

GE_GERICHTE A/2250/2013 vom 12. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2250_2013

FR: GE_GERICHTE A/2250/2013 du 12 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/2250/2013 del 12 giugno 2014

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENEVE demandeur contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY défenderesse EN FAIT 1. En janvier 2011, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1978, a été affilié à Mutuel assurance maladie SA (ci-après : l'assureur) par le biais d'un contrat collectif d'assurance conclu par son employeur (B_____ SA ; ci-après : l'employeur ; contrat collectif n°1_____ ; police 2_____), pour une assurance complémentaire maladie/accident intitulée « Global Solution, niveau 3, division privée ». Le certificat d'assurance 2011, daté du 4 janvier 2011, faisait mention d'une prime mensuelle de CHF 138.- par mois pour cette assurance complémentaire.![endif]>![if> 2. A sa sortie du contrat collectif, le 31 janvier 2011, l'assuré a demandé son transfert en couverture individuelle avec effet au 1 er février 2011 (cf. fiche de mutation du 23 février 2011). ![endif]>![if> 3. L'assureur a accédé à cette demande et a émis en date du 7 mars 2011 un nouveau certificat d'assurance faisant état d'une prime mensuelle de CHF 75.- ; même numéro d'assuré) dès février 2011.![endif]>![if> Ce certificat indiquait expressément : « Si la teneur de la police ne concorde pas avec les conventions intervenues pour les assurances selon la LCA, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte, faute de quoi celle-ci est considérée comme acceptée ». 4. Par courriel du 6 avril 2011, l'assuré a demandé à l'assureur de transformer son assurance complémentaire « niveau 3 division privée » en « niveau 3, division mi-privée ». ![endif]>![if> 5. Par courrier du 8 avril 2011, l'assureur a indiqué avoir effectué les modifications demandées et a fait parvenir à l'assuré un nouveau certificat d'assurance en soulignant qu'il disposait d'un délai de quatre semaines après réception pour lui faire part de ses remarques éventuelles.![endif]>![if> Etait annexé à cet envoi un certificat d'assurance émis le 7 avril 2011, faisant état d'une prime de CHF 62.- par mois à compter du 1 er février 2011 et portant la même mention que le certificat précédent s'agissant de l'acceptation de la teneur de la police. 6. Par courriel du 26 septembre 2011, l'assuré a informé l'assureur de sa volonté de mettre un terme au contrat d'assurance conclu par son ancien employeur. Il a allégué que cela entrerait dans ses intentions dès la résiliation de son contrat de travail, au début de l'année 2011 mais en avoir été dissuadé par un collaborateur de l'assureur qui l'aurait informé – à tort, comme il s'en était rendu compte plus tard – qu'il ne pourrait résilier son contrat qu'à la fin de l'année civile, moyennant un préavis de trois mois. C'est pour cette raison qu'il avait décidé de passer de « Global Solution, niveau 3, division privée » à « Global Solution, niveau 3, division mi-privée ». ![endif]>![if> L'assuré ajoutait n'avoir compris qu'il pouvait résilier son assurance complémentaire que lors d'appels ultérieurs, les 23 et 26 septembre 2011. On l'aurait alors informé qu'il aurait pu résilier son contrat à réception du certificat d'assurance du 7 mars. Faute de l'avoir fait, il était lié jusqu'à fin 2013. Estimant que les informations

