

GE_GERICHTE ATAS/198/2012 vom 23. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_198_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/198/2012 du 23 février 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/198/2012 del 23 febbraio 2012

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 134 al. 1 lettre 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). L'objet du litige portant sur le versement d'indemnités journalières découlant d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour petites entreprises, contractée par le biais d'une assurance privée, indépendante d'une caisse maladie, doit être examiné en application de la LCA. L'art. 2 chiffre 2.2 des conditions générales d'assurance édition mai 2007 (ci-après : CGA), convenues entre les

A/1004/2011 - 8/15 - parties comme étant applicables au contrat, spécifie également l'application de la LCA. La compétence *ratione materiae* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) S'agissant de la compétence *ratione loci*, l'art. 46a LCA prescrit que les assureurs doivent s'acquitter de leurs obligations au domicile suisse de l'assuré ou du preneur d'assurance et 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. 23 des conditions générales d'assurance, édition mai 2007, applicables entre les parties dans le cas d'espèce (ci-après : CGA), prévoit qu'en cas de litige, le preneur d'assurance ou la personne assurée peut intenter une action contre la CSS à Lucerne, à son domicile en Suisse ou sur son lieu de travail en Suisse. La prestation caractéristique dans le cas d'espèce visant le versement d'indemnités journalières, en argent, il s'agit d'une dette portable qui doit être exécutée au lieu de domicile de l'assuré. Ce dernier étant domicilié à Genève, son lieu de travail se situant au surplus à Genève, la compétence « *ratione loci* » de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est par conséquent donnée.

E. 2

En vertu de l'art. 197 CPC, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à cette 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 lettre 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'exception à l'art. 198 CPC. 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 lettre f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances 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 lettre f CPC (ATAS/577/2011 du 31 mai 2011, consid. 4).

A/1004/2011 - 9/15 - Par conséquent, la présente demande n'avait pas à être soumise à une tentative de conciliation par devant le Tribunal de première instance, autorité compétente pour la tentative de conciliation à Genève selon l'art. 86 al. 2 lettre b LOJ.

E. 3

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. 2 et 3 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, LSA, entrée en vigueur le 1er janvier 2006). La demande déposée le 7 avril 2011, satisfaisant aux conditions précitées et respectant au surplus les conditions de recevabilité prévues par les art. 59 et 221 CPC, est par conséquent recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières du 19 octobre 2009 au 20 avril 2010, d'un montant de 73'971 fr., sollicité avec intérêts en sus de 5 %, dès le 5 janvier 2010. La valeur litigieuse s'élève ainsi à 73'971 fr., montant correspondant à 180 indemnités journalières de 410 fr. 95, pour la période précitée, déduction faite des 14 jours d'attente prévus par le contrat.

E. 5

A l'appui de sa demande, le demandeur fait valoir un cas d'assurance, à savoir l'incapacité de travail et la perte de gain subie pour la période du 19 octobre 2009 au 30 avril 2010. Il conteste que la défenderesse soit fondée à invoquer un cas de réticence. a) Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qui lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). L'art. 6 LCA dispose que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit ; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1).

A/1004/2011 - 10/15 - L'art. 8 LCA prévoit que malgré la réticence (art. 6), l'assureur ne pourra pas résilier le contrat notamment si l'assureur connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré (al.3). b) Selon la jurisprudence, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. Il faut tenir compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. Ce qui est décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis les personnes qualifiées. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur ; il remplit son obligation s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (arrêt du Tribunal fédéral du 11 août 2010, rendu dans la cause 4A_303/2010 et les arrêts cités URS CH. NEF, Commentaire bâlois de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2001, n°26 ad art. 4 LCA). En d'autres termes, ce qui importe n'est pas l'exactitude objective, mais l'exactitude subjective de la déclaration que le proposant est en mesure de faire à la lumière de sa situation personnelle (NEF, o.p. cit., n°27 ad art. 4 LCA). L'art. 4 al. 3 LCA institue la présomption que les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques, sont des faits importants pour l'appréciation du risque au sens de l'art. 4 al. 1 et 2 LCA, à savoir des faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Cette présomption tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve (arrêt rendu le 11 août 2010 dans la cause 4A_3030/2010 ; ATF 338 III 333 consid. 2a et les références citées). Il est loisible au preneur d'assurance de prouver que l'assureur aurait conclu le contrat aux conditions convenues même s'il avait connu le fait que le preneur d'assurance a omis de déclarer ou inexactement déclaré (ATF 92 II 342 consid. 5 : NEF, o.p. cit., n°56 ad art. 4 LCA et les références citées). c) En l'espèce, la question n°6 posée sur le questionnaire de déclaration de santé rempli le 13 mai 2009, à savoir : « Au cours des 5 dernières années, avez-vous été chez un médecin, un naturopathe, un thérapeute, en clinique, en cure, malade ou accidenté(e) ? », est plus que claire et non équivoque. De manière très simple et ouverte, le demandeur était ainsi invité à déclarer non seulement tout traitement, mais toute consultation d'un professionnel de la santé, qu'elle se soit faite de manière ambulatoire ou non, dans les 5 dernières années.

