

GE_GERICHTE ATAS/797/2014 vom 27. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_797_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/797/2014 du 27 juin 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/797/2014 del 27 giugno 2014

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 (LCA ; RS 221.229.1).

E. 2

L'assurance en cause 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 entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106, consid. f), partant il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie.

E. 3

Selon l'art. F2 des conditions générales d'assurance (édition juillet 2010) d'assurance collective maladie d'indemnités journalières perte de gain (ci-après : CGA), le contrat est régi par la LCA.

E. 4

La compétence de la cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/3983/2013 - 10/19 -

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).

E. 6

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. L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En vertu de l'art. F1 CGA, l'assuré peut notamment choisir comme for judiciaire le lieu de son domicile, celui de son travail en Suisse ou Winterthur.

E. 7

En l'espèce, l'assuré est employé à Genève de sorte que la Cour de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 8

Le litige concerne le droit du demandeur à une indemnité journalière du 1er octobre 2012 au 30 novembre 2012, sous imputation des indemnités versées par l'assurance chômage.

E. 9

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, le demandeur était couvert 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 au bénéficiaire (i.e. le travailleur) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA (ATF non publié 4A_179/2007 du 12 septembre 2007, consid. 4.2).

E. 10

Par conséquent, le demandeur possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse (cf. ATF non publié 5C.42/2005 du 21 avril 2005, consid. 3).

E. 11

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (ATF non publié 5C.263/2000 du 6 mars 2001, consid. 4a).

E. 12

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 Cour 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

A/3983/2013 - 11/19 - 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. 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).

E. 13

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (ATF non publié 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 non publié 4A_491/2008 du 4 février 2009, consid. 3.1). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, elle 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).

E. 14

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). Elle s'applique également dans le domaine des contrats d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

E. 15

Il ressort de la police d'assurance n° 1 _____ que l'employeur du demandeur, en tant que preneur d'assurance, et la défenderesse ont conclu un contrat d'assurance. Conformément à ladite police, le demandeur, en sa qualité d'employé, a droit au versement d'une indemnité journalière s'élevant à 90% de son salaire du 31^{ème} au 730^{ème} jour de maladie, soit après l'écoulement d'un délai d'attente de 30 jours, dans une période de 900 jours consécutifs. Le salaire assuré s'élevait à CHF 325'072, soit une indemnité journalière de CHF 890,60, dont le 90% représente CHF 801,54 par jour, soit CHF 24'046,20 sur 30 jours et CHF 24'847,74 sur 31 jours.

E. 16

En premier lieu, il convient de déterminer si l'incapacité de gain admise par la défenderesse jusqu'au 30 septembre 2012 était encore en cours du 1^{er} octobre 2012

A/3983/2013 - 12/19 - au 30 novembre 2012. M. A_____ conteste la valeur probante de l'expertise du Dr G_____, contrairement à la défenderesse qui considère sa force probante comme pleine.

E. 17

Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances dans sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical, le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF non publié 4A_253/2007 du 13 novembre 2007, consid. 4.2). En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur

probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ce qui compte à cet égard, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF non publié 4A_412/2010 du 27 septembre 2010, consid. 3.1).

E. 18

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 l'intéressé 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).

E. 19

Concernant plus particulièrement l'appréciation du résultat d'une expertise, le juge n'est en principe pas lié par le rapport de l'expert, qu'il doit apprécier en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. S'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire (ATF 129 I 49 consid. 4; ATF 128 I 81 consid. 2; ATF 122 V 157 consid. 1c). De tels motifs déterminants existent notamment lorsque l'expertise contient des contradictions, lorsqu'une détermination ultérieure de son auteur vient la démentir sur des points importants, lorsqu'elle contient des constatations factuelles erronées ou des lacunes, A/3983/2013 - 13/19 - voire lorsqu'elle se fonde sur des pièces dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 110 Ib 52 consid. 2; ATF 101 Ib 405 consid. 3b/aa; ATF 101 IV 129 consid. 3a in fine; ATF non publié 4D_8/2008 du 31 mars 2008, consid. 3.2.1).

