

GE_GERICHTE ATAS/933/2014 vom 26. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_933_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/933/2014 du 26 août 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/933/2014 del 26 agosto 2014

Erwägungen

E. 1

a. 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; 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). La LCA est applicable au présent contrat d'assurance, comme cela ressort de l'art. 1 des conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires de l'assureur (ci-après CGC, édition du 1er juillet 2000). La compétence à raison de la matière de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b. S'agissant de la compétence ratione loci, 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 permet aux parties de convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. L'art. 38 CGC prévoit un for alternatif au domicile de l'assuré ou au siège de l'assurance. Il découle de ce qui précède qu'il existe un for au domicile de l'assuré, soit en l'espèce le Canton de Genève, de sorte que la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 2

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. 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),

A/653/2014 - 5/12 - étant rappelé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (cf. art. 134 al. 1 let. c LOJ). Par conséquent, le recours interjeté le 3 mars 2014 doit être assimilé à une demande en paiement, laquelle a été déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, et est, partant, recevable.

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assureur de résilier le contrat conclu, pour cause de réticence.

E. 4

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 (LAMal; RS

832.10), la procédure simplifiée s'applique quelle que soit la valeur litigieuse (art. 243 al. 2 CPC) et le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

E. 5

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire (cf. ATF 127 III 421 consid. 2), reste pleinement valable (BOHNET, HALDY, JEANDIN, SCHWEIZER, TAPPY, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 22 ad art. 247 CPC). 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. Le juge 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 plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

E. 6

Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée (ATF 129 III 18 consid. 2.6). Au surplus, 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 CC, 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 130 III 321 consid. 3.1).

E. 7

Celui qui veut s'assurer doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 3 LCA). Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de

A/653/2014 - 6/12 - supposer l'existence d'une cause de risque. Le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 p. 513). Il peut en particulier s'agir de faits propres à aggraver le risque assuré; l'aggravation du risque est décisive lorsqu'il faut admettre que l'assureur refuserait le contrat s'il connaissait le fait en question ou qu'il ne le conclurait qu'à d'autres conditions, plus restrictives ou plus onéreuses (cf. ATF 122 III 458 consid. 3b/aa p. 460). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 336; 134 III 511 consid. 3.3.4 p. 515). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 336 s.). La présomption de l'art. 4 al. 3 LCA tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour

la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve (ATF 118 II 333 consid. 2a et les références citées). Il demeure loisible au preneur d'assurance de prouver que les indications de fait qu'il a données n'ont eu en l'espèce aucune influence sur la détermination de la volonté de l'assureur, en d'autres termes que ce dernier aurait conclu le contrat aux conditions convenues même s'il avait connu le fait que le preneur d'assurance a omis de déclarer ou inexactement déclaré (ATF 99 II 67 consid. 4e p. 82; 92 II 342 consid. 5 p. 352; arrêt 5C.5/2005 du 23 juin 2005 consid. 2.4 non publié aux ATF 131 III 542). L'opinion contraire de Olivier CARRE (Loi fédérale sur le contrat d'assurance, art. 4 LCA, p. 142), selon laquelle il appartient à l'assureur de prouver que tel élément de fait, objet d'une question du formulaire de proposition, revêt en soi une importance pour l'appréciation du risque est contraire au texte de loi et à la jurisprudence du Tribunal fédéral, ne saurait être suivie (Arrêt du 28 mai 2008; 5C.262/2006). Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (cf. art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337; 134 III 511 consid. 3.3.3 p. 514). Il résulte clairement du texte des articles 4 et 6 LCA qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assurance, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont

A/653/2014 - 7/12 - effectivement connus, mais également ceux qu'il devait connaître. Ce qui est finalement décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées. (ATF 118 II 333 consid. 2b ; ATF 116 V 226 consid. 5a et b ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340 et les références). De son côté, l'assureur doit examiner avec diligence et esprit critique les réponses qu'il reçoit, faute de quoi il s'expose à ne pas pouvoir invoquer la réticence (cf. art. 8 ch. 3 et 4 LCA). La jurisprudence a cependant souligné qu'il ne fallait pas poser à ce sujet des exigences excessives, afin de ne pas renverser les rôles: il appartient en premier lieu au proposant de donner des réponses véridiques (arrêt 4A_370/2012 du 4 décembre 2012 consid. 2.1).

