

GE_GERICHTE ATAS/679/2013 vom 20. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_679_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/679/2013 du 20 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/679/2013 del 20 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à l'art. 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). L'assurance en cause dans le litige soumis à la Cour de céans est une assurance perte de gain en cas de maladie. L'indemnité journalière en cas de perte de gain est prévue dans le catalogue de l'assurance maladie facultative, de sorte qu'il existe un lien matériel immédiat avec l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106 consid. f). Partant, il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie et la compétence ratione materiae de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/3575/2012 - 6/10 -

E. 2

L'art. 24 des CGA de la défenderesse prévoit que cette dernière peut notamment être actionnée au domicile suisse de la personne assurée ou de l'ayant droit. Le demandeur étant domicilié à Genève, la compétence ratione loci de la Cour de céans doit également être admise.

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 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. Par conséquent, la demande est également recevable sous cet angle.

E. 5

Contrairement à ce que semble croire le demandeur, le courrier adressé par la défenderesse à son conseil en octobre 2012 ne constitue en aucun cas une "décision" contre laquelle il peut interjeter recours. Dès lors, l'écriture du 27 novembre 2012 doit plutôt être considérée comme une action en paiement non chiffrée dirigée contre l'assurance, dont on peut

fortement douter qu'elle réponde aux exigences en matière de recevabilité formelle tant elle est confuse dans sa formulation et dans ses conclusions. Il semble cependant – au vu de l'échange de correspondances versé au dossier – que la pathologie dont est atteint l'assuré l'entrave précisément dans sa capacité à s'exprimer par écrit. Dans cette mesure et compte tenu du fait que le demandeur a précisé ses conclusions lors de son audition en comparaison personnelle, il y a lieu de considérer sa demande comme recevable également à la forme.

E. 6

Le demandeur conteste en premier lieu le salaire ayant servi de base au calcul de ses indemnités journalières. Il allègue qu'au moment du sinistre, il avait droit à un treizième salaire, ce qu'il n'a cependant pas établi de manière probante. Au contraire, son employeur a infirmé ces allégations. Quoi qu'il en soit, l'augmentation de salaire et l'introduction d'un treizième alléguées par le demandeur n'ont pas à être prises en compte dans la mesure où elles sont intervenues entre novembre et décembre 2010, durant sa courte reprise d'activité. Or, cette période d'activité est insuffisante pour considérer qu'il y a eu nouveau cas d'assurance ou rechute au sens de l'art. 2 al. 3 des CGA, lequel prévoit l'écoulement un délai de douze mois sans incapacité de travail.

A/3575/2012 - 7/10 - C'est donc à juste titre que, conformément à l'art. 8 al. 2 let. c de ses CGA, la défenderesse a calculé l'indemnité journalière, pour toute la durée du cas d'assurance, sur la base du dernier salaire AVS perçu avant la survenance du cas d'assurance. Qui plus est, le calcul de la défenderesse est favorable au demandeur puisque l'assurance a, malgré tout, sur l'insistance de l'assuré, ajouté l'indemnité supplémentaire de 8,33 % au salaire annuel et augmenté l'indemnité à 131 fr. 39 à 100 % (au lieu de 121 fr. 29) dès le 1er février 2011. La défenderesse a ainsi multiplié le salaire hebdomadaire par 52 semaines de travail (au lieu de 48) tout en y ajoutant l'indemnité pour vacances et jours fériés. Le premier grief du demandeur doit donc être écarté.

E. 7

Le demandeur reproche ensuite à la défenderesse d'avoir réduit le montant de ses indemnités à compter de mars 2012. La défenderesse motive son refus de payer l'intégralité de l'indemnité journalière par le fait que le demandeur a renoncé à réclamer les prestations d'invalidité auxquelles il aurait eu droit et ce, en violation de l'obligation qui lui incombait en vertu de l'art. 11 des CGA. Force est cependant de constater que si la disposition invoquée par la défenderesse parle effectivement de devoir d'annonce, ce devoir est défini à la lettre b comme celui de s'annoncer auprès de l'assurance perte de gain et non de l'assurance- invalidité. Cette dernière n'est évoquée que pour préciser que le paiement d'une indemnité journalière peut être différé jusqu'à l'émission d'une décision de l'AI. A aucun moment, il n'est fait obligation à l'assuré de s'annoncer auprès de celle-ci. On ne saurait dès lors reprocher à l'assuré une violation de ses obligations contractuelles dont la défenderesse pourrait se prévaloir pour réduire ou refuser ses prestations. De même, l'art. 9 al. 1 des CGA - selon lequel, "si l'assuré a également droit à des prestations d'assurances étatiques ou d'entreprise ou d'un tiers responsable, la Compagnie complète ces prestations dans le cadre de ses propres obligations, jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée" - ne prévoit pas l'obligation pour l'assuré qui aurait droit à une rente d'une assurance sociale de solliciter cette rente, pas plus que le droit pour l'assureur d'imputer sur ses propres prestations la rente hypothétique à laquelle l'assuré pourrait prétendre. Seul est prévu le droit pour l'assureur d'imputer sur les indemnités journalières assurées les rentes