E. 20

En l'espèce, il convient d'analyser la valeur probante du rapport du Dr G_____ sur laquelle se fonde la défenderesse, étant précisé qu'il ne s'agit pas d'une expertise, l'assuré n'ayant pas pu poser de questions ni n'ayant pu choisir le praticien.

E. 21

Le Dr G_____ a rendu deux documents, soit un premier rapport, du 5 septembre 2012 à l'attention du médecin-conseil de l'assurance, puis le rapport du 20 septembre 2012.

E. 22

Le rapport du 5 septembre 2012 à l'attention du médecin d'AXA comprend des erreurs. Ainsi le traitement médicamenteux est incomplet. Seul le Floxifral 100 mg/jour est mentionné. Le Xanax 1,5 mg/ jour n'est pas cité. Les citations faites par le Dr G_____ du

rapport du Dr F_____ comprennent des erreurs. Ainsi, notamment, selon le rapport du Dr G_____ (page 3 de l'expertise du 5 septembre 2012 et 3 de celle du 20 septembre 2012) le Dr F_____ aurait indiqué que le patient aurait « montré une labilité émotionnelle ». Or, le Dr F_____ a relaté « Je n'ai pas constaté de labilité émotionnelle » (p. 3 du rapport du

E. 26

De surcroît, cette seconde conclusion, mise en lien avec le rapport du Dr F_____ revient à dire que les deux médecins sont fondamentalement opposés dans leurs conclusions puisque selon le Dr G_____ l'assuré était apte dès le 25 avril 2012, alors que précisément le Dr F_____ a conclu, le 26 avril 2012, que l'assuré était totalement incapable de travailler dans sa profession actuelle à 100%. Les conclusions que chaque praticien tire de la « rémission partielle » sont totalement contradictoires. Le Dr G_____ en déduit que le patient n'a pas de capacité de travail alors que le Dr F_____ en conclut que « lorsqu'une symptomatologie anxio-dépressive est en rémission partielle, autrement dit qu'elle n'est quasiment plus présente, il aurait alors été logique de considérer que sa capacité de travail était alors entière le jour de son entretien soit le 25 avril 2012 ».

E. 27

La plainte de la fatigabilité n'a pas été suffisamment investiguée. Les symptômes de fatigabilité de l'assuré avaient pu être vérifiés par le Dr F_____ qui avait constaté qu'après trois quarts d'heure d'entretien, M. A_____ apparaissait fatigué. Le Dr G_____ a simplement écarté toute fatigabilité, n'ayant rien constaté. Outre que l'entretien n'a probablement duré que 45 minutes, il n'est pas précisé combien de temps ont duré les tests psychométriques. Le rapport manque de précision sur cet aspect médical ce qui implique que la conclusion du Dr G_____ n'est pas convaincante. Les autres plaintes de l'assuré ne sont pas suffisamment discutées, notamment celles relatives aux capacités intellectuelles que l'assuré estime altérées ainsi que celles de ses « difficultés à être à 100% », l'expert se limitant à indiquer qu'il ressort des tests psychométriques une tendance à une certaine amplification et une perception peut-être exagérée de ses difficultés.

E. 28

Il n'est pas possible de savoir si les autres griefs du recourant sur le déroulement de l'entretien sont fondés ou non, notamment en ce qui concerne le fait que des sujets non pertinents ont été abordés (situation en Belgique ou intérêt pour l'art), l'interruption brutale et inattendue de l'entretien par le praticien, la mention dans le rapport d'expertise de propos mis dans la bouche de l'expertisé que celui-ci n'aurait jamais tenu (« peu intelligent, idiot » en parlant de son collègue) ou la mention du praticien selon laquelle « vu que le patient n'était pas suicidaire, il n'avait aucune raison de rester malade ». Des considérations sans pertinence, ou en tous les cas sans que leur pertinence ne soit expliquée, sont toutefois faites par le Dr G_____ dans son rapport à l'instar du fait que le patient n'aurait qu'un pied-à-terre à Genève.