E. 8

Sous l'art. 6 aLCA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration des faits importants pour l'appréciation des risques avait omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'était pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il avait eu connaissance de la réticence. Un lien de causalité entre le fait caché ou inexactement

déclaré et le sinistre n'était pas nécessaire (cf. ATF 92 II 342 consid. 4; arrêt 5C.262/2006 du 25 mai 2009 consid 4.2, SJ 2008 I 400). A noter que les dispositions générales sur les vices du consentement (art. 23 ss CO) ne s'appliquent pas (cf. ATF 118 II 333 consid. 3d in fine; 61 II 281 consid. 1). Dans ce cas, l'assureur pouvait résilier le contrat avec effet rétroactif (ex tunc) et refuser les prestations pour un dommage déjà survenu même s'il n'était pas lié au fait à l'origine de la réticence (ATF 111 I 388 consid. 3a; ATF 109 II 60 consid. 3c; ATF 92 II 342 consid. 4, ATF 138 III 416, consid. 6.1). Cette règle en matière de réticence a été considérée comme trop sévère, spécialement par la doctrine. Le Conseil fédéral a dès lors proposé de remplacer le droit de se départir du contrat par un droit de résiliation et de ne permettre à l'assureur de se libérer de l'obligation d'accorder sa prestation qu'à la condition qu'il existe un lien de causalité entre le fait non déclaré ou inexactly déclaré et le sinistre survenu par la suite (Message du 9 mai 2003 concernant une loi sur la surveillance des entreprises d'assurance et la modification de la loi fédérale sur le contrat d'assurance [ci-après: Message], FF 2003 3370 ch. 1.2.5.2.1). Si le contrat prenait fin suite à un cas de réticence, l'assureur ne devait être libéré de son obligation d'accorder sa prestation que pour les sinistres dont la survenance ou l'étendue avaient été influencées par le fait qui avait fait l'objet de la réticence; l'obligation de l'assureur devait ainsi subsister si le fait non déclaré ou inexactly

A/653/2014 - 8/12 - déclaré n'avait pas exercé d'influence sur la survenance du sinistre et l'étendue des prestations dues par l'assureur (cf. Message, FF 2003 3419 ch. 2.2.2 ad art. 6 et 8). Le Conseil fédéral a dès lors proposé un nouvel art. 6 al. 3 prévoyant que "l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre" (FF 2003 3474). L'art. 6 LCA dispose désormais que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit ; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (al. 3). L'existence d'un lien de causalité entre le fait passé sous silence ou inexactly déclaré et le sinistre déjà survenu influe uniquement sur l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation à la suite d'une réticence (art. 6 al. 3 LCA), mais pas sur la validité de la résiliation du contrat en tant que tel, réglée à l'art. 6 al. 1 et 2 LCA (ATF 138 III 416). Dans un arrêt du 11 août 2010 (4A_303/2010), le Tribunal fédéral rappelle qu'une partie de la doctrine plaide pour une notion de la causalité large, car une notion étroite reviendrait à primer les abus et à faire porter à la collectivité des assurés les conséquences d'une appréciation des risques non conforme à la réalité. Elle est donc d'avis qu'il s'impose d'assimiler la violation d'informations qui auraient permis de tirer des conclusions sur l'existence d'un risque aux faits non déclarés en relation de causalité avec le sinistre (cf. Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, n° 500 p. 226 s.). D'autres auteurs ne s'expriment pas sur la question, tout en plaidant pour une application stricte du principe de la causalité (cf. EISNER- KIEFER, Kausalität und Verschulden im VVG und VE-VVG, HAVE 2008 p. 215 ss, spéc. p. 217; GAUCH, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, RSJB 2006, p. 361 ss, spéc. p.

