

GE_GERICHTE A/2258/2003 vom 19. Juli 2004

GE Cour de justice, 2004-07-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2258_2003

FR: GE_GERICHTE A/2258/2003 du 19 juillet 2004

IT: GE_GERICHTE A/2258/2003 del 19 luglio 2004

Regeste

; LOI SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE ; ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ; LIBRE PASSAGE(ASSURANCES) ; ASSURANCE COLLECTIVE ; COUVERTURE D'ASSURANCE ; CLAUSE CONTRACTUELLE

Erwägungen

E. 2

a) L'art. 56V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) – entré en vigueur le 1er août 2003 – confère au TCAS la compétence de connaître, en instance unique, des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20). Ainsi que cela ressort de la lecture des travaux préparatoires, cette réforme 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). Le TCAS est ainsi désormais saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents. b) L'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1^{ère} phrase LCA) ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 23 juin 1978 – LSA). En l'espèce, interjetée devant la juridiction compétente le 20 novembre 2003 pour des prestations litigieuses dès le 1^{er} mai 2003, la demande est recevable.

E. 3

Le Tribunal fédéral a jugé que, contrairement à ce qui est le cas dans l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67ss de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), dans l'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles ; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (JEAN BENOÎT MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 185). Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de

couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ALFRED MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3 e éd., 1995, p. 240 - ATF 127 III 109 /110). Dans le cas précité, les conditions générales d'assurance prévoyaient que la couverture d'assurance s'éteint notamment lorsque l'assuré quitte le cercle des personnes assurées. Constatant que le contrat d'assurance collective ne contenait pas de clauses particulières limitant ou supprimant le droit aux prestations après la fin de la période de couverture, le TFA a admis que le droit aux prestations subsistait au delà de l'extinction du rapport d'assurance. Par ailleurs, le TFA a considéré que le fait que l'assuré qui quitte le cercle des personnes assurées par l'assurance collective a le droit, en vertu des conditions générales de l'assurance collective de demander son transfert dans l'assurance individuelle ne change rien à son droit de continuer d'obtenir des prestations après l'extinction de la couverture d'assurance collective pour un événement survenu pendant la période de couverture (ATF 127 III 106 p. 109-110)

E. 4

a) En l'espèce, s'agissant de la fin de la couverture d'assurance, les CGA prévoient ce qui suit : « la couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré : lors de son départ de l'entreprise assurée ; à l'extinction du contrat ; lorsqu'il atteint l'âge de 70 ans ; en cas de séjour hors de Suisse et de la principauté du Liechtenstein, après 12 mois ; à l'épuisement du droit aux prestations (art. 39). En cas de sortie du groupe des assurés ou d'extinction du contrat, l'assuré domicilié en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein a le droit de passer dans l'assurance individuelle. Il doit pour cela faire valoir son droit de passage par écrit dans les 90 jours. Cette disposition s'applique également aux personnes au chômage au sens de l'art. 10 LACI. Les frontaliers sont assimilés aux assurés résidant en Suisse, pour autant qu'ils soient domiciliés aux environs immédiats de la frontière (art. 40). Le preneur d'assurance est tenu de fournir suffisamment à l'avance à la personne qui sort du cercle des assurés des informations sur le droit de passage dans l'assurance individuelle et le délai à observer (art. 41). L'assurance individuelle prend effet un jour après la sortie du cercle des personnes assurées ou après l'extinction du présent contrat (art. 42). Lors du passage dans l'assurance individuelle, les prestations existantes sont accordées pour autant qu'elles soient adaptées aux nouvelles circonstances. A la demande de l'assuré, le délai d'attente peut être prolongé ou raccourci. Il n'est toutefois pas possible de le réduire à moins de 30 jours. Les conditions et tarifs en vigueur au moment du passage sont applicables à l'assurance individuelle. L'âge et l'état de santé au moment de l'admission dans l'assurance collective sont déterminants pour la continuation de l'assurance (art. 43). S'il existe une incapacité de travail au moment du passage, les indemnités journalières versées sur la base du contrat collectif sont déduites de la durée des prestations de l'assurance individuelle. Les prestations d'assurance individuelle pour des incapacités de travail existant au moment du passage sont imputées à l'assurance collective » (art. 44). b) Force est de constater que les CGA ne contiennent pas de clauses particulières limitant ou supprimant le droit aux prestations après la fin de la couverture. En particulier, le droit de demander, pour une personne sortant du cercle des assurés, son transfert dans l'assurance individuelle ne saurait être interprété selon la jurisprudence précitée comme une condition nécessaire à la continuation du versement des prestations sur la base de l'assurance collective. Il en est de même du contrat d'assurance du 14 août 2000 lequel reprend les conditions du droit de

passage dans l'assurance individuelle telles que prévues par les CGA. c) En conséquence, la recourante est en droit de réclamer à l'intimée la continuation dès le 1^{er} mai 2003 du versement des indemnités journalières prévues par le contrat d'assurance collective.

E. 5

a) S'agissant des prestations d'assurance les CGA prévoient ce qui suit : En cas d'incapacité de travail complète de l'assuré médicalement attestée, nous versons l'indemnité journalière convenue dans le contrat (art. 12). En cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail (art. 13). Il y a incapacité de travail lorsque l'assuré se trouve totalement ou partiellement dans l'incapacité d'exercer sa profession et toute autre activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de lui (art. 16). b) En l'espèce, le dossier AI contient deux rapports médicaux attestant de l'incapacité totale de la demanderesse depuis mars 2002, soit un rapport médical du Dr. A _____ du 20 mai 2003, selon lequel la demanderesse était en incapacité totale de travail depuis le 18 mars 2002, l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible et aucune autre activité ne pouvait être exigée de l'assurée et un rapport médical du Dr. B _____ du 10 juin 2003 selon lequel l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 6 mars 2002 pour une durée indéterminée. Ce médecin a encore attesté sur une carte d'indemnité journalière de l'assurance une incapacité totale de travail de l'assurée le 13 novembre 2003. Le 2 octobre 2003, le Service médical régional (SMR Léman) a proposé d'ordonner une expertise médicale de l'assurée, laquelle n'a pas encore été rendue. c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la demanderesse est en incapacité de travail complète médicalement attestée au sens des art. 12 et 16 CGA, depuis mars 2002, date à laquelle la défenderesse a débuté le versement des indemnités journalières, et cela pour une durée indéterminée. Partant, la demanderesse a droit aux indemnités journalières prévues par le contrat d'assurance collective indemnité journalière n° 9'000'000 du 14 août 2000, soit pendant une durée de 730 jours depuis mars 2002.

E. 6

La demande doit ainsi être admise et l'assurance condamnée au versement des indemnités journalières précitées dès le 1^{er} mai 2003 dès lors que celles-ci ont été allouées seulement jusqu'au 30 avril 2003, et jusqu'à épuisement des 730 jours convenus, sous déduction des indemnités journalières déjà versées de mars 2002 à avril 2003.