E. 29

L'augmentation du traitement médical préconisée par le Dr G_____ a péjoré l'état de santé du patient. Dans ces conditions il est difficile de retenir que, même si celui-ci pouvait, de l'avis du Dr G_____, travailler avant la consultation en son

A/3983/2013 - 16/19 - cabinet, il le soit forcément resté si son état de santé s'était péjoré. Cette péjoration n'a pas été contestée par l'intimée. Elle est attestée par le Dr D_____.

E. 30

De même l'interrogation du recourant quant à la cohérence de la conclusion selon laquelle il serait totalement apte à travailler mais que son état de santé nécessiterait une augmentation du traitement médical est fondée.

E. 31

Compte tenu, principalement, des lacunes de l'anamnèse, des incohérences dans les conclusions, des erreurs dans le rapport d'expertise, des conclusions divergentes et non discutées avec les autres praticiens, il ne peut être reconnu pleine valeur probante au rapport du Dr G_____.

E. 32

De surcroît, malgré ces incohérences manifestes AXA n'a pas poussé plus loin les investigations. Elle n'a même pas soumis le dossier à son propre médecin traitant ni pour lui demander son avis sur dossier ni même pour qu'il ait une consultation avec le patient. AXA n'a pas non plus posé des questions complémentaires aux praticiens concernés afin de d'éclaircir ces divergences.

E. 33

Ceci intervient dans un contexte où les conditions dans lesquelles l'expertise a été ordonnée interpellent. Aucune pièce au dossier ne prouve à quelle date AXA a reçu le rapport du Dr F_____. Tous les documents produits attestent que l'expertise a été communiquée au patient et à son médecin en juillet 2012, soit quelques jours avant qu'un nouvel expert ne soit mandaté, le 30 juillet 2012, pour une mission strictement identique à celle du Dr F_____. Le mandat d'expertise donné au Dr G_____ est d'ailleurs, mot pour mot, le même que celui confié au Dr F_____. Dans l'hypothèse où un complément s'avérerait nécessaire, il aurait été logique de le confier à nouveau au Dr F_____. L'on ne peut pas s'étonner du sentiment de l'assuré selon lequel les conclusions du premier expert n'étant pas favorables à l'assurance celle-ci a préféré en mandater un autre.

E. 34

Le litige se limite aux deux mois suivant la fin des rapports de travail.

Au vu de ce qui précède, le rapport du Dr G_____ ne peut se voir reconnu une pleine valeur probante. Il existe des motifs déterminants au sens de la jurisprudence pour s'écarter des conclusions dudit rapport.

Il convient en conséquence de se fonder sur les avis médicaux des Drs F_____, I_____ de Bornem en Belgique et surtout D_____ exprimé notamment dans son courrier du 30 septembre 2012. Il a de surcroît établi l'incapacité de travail de son patient, précisément pendant la période concernée, soit le 19 novembre 2012, attestant de l'incapacité de travail de M. A_____ à 100% du 1er octobre 2012 au 30 novembre 2012, mais de sa pleine capacité dès le 1er décembre 2012. Une nouvelle expertise serait délicate puisque le recourant a recouvré entretemps sa capacité de travail. De surcroît, il n'est pas contesté que le traitement médicamenteux préconisé par l'expert lui-même ait péjoré l'état de santé du patient à compter de septembre 2012, ce que le Dr D_____ a constaté et auquel il a dû remédier.

Enfin, l'argument de la défenderesse selon lequel le Dr D_____ n'est pas détenteur d'un FMH en psychiatrie n'est pas pertinent en l'espèce pour attester de la prolongation de deux mois d'une incapacité de travail de l'assuré. L'assurance s'était fondée sur les avis dudit praticien pour les mois de décembre 2011 jusqu'à fin septembre 2012, soit jusqu'au litige et n'avait pas remis en cause ses compétences. De surcroît, l'avis du Dr D_____ est conforté par le rapport du Dr F_____, lequel avait indiqué que le traitement mis en place par le Dr D_____ était parfaitement adéquat et devait être poursuivi, ce qui confirme la pertinence du praticien. De même le Dr F_____ avait relevé que même si M. A_____ était licencié, l'assuré resterait incapable de travailler, « la reprise d'activité devant être envisagée dès qu'il serait en état de se présenter à des entretiens d'embauche ».