368 ss). Si l'on retient une notion de la causalité large pour refuser les prestations en cas de sinistre, le fait important pour apprécier le risque qui n'a pas été déclaré doit néanmoins se rapporter au risque qui s'est réalisé. L'assureur ne saurait, en vertu de l'art. 6 al. 3 LCA, refuser d'indemniser l'assuré dont le véhicule parké a été endommagé parce que cet assuré, par exemple, lui a tu avoir été condamné pour conduite en état d'ébriété ou vitesse excessive. Dans le cas jugé par le Tribunal fédéral, dans la mesure où l'assuré avait, par le passé, déjà obtenu des prestations d'assurances suite à des actes de vol et de vandalisme sur un véhicule lui appartenant, on pouvait admettre qu'il s'agissait là de faits qui étaient susceptibles d'influer sur la

A/653/2014 - 9/12 - détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues s'il en avait eu connaissance, de sorte que la réticence était admise. La nouvelle teneur de l'art. 6 LCA s'applique aux réticences commises après le 1er janvier 2006 (ATF 138 III 416; arrêt 4A_370/2012 du 4 décembre 2012). Le Tribunal fédéral a maintes fois confirmé que c'était le droit en vigueur lors de la conclusion du contrat qui était applicable. Ainsi, lorsque le contrat avait été conclu avant le 1er janvier 2006, mais résilié après cette date, l'art. 6 aLCA s'appliquait (cf. notamment arrêts non publiés 4A_134/2013 du 11 septembre 2013; 4A_427/2010 du 12 octobre 2010), la doctrine partageant le point de vue selon lequel l'ancien droit régissait tous les contrats conclus avant le 1er janvier 2006 (cf. en particulier BRULHART, Droit des assurances privées, Berne, 2008, page 227). Sous l'ancien et le nouveau droit, la jurisprudence exige que la déclaration - écrite (cf. art. 6 al. 1 LCA) - par laquelle l'assureur se départit du contrat décrive de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactly déclaré (ATF 129 III 713 consid. 2.1 p. 714). Une déclaration de résiliation qui ne mentionne pas la question précise à laquelle il a été répondu inexactly n'est pas suffisamment détaillée (ausführlich) (ATF 129 III 713 ibidem, qui se réfère à l'arrêt 5C.229/1993 du 18 mars 1994 consid. 5b, lequel renvoie à l'ATF 110 II 499). L'exigence tenant à ce que la déclaration de résiliation désigne concrètement la question de la proposition d'assurance qui a reçu une réponse erronée a été approuvée par la doctrine (STEPHAN FUHRER, Höhere formelle Hürden bei Vertragsauflösung wegen Anzeigepflichtverletzung, in HAVE/REAS 2004 p. 42 et la note 6; ROLAND SCHAER, CaseBook, Modernes Versicherungsrecht, Bern 2007, Case 32 p. 124/125).

E. 9

Dans un arrêt du 14 février 2005 (K 2/04), le TF a jugé que le recourant pouvait de bonne foi considérer qu'il avait souffert d'un trouble occasionnel, soit un état dépressif, sans aucun caractère chronique ou récurrent, puisqu'il n'avait nécessité qu'une prise limitée de médicaments, sans suite du point de vue médical. Même si un état dépressif répond à la notion de maladie au sens de l'art. 3 al. 1 LPG, qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail, on peut comprendre, selon le TF, que le recourant n'ait pas assimilé à une maladie le fait de consulter son médecin de manière ponctuelle pour un problème isolé, lié à une perturbation passagère de son humeur, sans aucune autre conséquence que la prise de médicaments pendant une période limitée (comp. avec les arrêts 109 V 36 et RAMA 1986 n° K 670 p. 131 où le grand nombre et la fréquence des consultations auprès d'un psychiatre, respectivement d'un psychothérapeute, devaient faire comprendre à l'assuré qu'on était en présence d'un véritable traitement médical), de sorte qu'il ne saurait lui être reproché d'avoir commis une réticence au moment de son affiliation. Le TF a en revanche considéré, dans un autre arrêt, que l'assuré avait commis une réticence, en répondant affirmativement à la question lui demandant s'il était en

A/653/2014 - 10/12 - parfaite santé, alors qu'il souffrait de douleurs dorsales depuis au moins quatre ans. Au regard de la durée sur laquelle se sont étendues ces douleurs, il ne pouvait, de bonne foi, les assimiler à des indispositions sporadiques et sans importance (pour comp. ATF 106 V 173 consid. 3). Le TF a ajouté que le fait que l'assuré ait pu apparemment travailler dans un métier physiquement contraignant - sans subir d'incapacité de travail, ni consulter de médecin en raison de maux de dos, ne le dispensait pas de renseigner l'assurance sur l'existence de ces douleurs, quand bien même celles-ci n'avaient pas encore fait l'objet d'un diagnostic. Il a ainsi rappelé qu'un candidat à l'assurance doit mentionner même des troubles de peu d'importance s'ils éveillent des soupçons et permettent de supposer qu'ils sont les symptômes d'une maladie qui commence peut-être à se manifester (RAMA 1989 no 825 p. 405). Or, compte tenu du caractère chronique et durable de son mal au dos, il pouvait, sinon supposer la présence d'une future maladie, du moins se rendre compte, que ce fait tombait sous le coup des questions posées au sujet de son état de santé (arrêt du 17 juillet 2001, K 152/00).

