

GE_GERICHTE ATAS/658/2010 vom 14. Juni 2010

GE Cour de justice, 2010-06-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_658_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/658/2010 du 14 juin 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/658/2010 del 14 giugno 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents. Le Tribunal des conflits a au demeurant expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise à la loi fédérale sur le

A/4604/2009 - 6/15 - contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; ACOM/42/2006 du 13 juin 2006; ACOM/55/2005 du 26 août 2005). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a) L'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, contractée par l'employeur auprès de HELSANA est en l'espèce soumise à la LCA (cf. police d'assurance ; pièce 2 de la défenderesse). La LCA a subi des modifications. La novelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353), est entrée en vigueur le 1er janvier 2006, respectivement le 1er janvier 2007. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors, les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants, à savoir postérieurement au 1er janvier 2007 (cf. ATF 130 V 446 consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2), l'incapacité de travail à l'origine de la demande de prestations ayant débuté au plus tôt en avril 2007. b) Selon l'art. 85 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA ; RS 961.01), le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance ou entre celles-ci et les assurés (al. 1). Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (al. 2). Dans les contestations au sens de l'al. 2, les parties ne supportent pas de frais de procédure; toutefois, le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie de ces frais (al. 3). En cette matière, l'assureur n'a pas de compétence décisionnelle (ATAS/233/2010); il ne peut prendre de décision sujette à recours, à l'instar de ce qui se fait dans l'assurance-maladie obligatoire. L'assuré peut faire valoir ses droits en ouvrant directement une action contre l'assureur

devant l'autorité compétente en vertu du droit cantonal. En l'espèce, au vu de ce qui précède, le recours de l'assurée sera traité comme une demande en paiement. c) Aux termes de l'art. 46a LCA, le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors ; RS 272), dont l'art. 9 al. 1 prévoit que sauf disposition légale contraire, les parties peuvent convenir d'un tribunal appelé à trancher un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. En l'occurrence, selon les conditions générales d'assurance pour l'assurance d'indemnités journalières collective Helsana Business Salary selon la LCA - édition 2006 (ci-après : CGA 2006), applicables en l'espèce, le for est au choix au domicile A/4604/2009 - 7/15 - suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, soit ceux du lieu de travail de l'ayant droit, soit ceux du siège principal d'HELSANA ASSURANCES COMPLEMENTAIRES SA (§ 38 CGA 2006). En l'espèce, l'assurée ayant son domicile à Genève, le Tribunal de céans est compétent à raison du lieu. d) Les prescriptions de forme prévues à l'art. 89B de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10) étant en l'occurrence remplies, la demande, déposée auprès du Tribunal de céans, est recevable.

E. 3

Le litige porte sur le droit de la demanderesse à obtenir le versement d'indemnités journalières en relation avec une incapacité de travail pour maladie ayant débuté en avril 2007.

E. 4

La défenderesse soulève d'abord l'exception de la prescription, ce qu'il y a lieu d'examiner ci-après. a) En application de l'art. 87 LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action judiciaire, dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1 1ère phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Selon l'art. 135 du code des obligations (CO), la prescription est interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette ou lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites, par une action ou une exception devant un tribunal ou des arbitres, par une intervention dans une faillite ou par une citation en conciliation. b) Le Tribunal fédéral, dans un arrêt publié daté du 23 janvier 2001 (ATF 127 III 268), a considéré qu'en matière d'indemnités journalières en cas de maladie, l'obligation d'indemniser de l'assureur était en principe déclenchée par l'existence d'une incapacité de travail due à la maladie attestée médicalement et l'écoulement du délai d'attente convenu. Partant, il a estimé que la prescription commençait à courir à partir de la réalisation de ces deux éléments et ce, pour toutes les indemnités journalières échues pendant la durée de l'incapacité de travail. c) Le Tribunal de céans a nuancé l'application de cette jurisprudence en s'appuyant notamment sur un article de Jean-Benoît MEUWLY (paru in PJA 3/2003 p. 303 ss) ; il a jugé qu'il y avait lieu de fixer le dies a quo pour chaque jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, mais au plus tôt après l'écoulement du délai d'attente contractuel. Chaque jour supplémentaire d'incapacité de travail fixe le dies a quo de la prescription de l'indemnité journalière subséquente et ainsi de suite, jusqu'à la fin de la période d'incapacité, voire l'épuisement des indemnités journalières (cf. ATAS/369/2010 ; ATAS/482/2007, ATAS/466/2007 ; ATAS/344/2005)

