

## **GE\_GERICHTE ATAS/873/2006 vom 3. Oktober 2006**

GE Cour de justice, 2006-10-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_873\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_873_2006)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/873/2006 du 3 octobre 2006

IT: GE\_GERICHTE ATAS/873/2006 del 3 ottobre 2006

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

#### **E. 2**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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), et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA). Ainsi que cela ressort de la lecture des travaux préparatoires, cette volonté du législateur vise à améliorer la situation des assurés qui, en cas de litige avec un assureur privé portant sur des prestations complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire ou à l'assurance-accidents obligatoire, peuvent désormais saisir le Tribunal des assurances (cf. Mémorial du Grand Conseil 2001-2002, p. 98, relatif à l'art. 56G al. 1 let. g du projet de loi PL 8636, devenu l'art. 56V al. 1 let. c LOJ). Selon le Tribunal des conflits, dans son arrêt du 26 août 2005 (ACOM 55/2005), le Tribunal cantonal des assurances sociales est désormais saisi de l'ensemble du

A/237/2006 - 9/17 - contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents, que cette assurance complémentaire soit offerte tant par une caisse maladie que par une institution d'assurance privée autorisée ou non par l'office fédéral des assurances sociales. D'après la doctrine, il y a lieu d'admettre que les assurances-maladie complémentaires le sont par rapport à l'assurance-maladie sociale - plus précisément à l'assurance obligatoire des soins - et qu'elles doivent permettre aux assurés de compléter, à la carte en quelque sorte, les prestations de cette assurance de base (VIRET, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in : LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 670). Il y a assurances complémentaires à la LAMal en tout cas lorsqu'il existe un lien matériel immédiat entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale, ou autrement dit lorsqu'il y a vocation à compléter le catalogue des prestations assurées selon la LAMal, comme c'est le cas par exemple des contrats collectifs perte de gain (cf. JdT 1999 III 106 consid. 4e et 4f). De plus, la LAMal consacre une distinction entre l'assurance sociale et les assurances complémentaires sur le modèle de

l'assurance-accidents (BRULHART, Quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau régime de la LAMal, p. 739). Dans le domaine de l'assurance-accidents, le besoin de couverture complémentaire existe car l'indemnisation n'est pas intégrale, notamment pour permettre aux assurés d'être hospitalisés en division privée ou semi-privée et/ou pour garantir une compensation complète de la perte de revenu consécutive à l'accident (VIRET, Assureurs privés et assurances sociales en Suisse, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale 1990 n° 7, p. 138). En l'espèce, le demandeur est couvert par un contrat d'assurance-maladie collective en indemnité journalière contre la perte de gain consécutive à la maladie ou à un accident. Ce contrat est soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après LCA) et il est géré par une pure assurance privée. De plus, en tant qu'indépendant, l'assuré n'est pas soumis à l'assurance-accidents obligatoire (art. 1 al. 1 LAA a contrario). En outre, selon les CGA (édition 1997) régissant l'assurance-maladie collective, la GENEVOISE garantit le paiement d'une indemnité journalière correspondant soit à un pourcentage du salaire, soit à un montant fixe convenu d'avance (art. 13 CGA). Or, la police d'assurance prévoit un montant assuré de 450 fr. par jour qui est un montant fixe et non pas un pourcentage du salaire. Dans un tel cas, l'assurance de l'indemnité journalière est une assurance de sommes ce qui a pour conséquence que les prestations versées par l'assureur obligatoire contre les accidents ne peuvent pas être imputées sur les allocations dues par l'assureur privé, à moins que les CGA n'envisagent une telle imputation (BREHM, l'assurance privée contre les accidents, Berne, 2001, p. 191 ss par. 376). Dans le cas du demandeur, les CGA prévoient bien une telle imputation et précisent que cette imputation ne s'applique pas à l'allocation journalière pour un montant fixe de l'art. 17.2 CGA (art. 20 CGA). On doit dès lors se poser la question

