

GE_GERICHTE A/2674/2008 vom 1. Juli 2009

GE Cour de justice, 2009-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2674_2008

FR: GE_GERICHTE A/2674/2008 du 1 juillet 2009

IT: GE_GERICHTE A/2674/2008 del 1 luglio 2009

Regeste

AM; ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE; VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER; OBLIGATION DE RENSEIGNER; RÉSILIATION; INTÉRÊT MORATOIRE ; CONTRAT D'ASSURANCE | Il ne peut être reproché aucune réticence à l'assuré qui pouvait en toute bonne foi donner une réponse inexacte à l'assureur. Tel est le cas de l'assuré qui a présenté une affection médicale bénigne il y a plusieurs années et qui s'est soumis un traitement médical limité dans le temps. Par ailleurs, l'assureur est censé connaître non seulement les renseignements qui lui ont été donnés lors de la souscription d'assurance ou lors de règlement de sinistres antérieurs, mais également les faits appris par hasard. De tels faits sont opposables non seulement à la caisse qui en a eu directement connaissance, mais également à toute autre entité qui de fait est rattaché à la première (même siège social, mêmes collaborateurs, même base de données, formulaires d'inscription unique). | LCA 4; LCA 6; LCA 8 ch.3; LCA 41 al.1

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.07.2009 A/2674/2008

AM; ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE; VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER; OBLIGATION DE RENSEIGNER; RÉSILIATION; INTÉRÊT MORATOIRE ; CONTRAT D'ASSURANCE | Il ne peut être reproché aucune réticence à l'assuré qui pouvait en toute bonne foi donner une réponse inexacte à l'assureur. Tel est le cas de l'assuré qui a présenté une affection médicale bénigne il y a plusieurs années et qui s'est soumis un traitement médical limité dans le temps. Par ailleurs, l'assureur est censé connaître non seulement les renseignements qui lui ont été donnés lors de la souscription d'assurance ou lors de règlement de sinistres antérieurs, mais également les faits appris par hasard. De tels faits sont opposables non seulement à la caisse qui en a eu directement connaissance, mais également à toute autre entité qui de fait est rattaché à la première (même siège social, mêmes collaborateurs, même base de données, formulaires d'inscription unique). | LCA 4; LCA 6; LCA 8 ch.3; LCA 41 al.1

A/2674/2008 ATAS/864/2009 (3) du 01.07.2009 (LCA) , ADMIS Descripteurs : AM; ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE; VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER; OBLIGATION DE RENSEIGNER; RÉSILIATION; INTÉRÊT MORATOIRE ; CONTRAT D'ASSURANCE Normes : LCA 4; LCA 6; LCA 8 ch.3; LCA 41 al.1 Résumé : Il ne peut être reproché aucune réticence à l'assuré qui pouvait en toute bonne foi donner une réponse inexacte à l'assureur. Tel est le cas de l'assuré qui a présenté une affection médicale bénigne il y a plusieurs années et qui s'est soumis un traitement médical limité dans le temps. Par ailleurs, l'assureur est censé connaître non seulement les renseignements qui lui ont été donnés lors de la souscription d'assurance ou lors de