A/4604/2009 - 8/15 - Cette jurisprudence doit être maintenue. Il y a en effet lieu de considérer que chaque jour d'incapacité de travail dû à la maladie constitue un fait autonome qui donne lieu au versement de la somme d'argent convenue par l'assureur si les

conditions contractuelles sont remplies. Dans la mesure où les conditions doivent être réalisées pour chacune des indemnités journalières afin de déclencher la prestation correspondante, elles connaissent toutes une prescription singulière, la réalisation de leurs conditions d'existence fixant de jour en jour leur dies a quo (MEUWLY, op. cit., p. 312). Il résulte de ce qui précède que le délai de prescription de la première indemnité journalière commence à courir le premier jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, mais au plus tôt après l'écoulement du délai d'attente contractuel. Chaque jour supplémentaire d'incapacité de travail fixe le dies a quo de la prescription de l'indemnité journalière subséquente, et ainsi de suite jusqu'à la fin de la période d'incapacité, voire l'épuisement des indemnités journalières.

E. 5

a) En l'espèce, le contrat d'assurance indemnités journalières conclu par l'employeur de la demanderesse prévoit le versement d'indemnités journalières en cas de maladie couvrant le 80% du salaire assuré après un délai d'attente de 30 jours et durant 700 jours par cas. L'assurée étant en incapacité de travail pour raison de maladie, selon son médecin traitant, le Dr M_____, depuis le 24 avril 2007, le dies a quo de la prescription de la première indemnité journalière doit être fixé, compte tenu du délai d'attente de 30 jours, au 25 mai 2007. Chaque jour supplémentaire d'incapacité de travail constatée médicalement fixe le dies a quo de la prescription de l'indemnité journalière subséquente et ainsi de suite jusqu'à la fin de la période d'incapacité ou jusqu'à l'épuisement des indemnités journalières. En l'occurrence, à défaut d'un acte interruptif de prescription avant le 18 décembre 2009 - date à laquelle la demanderesse a déposé sa demande en paiement devant le Tribunal de céans -, les indemnités journalières dues pour la période précédant le 18 décembre 2007 devraient être déclarées prescrites. Il convient donc d'examiner s'il y a eu un tel acte. b) Aux termes de l'article 135 CO, applicable par renvoi de l'art. 100 LCA, la prescription est interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette (ch. 1) ou lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites, par une action ou une exception devant un tribunal ou des arbitres, par une intervention dans une faillite ou une citation en conciliation (ch. 2). La demanderesse n'ayant introduit ni poursuite, ni action en justice relativement aux indemnités journalières maladie avant la présente procédure, il s'ensuit que seule une reconnaissance de dette par le débiteur peut avoir interrompu la prescription.

A/4604/2009 - 9/15 - c) La reconnaissance de dette, au sens de l'art. 135 ch. 1 CO, constitue la manifestation par laquelle le débiteur (ou son représentant) exprime au créancier (ou à son représentant) qu'il a conscience d'être tenu envers lui par une obligation juridique déterminée (arrêt 5C.41/2002 du 17 juin 2002, consid. 2.1, avec référence à BERTI, Zürcher Kommentar, n. 11 ad art. 135 CO). Elle doit ressortir des déclarations, orales ou écrites, du débiteur, interprétées, le cas échéant, d'après le principe de la confiance, ou d'actes concluants (arrêt P.1171/79 du 7 juin 1979, in: SJ 1980 p. 116 ss, spéc. p. 118). Pour avoir un effet interruptif, la reconnaissance de dette ne doit pas nécessairement être émise par le débiteur aux fins d'exprimer sa volonté de s'obliger, ni d'interrompre la prescription; il suffit qu'il manifeste sa conviction que la dette existe encore (ATF 57 II 583). De même, il suffit que le débiteur reconnaisse l'obligation dans son principe; peu importe qu'il soit dans l'incertitude quant à son étendue, sa déclaration n'ayant pas à se rapporter à une somme déterminée (ATF 119 II 368 consid. 7b p. 378). Si le débiteur n'articule aucun chiffre, la reconnaissance de dette s'étend au montant qui s'avère ultérieurement dû au regard de l'obligation reconnue; s'il indique en revanche un montant déterminé, celui-ci constitue la