A/237/2006 - 10/17 - de savoir si une telle assurance de sommes n'est pas une prestation typique de l'assurance privée, sans rapport avec l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire ou à l'assurance-accidents obligatoire. De l'avis du Tribunal de céans, ce qui est important pour décider s'il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie ou accidents est qu'il s'agisse d'une prestation faisant partie du catalogue de l'assurance-maladie ou accidents. Or, même si en tant qu'indépendant, le demandeur n'est pas soumis à l'assurance-accidents obligatoire (art. 1 al. 1 LAA a contrario), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 let. b LAMal), il est en tout cas couvert automatiquement contre les accidents en vertu de la LAMal (cf. RAMA 3/2001 p. 150 consid. 1b)). En conséquence, du point de vue formel, son assurance en perte de gain est bien complémentaire à une assurance sociale. Enfin, d'un point de vue matériel, on doit également la qualifier d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie ou accidents puisque l'indemnité journalière en cas de perte de gain est prévue dans le catalogue de l'assurance maladie facultative et dans celui de l'assurance-accidents couverte subsidiairement par l'assurance-maladie. En effet, dans un cas identique d'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail due à une maladie prévue par un contrat collectif, la Chambre des recours vaudoise a admis que le risque couvert par le contrat collectif était le même que celui couvert à titre principal par la LAMal et que les prestations assurées étaient de même nature que celles prévues aux art. 67 ss LAMal de sorte qu'il existait un lien matériel immédiat entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106 consid. f). La compétence du Tribunal pour juger du cas d'espèce doit ainsi être admise.

### **E. 3**

Le droit à une indemnité journalière à 100% du 27 mai au 6 juin 2004 ainsi qu'à 75% du 7 juin au 11 décembre 2004 n'est pas contesté. Seul le droit à une indemnité journalière postérieure à cette date est litigieux. En conséquence, le présent litige porte sur le droit à des indemnités journalières du 12 décembre 2004 au 31 décembre 2005.

### **E. 4**

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) dont l'art. 3 let. b prévoit que le for est, pour les actions dirigées contre une personne morale, celui de son siège. En l'espèce, la défenderesse a son siège à Genève de sorte que le Tribunal de céans est compétent pour connaître de la présente demande. La demande respectant les conditions de recevabilité de l'art. 89 B LPA, elle est recevable.

### **E. 5**

Le demandeur soutient qu'il a subi deux accidents, d'une part, un accident de ski en décembre 2002 qui a lésé la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, d'autre part, un

A/237/2006 - 11/17 - accident de bicyclette survenu le 27 mai 2004 qui a provoqué une luxation acromioclaviculaire de stade III à l'épaule droite, une commotion cérébrale, des maux de tête, des vertiges, des difficultés de concentration et des insomnies. Il estime que ces deux accidents ont entraîné des atteintes différentes à la santé et constituent des événements indépendants l'un de l'autre, de sorte que son droit à l'indemnité journalière est de 700 jours pour chaque accident. Pour sa part, la défenderesse prétend que le critère permettant la renaissance du droit à l'indemnité journalière pendant 700 jours n'est pas l'existence d'un deuxième accident, mais bien celle de l'absence d'un rapport entre deux accidents. Elle considère qu'il y a un rapport entre deux accidents lorsque ceux-ci fondent la même cause à l'incapacité de travail. Elle expose que les deux accidents ont provoqué une atteinte à la mobilité du bras droit, soit d'un membre qui concerne la même fonction. En conséquence, elle estime que c'est l'atteinte à l'épaule droite qui fonde l'incapacité de travail à raison de 75% de sorte qu'il existe un rapport entre les deux accidents. Elle soutient également que le deuxième accident a provoqué une aggravation des troubles limitée dans le temps, puisque l'incapacité de travail de l'assuré est retombée à 75% dès le 7 juin 2004, de sorte que dès cette date le statu quo ante a été rétabli.

### **E. 6**

La police d'assurance maladie collective n° 9965.454, datée du 3 mai 2002, consécutive au renouvellement de contrat, prévoit une couverture d'assurance du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2004. Sous la rubrique "personnes assurées", elle mentionne le demandeur. Quant aux prestations assurées, elle précise qu'il s'agit d'une indemnité journalière, perte de gain, en cas de maladie et d'accident d'un montant de 450 fr. par jour versée durant 700 jours par cas, avec délai d'attente de 30 jours par cas. En outre, elle mentionne que les CGA 1997 sont annexées. Selon les CGA (édition 1997) régissant l'assurance-collective d'indemnité journalière-maladie de la GENEVOISE, cette dernière verse la prestation convenue aussi longtemps que l'assuré, en traitement médical, est incapable de travailler. La durée des prestations est fixée dans la police d'assurance (art. 14). Un cas (maladie ou accident) est tout événement donnant droit à des prestations. Si une nouvelle maladie ou un nouvel accident survient avant que le premier cas ait pris fin, il ne constitue un nouveau cas que s'il n'a aucun rapport avec le premier (art. 5 ch. 5). Selon l'art. 11 ch. 1 CGA, chaque assuré perd, sans autre avis, le bénéfice de la couverture, notamment, à l'expiration du contrat (let.