règlement de sinistres antérieurs, mais également les faits appris par hasard. De tels faits sont opposables non seulement à la caisse qui en a eu directement connaissance, mais également à toute autre entité qui de fait est rattaché à la première (même siège social, mêmes collaborateurs, même base de données, formulaires d'inscription unique). En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2674/2008 ATAS/864/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 1 er juillet 2009 En la cause Monsieur P_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître J. Potter Van LOON demandeur contre INTRAS ASSURANCES S.A., sise rue Blavignac 10, CAROUGE défenderesse EN FAIT Monsieur P_____ (ci-après l'assuré), né en 1976, a été assuré pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) auprès d'INTRAS-CAISSE MALADIE (ci-après la caisse-maladie) depuis son enfance jusqu'en 2003. En 2006, l'assuré a souhaité s'affilier à nouveau auprès de cette caisse-maladie. Le 25 septembre 2006, il a rempli un formulaire valant demande d'admission à l'assurance-maladie de base (LAMal) et proposition d'assurances complémentaires (LCA). L'assuré a opté, à titre d'assurances complémentaires, pour une couverture maladie ambulatoire (UNO+) ainsi que pour l'hospitalisation privée (OPTIMA+Privée), et a rempli un questionnaire de santé. Par courrier du 8 décembre 2006, INTRAS ASSURANCES (ci-après l'assureur) a confirmé l'admission de l'assuré pour l'assurance-maladie de base. Par contre, une réserve s'appliquait à l'assurance complémentaire UNO+ en cas de psoriasis, ainsi qu'une réserve à l'assurance complémentaire OPTIMA+Privée en cas de pneumothorax. L'assuré a accepté ces réserves. Le 29 décembre 2006, une police d'assurance valable depuis le 1 er janvier 2007 a été établie en faveur de l'assuré portant sur l'assurance de base et les assurances complémentaires précitées. Le numéro d'assuré qu'il avait précédemment lui a été réattribué. En juillet 2007, l'assuré s'est rendu aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après les HUG) en raison de l'apparition d'un kyste sacro-coccygien. Une intervention chirurgicale s'est alors révélée nécessaire. Les HUG ne disposant d'aucune place disponible avant le mois d'octobre 2007, l'assuré a été traité et opéré par le Dr A_____ à l'HÔPITAL DE LA TOUR. L'assuré a été hospitalisé du 9 au 10 août 2007. Suite à l'avis d'hospitalisation, l'assureur a demandé des renseignements médicaux au Dr A_____. Par télécopie du 9 août 2007, le Dr A_____ a informé le médecin-conseil de l'assureur que l'hospitalisation était effectuée en raison d'un kyste sacro-coccygien et que l'assuré avait déjà été traité pour cette affection en 2001 auprès des HUG. Par courrier du 5 septembre 2007, l'assureur a informé l'assuré de l'annulation des assurances complémentaires pour la fin du mois, en invoquant une réticence. Il a exposé que, selon les informations communiquées à son médecin-conseil, l'assuré avait été traité auprès des HUG pour un kyste sacro-coccygien. L'assuré avait par conséquent répondu de manière erronée aux questions 2.1 et 15f du questionnaire portant sur son état de santé. Ainsi, aucune prestation relative aux assurances complémentaires ne serait versée pour un traitement lié à cette affection. Par contre, l'assurance de base était quant à elle maintenue. Par courrier du 18 septembre 2007, l'assuré a contesté avoir commis une réticence. Il a expliqué que dans la mesure où il n'avait pas souffert d'un kyste sacro-coccygien depuis 2002, il pensait que ce problème était résolu et avait omis de le mentionner. L'assuré a fait remarqué qu'il avait par contre indiqué sur le questionnaire le pneumothorax qu'il avait subi en 2006, soit l'année au cours de laquelle il était assuré auprès d'une autre caisse. Ce fait attestait, selon lui, de sa bonne foi lors de la signature de la proposition d'assurance. Enfin, il a relevé que la caisse-maladie avait à l'époque pris en

