

GE_GERICHTE ATAS/570/2020 vom 7. Juli 2020

GE Cour de justice, 2020-07-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_570_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/570/2020 du 7 juillet 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/570/2020 del 7 luglio 2020

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

A/1247/2019 - 7/17 - loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon l'art. 24 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) du 1er mai 2009, auxquelles renvoie le contrat d'assurance, ce dernier 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 B_____, 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. 23 des CGA prévoit que pour tout litige résultant du présent contrat, l'assurance reconnaît la compétence des tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit. La demanderesse, en sa qualité d'assurée, ayant son domicile dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 3

a. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, 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. En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance. b. L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, la demanderesse était couverte contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA ; ATF 141 III 112 consid. 4.3). c. Par conséquent, la demanderesse possède la légitimation active pour

agir contre la défenderesse. Sa demande a en outre été déposée dans le délai de deux ans susmentionné.

E. 4

Pour le surplus, la demande en paiement du 22 mars 2019, intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al 1 LCA) et qui respecte les conditions de forme légales (art. 130 et 244 CPC), est recevable.

A/1247/2019 - 8/17 -

E. 5

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). 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). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuve sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du

E. 10

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est

A/1247/2019 - 11/17 - alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1). Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte

A/1247/2019 - 12/17 - médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; cf. également ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des

autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.3). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999 du 2 mars 1999).

E. 11

En l'espèce, d'après la demanderesse, le montant des indemnités journalières s'élève à CHF 548.- par jour pour une pleine incapacité de travail. Elle se fonde, en cela, sur le contrat d'assurance collective maladie perte de salaire de la demanderesse, lequel prévoit le versement d'une allocation journalière, en cas de maladie et accident, de 100 % du salaire assuré de CHF 200'000.-. La défenderesse considère quant à elle que le montant des indemnités journalières s'élève à CHF 263.- par jour pour une pleine incapacité de travail. Ce montant résulte de la réserve médicale pour les troubles psychiques figurant dans les conditions d'acceptation et limitant le salaire assuré à CHF 96'000.-. En l'occurrence, il ressort du dossier que la cause de l'incapacité de travail de la demanderesse a été évoquée pour la première fois le 11 avril 2017 par la Dresse E_____, de la Stork IVF Klinik, selon laquelle l'intéressée souffrait d'insomnie en raison de son traitement hormonal, raison pour laquelle elle avait

A/1247/2019 - 13/17 - recommandé un arrêt de travail. Ce diagnostic a par la suite été confirmé par la médecin précitée dans ses attestations des 10 juillet 2017 et 1er novembre 2017. D'après la défenderesse, ce diagnostic aurait été infirmé par les Drs B_____ et C_____, lesquels auraient attesté d'une atteinte d'ordre psychique. Il est vrai que dans son rapport médical du 20 avril 2017, le Dr B_____ a posé le diagnostic de « burnout » depuis le 28 novembre 2016, la Dresse C_____ ayant quant à elle retenu celui d'épisode dépressif moyen réactionnel dans son rapport médical du 4 mai 2017. Or, entendue en audience, la Dresse C_____ a expliqué que sa patiente avait développé des symptômes de la lignée dépressive, un diagnostic secondaire à la privation de sommeil liée au traitement hormonal. Son diagnostic d'épisode dépressif réactionnel était donc lié principalement au manque de sommeil. Ce diagnostic ressortait d'ailleurs de ses notes personnelles du 3 avril 2017 dans lequel elle avait indiqué que l'intéressée avait des insomnies et ne dormait que deux heures par nuit depuis trois mois. Ce diagnostic a encore été précisé par la suite dans une attestation du 31 octobre 2017, dans laquelle la docteure a indiqué que les traitements in vitro subis par sa patiente avaient induit des troubles sévères du sommeil, avec comme conséquence des symptômes de fatigue majeure, d'irritabilité et de troubles de la concentration. Il s'agissait d'un état d'épuisement, dont les symptômes étaient les mêmes que ceux de l'épisode dépressif réactionnel. Au vu de ces éléments, en particulier des

