

GE_GERICHTE ATAS/549/2012 vom 25. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_549_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/549/2012 du 25 avril 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/549/2012 del 25 aprile 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 134 al. 1 let. 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). Sa compétence matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a) L'assurance complémentaire à l'assurance-maladie, objet de la procédure, est soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), dont l'art. 46a renvoie, en ce qui concerne le for, à la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Cette loi a toutefois été abrogée avec effet au 1er janvier 2011, à la suite de l'entrée en vigueur du Code de procédure civile (CPC; RS 291). Aux termes de l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. Selon l'art. 32 al. 1 let. a CPC, pour les litiges portant sur les contrats avec des consommateurs, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur. Les consommateurs ne peuvent renoncer aux fors légaux avant la naissance du litige ou par acceptation tacite, en vertu de l'art. 35 al. 1 let. a CPC. L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. b) En l'espèce, la question de savoir si la présente cause constitue un litige concernant un contrat conclu avec des consommateurs au sens de l'art. 32 CPC, comme le soutiennent les demandeurs, peut rester ouverte. En effet, le for légal pour ce genre de litiges et le for élu selon les CGA se situent tous les deux dans le canton de Genève. En effet, l'art. 8.3 des conditions générales d'assurances (ci- après CGA) prévoit qu'en cas de contestations, est compétent le tribunal des assurances sociales du canton dans lequel est domicilié la personne assurée, respectivement le tiers recourant. Toutefois, seule la demanderesse et son fils mineur RC _____ (ci-après demandeurs I et II) sont domiciliés dans ce canton. Par conséquent, la Cour de céans est uniquement compétente ratione loci pour la demande de ces derniers,

A/3940/2011 - 7/11 - mais non pas pour celle de son fils majeur RA _____ (ci-après: demandeur III) qui est domicilié dans le canton de Zurich. La demande de celui-ci est donc irrecevable.

E. 3

La demande respecte les conditions de forme et de recevabilité prescrites par le CPC. Elle n'est pas soumise à une tentative préalable de conciliation (ATAS/557/2011 du 31 mai

2011). Concernant l'amplification des conclusions du demandeur II, il sied de constater que la prétention nouvelle relève de la même procédure et qu'elle présente un lien de connexité avec les autres prétentions, s'agissant d'une prestation découlant du même contrat d'assurance. Partant, la modification de la demande doit être admise (art. 227 al. 1 let. a CPC).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si les demandeurs I et II ont valablement invalidé pour cause d'erreur la résiliation de leurs assurances complémentaires.

E. 5

En vertu de l'art. 23 CO, le contrat n'oblige pas celle des parties qui, au moment de le conclure, était dans une erreur essentielle. Les art. 23 ss CO s'appliquent également aux actes juridiques unilatéraux (ATF 102 Ib 115 consid. 2a p. 118). L'art. 24 al. 1 ch. 4 CO prévoit notamment que l'erreur est essentielle lorsque l'erreur porte sur des faits que la loyauté commerciale permettait à celui qui se prévaut de son erreur de considérer comme des éléments nécessaires du contrat. Le contrat entaché d'erreur est tenu pour ratifié lorsque la partie qu'il n'oblige point a laissé s'écouler une année sans déclarer à l'autre sa résolution de ne pas le maintenir (art. 31 al. 1 CO). Le délai court dès que l'erreur a été découverte (art. 31 al. 2 CO). L'erreur de base (art. 24 al. 1 ch. 4 CO) concerne des faits que la partie dans l'erreur considère subjectivement comme nécessaires et qui, objectivement, selon la loyauté commerciale, forment un élément essentiel du contrat. Subjectivement, il faut que l'erreur soit telle que la victime, si elle avait connu la réalité, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux conditions où elle l'a fait. Puisque la motivation reste invisible à l'extérieur, la bonne foi exige que le partenaire ait au moins pu se rendre compte de l'importance que les faits avaient pour la partie dans l'erreur (Bruno SCHMIDLIN, in Commentaire romand du Code des Obligations I, Bâle 2003, ad art. 23-24, no 32ss, p. 158ss). L'erreur peut aussi consister en la méconnaissance d'une situation juridique (ATF 127 V 301 consid. 3c). Celui qui se prévaut de l'art. 24 al. 1 ch. 4 CO doit prouver qu'il était dans l'erreur et qu'il considérait les faits, objet de son erreur, comme des éléments nécessaires du contrat (arrêt du Tribunal fédéral 5C.60/2001 du 16 août 2001 consid. 3c).