limite supérieure de sa volonté de reconnaître la dette (BERTI, op. cit., n. 18 ad art. 135 CO ; ATF non publié du 27 février 2004, cause 5C.112/2003). En l'espèce, ni la décision du 14 mai 2007, mettant fin aux prestations LAA, ni le courrier du 4 octobre 2007 adressé à l'employeur, n'expriment la conviction de la défenderesse d'être tenue de verser des prestations en relation avec l'arrêt de travail pour maladie. d) Enfin, on ne saurait considérer que la défenderesse commet un abus de droit en se prévalant de la prescription, dès lors qu'elle n'a pas amené astucieusement l'assurée à ne pas agir en temps utile, ni a eu un comportement donnant à l'assurée l'assurance qu'elle serait payée et l'incitant donc à renoncer à entreprendre des démarches juridiques pendant le délai de prescription (ATFA non publié du 13 juillet 2000, 5C.68/2000, consid. 3a), étant précisé que selon la jurisprudence, même le débiteur de mauvaise foi peut se prévaloir de la prescription sans pour autant commettre un abus de droit. Seul le comportement positif à l'origine du manquement de délai - même dépourvu d'astuce - justifie la contre-exception de l'abus de droit (ATFA non publié du 13 juillet 2000, 5C.68/2000, consid. 3a). En l'espèce, la défenderesse a clairement exprimé son refus de prester, tant par son courrier du 4 octobre 2007 que par son refus catégorique de verser une seule indemnité journalière. e) Dans ces conditions, en l'absence de tout acte interruptif de prescription, force est de constater que les prétentions de la demanderesse en relation avec le versement d'indemnités journalières antérieurement au 18 décembre 2007 sont prescrites. Il n'en va pas de même des prestations postérieures à cette date.

A/4604/2009 - 10/15 -

E. 6

Dans un second moyen, la défenderesse fait valoir qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur la demande d'indemnisation étant donné que l'assurée était apte au travail dans une activité adaptée depuis octobre 2006, selon les conclusions du Dr L _____ d'avril 2007. En vertu de son obligation de diminuer le dommage, l'assurée était tenue de procéder à une reconversion professionnelle. Par ailleurs, le rapport du Dr M _____, du 3 novembre 2009, ayant fait état des mêmes atteintes à la santé que celles constatées par le Dr L _____ en 2007, il était inutile de soumettre l'assurée à une expertise. a) Aux termes de l'art. 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. Selon l'art. 61 al. 2 LCA, si l'ayant droit contrevient à son obligation posée à l'al. 1 de faire tout ce qui est possible pour réduire le dommage, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie. L'ayant droit remplit son obligation de faire ce qui peut raisonnablement être exigé de lui pour réduire son dommage s'il prend à cette fin les mesures que prendrait un homme raisonnable dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers (HÖNGER/ SUSSKIND, op. cit., n. 15 ad art. 61 LCA; MAURER, op. cit., p. 344 et les références citées). Bien que classée parmi les règles relatives aux assurances contre les dommages, cette disposition légale est aussi applicable aux assurances de personnes prévoyant des prestations de sommes (ATF 128 III 34 consid. 3bc p. 36 ss). Dans un arrêt non publié du 23 octobre 1998 concernant une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA (arrêt 5C.176/1998, consid. 2c), le Tribunal fédéral a considéré que l'art. 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduit, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que

l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (cf. ATF 111 V 235 consid. 2a; 114 V 281 consid. 3a). Lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt non publié K 14/99 du 7 février 2000, reproduit in RKUV 2000 KV 112 122, consid. 3a). Il importe peu que l'assuré soit encore lié ou non par un contrat de travail car ce délai transitoire a uniquement pour but de permettre le changement d'activité et la recherche d'un nouveau travail adapté. En effet, cette nécessité d'adaptation se réalise indépendamment du fait que l'intéressé soit lié ou non à un rapport de travail (RAMA 5/2006 KV 380 p. 341 consid. 4.4).