explications fournies par la doctoresse en audience, il convient de retenir que la Dresse C_____ a fondé l'incapacité de travail de la demanderesse essentiellement sur l'insomnie dont souffrait l'intéressée. Il en va de même de l'incapacité de travail attestée par le gynécologue traitant de la demanderesse. Questionnée au sujet du diagnostic de « burnout » posé par ce médecin, la Dresse C_____ a expliqué en audience qu'il s'agissait d'une forme de dépression par épuisement. Ce terme ne figurait du reste pas dans la nomenclature scientifique. Les symptômes étaient les mêmes que l'épisode dépressif réactionnel, à savoir la fatigue, le manque d'entrain et les troubles du sommeil. Le Dr B_____ a par ailleurs lui-même précisé que la cause à l'origine de l'incapacité de travail de sa patiente était l'insomnie (attestations des 2 novembre 2017 et 22 août 2019). Il a notamment expliqué avoir confirmé l'incapacité de travail de l'intéressée sur la base des attestations des médecins de la Stork IVF Klinik. Or ceux-ci avaient expressément indiqué que l'insomnie était à l'origine de son incapacité de travail. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il convient d'admettre que la demanderesse, à qui incombait la preuve, a démontré à satisfaction que son incapacité de travail avait pour origine une cause somatique et non psychique. Il appert en effet que les médecins consultés, à savoir les Drs E_____, C_____ et B_____, sont unanimes sur ce point. L'appréciation contraire du Dr F_____, médecin conseil de la défenderesse, lequel n'a pas rencontré la demanderesse, ne permet pas de douter des analyses convergentes des médecins précités. Il s'ensuit que l'incapacité de travail de la demanderesse ne tombe pas sous la réserve médicale établie lors de la

A/1247/2019 - 14/17 - conclusion du contrat. Le montant de l'indemnité journalière doit partant être fixé sur la base du salaire annuel convenu de CHF 200'000.-. La demande doit ainsi être admise. Dans la mesure où le salaire annuel convenu est de CHF 200'000.-, l'indemnité journalière s'élève à CHF 547.95, arrondi à CHF 548.- (CHF 200'000.- / 365). Compte tenu du montant complémentaire de CHF 7'235.20 versé par la défenderesse en janvier 2020 (selon décompte du

E. 14

janvier 2020 : CHF 11'183.20 [pour les mois de juin et juillet 2017] – CHF 3'948.- [déjà versés pour le mois de juin 2017 selon décompte du 6 juillet 2017]), le montant dû par la défenderesse à la demanderesse s'élève à CHF 22'929.90, arrondi à CHF 22'930.-. Ce montant correspond en effet à 35 jours d'indemnité journalière à 100 % (CHF 548.- x 35 = CHF 19'180.-) et à 91 jours d'indemnité journalière à 50 % (CHF 274.- x 91 = 24'934.-), sous déduction des CHF 21'184.10 (CHF 1'841.70 [mars] + CHF 4'079.60 [avril] + CHF 4'079.60 [mai] + CHF 3'816.40 [juin] + CHF 7'366.80 [juillet]) déjà versés par la défenderesse. 12. La demanderesse réclame enfin des intérêts moratoires sur les indemnités journalières qui lui sont dues. a. L'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Les « renseignements » au sens de l'art. 41 LCA visent des questions de fait, qui doivent permettre à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré (cf. l'intitulé de l'art. 39 LCA). Ils correspondent aux devoirs de déclaration et de renseignement institués par les art. 38 et 39 LCA (cf. ATF 129 III 510 consid. 3 p. 512 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_58/2019 du 13 janvier 2020 consid. 4.1 ; 4A_489/2017 du 26 mars 2018 consid. 4.3 ; 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.5 ; BREHM, Le contrat d'assurance RC, 1997, nos 512 et 515 s.). Le délai de délibération de quatre semaines laissé à l'assureur ne court pas tant que l'ayant droit n'a pas suffisamment fondé

sa prétention ; tel est par exemple le cas lorsque, dans l'assurance contre les accidents, l'état de santé véritable de l'ayant droit n'est pas éclairci parce que ce dernier empêche le travail des médecins (arrêts du Tribunal fédéral 4A_307/2008 du 27 novembre 2008 consid. 6.3.1 ; JÜRIG NEF, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n° 15 ad art. 41 LCA). Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). L'intérêt moratoire de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) 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 (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1). Toutefois, lorsque l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, on admet, par