A/1004/2011 - 11/15 - Selon le formulaire, ce n'était que si la réponse à la question s'était avérée positive que le preneur d'assurance était invité à remplir une rubrique supplémentaire, lui demandant de fournir des précisions quant au motif de la consultation et au diagnostic posé, de même qu'aux dates de traitement et aux coordonnées de la personne compétente. Aucune précision quant à la gravité des symptômes ayant nécessité une consultation n'était requise dans le cadre de la question concernée. Invité à remplir la déclaration de santé visant la conclusion d'une assurance perte de gain liée à son activité de nettoyeur professionnel, le demandeur ne pouvait ignorer qu'un épisode d'importantes douleurs dorso-lombaires, subies à la suite d'un port de charge d'un déménagement, pouvait et devait concerner l'assureur placé devant l'évaluation du risque lié à la conclusion du contrat. La simple indication du nom de son médecin traitant, le Dr C _____, en réponse à la question 12 du questionnaire de déclaration de santé ne saurait suffire, comme

il le soutient, à inviter l'assureur à consulter ce médecin pour toute indication supplémentaire. Aucune mention s'agissant d'un quelconque renvoi vers ce médecin n'a d'ailleurs été ajoutée par le preneur d'assurance lorsqu'il a rempli le questionnaire. Au demeurant, ce renvoi n'aurait été d'aucune aide à l'assurance, puisqu'il apparaît clairement que c'était d'ores et déjà le Dr M _____ qui avait traité le demandeur, lors de l'incident survenu en octobre 2005, pour lequel le médecin précité l'avait envoyé effectuer des radiographies auprès du Dr L _____. Enfin le fait que la défenderesse fasse partie du même groupe que l'assureur maladie auquel le demandeur prétend être affilié depuis 20 ans, soit notamment en 2005, ne suffit nullement à établir que l'assureur ait été dûment informé sur tout son historique médical. Quand bien même cette affiliation eût été établie, elle n'aurait pas suffi à justifier cette connaissance. En effet, il est établi que les deux assurances sont gérées par des entités juridiques séparées. L'intimée admet elle-même qu'une transmission de données n'est jamais en soi impossible, bien qu'elle la réfute, en faisant valoir des arguments relatifs aux difficultés de communication entre les deux entités et à la certification obtenue pour son médecin-conseil, laquelle garantit – selon elle - la protection totale des données des assurés. Cela étant, il y a lieu d'emblée de constater qu'en remplissant le questionnaire de déclaration de santé, le demandeur, en apposant sa signature sous la clause intitulée « Dispositions importantes », avait délié notamment les assurances sociales et privées de leur obligation légale contractuelle de garder le secret face à la défenderesse. Celle-ci était également autorisée à prendre tous les renseignements nécessaires à l'appréciation de la proposition d'assurance et d'éventuels cas de

A/1004/2011 - 12/15 - prestations ultérieures et ce, quand bien même le respect des dispositions légales de la protection des données était garanti. Peu importe dès lors que la défenderesse fasse partie du même groupe que l'assureur maladie du demandeur. Par ailleurs, l'argumentation soutenue par le demandeur vise à transférer à la défenderesse la responsabilité de s'informer sur l'historique médical du preneur d'assurance qui répond par la négative à la question concernant une éventuelle consultation médicale au cours des 5 dernières années lorsqu'il remplit une déclaration de santé. Cela aurait comme conséquence de délier le preneur d'assurance de toute obligation d'informer, ce qui n'est pas voulu par la loi, notamment l'art. 4 LCA. L'application de l'art. 8 chiffre 3 LCA, n'est ainsi d'aucun secours au demandeur dans la présente cause. Au vu de ce qui précède, l'avis de réticence, sur la base duquel la résiliation a été donnée par la défenderesse, doit être considéré comme fondé.