erronées fournies par un collaborateur de l'assureur l'avaient dissuadé à tort de demander la résiliation de son assurance complémentaire, l'assuré a réclamé le remboursement des primes qu'il estimait avoir payées à tort depuis février 2011, soit 8 x CHF 62.-. 7. Par courrier du 13 octobre 2011, l'assureur a indiqué à l'assuré que son contrat serait résilié pour le 31 janvier 2012. 8. Par courriel du 19 octobre 2011, l'assuré a « réaffirmé [sa] volonté de résilier son assurance complémentaire immédiatement (30 septembre 2011) », précisant qu'il ne paierait plus de primes pour les mois à venir. Il a répété que ce n'était que parce qu'il avait été induit en erreur qu'il n'avait pas résilié son contrat en janvier 2011 et a une nouvelle fois réclamé le remboursement des primes versées depuis février 2011. 9. Par courriel du 21 octobre 2011, l'assureur lui a fait remarquer qu'il avait réclamé une modification de son assurance complémentaire en avril 2011 et qu'il n'avait pas contesté le certificat d'assurance qui lui avait été remis suite à cela, pas plus qu'il n'avait demandé la résiliation de son assurance. L'assureur a rappelé qu'un délai de six mois pour la fin d'une année était nécessaire requis pour demander la résiliation du contrat. Finalement, il a accepté, à bien plaisir, la résiliation du contrat au 31 décembre 2011. 10. Par courriel du même jour, l'assuré a répété avoir en réalité eu la volonté de mettre un terme au contrat dès janvier 2011 et a sollicité à titre de preuve la production des enregistrements de ses conversations téléphoniques. 11. Par courriel du 29 novembre 2011, l'assureur lui a confirmé la résiliation de son « contrat entier » au 31 décembre 2011. S'en est suivi un échange de correspondances, au cours duquel chacun est resté sur sa position. Finalement, par courrier du 13 février 2012, l'assureur a accepté « à titre strictement exceptionnel, la résiliation de [sa] couverture complémentaire avec effet au 31 octobre 2011, soit à la fin de la période acquittée ». Le 20 juillet 2012, constatant que les primes de l'assurance obligatoire des mois de novembre et décembre 2011 n'avaient pas été payées par l'assuré, l'assurance-maladie lui a adressé deux rappels, puis deux sommations en date du 17 août 2012. L'assuré n'ayant pas réagi, il s'est vu notifier, en date du 2 janvier 2013, un commandement de payer (3_____) correspondant à 588 fr. 50 de primes d'assurance obligatoire non payées, avec intérêts à 5% dès le 30 novembre 2013, plus 60 fr. de frais de sommation et 90 fr. de frais de dossier. L'assuré y a fait opposition. Par décision du 5 février 2013, l'assureur a prononcé la mainlevée de cette opposition. Par courrier du 3 mars 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision. Par décision du 7 juin 2013, l'assureur a confirmé sa décision du 5 février 2013. Par courrier daté du 5 juin [recte : juillet] 2013, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un « recours » contre cette décision. Une procédure A/2251/2013 a été ouverte en matière d'assurance obligatoire et la Cour de céans, par arrêt du 5 décembre 2013 (ATAS/1197/2013), a prononcé la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer 3_____. Une seconde procédure - la présente - a été ouverte en matière d'assurance complémentaire. En substance, l'assuré allègue qu'il souhaitait résilier son assurance complémentaire au 31 janvier 2011, qu'il n'a pas obtenu satisfaction sur ce point et que les primes versées depuis février 2011 l'auraient été à tort. En définitive, il conclut à ce que l'assureur soit condamné à lui rembourser toutes les primes d'assurance complémentaire versées en 2011 - soit 820 fr. 20. Invité à se déterminer, l'assureur, dans sa réponse du 8 août 2013, a conclu à ce que le demandeur soit débouté de toutes ses conclusions, avec suite de frais et dépens. En substance, l'assureur fait valoir que les parties ont valablement conclu un contrat d'assurance complémentaire prenant effet le 1^{er} février 2011, que l'assuré est donc