A/1247/2019 - 15/17 - analogie avec l'art. 108 ch. 1 CO, qu'une interpellation n'est pas nécessaire ; l'exigibilité et la demeure sont alors immédiatement réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_16/2017 du 8 mai 2017 consid. 3.1 ; 4A_122/2014 précité, consid. 3.5 ; 4A_206/2007 du 29 octobre 2007 consid. 6.3 ; 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 6.1 in fine ; cf. NEF, op. cit., n° 20 in fine ad art. 41 LCA, et GROLIMUND / VILLARD, in Basler Kommentar, Nachführungsband 2012, n° 20 ad art. 41 LCA). Un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102 consid. 1a ; Rolf WEBER, Berner Kommentar, 2000, n. 102 ad art. 102 CO). La demeure ne déploie toutefois ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance (cf. ATAS/1176/2019 du

E. 18

décembre 2019). L'intérêt moratoire n'est dû que depuis le début de la demeure, c'est-à-dire le jour suivant la réception de l'interpellation du débiteur – cas échéant le lendemain de la notification au débiteur de la demande en justice ou du commandement de payer (Luc THEVENOZ, in Commentaire romand, Code des obligations I ad art. 104 CO, n. 9 p. 621). b. En l'espèce, les conditions générales ne prévoient aucun terme pour l'exigibilité des prestations qui y sont stipulées. D'après la demanderesse, les intérêts moratoires sont dus dès le 24 mars 2017. Il ressort toutefois du dossier que la cause de son incapacité de travail – l'insomnie – a été évoquée pour la première fois dans une attestation de la Stork IVF Klinik du 11 avril 2017, reçue par la défenderesse le 13 avril 2017. Comme exposé ci-avant, ce diagnostic a été rapidement mis en doute par les rapports des médecins traitants de la demanderesse des 20 avril 2017 et 4 mai 2017, reçus par la défenderesse respectivement les 26 avril 2017 et 10 mai 2017, et qui faisaient état d'un « burnout » et d'un « épisode dépressif ». En présence de rapports a priori contradictoires, on peut admettre qu'à ce moment-là, la défenderesse n'était pas encore en mesure d'apprécier le bien-fondé des prétentions de la demanderesse. Les Drs C_____ et B_____ ont toutefois précisé leurs diagnostics dans deux rapports ultérieurs, reçus par la défenderesse les 6 et 17 novembre 2017, dans lesquels ils ont mis l'accent sur l'origine somatique de l'incapacité de travail de la demanderesse. Ces médecins confirmaient, en cela, l'appréciation constante de la Dresse E_____, de la Stork IVF Klinik (cf. certificats médicaux de la Dresse E_____ des 11 avril 2017, 10 juillet 2017 et 1er novembre 2017). Il convient donc d'admettre qu'à tout le moins le 17 novembre 2017, la défenderesse avait reçu tous les renseignements nécessaires pour se convaincre du bien-fondé des prétentions de la demanderesse. À cette date, la demanderesse avait déjà interpellé la défenderesse. En effet, dans une note reçue par l'assurance le 3 juillet 2017, l'intéressée avait contesté le montant de l'indemnité journalière, exigeant le paiement de CHF 547.95, en lieu et place des CHF 263.- versés

jusque-là. Si le montant des prestations dues n'était certes pas expressément chiffré, la note décrivait la prestation à effectuer de manière suffisamment précise pour que l'assurance puisse reconnaître ce

A/1247/2019 - 16/17 - qu'exigeait la demanderesse, étant rappelé qu'un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (cf. supra consid. 12a). Il s'ensuit que l'intérêt moratoire est dû quatre semaines après le 17 novembre 2017, soit le 15 décembre 2017. La défenderesse sera donc condamnée au paiement de CHF 22'930.-, avec intérêts à 5 % dès le 15 décembre 2017. 13. Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens en faveur de la demanderesse, qui comparait en personne et n'expose pas avoir engagé de frais pour les démarches effectuées (art. 95 al. 3 let. c CPC). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC ; art. 22 al. 3 LaCC). * * * * *

A/1247/2019 - 17/17 - 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.