A/3940/2011 - 8/11 -

E. 5.2

des conditions générales relatives aux assurances "plus" et "premium"). Cependant, par la lettre de résiliation du 11 novembre 2010, la demanderesse I a également résilié cette assurance. Par ailleurs, la lettre de résiliation mentionnait les abréviations « KVG » pour Krankenversicherungsgesetz (LAMal) et « VVG » pour Versicherungsvertragsgesetz (LCA). Or, la demanderesse I, ainsi que son compagnon qui s'est chargé de l'échange de correspondances avec la défenderesse, ne sont pas des juristes, de sorte que ces abréviations ne leur étaient que difficilement compréhensibles. Par ailleurs, du moins la demanderesse n'est pas de langue maternelle allemande, même si elle était à l'époque domiciliée à Zurich. Certes, elle avait précédemment déjà résilié les assurances-maladie de base et complémentaires auprès de l'assurance-maladie SANSAN moyennant un formulaire rédigé en allemand. Cependant, il convient de relever, d'une part, qu'il était précisé sur ce formulaire « Grundversicherung nach KVG » et « Zusatzversicherungen nach VVG ». Ce formulaire était donc plus explicite que la lettre de résiliation que CSS a fait parvenir aux demandeurs. Il paraît dès lors vraisemblable que la demanderesse

A/3940/2011 - 9/11 - n'a pas compris ces abréviations, de sorte qu'elle n'a pas pu se rendre compte du fait que la résiliation portait également sur les assurances complémentaires. A cela s'ajoute que les demandeurs n'étaient plus dans le délai contractuel de résiliation stipulé dans les conditions générales d'assurance applicables aux assurances complémentaires. En effet, selon l'art. 5.1.1 des dispositions générales (Gemeinsame Bestimmungen), lesquelles s'appliquent aux assurances complémentaires sauf disposition contraire en vertu de l'art. 1.4, le contrat d'assurance complémentaire doit être résilié au plus tard le 30 septembre pour le 31 décembre. La lettre de résiliation étant datée du 11 novembre 2010, elle ne respectait donc pas ce délai. Ce fait constitue également un indice que l'intention des demandeurs n'était pas de résilier les assurances complémentaires, dès lors qu'ils étaient hors délai pour que cette résiliation prenne effet à la fin de l'année en cours. La défenderesse a néanmoins accepté cette résiliation, ce qui était dans son intérêt, puisqu'un traitement dentaire coûteux était en cours. Au vu de ces éléments, la Cour de céans estime qu'il est établi que les demandeurs étaient dans l'erreur en résiliant leurs assurances complémentaires, dès lors que cela n'était pas dans leur intérêt et de surcroît hors délai. Par conséquent, ils ont invalidé valablement la résiliation de ces assurances par courrier du 10 mai 2011 de leur conseil. Il doit donc être constaté que celles-ci sont toujours en vigueur.

E. 6

En l'espèce, il n'est pas contesté que la résiliation par courrier du 11 novembre 2010 portait tant sur les assurances obligatoires de soins que les assurances complémentaires des demandeurs I et II. Ceux-ci estiment toutefois s'être trompés et de ne pas avoir compris que la lettre de résiliation se rapportait également aux assurances complémentaires. Ils font ainsi valoir avoir résilié par erreur leurs assurances-maladie complémentaires. a) Les demandeurs ont invalidé cette déclaration de résiliation par courrier du 10 mai 2011. Partant, l'invalidation est survenue dans le délai légal d'une année. b) L'erreur portant sur la résiliation d'un contrat déterminé doit être considérée comme essentielle, subjectivement et objectivement, selon la loyauté commerciale. Cela étant, il convient d'examiner si les demandeurs ont réussi à établir qu'ils étaient dans l'erreur, en résiliant le 11 novembre 2010 leurs assurances-maladie complémentaires. Les demandeurs font valoir à cet égard que, du fait que le demandeur II suivait un traitement dentaire qui n'était pas terminé en 2010, ils n'avaient aucun intérêt à mettre fin à l'assurance complémentaire qui couvre ces coûts. Ce fait est incontestable et ressort du dossier. Ainsi, en 2010 et en 2011, le médecin dentiste a établi plusieurs factures, lesquelles ont été transmises à la défenderesse. Celle-ci les a prises en charge, conformément aux conditions générales de l'assurance complémentaire concernée. Cela étant, il convient d'admettre qu'il n'était a priori pas dans l'intérêt des demandeurs de résilier l'assurance complémentaire "plus", laquelle couvre les traitements dentaires des enfants (cf. art.

E. 7

Les demandeurs concluent à la condamnation de la défenderesse au paiement de la somme de 2'087 fr. 30 et de 2'588 fr. 70. Cependant, dans la mesure où la défenderesse a conclu au rejet de la demande, elle ne s'est pas prononcée sur l'étendue de la prise en charge de ces factures. Or, dans ses décomptes de remboursement antérieurs, elle a procédé à des déductions en raison de prestations facturées au tarif privé du médecin-dentiste.

L'instruction n'a cependant pas porté sur le bien-fondé des prestations facturées, ainsi que sur le tarif. De surcroît, seuls 70% des prestations sont remboursés, aux termes de l'art. 5.2

des conditions générales relatives aux assurances "plus" et "premium". Dans ces conditions, il y a lieu de renvoyer la cause à la défenderesse afin qu'elle détermine l'étendue des prestations à rembourser, dont il conviendra également de déduire les primes d'assurances dues pour 2011 et 2012.

E. 8

Cela étant, la demande sera partiellement admise.

E. 9

Dans la mesure où la défenderesse succombe largement, elle sera condamnée à verser aux demandeurs une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

A/3940/2011 - 10/11 - 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.