

GE_GERICHTE ATAS/599/2018 vom 27. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_599_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/599/2018 du 27 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/599/2018 del 27 giugno 2018

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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), 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). La chambre de céans est ainsi compétente pour connaître de la demande formée par l'assurée à raison de la matière.

E. 2

Il convient encore déterminer si elle est compétente à raison du lieu. 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 et 247 al. 2 let. a du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272).

A/5096/2017 - 8/13 - Selon l'art. 9 CPC, un for n'est impératif que si la loi le prévoit expressément (al. 1). Les parties ne peuvent déroger à un for impératif (al. 2). Selon l'art. 1.1 des Conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire d'Assura, édition septembre 2010, mises à jour en janvier 2013 (ci-après CGA), en cas de procédure judiciaire, Assura reconnaît comme for son siège social ainsi que le domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 20 CGA). Aux termes de l'art. 10 al. 2 CPC, le domicile est déterminé d'après le code civil. L'art. 24 CC n'est pas applicable. À teneur de l'art. 11 CPC, lorsque le défendeur n'a pas de domicile, le for est celui de sa résidence habituelle. Une personne a sa résidence habituelle au lieu où elle vit pendant une certaine durée, même si cette durée est d'emblée limitée (al. 2). Si le défendeur n'a pas de résidence habituelle, le tribunal compétent est celui de son dernier lieu de résidence connu (al. 3). Par domicile, il faut entendre le lieu où la personne concernée réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). La notion de domicile englobe deux éléments: objectivement, la résidence effective dans un lieu donné et, subjectivement, la volonté de s'y établir, soit d'en faire le centre de son existence, de ses intérêts personnels et professionnels. Selon la jurisprudence, ce n'est pas la volonté intime de l'intéressé qui est déterminante, mais les circonstances objectives, reconnaissables pour les tiers, qui permettent de déduire une telle intention (ATF 120 III 8 consid. 2a). b. En l'espèce, il ressort des déclarations de la recourante que son lieu de résidence principal est en Floride où elle possède une maison et où elle a la volonté de s'établir, et ce, quand bien même elle n'est pas au bénéfice d'une autorisation de séjour lui permettant de s'installer complètement aux États-Unis. Lorsqu'elle revient en Suisse, elle réside habituellement chez ses enfants dans le canton de Genève, où elle résidait déjà avant d'avoir officiellement quitté la Suisse. Bien qu'elle ait mentionné à

plusieurs reprises dans sa correspondance une adresse à Loèche-les-Bains, elle n'a jamais eu l'intention d'y résider principalement à teneur de ses déclarations qui ont été confirmées sur ce point par celles de sa fille. Il en résulte que le for est à Genève, en application de l'art. 11 CPC et que la chambre de céans compétente ratione loci pour connaître du recours.

E. 3

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. 4

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

A/5096/2017 - 9/13 - 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 preuves 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 (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 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié ; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). 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). Toujours sous l'angle 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

A/5096/2017 - 10/13 - (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

E. 5

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) (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 non publié 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 (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). 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,

conformément à la

A/5096/2017 - 11/13 - règle des clauses ambiguës (« in dubio contra stipulatorem » ; « Unklarheitsregel ») (ATF 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 3.1). 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 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6). Il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (ATF 126 V 499 consid. 3b).

E. 6

Selon l'art. 1.1 des CGA, les droits et obligations du preneur d'assurance et de l'assuré, lesquels doivent être domiciliés en Suisse, sont définis dans la police d'assurance et les conditions d'assurance. Selon l'art. 1.2 CGA, à défaut de disposition contractuelles expresse, c'est la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1903 (LCA) qui est applicable. Selon l'art. 5.1 CGA, l'assurance est valable dans le monde entier. À teneur de l'art. 5.2 CGA, l'assuré qui transfère son domicile hors de Suisse, du Liechtenstein ou de la zone frontalière perd le bénéfice de l'assurance de plein droit à la fin de la période d'assurance en cours. L'assurance peut, sur demande du preneur d'assurance et aux conditions fixées par Assura, être prolongées avec ou sans suspension du droit aux prestations. Selon l'art. 5.3 CGA, hors de Suisse, du Liechtenstein ou de la zone frontalière, les cas sont indemnisés jusqu'au terme du traitement médical, au plus cependant durant nonante jours. Selon l'art. 1.1. des conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire relative à la catégorie Mondia, assurance complémentaire pour voyages et vacances, lors d'un séjour temporaire à l'étranger d'un assuré, dont la durée n'excède pas quarante-cinq jours consécutifs, les frais de traitement scientifiquement reconnus au sens du droit suisse et survenus en cas d'urgence sont pris en charge au tarif local en vigueur, et ce en sus des prestations prévues par la LAMal en complément aux assurances conclues auprès sous réserve de l'art. 5 (exclusions pour les maladies ou accidents préexistants). L'assuré qui prévoit un séjour temporaire à l'étranger d'une durée supérieure à quarante-cinq jours consécutifs et qui désire bénéficier des prestations de la présente catégorie au-delà de cette période initiale, doit déposer une demande préalable auprès d'Assura. Une extension de la couverture à la durée effective du séjour temporaire à l'étranger pourra être offerte (ch. 1.2.).

E. 7

En l'espèce, la demanderesse a séjourné aux États-Unis dès le 13 octobre 2016 et a été accidentée le 1er janvier 2017, soit plus de quarante-cinq jours après son arrivée. Dans la mesure où elle n'a pas demandé la prolongation de sa couverture d'assurance, il ne revient pas à la défenderesse de prendre en charge les frais de

A/5096/2017 - 12/13 - traitement et d'hospitalisation liés à son accident du 1er janvier 2017, en application de l'art. 1 des conditions spéciales pour l'assurance maladie de la catégorie d'assurance complémentaire Mondia. Cette disposition est claire dans la mesure où elle précise que l'assuré qui veut prolonger son séjour après quarante-cinq jours consécutifs n'est pas couvert s'il n'a pas demandé la prolongation de la couverture. Il ne résulte pas d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte

de cette clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord. L'on ne peut dès lors suivre la demanderesse lorsqu'elle prétend qu'une nouvelle période de quarante-cinq jours a débuté dès janvier 2017. Au vu des considérations qui précèdent, la demande doit être rejetée.

E. 8

Selon l'art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 (LaCC - E 1 05), il n'est pas prélevé de frais judiciaires, ni alloué de dépens à la charge de l'assuré dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire.

A/5096/2017 - 13/13 -

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.