A/4604/2009 - 11/15 - b) L'art. 61 LCA étant de droit dispositif (cf. art. 97 et 98 LCA; HÖNGER/SUSSKIND, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 29 ad art. 61 LCA; MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3e éd., 1995, p. 345), il convient encore d'examiner si les CGA auraient adopté sur ce point une réglementation différente. Selon le § 13.5 des CGA 2006, la personne assurée qui présente une incapacité de travail complète ou partielle probablement durable dans sa profession d'origine est tenue d'utiliser son éventuelle capacité de travail restante, même si cela implique un changement de profession. L'assureur invite la personne assurée à changer de profession et la rend attentive aux conséquences selon le ch. 14. c) En l'espèce, le Dr L_____ a effectivement affirmé, dans son rapport d'expertise du 17 avril 2007, que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois d'octobre 2006. Toutefois, et indépendamment de la question de savoir si les conclusions de ce rapport sont probantes et concordent avec les autres pièces médicales du dossier, le Tribunal constate que la défenderesse n'a pas informé l'assurée des conséquences que cette évaluation, effectuée dans le cadre de l'assurance-accidents, pouvait avoir sur le versement des indemnités journalières pour maladie. Surtout, elle ne lui a jamais imparti un délai convenable pour procéder à une reconversion professionnelle, en attirant son attention sur les conséquences d'un refus de collaborer. Bien au contraire, en prenant connaissance de la décision du 14 mai 2007, l'assurée pouvait en toute bonne foi penser que les prestations pour maladie auraient pris le relais après l'arrêt des prestations LAA. La défenderesse constatait en effet dans cette décision que les troubles présentés par l'assurée n'étaient pas uniquement accidentels, en laissant ainsi penser qu'il y avait une origine malade. Elle a d'ailleurs invité l'assurée à s'adresser à sa caisse-maladie, tout en précisant qu'elle se réservait le droit de solliciter les assurances perte de gain maladie de ses employeurs. Enfin, rien dans le dossier ne permet de penser que l'assurée était au courant des conclusions de l'expertise du Dr L_____ au sujet de sa capacité de travail résiduelle, la décision du 14 mai 2007 n'y faisant aucune allusion. Le Tribunal estime par ailleurs que la lettre du 4 octobre 2007 à l'employeur ne constitue pas non plus un tel avertissement. Dans ce courrier, la défenderesse a affirmé que l'annonce maladie ne lui était pas parvenue et que le dossier accidents était désormais clos. Elle a aussi évoqué les conclusions du Dr L_____ au sujet de l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis de longs mois, le versement des indemnités journalières pour maladie n'entrant par conséquent même pas en ligne de compte. Or, cette lettre, adressée à l'employeur et dont l'assurée n'a reçu qu'une copie pour information, ne mentionne

A/4604/2009 - 12/15 - pas l'obligation de l'assurée de diminuer le dommage en procédant à une reconversion professionnelle, ne fait pas référence à un quelconque délai pour mettre en

œuvre cette reconversion. Cette correspondance ne peut pas être considérée comme un avertissement au sens de l'art. 61 LCA et du § 13 des CGA 2006. d) Le Tribunal observe encore que la défenderesse est malvenue d'affirmer que ni l'assurée, ni son employeur, ne lui auraient signalé la survenance du sinistre, en l'occurrence la maladie, ce qui l'aurait empêchée de se déterminer sur les conditions du droit à l'indemnité, voire d'impartir un délai pour une éventuelle reconversion professionnelle. En effet, selon les pièces au dossier, il apparaît que les prestations accidents ont été servies par « HELSANA ASSURANCES SA » (cf. feuille accident et déclaration de sinistre produites par la demanderesse ; pièce 4), soit la même compagnie assurant la perte de gain pour maladie. Preuve en est que la collaboratrice du service accidents a transmis le message de l'employeur du 2 octobre 2007 à ses collègues du service des « sinistres d'indemnité journalière », en précisant que « la suite de l'incapacité de travail est certainement indemnisée par le contrat perte de gain maladie n° 60'035'003 de X_____ ». De plus, le service responsable de traiter les dossiers perte de gain pour maladie a reçu une copie de la décision du 14 mai 2007 mettant fin aux prestations accidents, et ce dans le but de prendre le relais. Enfin, la défenderesse, en sa qualité d'assureur perte de gain pour maladie, était parfaitement au courant des conclusions du Dr L_____, pourtant mandaté par le service accidents. Au courant de l'arrêt des prestations d'accident, du contenu de l'expertise du Dr L_____ et du prolongement de l'incapacité de travail pour maladie selon le médecin traitant, la défenderesse avait tous les éléments pour pouvoir, si elle le souhaitait, avertir la demanderesse de son obligation de diminuer le dommage, et lui impartir un délai convenable pour se reconvertir. Quant à la question de savoir si l'employeur a effectivement communiqué à la défenderesse une annonce maladie dans les délais, il n'y a pas lieu d'y répondre, dès lors qu'HELSANA était déjà au courant de la situation, en sa qualité d'assureur-accidents obligatoire. Une réduction des prestations pour ce motif n'entre pas en ligne de compte, ce d'autant moins que la demanderesse affirme avoir toujours envoyé les arrêts de travail à la défenderesse (cf. allégué 16 partie en fait de la demande), ce que cette dernière ne conteste pas.

