

GE_GERICHTE ATAS/269/2011 vom 17. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_269_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/269/2011 du 17 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/269/2011 del 17 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant 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) que 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 25 al. 2 CGA-I prévoit qu'en cas de contestation, l'ayant droit peut ouvrir action contre l'assureur auprès des tribunaux compétents de son domicile ou auprès de ceux de son siège à Carouge.

A/915/2010 - 8/11 - La compétence du Tribunal cantonal des assurances sociales, puis de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

L'assurance en cause est une assurance complémentaire soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA), comme le rappelle l'art. 2 des CGA-I.

E. 3

La demande respecte la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA). Partant, elle est recevable.

E. 4

Le litige porte sur la prise en charge de l'abdominoplastie du 1er décembre 2009.

E. 5

En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006). 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 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 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 (arrêt 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444, consid. 1b). 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,

A/915/2010 - 9/11 - conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") (ATF 4C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 3.1; ATF 122 III 118 consid. 2a). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d).

E. 6

En l'espèce, l'art. 3 des conditions spéciales d'assurance complémentaire « OPTIMA + » prévoit que la totalité des frais de traitement et de pension est assurée en cas d'hospitalisation. L'art. 15 lit. c des CGA-I prévoit toutefois, sous le titre « Risques exclus » que les prestations ne sont pas accordées pour les traitements non reconnus par le Conseil fédéral dans le cadre de la LAMal et pour les soins esthétique non consécutif à un cas pris en charge par l'assureur. L'on comprend de manière non équivoque que les prestations d'assurances ne couvrent pas les traitements non pris en charge dans le cadre de la LAMal. L'assurée n'a d'ailleurs à aucun moment, y compris dans le cadre de la présente procédure, indiqué n'avoir pas compris le sens clair de cette disposition. Au demeurant, cette disposition ne va pas à l'encontre du but de la couverture « OPTIMA + » qui est essentiellement de permettre à l'assurée d'être hospitalisée en division privée ou semi-privée. Il convient ainsi de retenir que l'art. 15 lit. c des CGA-I correspond à la réelle et commune intention des parties, de sorte qu'il pourra en être fait application. Or, suite au jugement du 2 juillet 2010, désormais définitif, de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais, il s'avère que l'abdominoplastie du 1er décembre 2009 n'est pas prise en charge par la caisse-maladie, conformément aux dispositions de la LAMal. Ainsi, en vertu de l'art. 15 lit. c des CGA-I, c'est à bon droit que l'assureur a refusé la prise en charge de cette même intervention.

E. 7

L'assurée sera ainsi déboutée des fins de sa demande.

E. 8

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à l'assureur qui obtient gain de cause (ATAS/737/2008 du 19 juin 2008).

E. 9

La procédure est gratuite.

E. 10

Il sera enfin précisé, afin de satisfaire aux réquisits de l'art. 112 al. 1 lit. d LTF, que la valeur litigieuse s'élève à 14'850 fr.

A/915/2010 - 10/11 -

A/915/2010 - 11/11 - 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.