charge les frais pour les traitements effectués en raison du kyste sacro-coccygien. Par courrier du 12 octobre 2007, l'assureur a maintenu sa position et rappelé qu'il ne pouvait prendre en charge les frais découlant de l'intervention et de l'hospitalisation. Il a donc renvoyé à l'assuré trois factures, soit une établie par la Dresse. B _____ en date du 3 septembre 2007 pour un montant de 721 fr. 70, et deux notes d'honoraires établies les 13 et 27 septembre 2007 par le Dr P. A _____ s'élevant à 4'743 fr. 25 et à 1'780 fr. Par l'intermédiaire de son mandataire, Maître J.-Potter van LOON, l'assuré a, par courrier du 11 février 2008, contesté la résiliation des contrats d'assurances complémentaires. Il a rappelé à cet effet qu'il avait précédemment subi trois interventions ambulatoires en raison d'un kyste sacro-coccygien, soit en janvier, juillet et décembre 2002, dont les montants avaient été remboursés par la caisse-maladie. Depuis la dernière intervention, soit en décembre 2002, il n'avait plus souffert de cette affection. Croyant ce problème médical bénin définitivement résolu, il avait omis de le mentionner dans le questionnaire de santé. L'assuré a mis l'assureur en demeure de lui rembourser les montants des frais médicaux découlant de l'intervention et de l'hospitalisation qui avaient eu lieu en août 2007, majorés d'un intérêt moratoire de 5% dès le 12 octobre 2007. Par courriers des 3 avril et 29 mai 2008, l'assuré a rappelé à l'assureur qu'il était toujours en attente d'une réponse à son courrier du 11 février 2008. Le 19 juillet 2008, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a déposé une demande en paiement devant le Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à ce qu'il soit constaté que l'assureur n'était pas fondé à invoquer une réticence, que les contrats d'assurance UNO+ et OPTIMA+Privé sont toujours en vigueur ainsi qu'à la condamnation de l'assureur au versement de 4'743 fr. 25, de 1'780fr. et de 721 fr. 70, ces trois montants majorés d'un intérêt à 5% dès le 9 octobre 2007, date à laquelle l'assureur avait refusé ses prestations. Le demandeur a repris les arguments développés antérieurement. Dans sa réponse du 15 septembre 2008, la défenderesse fait valoir que dans sa proposition d'assurance signée le 25 septembre 2006, le demandeur a répondu par la négative aux questions suivantes : « suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi un traitement médical ou psychothérapeutique ? » (question 2.1) et « souffrez-vous, avez-vous souffert ou un médecin vous a-t-il rendu attentif à une maladie ou une affection de la peau ? » (question 15f). Dans ce questionnaire, le demandeur n'avait mentionné qu'un pneumothorax subi en 2006. Une réserve avait donc été émise pour cette affection. Suite à une demande de renseignement adressée au médecin traitant, une deuxième réserve avait été émise pour le psoriasis. La défenderesse est d'avis que l'ablation, à trois reprises, d'un kyste coccygien doit être déclarée car il est évident, selon elle, qu'il s'agit d'un fait important pour l'appréciation du risque. Le fait que le demandeur n'ait plus souffert de cette affection depuis 2002 ne l'exonérait pas du devoir de la mentionner, les questions formulées étant au demeurant claires et sans limite temporelle. La réticence avait donc été valablement invoquée. La défenderesse invoque en outre le fait que les factures liées aux traitements effectués par le demandeur en 2002 en raison des kystes coccygiens ont été prises en charge par la caisse-maladie, qui est un assureur LAMal, et donc une entité distincte de la défenderesse, celle-ci étant un assureur privé, dont les contrats d'assurance sont régis par la LCA. Le fait que l'assureur LAMal ait remboursé les factures ne pouvait donc lui être opposé. En outre, avant 2007, l'assureur LAMal n'avait jamais su que le demandeur avait souffert antérieurement de kystes coccygiens. Pour cela, il aurait fallu que le demandeur l'annonce ou qu'il y ait eu une demande de renseignement médical et cela n'avait pas été le cas. La défenderesse ajoute que les diagnostics médicaux ne figurent jamais sur les factures, raison pour laquelle l'assureur LAMal n'avait jamais été renseigné sur les affections du

