

GE_GERICHTE ATAS/148/2020 vom 27. Februar 2020

GE Cour de justice, 2020-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_148_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/148/2020 du 27 février 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/148/2020 del 27 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément

E. 2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

Est litigieuse la question de savoir si en raison de la communication tardive par l'intimée des droits du recourant de passer en assurance individuelle dans un certain délai, le recourant peut bénéficier des prestations de l'assurance collective perte de gain jusqu'au moment de la fin de son incapacité de travail le 15 juin 2018 inclusivement.

E. 4

L'art. 3 al. 1 LPGA dispose qu'est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Conformément à cette disposition, l'incapacité de travail dont a souffert le recourant jusqu'au 15 juin 2018 inclusivement est soumise au régime de la LAMal depuis le 9 février 2018, suite à la décision entrée en force rendue par l'assurance accident ALLIANZ, le 27 juillet 2018.

E. 5

a. Selon l'art. 324a al. 1 CO, si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des raisons inhérentes à sa personne, telles que notamment la maladie, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois. Pendant la première année de service, l'employeur est tenu de payer le salaire de trois semaines (art. 324a al. 2 CO). Il peut toutefois être dérogé aux prescriptions précitées par accord écrit, contrat-type de travail ou convention collective à

A/2347/2019 - 8/13 - condition que des prestations au moins équivalentes soient accordées au travailleur (art. 324a al. 4 CO). b. Il arrive ainsi fréquemment que l'employeur choisisse

de conclure une assurance couvrant le risque de la perte de gain en raison de la maladie, sous la forme d'une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal ou d'une assurance d'indemnités journalières soumise à LCA (arrêt 5C.41/2001 du 3 juillet 2001 consid. 2b/bb). Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 a LAMal, dans sa teneur au 1er janvier 2015. Selon l'art. 67 al. 2 let. a LAMal, l'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes. L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées ; ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 LAMal). Le preneur d'assurance est l'employeur et le bénéficiaire le travailleur. Le droit aux prestations d'assurance appartient de par la loi directement à l'assuré/travailleur (art. 67 LAMal). À noter cependant que, selon l'article 19 al. 2 LPGA, les prestations de l'assurance sont versées à l'employeur, dans la mesure où il continue à verser un salaire à l'assuré malgré son droit à des indemnités journalières. c. Lorsqu'une telle assurance est conclue, que les conditions prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 100/96 du 23 septembre 1997, reproduit in SVR 1998 KV 5 13, consid. 5c). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances - critiquée par certains (cf. notamment MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, p. 42) -, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation ; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours (ATF 125 V 106 consid. 3 et les références citées). C'est pourquoi l'art. 71 LAMal prévoit que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle; s'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (art. 71 al. 2 LAMal).

A/2347/2019 - 9/13 - Si l'assureur néglige l'obligation qui lui est faite à l'art. 71 al. 2 LAMal de renseigner l'assuré sur son droit à être transféré dans l'assurance individuelle, l'assuré demeure, en vertu de la réglementation expresse de l'art. 71 al. 2 2e phrase, LAMal, dans l'assurance collective – même si, par suite de dissolution du contrat d'assurance collective, il a été en principe exclu de celui-ci (art. 71, al. 1, 1ère phrase LAMal) ; les raisons pour lesquelles l'assuré a été exclu de l'assurance collective ou qui ont conduit l'assureur à négliger son obligation de renseigner l'assuré sont sans pertinence (RAMA 2002, pages 458 et 459).

E. 6

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des

griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités; arrêts du Tribunal fédéral 8C_752/2016 du 3 février 2017 consid. 5.2.2 destiné à la publication et 8C_662/2016 consid. 4.3).