redevable des primes y relatives, à tout le moins jusqu'au 31 octobre 2011 - date à laquelle l'assureur a accepté de mettre fin au contrat - et qu'en conséquence, l'assureur ne saurait être tenu de restituer les montants en question, étant rappelé que l'action en restitution pour enrichissement illégitime se prescrit par un an à compter du jour où le lésé a eu connaissance des faits, soit en l'espèce, le 26 septembre 2011. L'assurance reproche à l'assuré une argumentation « incohérente et à la limite de la bonne foi » lorsqu'il prétend qu'il ne voulait pas d'assurance, alors qu'il a demandé son transfert en assurance individuelle puis diverses modifications de sa couverture. Elle ajoute que la demande de l'assuré de mettre un terme au contrat au 31 octobre 2011 démontre qu'il le considérait comme valable. 21. Une audience s'est tenue le 7 novembre 2013. A cette occasion, le demandeur a persisté dans ses conclusions. Il a reproché à l'assurance d'avoir résilié son assurance au moment qui lui convenait le mieux et a répété que ça n'est que longtemps après avoir demandé la modification de son assurance complémentaire qu'il a réalisé qu'il aurait pu s'en départir plus tôt. La défenderesse a également persisté dans ses conclusions, soulignant avoir déjà fait un geste dans le sens de l'assuré en acceptant la résiliation du contrat au 31 octobre 2011. 22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. S'agissant de la compétence *ratione loci*, il convient d'appliquer le code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), dont l'art. 17 consacre la possibilité d'une élection de for écrite et l'art. 31 prévoit que le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. La prestation caractéristique dans le cas d'espèce visant le remboursement de primes, en argent, il s'agit d'une dette portable qui doit être exécutée au lieu de domicile de l'assuré. Ce dernier étant domicilié à Genève, la Cour de céans est ainsi également compétente à raison du lieu. 3. a) Selon l'art. 243 al. 2 let. f CPC, la procédure simplifiée s'applique quelle que soit la valeur litigieuse aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Selon d'art. 244 CPC, la demande doit notamment contenir les conclusions (al. 2 lit. b) et, si nécessaire, l'indication de la valeur litigieuse (al. 2 let. d). Une motivation n'est pas nécessaire (al. 2). En outre, sont joints à la demande les titres disponibles présentés comme moyens de preuve (al. 3 let. c).

b) Les conclusions sont l'énoncé des prétentions que le demandeur déduit en justice et espère se voir allouer. Elles déterminent la nature et l'objet de l'action et sont décisives pour déterminer la valeur litigieuse (Bohnet, Haldy, Jeandin, Schweizer, Tappy, Code de procédure civile commenté, ad art. 221 CPC, N. 11-12). Cependant, compte tenu de la volonté du législateur de consacrer une procédure accessible à des non-juristes, il convient d'accepter les conclusions exprimées avec suffisamment de clarté si elles permettent de comprendre ce que le demandeur réclame exactement (Bohnet, Haldy, Jeandin, Schweizer, Tappy, Code de procédure civile commenté, ad art. 244 CPC, N. 11). c) En l'espèce, il ressort de la demande de l'assuré que celui-ci réclame à l'assureur la somme de CHF 820.- correspondant aux primes d'assurance complémentaires versées de février à