demandeur. Le 22 octobre 2008, s'est tenue une audience de comparution personnelle des parties. Le demandeur a notamment expliqué avoir été opéré en 2002 pour la dernière fois d'un kyste sacro-coccygien. D'après ce qu'il avait compris, on ne pouvait jamais être sûr à 100% qu'un kyste ne revient pas. Mais s'il devait réapparaître, ce serait dans un délai relativement bref. Il n'avait plus de symptômes et, à priori, les médecins avaient tout enlevé. Le demandeur a confirmé que son médecin traitant était la Dresse C _____ et il pensait qu'elle devait être au courant des kystes apparus en 2002. Le demandeur a par ailleurs fait valoir que la caisse-maladie et la défenderesse ont un site internet unique. De plus, le libellé des factures établies par les HUG en 2002 mentionne une « électrocoagulation tumeur-peau ». Selon le demandeur, la défenderesse était par conséquent en mesure d'identifier les prestations. La défenderesse a confirmé n'avoir pris en charge que la part LAMal relative à l'intervention subie par le demandeur en août 2007. Elle a précisé qu'avant d'accepter le contrat, son médecin-conseil avait questionné le médecin traitant, la Dresse C _____. La défenderesse a également confirmé que la caisse-maladie et elle-même partagent les mêmes locaux ; qu'en 2002, les assurés LAMal et LCA étaient dans la même base de données et qu'actuellement, ce sont les mêmes employés qui s'occupent des assurés LAMal et LCA. La défenderesse a expliqué que les codes mentionnés dans les factures concernent les actes médicaux. Elle a fait valoir qu'elle n'est pas en mesure d'éplucher toutes les factures pour examiner si un assuré a menti dans un questionnaire. La défenderesse a versé à la procédure le rapport établi à sa demande le 3 décembre 2006 par la Dresse C _____. Il en résulte que les diagnostics sont un status post pneumothorax et résaction apicale gauche, une hypercholestérolémie et un psoriasis du cuir chevelu. L'assuré avait été hospitalisé du 28 mai au 17 juin 2006 en raison du pneumothorax et la pathologie confirmait un emphysème sous-pleural. A la question de savoir s'il y avait d'autres maladies, accidents ou éléments de risque, cette praticienne a répondu par la négative, en précisant qu'elle ne connaissait l'assuré que depuis le 11 septembre 2006 et qu'avant son hospitalisation, il n'avait pas de médecin de famille. L'audition des parties a également porté sur la question de savoir si le demandeur avait rempli toutes les questions ou s'il avait omis de répondre aux questions 3 et 13, comme cela résulte de l'exemplaire du questionnaire qu'il a produit (pièce 4 chargé demandeur). En revanche, l'exemplaire original en possession de la défenderesse, était complet. Le demandeur a expliqué avoir rempli seul le formulaire et personne ne l'avait contacté pour le compléter. Des mentions figurant sur l'exemplaire original n'étaient pas de sa main, tel que le nom de son assureur maladie. Il avait renvoyé la proposition d'assurance par courrier, mais ne savait pas si c'était à l'assureur ou au preneur d'assurance, en l'occurrence l'employeur de son épouse. La défenderesse a, quant à elle, nié avoir complété le questionnaire de santé. Par courrier du 5 novembre 2008, le demandeur a expliqué n'avoir pas d'autre exemplaire de la proposition d'assurance que celui produit sous pièce 4 de son chargé. Cette pièce était la version scannée de la proposition originale adressée à l'assureur. Il a précisé qu'il n'était pas impossible qu'il ait ajouté des croix sur le questionnaire de santé, sans en être toutefois certain. Il n'avait eu le formulaire entre les mains qu'une seule fois. Une fois complété, il l'avait renvoyé à l'assureur et ne l'avait jamais reçu en retour. Enfin, étant donné que les réponses données aux questions 3 et 13 étaient en contradiction avec les réponses données à la question 15 et à la section 3 du questionnaire, le demandeur est d'avis que la défenderesse aurait dû éclaircir les contradictions en le questionnant. A la demande du Tribunal de céans, la défenderesse a, par pli du 6 novembre 2008, produit les extraits des catalogues de prestations comportant les codes de facturation en lien avec les