E. 8

En l'espèce, il est patent et admis par l'intimée que cette dernière n'a informé l'assuré de la possibilité de conclure une assurance individuelle perte de gain, en bénéficiant du libre passage depuis l'assurance collective conclue avec l'employeur, qu'en date du 18 octobre 2018. Compte tenu des éléments de suivi électronique fournis par la Poste, la chambre de céans considère comme établi, en dépit des atermoiements de l'assuré, que ce dernier a reçu la communication de l'intimée en date du 23 octobre 2018.

A/2347/2019 - 10/13 - L'indication erronée dans ledit courrier de la fin du délai de trois mois pour accepter l'offre « au 22 juillet 2018 » n'a pas d'incidence dès lors que l'assuré n'avait pas l'intention de conclure une assurance individuelle avec l'intimée, au motif, notamment, que l'acceptation de cette proposition d'assurance individuelle l'aurait conduit à devoir payer des primes mensuelles de CHF 241.- avec effet rétroactif depuis le 23 avril 2018, ce qu'il présente dans ses écritures comme étant « disproportionné ». Partant, l'argumentation développée par l'intimée sur le fait que le recourant était assisté depuis le mois de juillet 2018 d'un mandataire professionnellement qualifié (ci-après : mandataire) n'est pas pertinente dès lors que le recourant ne demande pas de prolongation ou de restitution du délai de trois mois, pour passer dans l'assurance individuelle, mais considère avoir droit à des indemnités sur la base de l'assurance collective conclue avec C_____. Au surplus, la chambre de céans considère comme hautement vraisemblable que ledit mandataire était uniquement chargé du contentieux avec l'assurance-accident ALLIANZ qui allait aboutir à la décision négative du 27 juillet 2018. Le fait que l'assuré n'ait pas, après cette décision négative, pris contact avec l'intimée, jusqu'à la réception de la lettre d'octobre 2018 renforce cette hypothèse, dès lors que s'il avait été assisté d'un mandataire chargé de revoir l'ensemble du dossier, ce dernier aurait probablement pris spontanément

contact avec l'intimée, dès après réception de la décision de refus de ALLIANZ, dès lors qu'une grande partie de la période d'incapacité de travail passait de l'accident à la maladie. L'intimée se défend d'une communication tardive, au motif qu'elle ne pouvait informer le recourant avant d'avoir été elle-même informée, par l'employeur, de son incapacité de travail et qu'une fois l'information reçue, elle a rapidement écrit au recourant ce qui a déclenché le départ du délai de trois mois prévu par l'art. 71 al. 2 LAMal. La chambre de céans constate que, dans le but de pouvoir faire face à ses obligations, telles que prévues par les art. 67ss LAMal, l'intimée a fixé des obligations au preneur d'assurance/employeur ; celui-ci a notamment l'obligation fixée par les CGA « d'informer les assurés sur leurs droits et obligations qui découlent de l'assurance en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsqu'ils cessent d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat prend fin » (art. 27 al. 1 CGA « obligations du preneur d'assurance »), ainsi que « d'informer immédiatement l'assureur lorsqu'un assuré en incapacité de travail sort du contrat collectif » (art. 27 al. 3 CGA) et « d'annoncer les cas de sinistre et à fournir à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir la perte de salaire ou de gain » (art. 27 al. 6 CGA). Il est patent que le preneur d'assurance C_____ n'a pas respecté ses obligations à l'égard de l'assuré et de l'assurance ; la lettre de licenciement ne contient aucune information quant à la possibilité pour le recourant de conclure une assurance perte de gain à titre individuelle avec l'intimée et l'intimée n'a pas été informée par