effectivement servies par une assurance sociale. Il s'agit ainsi d'un droit qui est soumis à la condition que l'assuré perçoive une telle rente (ATF 133 III 527 consid. 3.3). La jurisprudence, en revanche, précise que, dans le cadre d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie soumise à la LCA, conçue comme une

A/3575/2012 - 8/10 - assurance de sommes, une imputation par l'assureur des prestations auxquelles l'assuré pourrait prétendre de la part d'un autre assureur peut être prévue par les conditions générales d'assurance. Lorsque ces dernières prévoient le droit pour l'assureur d'imputer sur les indemnités journalières les rentes effectivement servies par une assurance sociale, l'assuré ne peut pas empêcher l'avènement de cette condition (art. 156 CO) en refusant sans motif légitime de solliciter une rente de l'assurance-invalidité à laquelle il aurait droit (ATF 133 III 527). Il faut alors se demander si l'assuré s'est comporté de manière contraire à la bonne foi en refusant de solliciter une rente de l'assurance-invalidité. Pour juger si un comportement déterminé enfreint les règles de la bonne foi, il convient de l'apprécier en tenant compte de toutes les circonstances du cas d'espèce, en particulier des motifs et du but poursuivi; il faut se garder d'interpréter trop largement l'art. 156 CO, car, en convenant d'une condition, les parties ont introduit dans leurs relations un élément d'incertitude qu'elles doivent assumer; elles n'ont pas l'obligation de favoriser l'avènement de la condition, et la bonne foi n'exige pas qu'elles sacrifient leurs propres intérêts à cette fin (arrêts 4C.281/2005 du 15 décembre 2005, publié in SJ 2006 I p. 174, consid. 3.5, et C.254/1987 du 16 novembre 1987, publié in SJ 1988 p. 158, consid. 2a, et les références citées; cf. ATF 117 II 273 consid. 5c p. 281 et les arrêts cités). En l'espèce, l'assuré souffre de troubles psychiques qui ont justifié une totale incapacité de travail du 10 septembre au 10 novembre 2010, puis, sans discontinuer, depuis le 20 décembre 2010. Il a à nouveau dû être hospitalisé en 2012 pour une durée indéterminée et le pronostic à moyen terme ne paraît pas favorable. La défenderesse était donc en droit de conclure que le demandeur, s'il en avait fait la demande, aurait vraisemblablement pu se voir accorder des prestations de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, le refus du demandeur de solliciter une rente de l'assurance-invalidité, alors qu'il y a été invité à maintes reprises par la défenderesse, n'apparaît guère compréhensible. Certes, un assuré peut avoir des motifs légitimes à ne pas solliciter une rente de l'assurance-invalidité, mais tel n'est pas le cas en l'occurrence. Le demandeur se contente d'alléguer qu'une telle demande pourrait péjorer son état psychique – allégation que rien ne vient étayer – et qu'en l'état, il se contente des conditions financières précaires qui sont les siennes. Force est donc de constater qu'il n'invoque aucun motif digne de protection à l'appui de ce refus. Dans ces circonstances, il convient d'admettre que le demandeur s'est comporté de manière contraire à la bonne foi en refusant sans motif légitime de solliciter une rente de l'assurance-invalidité, empêchant ainsi l'avènement de la condition à laquelle la défenderesse aurait pu réduire ses prestations, conçues selon les conditions générales d'assurance comme subsidiaires à celles de l'assurance- invalidité.

A/3575/2012 - 9/10 - Il résulte de ce qui précède que la défenderesse était en droit d'imputer sur ses prestations dues au titre de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie la rente AI hypothétique à laquelle le demandeur aurait pu prétendre à compter du mois d'octobre 2011 (fin du délai de carence d'une année à compter de septembre 2010). La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/3575/2012 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

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