interventions subies en 2002 par le demandeur (Règlement fixant le tarif-cadre des prestations médicales pour soins ambulatoires aux assurés des caisses-maladie du 3 juin 1981 et le catalogue commun des prestations hospitalières). La défenderesse fait valoir que l'on ne peut exiger d'un assureur privé qu'il examine chaque libellé de toutes les factures payées par l'assureur social, même si les deux assureurs sont liés l'un à l'autre (mêmes locaux et un site internet commun). Cela reviendrait en l'occurrence à obliger l'assureur privé à vérifier les factures prises en charge par l'assureur social en faveur du demandeur pendant plus de 20 ans. La défenderesse ajoute qu'il n'existe pas d'obligation générale pour l'assureur de se renseigner sur les faits importants pour l'appréciation du risque, ni de vérifier l'exactitude des indications données par le proposant, ni de passer trop de temps à étudier les documents. Par ailleurs, elle avait interrogé la gestionnaire ayant réceptionné le questionnaire de santé, qui certifiait avoir reçu la proposition d'assurance entièrement remplie et n'y avoir absolument rien ajouté. Enfin, la défenderesse avait interrogé le Dr D _____, chef de son service médical, concernant les éventuelles récurrences d'un kyste coccygien. Il résulte de son avis daté du 29 octobre 2008 et versé à la procédure, qu'un long intervalle libre de récurrence depuis la dernière intervention ne garantit pas que tous les kystes ont été enlevés. Certains, en l'absence d'inflammation, peuvent parfaitement rester quiescents sur de longues périodes. Les 28 janvier 2009, le Tribunal de céans a entendu à titre de renseignements Madame P _____, épouse du demandeur. Elle a expliqué que son employeur, X _____, avait conclu un contrat collectif d'assurances, pour l'assurance obligatoire des soins et les assurances complémentaires. Son employeur lui avait remis le formulaire et une fois rempli par son mari, le formulaire avait été adressé directement à l'assureur, puisque l'employeur n'avait pas à connaître les réponses du questionnaire sur l'état de santé. Elle a indiqué que les kystes dont avait souffert son mari étaient une question réglée, dès lors qu'il avait été opéré plusieurs années auparavant et qu'il n'y avait pas eu de récurrence. C'était oublié. Le Tribunal de céans a également entendu, à titre de témoin, Monsieur Q _____, responsable des ressources humaines auprès de X _____. Il a indiqué que normalement l'employé ou son conjoint adresse le formulaire directement à l'assureur. Il était possible que le formulaire soit timbré et signé par les ressources humaines de la société avant que l'assuré ne l'envoie au médecin-conseil. Il était également possible que l'assureur leur renvoie un formulaire rempli sur lequel ne figuraient ni le timbre ni la signature de la société, pour régularisation. A l'issue des enquêtes, le demandeur a requis que l'avis médical du Dr. D _____ soit écarté de la procédure. Son contenu était contesté. Ce médecin ne l'avait jamais vu et on ne savait pas s'il avait consulté son dossier médical. La défenderesse a expliqué avoir voulu savoir si médicalement le demandeur pouvait s'estimer guéri. Par écriture du 11 mars 2009, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. Par écriture du 13 mars 2009, le demandeur a également persisté dans ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) que 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 sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) . Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi

établie. Interjetée le 19 juillet 2008 par devant le Tribunal de céans, la demande est recevable. La LCA a subi des modifications par la novelle du 17 décembre 2004, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006 et le 1^{er} janvier 2007 (RO 2005 IV 5246, FF 2003 3353). Le droit intertemporel du contrat d'assurance est régi, pour ce qui concerne les révisions partielles de la LCA survenues après l'entrée en vigueur de la loi elle-même le 1^{er} janvier 1910, par l'art. 102 al. 4 LCA, norme qui renvoie à l'art. 882 aCO, disposition qui fut remplacée par l'art. 1 al. 1 Tit. fin. CC le 1^{er} janvier 1912, date de l'entrée en vigueur du Code civil (NEBEL, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n. 1 et 3 ad art. 102 LCA). L'art. 1 al. 1 Tit. fin. CC instaure le principe de la non-rétroactivité des lois (ATF 134 III 224 consid. 3.2.1 ; au sujet du droit intertemporel du contrat d'assurance : ATF non publié du 1^{er} octobre 2008, cause 4A_261/2008). Il s'ensuit que les contrats d'assurance litigieux, qui ont été conclus le 25 septembre 2006, sont soumis à l'art. 6 LCA dans sa teneur après le 1^{er} janvier 2006, date où la disposition en question a été modifiée par le ch. 1 de la loi fédérale du 17 décembre 2004. La question litigieuse est de savoir si le demandeur a, ou non, commis une réticence. Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant 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, tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1); 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 (al. 2); sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). D'après l'art. 6 LCA si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat d'assurance, omis de déclarer ou inexactement 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 proposant doit ainsi déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat ; sont importants tous les faits de nature à influencer la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues, tous les éléments qui doivent être considérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence des facteurs de risque (ATF 116 II 339 consid. 1a ; 116 V 226 consid. 5a et les arrêts cités). 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 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. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur ; il remplit son obligation s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions (ATF 118 II 333 consid. 2b ; ATF 116 V 226 consid. 5a et b ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités ; NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n°56 ad. art. 4 LCA). En d'autres termes, ce

