

# **GE\_GERICHTE ATAS/253/2019 vom 26. März 2019**

GE Cour de justice, 2019-03-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_253\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_253_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/253/2019 du 26 mars 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/253/2019 del 26 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c 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 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). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 56 des CGA prévoit qu'en cas de contestation découlant du contrat, le preneur d'assurance, respectivement l'assuré, a le choix entre le for de Lucerne, ou celui de son domicile en Suisse, ou celui de son lieu de travail. Le lieu de travail du demandeur se trouvant à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

### **E. 3**

L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur sont liés par un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA. Par cette convention, le demandeur, en tant que collaborateur de l'employeur, était couvert contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré que ce

A/2790/2018 - 4/10 - dernier peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, disposition de droit impératif (cf. art. 98 LCA ; ATF 141 III 112 consid. 4.3). Par conséquent, le demandeur possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

### **E. 4**

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

## **E. 5**

a. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). À teneur de l'art 244 al. 1 CPC, la demande peut être déposée dans les formes prescrites à l'art. 130 ou dictée au procès-verbal au tribunal. Elle contient la désignation des parties (let. a), les conclusions (let. b), la description de l'objet du litige (let. c), si nécessaire, l'indication de la valeur litigieuse (let. d), ainsi que la date et la signature (let. e). Une motivation n'est pas nécessaire (art. 244 al. 2 CPC). b. Les conclusions doivent être formulées de manière à ce qu'elles puissent être reprises dans le dispositif de la décision et être exécutées en cas d'admission de la demande (PAHUD, in *Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO)*, Brunner et al., 2ème éd. 2016, n. 7 ad art. 221 CPC). Le demandeur doit ainsi indiquer de manière concrète, claire et déterminée ce qu'il réclame (WILLISEGGER, in *Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung*, 3ème éd. 2017, n. 12 ad art. 221 CPC). L'application du principe de la confiance impose d'interpréter les conclusions à la lumière de la motivation. L'interdiction du formalisme excessif commande, pour sa part, de ne pas se montrer trop strict dans la formulation des conclusions si, à la lecture du mémoire, on comprend clairement ce que veut le recourant (arrêts du Tribunal fédéral 4A\_688/2011 du 17 avril 2012 consid. 2 non publié in ATF 138 III 425 ; 2C\_861/2015 du 11 février 2016 consid. 1.2). Lorsque des conclusions ne sont pas claires ou incomplètes, la demande est irrecevable (WILLISEGGER, op. cit. n. 20 ad art. 221 CPC). Dans l'interprétation selon le principe de la bonne foi, l'autorité peut tenir compte du fait que le demandeur n'est pas représenté par un avocat et a rédigé lui-même ses conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_551/2008 du 12 mai 2009 consid. 2.3). c. En l'occurrence, le demandeur, qui comparait en personne, n'a pas pris de conclusions formelles. Il ressort toutefois de la motivation de son écriture, rédigée à la main et de manière succincte, qu'il demande le remboursement du montant

A/2790/2018 - 5/10 - restitué par l'assurance-invalidité à la défenderesse. La chambre de céans comprend dès lors que le demandeur conteste le principe de la restitution de la somme de CHF 5'464.80 à l'assurance perte de gain. La demande est dès lors également recevable sous cet angle.

## **E. 6**

Le litige porte ainsi sur le bien-fondé de la prétention en restitution de CHF 5'464.80 que la défenderesse fait valoir à titre de surindemnisation. a. Conformément à la norme impérative de l'art. 71 al. 1 LCA (art. 97 al. 1 LCA), relative au cumul des prestations d'assurances de dommage, en cas de double assurance au sens de l'art. 53 LCA, chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées. Cette disposition concrétise, en matière de contrat d'assurance contre les dommages, le principe indemnitaire, qui a pour corollaire la prohibition de la surindemnisation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 66/00 du 28 juin 2002 consid. 5b et les références). Selon l'art. 53 LCA, il y a double assurance lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque et pour le même temps de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance. b. En matière d'assurance privée, les parties peuvent convenir d'une assurance de personnes (dite aussi assurance de sommes) ou d'une assurance contre les dommages. Pour ranger une prestation donnée dans l'une ou l'autre de ces deux catégories, il faut se demander si ladite prestation couvre un dommage

concret ou si elle doit être effectuée indépendamment de l'existence d'un préjudice effectif (ATF 119 II 361 consid. 4). L'assurance de personnes se distingue de l'assurance de dommage par sa nature non indemnitaire : il s'agit d'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, comme celle contre la maladie, 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 119 II 361 consid. 4 ; 104 II 44 consid. 4c). Lorsque le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte effective sur le plan économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences économiques réelles du sinistre pour l'assuré, il s'agit d'une assurance contre les dommages (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_332/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2.3). Une telle assurance compense un dommage effectif ; l'ampleur de la prestation dépend par conséquent de l'étendue du préjudice subi par l'assuré

A/2790/2018 - 6/10 - (Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2ème éd. 2017, n° 1071ss, p. 521). Lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalière forfaitaire en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, il s'agit d'une assurance de sommes (ATF 133 III 527 consid. 3.2.4 ; 119 II 361 consid. 4). Dans ce cas, le dommage effectif est sans incidence sur l'allocation de la prestation (Vincent BRULHART, op. cit., n° 1073 p. 521). Dans les assurances de sommes, la surindemnisation de l'ayant droit est possible et les prestations versées par un assureur social ne peuvent pas être imputées sur les allocations journalières dues par l'assureur privé, à moins que les conditions générales d'assurance ne prévoient exceptionnellement une telle imputation (ATF 133 III 527 consid. 3.2.5). c. Le droit aux prestations d'assurances se détermine sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). 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. 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) (arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1). S'il ne 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 132 III 268 consid. 2.3.2). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2002 du 17 septembre 2002 consid. 3.1). On s'en tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé (ATF 118 II 342 consid. 1a). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat ; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble. Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les

conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (arrêt du Tribunal fédéral 5C.44/2004 du 21 mai 2004 consid. 2.1). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi

A/2790/2018 - 7/10 - (ATF 135 III 410 consid. 3.2). La jurisprudence a nuancé le principe selon lequel il y aurait lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. 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. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du

#### **E. 8**

La demande doit dès lors être rejetée. Il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du

#### **E. 11**

octobre 2012 [LaCC - E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). \*\*\*\*\*

A/2790/2018 - 10/10 - 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.