octobre 2011, étant rappelé que la question du paiement des primes de l'assurance de base a fait l'objet d'une procédure distincte (A/2251/2013). La question litigieuse se limite dès lors à savoir si c'est à tort que l'assuré a payé, de février à octobre 2011 les primes de son assurance complémentaire « Global Solution » et s'il peut en réclamer la restitution. 4. Les assurances complémentaires à l'assurance maladie sociale sont soumises, depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), le 1^{er} janvier 1996, au droit privé et, plus particulièrement à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1 ; cf. art. 12 al. 3 LAMal) et à la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations ; RS 220), pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA ; cf. également art. 1 des conditions générales [CGC] applicables en l'espèce). 5. Selon l'art. 1^{er} CO, un contrat est parfait lorsque les parties ont, réciproquement et de manière concordante, manifesté leur volonté. Cette manifestation peut être expresse ou tacite. Le contrat est réputé conclu, aux termes de l'art. 2 al. 1 CO, si les parties se sont mises d'accord sur tous ses points essentiels. 6. En vertu de l'art. 11 LCA, l'assureur a l'obligation de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et obligations des parties. En cas de contradiction entre les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit demander la modification de la police dans les quatre semaines dès réception de celle-ci. En l'absence de réaction dans le délai imparti, la teneur de celle-ci est considérée comme acceptée (art. al. 1 LCA), règle qui doit être insérée dans chaque police afin que le preneur d'assurance y soit rendu attentif (art. 12 al. 2 LCA). Il incombe donc au preneur, dûment averti, d'examiner avec soin la police pour s'assurer qu'elle correspond à sa volonté réelle. L'art. 11 al. 1 LCA crée donc une présomption juridique irréfutable que la teneur de la police est conforme à la réelle et commune intention des parties. 7. En l'espèce, force est de constater que le demandeur, bien qu'il affirme dans son courrier du 26 septembre 2011, avoir en réalité voulu se départir du contrat d'assurance dès le 1^{er} février 2011, s'est acquitté des primes de février à octobre 2011, a réclamé la modification de son contrat pour cette période et n'a jamais contesté dans les délais impartis le contenu des certificats d'assurance qui lui ont été adressés. Or, eu égard à ces éléments, un contrat a bel et bien été conclu en bonne et due forme. 8. En tant qu'il affirme s'être cru - à tort - obligé de poursuivre son contrat d'assurance complémentaire, le demandeur invoque en réalité une erreur au sens de l'art. 24 CO. a) Dans la formation d'un contrat, l'engagement des parties doit se faire librement : la manifestation de volonté doit être le fruit d'une volonté libre et responsable. Dans le cas contraire, il faut reconnaître le droit de se libérer dans une mesure compatible avec la sécurité des affaires. Cette règle se manifeste par les règles sur les vices du consentement, traitée aux articles 23 à 31 CO. On parle d'erreur de base lorsque des éléments de fait importants sur lesquels s'est fondé l'auteur pour former sa volonté ne correspondent pas à la réalité. Dans ce cas, il y a un vice grave dans la formation de la volonté de l'auteur (ATF 132 III 737 ; ATF 118 II 58, consid. 3). L'art. 24 al. 2 prévoit que l'erreur sur les motifs n'est pas essentielle et que celui qui s'est trompé doit en supporter les conséquences. Pour que l'erreur sur les motifs soit essentielle, elle doit pouvoir être qualifiée d'erreur de base au sens de l'art. 24 al. 1 ch. 4 CO. Ainsi, on doit être en présence d'une erreur qui porte sur les faits eux-mêmes et non sur une appréciation subjective, et l'erreur doit pouvoir être qualifiée d'importante, subjectivement (la victime n'aurait pas conclu le contrat sans l'erreur et le caractère essentiel de l'erreur doit avoir été reconnaissable pour l'autre partie : ATF 118II 297 ; TF 4A_316/2008,

consid. 4.1) et objectivement (la loyauté commerciale doit permettre à la victime de considérer l'objet de son erreur comme un élément essentiel du contrat : ATF 132 III 737 consid. 1.3 ; ATF 127 III 300 , consid. 3c/bb ; ATF 113 II 25 consid. 1 ; Tercier/Pichonnaz, Le droit des obligations , 5 ème éd., Zurich 2012, p. 173ss.). b) Lorsque ces conditions sont remplies, la victime doit informer son cocontractant qu'elle ne se considère pas liée (art. 31 al. 1 CO) dans un délai d'une année à compter de la découverte de l'erreur (art. 31 al. 2 CO), faute de quoi le contrat est tenu pour ratifié. c) L'art. 46 LCA prévoit quant à lui qu'en cas de contestation, l'assuré doit saisir le tribunal des assurances compétent d'une demande en paiement dans un délai de deux ans. Toutefois, en matière de contrat d'assurance perte de gain soumis à la LCA, une créance en restitution de prestations versées à tort ne dérive pas du contrat d'assurance lui-même, mais ressortit à l'enrichissement illégitime (ATF 42 II 674 consid. 2a ; BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, p. 385, n. 867 ; GRABER, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, VVG, Bâle, 2001, n° 3 ad art. 46 LCA ; MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, Fribourg, 1994, p. 207 s) et, conformément à l'art. 67 CO, applicable en raison du renvoi de l'art. 100 LCA, l'action pour cause d'enrichissement illégitime se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance de son droit de répétition, et, dans tous les cas, par dix ans dès la naissance de ce droit (voir notamment ATAS/153/2011 du 15 février 2011 et les références citées). 9. La question de savoir si le demandeur a bel et bien commis une erreur essentielle en l'espèce peut rester ouverte dans la mesure où il apparaît que, quoi qu'il en soit, il indique lui-même avoir pris conscience de son erreur en septembre 2011. La demande introduite devant la Cour de céans le 5 juin 2013, soit bien plus d'une année plus tard, est donc prescrite. 10. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande doit être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). 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.