qui importe ce n'est pas l'exactitude objective, mais l'exactitude subjective de la déclaration que le proposant est en mesure de faire à la lumière de sa situation personnelle (NEF, op. cit., n°27 ad. art. 4 LCA). 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). La défenderesse soutient que le demandeur s'est rendu coupable d'une réticence en répondant négativement à la question (2.1) « suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi un traitement médical ou psychothérapeutique ? » ainsi qu'à la question (15f) « souffrez-vous, avez-vous souffert ou un médecin vous a-t-il rendu attentif à une maladie ou une affection de la peau ? », alors que le demandeur avait souffert de kystes sacro-coccygiens en 2002 qui avaient nécessité un traitement. Il n'est pas contesté que le demandeur a effectivement présenté des kystes sacro-coccygiens pour lesquels il a subi en février, juillet et décembre 2002, trois traitements médicaux. Il n'est pas contesté non plus que le demandeur n'a pas indiqué dans le questionnaire de santé les kystes et les traitements y relatifs effectués en 2002. Il convient donc d'examiner si, en ne parlant pas de ces affections, le demandeur a commis une réticence, étant précisé qu'au vu des considérations qui suivent, la question de savoir si le demandeur a, ou non, remis un formulaire incomplet, peut rester ouverte. Il ressort des pièces versées au dossier que le traitement médical prodigué en raison des kystes a consisté en trois interventions chirurgicales effectuées en février, juillet et décembre 2002. Ces interventions ont été pratiquées en ambulatoire et correspondent à une incision pour un panaris profond (Dr E _____, note d'honoraires du 19 mars 2002, pièce 3 chargé demandeur). A la suite de chaque intervention, le demandeur a effectué un seul contrôle médical (pièces 1 à 3 chargé demandeur). Il n'apparaît donc pas que le demandeur ait présenté des complications, ni que des contrôles médicaux réguliers ou une médication d'une certaine durée aient été instaurés. Par ailleurs, dès la dernière intervention effectuée en décembre 2002, le demandeur n'a plus présenté de kystes sacro-coccygiens, pas plus qu'il n'a consulté de médecin pour une telle affection. Au vu de la nature du kyste sacro-coccygien, considéré comme une affection bénigne (www.chirurgien-digestif.fr), et le traitement médical limité prodigué, on ne saurait reprocher au demandeur d'avoir cru que la suite favorable du dernier traitement effectué en décembre 2002 permettait de considérer cette affection comme totalement guérie et de l'avoir oubliée. On relèvera que l'épouse du demandeur a confirmé que cette affection était une question réglée et oubliée (procès-verbal d'enquêtes du 28 janvier 2009, p.2). En effet, le demandeur ne semble pas avoir mentionné l'existence de cette affection à la Dresse C _____, à savoir son médecin traitant qu'il a consulté pour la première fois le 11 septembre 2006, soit avant la signature de la proposition d'assurance (rapport de la Dresse C _____ du 3 décembre 2006, versé au dossier par la défenderesse le 22 octobre 2008). Enfin, le Tribunal de céans relèvera qu'au moment de remplir la proposition d'assurance le 25 septembre 2006, le demandeur, pour qui le dernier kyste sacro-coccygien remontait à quatre ans et n'avait engendré qu'un traitement ambulatoire peu important, venait par contre de subir un pneumothorax gauche spontané, ayant nécessité une intervention chirurgicale et une hospitalisation du 28 mai au 17 juin 2006, à la suite de quoi un emphysème sous-pleural avait été diagnostiqué. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que le demandeur pouvait en toute bonne foi considérer que les kystes sacro-coccygiens étaient une atteinte passagère et sans importance à son bien-être physique que l'attention requise ne lui commandait pas d'annoncer. Dès lors, aucune réticence ne