A/2347/2019 - 11/13 - l'employeur du cas d'incapacité de travail du recourant avant le 5 octobre 2018, alors que le sinistre s'était produit le 28 janvier 2018 et que l'employeur savait – au plus tard depuis la réception de la copie de la décision de l'assurance ALLIANZ du 27 juillet 2018 – que le recourant ne bénéficiait d'aucune prestation pour perte de gain servie par l'assurance accidents, au-delà de la date du 9 février 2018. Étant précisé que même si C_____ avait informé immédiatement l'intimée à ce moment – soit le 27 juillet 2018 - le recourant ne faisait plus partie de son personnel depuis le 22 avril 2018 et l'incapacité de travail était terminée depuis le 16 juin 2018 ; l'annonce à l'intimée aurait été de toute façon tardive. La chambre de céans considère que l'intimée a pris le risque de faire dépendre de la diligence du preneur d'assurance/employeur la communication des informations à l'assuré, ainsi que l'annonce, à elle-même, de l'existence d'un cas d'employé en incapacité de travail. Ainsi, même si elle n'a pas omis fautivement d'informer l'assuré dès qu'elle a appris le cas d'incapacité de travail, l'intimée n'en a pas moins pris le risque que, faute de communication fournie par l'employeur, l'assuré demeure dans l'assurance collective après la fin des rapports de travail. Il s'agit typiquement d'un cas où « les raisons qui ont conduit l'assureur à négliger son obligation de renseigner l'assuré sont sans pertinence » (RAMA 2002, pages 458 et 459). Étant encore précisé que le terme omettre signifie : action de négliger de dire ou de faire ce que l'on devait dire ou faire, oubli, lacune (dictionnaire LAROUSSE en ligne) et doit être compris dans son sens large ; ainsi le fait d'avoir communiqué ses droits à l'assuré tardivement, en octobre 2018, n'a pas « guéri » l'omission d'avoir informé l'assuré dès la fin des rapports de travail. Le dispositif prévu par l'article 27 al. 3 CGA à la charge de l'employeur met en avant la rapidité avec laquelle l'annonce doit avoir lieu puisque « le preneur d'assurance doit informer immédiatement l'assureur lorsqu'un assuré en incapacité de travail sort du contrat collectif ».

E. 9

L'intimée invoque également dans ses écritures la libération de l'obligation de prester au motif de « l'engagement contraire aux règles de la bonne foi », alléguant qu'en vertu de l'art. 12 al. 3 CGA « le droit au passage en qualité de membre individuel n'existe pas lorsque l'engagement de la personne à assurer ne respecte pas les règles de la bonne foi ». Cette argumentation ne saurait être suivie dès lors que - indépendamment de la problématique de la bonne foi, qui doit être présumée - comme cela a été vu supra, la question litigieuse n'est pas celle du passage à la qualité de membre individuel, mais du maintien dans l'assurance collective en application de l'art. 71 al. 2 deuxième phrase LAMal. Comme l'a relevé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 23 janvier 2008, K 132/06, consi. 5.1 : « Au demeurant, la reconnaissance d'un défaut de renseigner ne pourrait entraîner le passage du recourant dans l'assurance individuelle, mais uniquement son maintien dans l'assurance collective (cf. art. 71 al. 2 deuxième phrase LAMal) ».

A/2347/2019 - 12/13 - Enfin, les considérations de l'intimée sur le montant de CHF 10'000.- qui aurait été perçu par le recourant « suite à un faux mouvement dont la gravité ne dépasse pas le stade du cas bagatelle » ne sont d'aucune aide dans le cas d'espèce qui ne porte pas sur la gravité du sinistre et la durée de l'incapacité de travail, mais sur le principe de la couverture de la perte de gain par l'assurance collective de l'intimée. Dès lors et conformément à l'art. 71 al. 2 deuxième phrase LAMal, le recourant doit être considéré comme faisant partie de l'assurance collective jusqu'au 15 juin 2018 inclusivement. Il en résulte que l'intimée doit prester jusqu'à la fin de l'incapacité de travail du recourant, soit jusqu'au 15 juin 2018 inclusivement. En conséquence, le recours sera admis.

E. 10

Vu l'issue donnée au recours et compte tenu du fait que le recourant est assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, un montant de CHF 2'000.- est alloué au recourant, à titre de dépens, à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGGA).

E. 11

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGGA).

A/2347/2019 - 13/13 - 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.