a) et lors de l'épuisement du droit aux prestations pour des cas d'incapacité totale ou partielle au travail (let. d). Le début et la fin de l'assurance sont fixés dans la police (art. 23 ch. 1). Si l'assurance n'est pas résiliée par le preneur d'assurance ou par la GENEVOISE par lettre recommandée au moins trois mois avant son expiration, elle se renouvelle tacitement d'année en année (art. 24 ch. 1). Après chaque sinistre pour lequel une indemnité est due, les parties ont le droit de se départir du contrat, la GENEVOISE au plus tard lors du paiement de l'indemnité, le preneur d'assurance au plus tard 14

A/237/2006 - 12/17 - jours après qu'il a eu connaissance du paiement (art. 24 ch. 2, 1<sup>e</sup> phrase). Si la GENEVOISE résilie, son obligation cesse 14 jours après qu'elle a notifié au preneur d'assurance la résiliation (art. 24 ch. 2, 2<sup>e</sup> phrase). Aussi longtemps qu'un assuré appartenant aux catégories de personnel désignées dans la police ou que le personnel assuré facultativement reçoit une indemnité journalière de perte de gain partielle ou entière en pourcentage du salaire, sa prime est exonérée de paiement proportionnellement au degré de son incapacité de travail (art. 26).

## **E. 7**

a) La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au CO pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). Le juge s'efforcera, en premier lieu, de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions et dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de leur convention (art. 18 al. 1 CO; ATF 127 III 444 consid. 1 b). b) S'il ne parvient pas à établir avec sûreté 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 122 III 118 consid. 2a; 118 II 342 consid. 1a p. 344-345; 112 II 245 consid. II/1c p. 253-254). Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de son comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 127 III 279 consid. 2c/ee p. 287 et les références doctrinales. c) 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 règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") ce qui présuppose pour le moins que les clauses litigieuses ne soient pas claires (ATF 122 III 118 consid. 2a et arrêts cités); l'art. 33 in fine LCA, qui prévoit que les clauses d'exclusion ne sont opposables à l'assuré que si elles sont rédigées de façon précise et non équivoque, en est une concrétisation (ATF 115 II 264 consid. 5a p. 269). Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés. Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. 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

A/237/2006 - 13/17 - d'interprétation (ATF 122 III 118 consid. 2d; 118 II 342 consid. 1a p. 344; 100 II 144 consid. 4c p. 153; 99 II 290 consid. 5 p. 292). La règle "in dubio contra assicuratorem" n'a pas pour effet de rendre inapplicable la clause litigieuse, ce qui est le cas de la clause qualifiée d'insolite, mais elle exige d'interpréter la disposition en défaveur de l'assureur (ATF 116 II 345 consid. 2b p. 347; 115 II 264 consid. 5a p. 268). d) La validité des conditions générales d'affaires préformées doit toutefois être limitée par la règle dite de l'inhabituel, ou de l'insolite (Ungewöhnlichkeitsregel), en vertu de laquelle sont soustraites de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles, sur l'existence desquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (ATF 119 II 443 consid. 1a et les références citées). Pour qu'une clause soit considérée comme insolite, il ne suffit pas que le contractant soit inexpérimenté dans la branche économique en question; il faut en plus de ce critère subjectif que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire, c'est-à-dire qu'elle en modifie de manière essentielle la nature ou sorte notablement du cadre légal d'un type de contrat (ATF 119 II 443 consid. 1a; 109 II 452 consid. 5b et les références citées; 5C.74/2002).