peut être reprochée au demandeur eu égard aux kystes sacro-coccygiens et aux traitements y relatifs effectués en 2002. Quoi qu'il en soit, à supposer qu'il y ait eu réticence pour cette affection, le Tribunal de céans est d'avis que la défenderesse n'aurait pas pu se départir du contrat. A teneur de l'art. 8 ch. 3 LCA, malgré la réticence, l'assureur ne pourra pas résilier le contrat si l'assureur connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré. Selon la jurisprudence en la matière, pour apprécier si l'assureur est déchu du droit de se départir du contrat parce qu'il connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré, il faut, comme pour apprécier s'il y a eu réticence de l'assuré, utiliser un critère objectif, dans l'application duquel on tiendra compte des circonstances du cas particulier. L'assureur n'est pas tenu, en général, de vérifier l'exactitude des renseignements donnés par le proposant. Il doit seulement résoudre les difficultés provenant des incertitudes et des contradictions qui résulteraient du texte de la proposition. Néanmoins, il ne saurait éluder l'obligation, que lui imposent les règles de la bonne foi, de redresser l'erreur commise par l'autre partie, lorsque cette erreur porte sur un fait qu'il connaissait ou devait connaître. L'assureur est censé connaître, en particulier, non seulement les renseignements qui lui ont été donnés lors de la souscription d'assurances ou lors du règlement de sinistres antérieurs, mais aussi les faits appris par hasard de la bouche de tiers (ATF 111 II 388 consid. 3c/bb p. 396; 90 II 449 consid. 4 p. 456; NEF, op. cit., n. 23 ad art. 8 LCA et les références mentionnées). Le Tribunal fédéral des assurances a récemment rappelé que les faits dont la société mère a connaissance sont opposables à la société fille lorsque les deux entités juridiques disposent d'une banque de données électronique commune ou emploient les mêmes collaborateurs (ATFA non publié du 9 août 2004, cause 5C.43/2004 ; ATFA non publié du 21 août 2001, cause 5C.104/2001). En l'occurrence, il n'est pas contesté que les traitements effectués en 2002 concernant les kystes sacro-coccygiens ont été pris en charge par la caisse-maladie. La défenderesse fait valoir que la caisse-maladie est une entité juridique distincte, qui ne s'occupe que des prestations à charge de l'assurance sociale, alors que la défenderesse ne s'occupe que des assurances complémentaires privées. Pour ce motif, le fait que la caisse-maladie ait pris en charge les traitements effectués en 2002 ne saurait être opposable à la défenderesse. L'argument de la défenderesse ne saurait être suivi. Le Tribunal de céans constate en effet que les deux entités ont leur siège à la même adresse (site internet du registre du commerce, www.rc.geneve.ch), qu'elles emploient les mêmes collaborateurs, lesquels s'occupent tant des assurés LAMal que des assurés LCA. De surcroît, ces deux catégories d'assurés se trouvent dans la même base de données (procès-verbal de comparution personnelle des parties du 22 octobre 2008, p. 2). En outre, le formulaire pré-imprimé que doivent remplir les assurés vaut tant pour l'admission à l'assurance-maladie LAMal que pour les assurances complémentaires LCA. Par ailleurs, les assurés reçoivent une seule police d'assurance, valant tant pour l'assurance de base que pour les assurances complémentaires, et sur laquelle figure uniquement la raison sociale « INTRAS ASSURANCES » à l'adresse « rue des Battoirs 7 » (pièce 7 chargé demandeur). Qui plus est, toutes les demandes de remboursement, que ce soit pour l'assurance de base ou pour les assurances complémentaires, sont à envoyer à l'adresse précitée (pièce 14 chargé défenderesse et pièce 2 chargé demandeur). Il résulte de ce qui précède que la dénomination « INTRAS ASSURANCES » regroupe les deux entités. Pour ce motif, il y a lieu de retenir que les faits dont a connaissance la caisse-maladie sont opposables à la défenderesse. La défenderesse fait valoir que l'affection pour laquelle avait été traité le demandeur en 2002 n'était de toute manière pas connue de la caisse-maladie, dès lors que les diagnostics ne figurent pas sur les factures adressées par le demandeur. Si le diagnostic

