conformément à l'art. 104 al. 1 CO (ATF non publié 4A\_307/2008 du 27 novembre 2008, consid. 6.3.1). En l'espèce, le demandeur a manifesté sa volonté de percevoir les prestations complémentaires auxquelles il avait droit par courrier du 21 mars 2012. C'est également à cette date qu'il a transmis à la défenderesse les certificats médicaux établissant son droit aux prestations pour la période du 1er octobre 2011 au 15 février 2012, les indemnités journalières antérieures à ces dates ayant déjà été versées. On doit admettre que la défenderesse a reçu ces documents le lendemain, soit le jeudi 22 mars 2012. La créance n'est dès lors exigible que quatre semaines après réception de ces documents. En vertu de l'art. 77 al. 1 ch. 2 CO, si le délai est fixé par semaines, la dette est échue le jour qui, dans la dernière semaine, correspond par son nom au jour de la conclusion du contrat. En l'espèce, les indemnités journalières pour la période du 1er octobre au 15 février 2012, représentant la somme de 50'052 fr. 80 (92

indemnités à 363 fr. 03 et 46 indemnités à 362 fr. 04) portent ainsi intérêt à 5 % dès le vendredi 20 avril 2012. Le demandeur a transmis les certificats d'incapacité de travail afférents à la période du 16 février au 10 mai 2012 par courrier du mardi 17 avril 2012 que la défenderesse a reçus le lendemain, comme en atteste le timbre humide portant la date du 18 avril 2012 sur ce document. C'est donc quatre semaines plus tard, soit le mercredi 16 mai 2012, que cette créance était exigible. Le dies a quo à partir duquel l'intérêt moratoire commence à courir est le lendemain, soit le 17 mai 2012 pour le montant de 30'773 fr. 42 (85 indemnités à 362 fr. 04). 25. Le demandeur, représenté par un conseil, obtenant largement gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de 4'000 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 ; RS 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/1615/2012 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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