E. 6

Le demandeur soutient également que le défenderesse n'a pas démontré avoir agi dans les 4 semaines suivant le moment où elle a appris la réticence. a) En vertu de l'art. 6 al. 2 LCA, le droit de résiliation s'éteint 4 semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence. b) Le délai prévu par l'art. 6 LCA est un délai de péremption, dont le respect doit être prouvé par l'assureur (ATF 188 II 333 consid. 3 in initio, page 338). Le délai précité ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective, mais pas encore s'il a de simples doutes à son sujet (ATF 118 II 333 consid. 3a, page 340). c) Dans le cas d'espèce, quand bien même l'assureur devait avoir d'importants doutes, lorsqu'il a appris de l'assuré, à une date inconnue mais semble-t-il au mois de décembre 2009, que ce dernier avait souffert de problèmes dorso-lombaires en 2005, il ne disposait pas encore des informations précises relatives à l'affection concernée. C'est pour cette raison qu'il a sollicité des

renseignements médicaux supplémentaires. Les renseignements précis n'ont été communiqués à l'assureur qu'en date du 6 janvier 2010, par le Dr O _____ auquel le Dr M _____ devait avoir renvoyé l'assureur, de sorte que l'avis de réticence daté du 5 janvier 2010 et envoyé à l'assuré le 7 janvier 2010, reçu le lendemain, déployait ses effets dès le 8 janvier 2010 (art. 6 al. 1 LCA ; date de réception).

A/1004/2011 - 13/15 -

E. 7

La validité de la résiliation étant établie, il reste encore à déterminer si c'était à bon droit que la défenderesse avait refusé de prendre en charge le versement des indemnités journalières litigieuses, avec effet rétroactif au 19 octobre 2009. a) En application de l'art. 4 al. 3 LCA, si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'étend également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. b) Le Tribunal fédéral a examiné cette norme, en analysant le message du Conseil fédéral du 9 mai 2003 concernant la loi sur la surveillance des entreprises d'assurance et de la modification de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (FF 2003 3370 et ss). Il a en outre pris en considération les travaux parlementaires et les prises de position des Conseils national et des états, comme de la doctrine, pour aboutir à la conclusion que la notion de causalité permettant de refuser les prestations en cas de sinistre, entre le fait important pour apprécier le risque qui n'a pas été déclaré et le risque qui s'est réalisé, pouvait être interprétée de manière large. Dans le cas qu'il a eu à trancher, le Tribunal fédéral a ainsi constaté que l'assuré avait, par le passé, obtenu des prestations d'assurance suite à des actes de vol et de vandalisme sur un véhicule lui appartenant, fait qu'il n'avait pas mentionné et qui avait fait l'objet de la réticence, mais qui était susceptible d'influer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues s'il en avait eu connaissance, de sorte qu'il n'était pas arbitraire de retenir le lien de causalité comme réalisé (arrêt rendu le 11 août 2010 dans la cause 4A_303/2010 consid. 2.4). c) Dans le cas d'espèce, il y a lieu de retenir que le lien de causalité est a fortiori réalisé. En effet, non seulement le fait de connaître l'épisode de douleurs dorso-lombaires subies par le preneur d'assurance en 2005, encourues suite à des ports de charge dans le cadre d'un déménagement, alors que le contrat envisagé portait sur la perte de gain d'une personne devant entreprendre des travaux de nettoyage professionnels, était sans conteste important pour apprécier le risque. De plus, cet épisode comporte nombre de similitudes avec celui qui s'est réalisé en 2009. Il s'agit dans les deux cas de douleurs vives, survenues suite à un transport de charges par l'assuré. Les examens effectués, principalement l'IRM, en 2005 et en 2009, ont montré des lésions dégénératives au même niveau de la colonne lombaire, sans lésion traumatique récente décelable, spécialement sans fracture osseuse. Le fait que, comme il l'invoque sans le démontrer, le demandeur n'aurait subi aucune interruption de travail, ni aucun traitement en 2005, n'est pas déterminant. Il sied de relever également que son allégation concernant le fait que le Dr M _____ ait appris incidemment lors de l'anamnèse effectuée en 2009,

A/1004/2011 - 14/15 - l'existence des troubles de 2005, apparaît surprenante, puisque c'est bel et bien le même médecin auquel le Dr L _____ a adressé ses rapports de radiographies et d'IRM, en octobre 2005. Au vu de ce qui précède, les conditions d'application de l'art. 6 al. 3 LCA, en particulier la causalité, étaient réalisées, de sorte que la défenderesse était fondée à refuser la couverture des indemnités journalières sollicitées.

Partant, la demande en paiement doit être rejetée.

A/1004/2011 - 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.