e) Dans ces conditions, le Tribunal de céans constate qu'à défaut d'avoir invité l'assurée à procéder à une reconversion professionnelle et lui avoir impartit un délai convenable pour le faire, la défenderesse est tenue de servir l'indemnité journalière sur la base des arrêts de travail pour maladie produits par la demanderesse.

E. 7

Le Tribunal observe encore que la fin des rapports de travail, en date du 31 août 2007, n'a pas eu pour conséquence de mettre fin aux prestations. En effet, selon le

A/4604/2009 - 13/15 - § 9.4 des CGA 2006, pour les personnes assurées qui, à la fin de l'assurance - suite à la résiliation des rapports de travail selon le § 9.3 - sont frappées d'une incapacité de travail ou d'une incapacité de gain, le droit aux prestations pour le cas en cours est maintenu dans le cadre des dispositions contractuelles (prestation complémentaire), sauf si le contrat est repris par un autre assureur (§ 9.5 let. a), ou si le contrat de travail a été résilié pendant la période d'essai (§ 9.5 let. b) ou s'il s'agissait d'un contrat de durée limitée (§ 9.5 let. c). En l'espèce, aucune des conditions du § 9.5 n'étant réalisées, l'assurée, dont l'incapacité de travail a débuté avant la fin des rapports de travail, a droit aux prestations d'assurance jusqu'à l'épuisement des droits.

E. 8

a) En ce qui concerne enfin le calcul des prestations, le Tribunal observe que la demanderesse a fourni des certificats médicaux faisant état d'une incapacité de travail ininterrompue entre le 24 avril 2007 et le 22 septembre 2009 (cf. notamment le certificat du Dr M _____ du 22 septembre 2009), ce qui couvre une période bien supérieure aux 700 jours d'indemnisation. Toutefois, une partie des indemnités journalières étant prescrites, il convient de retrancher 208 jours d'indemnités journalières entre le 25 mai 2007, échéance du délai de carence de 30 jours, et le 18 décembre 2007. L'assurée a ainsi droit à 492 jours d'indemnités journalières, sur la base d'un salaire mensuel assuré de 375 fr. 70 (347 fr. 50 + 28 fr. 20 de part de treizième salaire), soit un salaire journalier de 17 fr. 30 (375 fr. 70 : 21.75). Indemnisé à 80%, l'on parvient à une indemnité journalière de 13 fr. 80 par jour. Au total, la demanderesse a droit à 6'789 fr. 60 (492 x 13 fr. 80). b) En tant que la demanderesse sollicite le versement d'intérêts moratoires, la LCA règle le moment de l'échéance de la créance résultant du contrat d'assurance comme suit : celle-ci est échue 4 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 (art. 41 al. 1 LCA). La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). 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 (ATF 103 II 102 consid. 1a) 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 (ATF 98 II 23 consid. 7 p. 33; Luc THEVENOZ, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO).

A/4604/2009 - 14/15 - En l'espèce, même si l'assureur possédait tous les éléments pour se convaincre du bien fondé de la demande dès le 14 mai 2007, date de la décision d'arrêter le versement de l'indemnité journalière LAA, l'assurée n'a formellement interpellé la défenderesse à cet égard que le 28 septembre 2009. Il s'ensuit que les intérêts moratoires courent dès le lendemain de cette interpellation, soit dès le 29 septembre 2009.

E. 9

Au vu de ce qui précède la demande est partiellement admise.

A/4604/2009 - 15/15 -

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