E. 10

En l'espèce, l'assuré souligne que la proposition d'assurance et le questionnaire de santé ont été remplis par la Dresse B_____. Le TF a toutefois considéré que doit porter la responsabilité d'indications non conformes à la vérité ou incomplètes apposées par un tiers sur le questionnaire de santé, l'assuré qui reste passif en souscrivant sans dire mot à des déclarations manifestement fausses et dont il ne pouvait guère ignorer le sens et la portée (arrêt du 28 avril 2005, K 56/04).

E. 11

Il y a dès lors lieu d'examiner à ce stade si l'assuré pouvait se rendre compte, de bonne foi, qu'il aurait dû mentionner qu'il souffrait d'une affection de la prostate et d'un PSA élevé.

E. 12

En l'espèce, l'assuré nie avoir commis une réticence, alléguant que l'hypertrophie prostatique est une affection bénigne, extrêmement fréquente avec l'âge et qui ne met pas en jeu le pronostic vital. Selon le Dr C_____, rien ne pouvait laisser prévoir en 2004 et 2008 que l'assuré devrait être opéré en 2013 de cette affection. L'assuré présente également une élévation d'un marqueur sanguin, le PSA, qui, dans certains cas, peut éventuellement être liée à un cancer de la prostate, raison pour laquelle des biopsies avaient été pratiquées en 2006 et 2008. Des biopsies ont été refaites par sécurité lors de l'intervention relative à l'hypertrophie. La jurisprudence qualifie de réticence le fait de ne pas annoncer à la caisse, en la passant sous silence de manière fautive, une maladie existante ou une maladie antérieure sujette à rechute, que l'assuré connaissait ou aurait dû connaître en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait exiger de lui (ATF 111 V 28, 110 V 310 consid. 1). Il est vrai que s'agissant d'un cancer, les biopsies de contrôle effectuées en 2006 et 2008 ont permis d'écarter cette éventualité. Il ne s'agit dès lors ni de maladie existante, ni de maladie antérieure sujette à rechute.

A/653/2014 - 11/12 - Il n'en va en revanche pas de même pour l'hypertrophie prostatique, laquelle a été diagnostiquée en 2004, et pour laquelle un premier traitement a été suivi par l'assuré en 2008. Le médicament Pradif T lui a été prescrit. Il ne peut ainsi être que constaté que l'assuré connaissait l'affection dont il souffrait et qu'il avait suivi un traitement pour cette affection. Le fait qu'il s'agisse d'une affection bénigne ou non importe peu à cet égard. L'assuré allègue que s'il n'a pas mentionné souffrir d'hypertrophie prostatique et

prendre le médicament Pradif T, c'est parce qu'il a considéré que ce n'était pas nécessaire. Il n'appartient cependant pas à un assuré - ou à la personne qui complète le questionnaire médical - de juger si une affection doit être déclarée ou non au moment de la conclusion du contrat, étant rappelé que l'appréciation du risque appartient à l'assureur uniquement. L'assuré souligne que le médicament Pradif T ne lui a été prescrit que pour des motifs de prévention. La chambre de céans relève à cet égard que l'assuré prenait de l'aspirine cardio à titre de prévention également, qu'il a scrupuleusement indiqué ce médicament dans le questionnaire de santé, alors qu'il a tu le Pradif T, médicament qui atténue précisément les troubles qui apparaissent lors d'hypertrophie de la prostate. Il y a lieu de considérer, au vu de ce qui précède, que l'assuré a commis une réticence en ne déclarant pas dans le questionnaire de santé l'affection de la prostate dont il souffrait depuis des années, de sorte que l'assureur était en droit de résilier son contrat d'assurance complémentaire Global Flex avec effet au 30 novembre 2013. Aussi la demande est-elle rejetée.

E. 13

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/653/2014 - 12/12 - 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.