

GE_GERICHTE ATAS/422/2013 vom 25. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_422_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/422/2013 du 25 avril 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/422/2013 del 25 aprile 2013

Regeste

Résumé: Dans le cadre d'une demande en paiement d'indemnités journalières (assurance collective selon la LCA), la Chambre des assurances sociales n'a pas la compétence (art. 7 CPC a contrario) pour trancher les prétentions accessoires en réparation du dommage pour violation du devoir d'information par l'employeur puisqu'une telle demande est fondée sur la responsabilité civile de l'art. 331 al. 4 CO et non sur le droit des assurances privées et qu'il s'agit donc d'un litige sans lien avec l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie. La Cour a jugé que l'assurance - qui se prévalait, dans une demande reconventionnelle, de l'extinction de la couverture d'assurance et réclamait le remboursement des prestations versées à tort - ne commettait en l'occurrence pas d'abus de droit.

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; 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). L'art. 90 des conditions générales de l'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA, édition 2006 (ci-après CGA) prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile (en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein). Les élections de for sont admissibles en vertu de l'art. 17 CPC, par renvoi de l'art. 46a de la LCA - même si cet article n'a pas été modifié en conséquence.

A/1713/2012 - 11/19 - En l'espèce, la défenderesse a admis la compétence de la Cour de céans pour statuer sur le litige dans son courrier du 15 février 2012. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LCA est applicable à l'assurance dont il est question ici, comme cela ressort de l'art. 1 let. b 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. En vertu de l'art. 197 CPC - en vigueur depuis le 1er janvier 2011 -, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité ad hoc. L'art. 198 CPC prévoit

cependant des exceptions, 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 let. f CPC). En revanche, 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 figurent pas au nombre des exceptions à l'art. 198 CPC. Le Tribunal fédéral a cependant jugé qu'il s'agissait-là d'une inadvertance manifeste. Partant, il n'y a pas lieu de procéder à une tentative de conciliation dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6). Il ressort de ce qui précède qu'en l'espèce, tant la demande que la demande reconventionnelle, déposées dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, sont recevables.

E. 4

Le litige porte, d'une part, sur le droit du demandeur à des indemnités journalières du 1er septembre 2010 au 2 octobre 2011, d'autre part, sur le droit de la défenderesse au remboursement de la moitié des pleines indemnités versées du 1er au 30 septembre 2010.

E. 5

Selon l'art. 3 CGA, est considérée comme une maladie toute atteinte à la santé physique ou psychique non consécutive à un accident exigeant un examen ou un traitement médical ou entraînant une incapacité de travailler. L'art. 12 CGA dispose qu'en cas d'incapacité de travail complète médicalement attestée, [la défenderesse verse] l'indemnité journalière convenue dans le contrat. Conformément à l'art. 13 CGA, en cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail.

A/1713/2012 - 12/19 - L'art. 16 CGA précise qu'on entend par incapacité de travail l'inaptitude partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail que l'on peut raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. Au bout de trois mois d'incapacité de travailler, l'exercice d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est envisagé, dans les limites de ce que l'on peut raisonnablement attendre de l'assuré.

E. 6

Aux termes de l'art. 21 CGA, l'indemnité journalière est allouée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée de paiement des prestations. Sauf arrangements contractuels contraires, le droit aux indemnités s'éteint avec l'écoulement de la durée maximum de versement des prestations dans un cas de maladie, qu'il s'agisse des cas de maladie déjà survenus ou de ceux qui surviendraient au futur. L'art. 24 CGA précise que les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 25 % comptent comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations. En vertu de l'art. 25 CGA, après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui [...] incombe [à la défenderesse] de verser des prestations s'éteint. Selon l'art. 42 CGA, la couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré : - lors de son départ de l'entreprise assurée, - à l'extinction du contrat, - lorsqu'il atteint l'âge de 70 ans, - en cas de séjour hors de Suisse et de la principauté du Liechtenstein, après 24 mois, - à l'épuisement du droit aux prestations. En cas de sortie du groupe des assurés ou d'extinction du contrat, l'assuré domicilié en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein a le droit de passer dans l'assurance

individuelle (art. 43 CGA). Il doit pour cela faire valoir son droit de passage par écrit dans les 90 jours. Cette disposition s'applique également aux personnes au chômage au sens de l'art. 10 LACI. Les frontaliers sont assimilés aux assurés résidant en Suisse, pour autant qu'ils soient domiciliés aux environs immédiats de la frontière. Aux termes de l'art. 44 CGA, le preneur d'assurance est tenu de fournir suffisamment à l'avance à la personne qui sort du cercle des assurés des informations sur le droit de passage dans l'assurance individuelle et le délai à observer. S'il existe une incapacité de travail au moment du passage, les indemnités journalières versées sur la base du contrat collectif sont déduites de la durée des prestations de l'assurance individuelle (art. 47 CGA). Les prestations de l'assurance