## **E. 8**

Le demandeur prétend que l'art. 5 ch. 5 CGA est une clause ambiguë dans la mesure où le contrat d'assurance prévoit clairement le paiement d'indemnités journalières durant 700 jours par cas, de sorte qu'il pouvait raisonnablement comprendre que chaque cas différent, à savoir chaque accident qui n'est pas la suite logique d'un autre accident, lui donnait droit au paiement d'indemnités durant 700 jours tant que le contrat n'avait pas été dénoncé dans la forme et à l'avance. Il est vrai que la police d'assurance prévoit le paiement d'une indemnité journalière en cas de perte de gain due à la maladie ou l'accident pendant 700 jours par cas et que l'art. 5 ch. 5, 1e phrase CGA indique qu'un cas (maladie ou accident) est tout événement donnant droit à des prestations. En revanche l'art. 5 ch. 5, 2e et 3e phrases CGA restreint la notion de nouveau cas dans deux éventualités, d'une part, lorsque la nouvelle maladie ou le nouvel accident survient avant que le premier cas n'ait pris fin, d'autre part, lorsque la maladie ou la séquelle d'accidents, médicalement, se rattache à une maladie antérieure ou à un accident passé (rechute). Cette disposition des CGA prévoit qu'il y a un nouveau cas, dans la première éventualité, si la nouvelle maladie ou le nouvel accident n'a aucun rapport avec le premier et, dans la seconde éventualité, si l'assuré n'a pas été en traitement pour cette maladie ou séquelle d'accident au cours des douze mois qui suivent la fin du cas antérieur. En l'espèce, le texte de l'art. 5 ch. 5 CGA signifie qu'en présence d'un nouvel accident ou d'une nouvelle maladie donnant droit à des prestations avant que le

A/237/2006 - 14/17 - premier cas n'ait pris fin, il y a un nouveau cas si la nouvelle maladie ou le nouvel accident n'a aucun rapport avec le premier cas. Il n'existe manifestement pas de réelle et commune intention des parties quant aux prestations couvertes par le contrat d'assurance. Par conséquent, il faut rechercher comment, selon le principe de la confiance, le demandeur pouvait et devait comprendre de bonne foi le terme "aucun rapport avec le premier cas" au moment où il a renouvelé le contrat, le 3 mai 2002. Le terme "aucun rapport avec le premier cas" de l'art. 5 ch. 5, 2e phrase CGA, bien qu'il soit courant, peut être compris de différentes façons dès lors que les CGA ne définissent pas la notion de rapport. Au sens littéral, il signifie "absence de lien ou de relation entre deux ou plusieurs personnes ou choses" (cf. Dictionnaire Le Petit Larousse - noms communs). Dans le cadre d'une assurance en indemnité journalière perte de gain consécutive à un accident, on peut le

comprendre comme l'absence de rapport entre l'incapacité de travail consécutive au premier accident et celle consécutive au second accident ou encore comme l'absence de rapport entre le premier accident et le second accident. Dans cette dernière acception, faute d'être précisée, la notion de rapport est vaste et peut inclure aussi bien l'absence d'influence du premier accident sur le deuxième accident quant à sa genèse (accidents indépendants l'un de l'autre) que quant à ses conséquences (troubles totalement différents ou absence d'un état de moindre résistance d'une partie du corps favorisant la survenance de la lésion). Le but poursuivi par cette clause vise à limiter la notion de nouveau cas et, partant, à exclure la renaissance du droit à l'indemnité journalière lorsque survient un nouvel accident ou une nouvelle maladie qui a un rapport avec une incapacité de travail déjà en cours. Etant donné que le terme "aucun rapport avec le premier cas" peut être compris de différentes manières, il faut admettre que l'art. 5 ch. 5, 2e phrase CGA est une clause ambiguë qui doit être interprétée en faveur de l'assuré, à savoir qu'elle signifie "accidents indépendants l'un de l'autre quant à leur circonstances de réalisation". En conséquence, dans le présent cas, il est indéniable que l'accident de vélo du 27 mai 2004 est sans aucun rapport avec l'accident de ski de décembre 2002 en tant qu'ils se sont produits à des époques différentes et dans des circonstances différentes de sorte que le dernier n'a pas favorisé la survenance du premier, et, partant, constitue un nouveau cas au sens de l'art. 5 CGA.