Le grief de la défenderesse selon lequel le Dr D_____ ne s'était déterminé que sur le rapport du 5 septembre 2012 n'est pas déterminant. Le médecin n'a pas manifesté de changement de position à la lecture du rapport final du 30 septembre 2012 et a surtout confirmé l'incapacité de travail le 19 novembre 2012. Enfin l'argument selon lequel l'empêchement médical de travailler cesse de facto dès la date de la fin des rapports de travail lorsque cette incapacité est en lien avec l'employeur doit être examinée de cas en cas. Elle n'est pas vérifiée dans le cas d'espèce au vu des considérations qui précèdent.

E. 35

Le demandeur a établi à satisfaction de droit que son incapacité de travail a perduré jusqu'au 30 novembre 2012. Il sera fait droit à la demande de M. A_____ sur la demande en paiement des indemnités journalières.

E. 36

Le montant des indemnités journalières n'est pas contesté, soit le 90% de CHF 890,60, ce qui représente CHF 801,54 par jour calendaire. Le montant de CHF 24'847,74 (CHF 801,54 x 31 jours) est dû pour octobre 2012, et CHF 24'046,20 (CHF 801,54 x 30 jours) pour novembre 2012, soit CHF 48'893,94. Le demandeur a procédé à l'imputation des indemnités chômage, soit CHF 4'258.10 perçu en octobre 2012 et le même montant pour novembre 2012. Il a ainsi conclu à CHF 40'377,74. Étant donné que la Cour de céans ne saurait statuer ultra petita (art. 58 al. 1 CPC), la défenderesse sera condamnée à verser à la demanderesse la somme de CHF 40'377,74.

E. 37

S'agissant des intérêts moratoires, 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. 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

A/3983/2013 - 18/19 - 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).

E. 38

L'interpellation est une déclaration de volonté que le créancier adresse au débiteur pour lui faire savoir qu'il exige la prestation sans délai (WEBER, Commentaire bernois, n. 63 ad art. 102 CO ; LARENZ, Lehrbuch des Schuldrechts, vol. I, Allgemeiner Teil, 14e éd., Munich 1987, p. 345). L'interpellation doit désigner la prestation à effectuer d'une manière suffisamment exacte pour que le débiteur comprenne ce que le créancier entend réclamer. S'il s'agit d'une créance d'argent, il faut en règle générale préciser son montant. Le créancier peut cependant renoncer à chiffrer sa prétention dans l'interpellation elle-même, par exemple, lorsqu'il se réfère à une facture envoyée auparavant et dans laquelle le montant est précisé (ATF 129 III 535 in JT 2003 I 590 consid. 3.2.2). Le demandeur a conclu à 5% d'intérêts dès le 1er novembre 2012. Dès le 5 octobre 2012, il a manifesté son désaccord avec la cessation du paiement des indemnités journalières. On peut considérer que l'intérêt moratoire est dû quatre semaines après le 5 octobre 2012, soit dès le 2 novembre 2012 pour les indemnités journalières dues pour octobre 2012 et dès le 1er décembre 2012 pour celles de novembre 2012, non exigibles avant cette date. Par ailleurs, l'assureur qui est en demeure doit l'intérêt moratoire au taux de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO; arrêt 4A_307/2008 du 27 novembre 2008 consid. 6.3.1).

E. 39

En conclusion, le montant dû pour octobre 2012 est donc de CHF 20'589,64 (CHF 24'847,74 sous imputation de CHF 4'258.10) avec intérêts à 5% dès le 2 novembre 2012. Le montant dû pour novembre 2012 est donc de CHF 19'788,10 (CHF 24'046,20 sous imputation de CHF 4'258.10) avec intérêts à 5% dès le 1er décembre 2012.

E. 40

Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC ; RS E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). La demanderesse, représentée par un conseil, obtenant gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de 6'000 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC ; art. 20 à 23 de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]; art. 84 et 85 du RTFMC). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/3983/2013 - 19/19 - 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.