A/1713/2012 - 13/19 - individuelle versées pour des maladies existant au moment du transfert et ayant entraîné une incapacité de travailler dans les 180 jours à compter dudit transfert sont imputées à l'assurance collective. Conformément à l'art. 57 CGA, l'assuré incapable de travailler dans la profession qu'il exerçait jusque-là et qui ne peut pas être réinséré dans l'entreprise est tenu de rechercher dans les trois mois un travail dans un autre domaine d'activité et de s'annoncer à l'assurance invalidité ainsi qu'à l'assurance chômage, étant précisé - à l'art. 58 CGA - que si la capacité de travail restante de l'assuré n'est pas exploitée, il en sera tenu compte dans le calcul de son indemnité journalière.

E. 7

Il s'agit en premier lieu d'examiner si le demandeur peut prétendre les prestations de la défenderesse en vertu de l'assurance collective d'indemnités journalières. Il convient de rappeler que lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67ss de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) 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. En effet, 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). Il en va différemment dans l'assurance privée selon la LCA, dans laquelle le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (Jean- Benoît MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 185). Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3). En l'espèce, les CGA contiennent une telle clause conventionnelle : l'art. 25 CGA prévoit la suppression du droit aux prestations lorsque cesse la couverture d'assurance, liée ici à la résiliation des rapports de travail (cf. art. 42 CGA). On soulignera que, selon le Tribunal fédéral, une telle disposition est généralement valable et n'est pas une clause insolite (ATF non publié 4A_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 2.2). La Cour de céans a au demeurant déjà admis qu'aux termes des

A/1713/2012 - 14/19 - CGA de la défenderesse, l'assuré qui ne fait plus partie du cercle des bénéficiaires et n'a pas sollicité son passage dans l'assurance individuelle ne peut pas prétendre des indemnités journalières en cas de maladie (ATAS/1203/2011 du 6 décembre 2011, consid. 4). Il en découle que le demandeur n'avait pas droit aux prestations au-delà du 31 juillet 2010, date à laquelle le contrat de travail et la couverture d'assurance ont pris fin.

E. 8

Il convient d'examiner si le demandeur a droit aux prestations en vertu de l'assurance individuelle et en particulier si la défenderesse a violé son devoir d'information. Le devoir d'information de l'assureur est réglé à l'art. 3 LCA. Selon le troisième alinéa de cette disposition, lorsque le contrat d'assurance est un contrat collectif conférant un droit direct aux prestations à des personnes autres que le preneur d'assurance, celui-ci est tenu de renseigner ces personnes sur les principaux éléments, les modifications et la dissolution du contrat. L'assureur met à la disposition du preneur d'assurance tous les documents nécessaires à cette fin. L'art. 331 al. 4 du code des obligations (CO ; RS 220) précise que l'employeur donne au travailleur les renseignements nécessaires sur ses droits envers une institution de prévoyance professionnelle ou en faveur du personnel ou envers un assureur. Si l'employeur enfreint cette obligation, il est tenu de réparer le dommage en découlant (à titre d'exemple, cf. ATF non publié 4A_186/2010 du 3 juin 2010). Les CGA ne dérogent pas à la loi sur ce point puisque l'art. 44 impose au preneur d'assurance d'informer les assurés des possibilités de transfert. Certes, dans le domaine des assurances sociales, l'art. 27 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). L'art. 27 LPGA est étroitement lié au principe constitutionnel d'après lequel les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément au principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 de la Constitution [Cst; RS 101]). Un renseignement erroné ou l'omission de renseigner l'assuré en violation de l'art. 27 LPGA peuvent, dans certaines circonstances, justifier l'octroi d'un avantage contraire à la loi, en vertu du droit constitutionnel à la protection de la bonne foi ancré à l'art. 9 Cst. Tel pourra être le cas, par exemple, si

A/1713/2012 - 15/19 - un assureur a connaissance du fait que l'assuré s'apprête à adopter un comportement qui pourrait remettre en cause le droit aux prestations et s'abstient de l'en informer en temps utile (ATF non publié 8C_627/2009 du 8 juin 2010, consid. 5.2).

Cependant, l'assureur offrant des prestations fondées sur la LCA n'a pas la qualité d'autorité, de sorte que les dispositions de la LPGA ne sont pas applicables (ATF non publié 5C.41/2001 du 3 juillet 2001, consid. 2b/bb). Il ressort de ce qui précède que c'était au preneur d'assurance – soit, ici, l'employeur de l'assuré – qu'incombait l'obligation d'informer le demandeur de la fin de la couverture d'assurance et de la possibilité de solliciter son transfert et non à la défenderesse, qui n'avait, elle, pas de devoir d'information à l'égard du demandeur. Le grief de violation du devoir de renseigner invoqué par le

demandeur à l'égard de la défenderesse est donc infondé.