## **E. 9**

Il reste à déterminer si ce nouveau cas entraîne une incapacité de travail et donc l'octroi de prestations. Selon le seul rapport médical au dossier concernant cet accident, rédigé par le Dr de A\_\_\_\_\_ le 4 juin 2004, l'incapacité de travail a été de 100% du 27 mai au 6 juin 2004, avant d'atteindre 75% dès le 7 juin 2004. Ce médecin ne précise pas

A/237/2006 - 15/17 - explicitement si l'incapacité de travail de 75% dès le 7 juin 2004 est justifiée par l'accident de décembre 2002 ou par celui de mai 2004. Toutefois, en mentionnant en "nota bene" que le nouvel accident aggravait la problématique de l'épaule droite, qui entraînait déjà une incapacité de travail de 75%, il admet que ce nouvel accident n'a pas amélioré l'état de l'épaule droite et indique implicitement que l'incapacité de travail de 75% dès le 7 juin 2004 est toujours justifiée par l'accident de décembre 2002 qui avait déjà lésé l'épaule droite. Cette conclusion ressort également du rapport d'expertise du Dr B\_\_\_\_\_ du 30 mai 2003 qui estime difficile de formuler un pronostic, mais qui, au vu de l'absence d'amélioration depuis janvier 2003, estime comme peu probable qu'elle soit favorable, en réservant toutefois la reprise d'un traitement de physiothérapie. Au demeurant, le demandeur ne conteste pas formellement que son incapacité de travail de 75% est due à l'accident de mai 2004. Au contraire, lors de son audition devant le Tribunal, il a confirmé que son incapacité d'exercer son activité de chirurgien, due aux troubles de l'épaule droite et justifiant une incapacité de travail de 75%, remontait à l'accident de décembre 2002. En conséquence, force est de constater que l'accident de mai 2004 n'entraîne plus d'incapacité de travail depuis le 7 juin 2004, l'incapacité de travail résiduelle étant due à l'accident de décembre 2002. En revanche, l'assuré invoque également l'existence de nouveaux symptômes tels que des maux de tête, des vertiges, des troubles de la concentration et des insomnies ainsi qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche due à une chute survenue à la fin novembre 2004 à la suite d'une perte d'équilibre au lever. Etant donné que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ ne mentionne aucunement de tels symptômes et que ses certificats de travail du 25 novembre 2004 et du 14 janvier 2005 ne font nullement état d'une augmentation de l'incapacité de travail, mais continuent à attester une incapacité

de travail de 75% dès le 7 juin 2004, il n'est pas établi que ces symptômes soient en rapport de causalité avec l'accident de mai 2004 et d'autre part qu'ils entraînent une incapacité de travail. En définitive, le demandeur a droit, pour le premier accident, à une indemnité journalière de 700 jours, sous déduction d'un délai de carence de 30 jours, soit du

### **E. 13**

janvier 2003 au 14 décembre 2004. La défenderesse a versé une telle indemnité journalière de sorte qu'elle a rempli ses obligations légales. En revanche, pour le second accident, le demandeur a droit en principe à une indemnité journalière pour le supplément d'incapacité de travail de 25% du 27 mai au 6 juin 2004. Toutefois, eu égard au délai de carence de 30 jours, son droit aux prestations débute le 25 juin 2004, date à laquelle l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail en rapport avec l'accident de mai 2004, de sorte que sa demande doit être rejetée. 10. Le demandeur soutient encore que le contrat d'assurance est toujours en vigueur, faute pour la défenderesse de l'avoir résilié dans le délai contractuel de trois mois avant l'échéance.

A/237/2006 - 16/17 - En l'espèce, l'art. 11 ch. 1 let. d CGA prévoit expressément la perte de la couverture, sans autre avis, lors de l'épuisement du droit aux prestations en cas d'incapacité totale ou partielle de travail. Dans une telle hypothèse, conformément à l'art. 154 al. 1 CO, le contrat dont la résolution est soumise à une condition résolutoire s'éteint de plein droit sans qu'une résiliation expresse ne soit nécessaire. En conséquence, en application de cette disposition, le contrat s'est éteint de plein droit au terme du droit aux prestations en cas d'incapacité de travail, soit le 14 décembre 2004, de sorte que, contrairement à ce que soutient le demandeur, le contrat d'assurance n'est plus en vigueur. 11. Enfin, le demandeur estime que des mesures d'instruction supplémentaire doivent être menées, notamment, par la mise en œuvre d'une expertise médicale. Aux termes de l'art. 19 LPA sur renvoi de l'art. 89A LPA, le Tribunal cantonal des assurances sociales établit les faits d'office. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATF A non publié du

### **E. 17**

mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre au Tribunal de statuer sur le droit de l'assuré à l'indemnité journalière, notamment sur la question de l'appréciation de la capacité de travail en rapport avec l'accident de bicyclette de mai 2004, sans devoir mettre en œuvre une expertise médicale. 12. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée.

A/237/2006 - 17/17 -

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