E. 9

Le demandeur invoque également la violation par la défenderesse du devoir accessoire d'information lié à la responsabilité contractuelle et soutient qu'il a droit à la réparation du dommage qui lui a ainsi été causé. On peut se demander si les dispositions régissant la responsabilité contractuelle sont applicables dès lors que les parties n'avaient précisément pas de rapports contractuels en l'espèce, à tout le moins au-delà du 31 juillet 2010. En effet, si, dans une relation personnelle étroite extracontractuelle, les parties assument des devoirs réciproques d'information et de diligence analogues aux devoirs précontractuels - autrement dit, des obligations légales déduites de l'art. 2 CC -, la responsabilité qui découle de leur violation est une responsabilité similaire à la responsabilité précontractuelle (Ariane MORIN, Commentaire romand I, 2ème éd. 2012, n. 152 ad art. 1 CC). La responsabilité pour renseignement inexact est ainsi rattachée à la responsabilité fondée sur la confiance. Cette forme juridique consiste à imputer une responsabilité déduite des règles de la bonne foi à celui qui a créé une situation de confiance à laquelle une autre personne peut se fier (ATF 121 III 350 consid. 6c). Partant, in casu, la réparation d'un dommage devrait le cas échéant vraisemblablement s'analyser à la lumière des conditions permettant de retenir une telle responsabilité. Ces questions doivent toutefois rester ouvertes en l'espèce. En effet, dans la mesure où la demande en réparation se fonde sur la responsabilité civile et non sur la police d'assurance ou les CGA, il ne s'agit pas d'un litige en lien avec les assurances complémentaires, de sorte que la Cour de céans n'est pas compétente pour statuer sur ce point en vertu de l'art. 7 CPC a contrario. Ce défaut de compétence est confirmé par l'application, par analogie, de la jurisprudence rendue en matière de prévoyance professionnelle. Ainsi, il a été jugé que la question de savoir si une caisse de pension avait violé son obligation d'informer un assuré qui ne bénéficiait plus, alors, d'une couverture d'assurance, n'était pas de la compétence du juge habilité à statuer sur les litiges en matière de prévoyance professionnelle dès lors

A/1713/2012 - 16/19 - que le dommage consécutif à une telle violation ne relevait pas de la prévoyance professionnelle mais de la responsabilité des institutions de prévoyance, dont le juge désigné à l'art. 73 de la loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP; RS 831.40) n'avait pas à connaître (RSAS 1998 p. 133 consid. 4b ; ATF A non publié B 93/03 du 27 avril 2004, consid. 2.3). Les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont en effet pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement juridique autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant de celui-ci (ATF 128 V 41 consid. 1b). Le même raisonnement s'impose en l'espèce, dès lors que la réparation éventuelle du dommage se fonde non sur le droit des assurances privées mais sur le régime de la responsabilité civile. Il convient dès lors de renvoyer le demandeur à agir en réparation du dommage devant le Tribunal de première instance, compétent, en application de l'art. 86 LOJ, pour tous les actes de la juridiction civile contentieuse ou non contentieuse que la loi n'attribue pas à une autre autorité judiciaire ou administrative. Eu égard à ce qui précède, la demande en réparation du dommage est déclarée irrecevable.

E. 10

Il y a encore lieu d'examiner si, comme l'allègue le demandeur, la défenderesse commet un abus de droit en invoquant l'extinction de la couverture d'assurance alors qu'elle ne s'en est pas prévalu avant le dépôt de la demande. A teneur de l'art. 2 al. 2 du code civil (CC; RS

210), l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. La règle prohibant l'abus de droit permet au juge de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste (ATF 134 III 52 consid. 2.1). L'existence d'un abus de droit se détermine selon les circonstances concrètes du cas, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence et la doctrine (ATF 129 III 493 consid. 5.1). L'emploi dans le texte légal du qualificatif "manifeste" démontre que l'abus de droit doit être admis restrictivement. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 135 III 162 consid. 3.3.1). L'exercice d'un droit peut en effet se révéler abusif si l'attitude de la partie qui agit contredit son comportement antérieur et que des attentes légitimes de l'autre partie s'en trouvent déçues. Le comportement de celui qui accepte d'abord de conclure une convention et qui, par la suite, en considération de règles impératives, excipe de l'invalidité de cette même convention, n'est cependant constitutif d'abus de droit que si des conditions particulières sont réalisées. Il faut par exemple que ce cocontractant ait proposé lui-même la convention contraire aux règles impératives, dans son propre intérêt et en connaissance de l'invalidité, de sorte qu'il a acquis un droit de façon déloyale. La partie qui reproche à l'autre un abus de droit doit prouver les circonstances particulières qui, dans le cas concret, autorisent à retenir

A/1713/2012 - 17/19 - que l'invalidité de la convention est invoquée de façon abusive (ATF 133 III 61 consid. 4.1). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que l'assurance qui avait promis de payer les indemnités journalières à une assurée après épuisement des droits de celle-ci envers une autre assurance, puis accepté la résiliation du contrat d'assurance sans attirer son attention sur les conséquences que cela entraînait sur son droit à de telles indemnités, ne commettait pas d'abus de droit en ne tentant pas de l'en dissuader (ATF non publié 4A_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 3.2). A la lumière des précisions amenées par la jurisprudence, on ne saurait admettre que les conditions pour retenir un abus de droit sont réalisées en l'espèce. Force est de constater en particulier que la défenderesse a un intérêt tout à fait tangible à invoquer la cessation de la couverture d'assurance. S'agissant de son attitude prétendument contradictoire, on peut certes s'étonner du fait que la défenderesse n'ait jamais soulevé ce moyen avant le dépôt de l'action - ce qui résulte d'une erreur selon son écriture du 25 septembre 2012 - ; il n'en demeure pas moins que la défenderesse n'a jamais garanti au défendeur le versement de prestations de sorte qu'on ne peut considérer ses nouveaux arguments comme un revirement de position contraire à la bonne foi. Enfin, il est essentiel de souligner que, conformément à l'art. 43 CGA, c'est au plus tard 90 jours après la fin de son contrat de travail, soit le 29 octobre 2010, que le demandeur aurait pu demander à passer dans l'assurance individuelle. Ce n'est donc pas en raison de l'expertise complémentaire ordonnée par la défenderesse en février 2011, des informations qu'elle a données le 29 juin 2011 sur le solde de prestations ou encore de la reconnaissance de la compétence de la Cour de céans ressortant de sa correspondance du 15 février 2012 que le demandeur a été empêché de prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de ses intérêts, puisqu'il était à ce moment déjà déchu de son droit de requérir son transfert dans l'assurance individuelle. Autrement dit, ce n'est pas la position adoptée par la défenderesse qui a causé le défaut de couverture, si bien que celle-ci peut invoquer la fin des rapports d'assurance sans que l'on puisse y voir un abus de droit.

La défenderesse conclut reconventionnellement à la restitution des indemnités entières qu'elle a versées à tort au demandeur du 1er au 30 septembre 2010. a) Compte tenu du défaut de couverture d'assurance, les indemnités journalières ont effectivement été versées à tort, sans qu'il soit besoin d'examiner si le rapport du Dr N_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Aux termes de l'art. 100 al. 1 LCA, le contrat d'assurance est régi par le droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la loi. Ce renvoi vaut notamment pour la répétition de la prestation indue (Olivier CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000 p. 470 et les références). La restitution se fonde donc

A/1713/2012 - 18/19 - sur l'enrichissement illégitime. En particulier, le délai de prescription de la prétention en répétition de l'indu est régi par l'art. 67 al. 1 CO (ATF non publié 4A_53/2010 du 29 avril 2010, consid. 2.6). Conformément à cette disposition, l'action pour cause d'enrichissement illégitime se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance de son droit de répétition, et, dans tous les cas, par dix ans dès la naissance de ce droit. Cela étant, le point de savoir si la défenderesse a agi en temps utile doit être laissé ouvert en l'espèce. En effet, conformément à l'art. 142 CO, également applicable par renvoi de l'art. 100 CO, qui dispose que le juge ne peut suppléer d'office le moyen résultant de la prescription, la prescription n'a pas à être examinée d'office faute d'avoir été soulevée par le demandeur (ATF non publié 4C.314/1992 du 11 décembre 2001, consid. 2). Il s'en suit que le demandeur devra restituer à la défenderesse le montant de 3'726 fr., correspondant à la moitié des indemnités versées du 1er au 30 septembre 2010. b) La défenderesse conclut également au versement d'intérêts sur ce montant. L'art. 104 al. 1 CO précise que le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5 % l'an, même si un taux inférieur avait été fixé pour l'intérêt conventionnel. L'intérêt moratoire est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (Luc THÉVENOZ, Commentaire romand du Code des obligations I, 2ème éd. 2012, n. 9 ad art. 104 CO; ATF non publié 5C.177/2005 du 25 février 2006, consid. 6.1). En l'espèce, la demande reconventionnelle a été notifiée au demandeur le 2 juillet 2012 ; il l'a reçue le 4 juillet 2012. Ce n'est dès lors qu'à partir du lendemain, soit le 5 juillet 2012, que les intérêts moratoires sont dus sur le montant de 3'726 fr.

E. 12

Eu égard à ce qui précède, la demande doit être rejetée dans la mesure où elle est recevable et la demande reconventionnelle admise. La défenderesse, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/1713/2012 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ A la forme :

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