« kyste sacro-coccygien » n'est certes pas mentionné sur les factures relatives aux traitements effectués en 2002, le Tribunal de céans constate cependant que les termes « électrocoagulation tumeur peau » et « incision : panaris profond » figurent sur les factures précitées. Quoi qu'il en soit, étant donné que ces prestations ont été prises en charge par la caisse-maladie, la défenderesse savait, ou était censée savoir que le demandeur avait subi trois interventions médicales en 2002 qui ne figuraient pas sur le questionnaire de santé rempli le 25 septembre 2006. Or, comme l'a précisé la jurisprudence, si l'assureur n'est pas tenu en général de vérifier l'exactitude des renseignements, il ne saurait néanmoins éluder l'obligation, que lui imposent les règles de la bonne foi, de redresser l'erreur commise par l'autre partie, lorsque cette erreur porte sur un fait qu'il connaissait ou devait connaître (ATFA non publié du 9 août 2004, cause 5C.43/2004). Compte tenu de ce qui précède, la défenderesse aurait donc été déchu de son droit de se prévaloir d'une réticence. Il s'ensuit que la défenderesse n'a pas valablement résilié les contrats d'assurances complémentaires, lesquels lient encore les parties. La défenderesse doit donc prendre en charge les notes d'honoraires relatives aux traitements médicaux prodigués en 2007 en raison du kyste sacro-coccygien dont a souffert le demandeur, soit une facture établie par la Dresse . B _____ en date du 3 septembre 2007 pour un montant de 721 fr. 70, et deux notes d'honoraires établies les 13 et 27 septembre 2007 par le Dr P. A _____ s'élevant à 4'743 fr. 25 et à 1'780 fr. 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. Ce délai n'a plus de raison d'être dès le moment où l'assureur conteste à tort son obligation. La prestation devient alors immédiatement exigible. L'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la créance. Aucun intérêt moratoire n'est dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure (CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). L'intérêt moratoire est fixé à 5% conformément aux art. 102 et 104 du code des obligations du 30 mars 1911 (CO) applicable par renvoi de l'art. 100 LCA. En l'occurrence, la défenderesse a refusé de rembourser les notes d'honoraires précitées par courrier du 12 octobre 2007, rendant les prestations exigibles dès cette date. Par courrier du 11 février 2008, le demandeur a mis en demeure la défenderesse, de sorte que l'intérêt moratoire de 5% est dû à partir de cette date. La demande sera donc admise, les contrats d'assurances complémentaires liant toujours les parties, et la défenderesse sera condamnée à prendre en charge les factures relatives aux traitements médicaux du kyste sacro-coccygien prodigués en 2007, avec intérêts à 5% dès le 11 février 2008. Le demandeur obtenant gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 3'500 fr. à titre de dépens. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : L'admet. Dit que les parties sont toujours liées par les contrats d'assurances « UNO+ » et « OPTIMA+ privé ». Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme de 4'743 fr. 25 avec intérêts à 5% dès le 11 février 2008. Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme de 1'780 fr. avec intérêts à 5% dès le 11 février 2008. Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme de 721 fr. 70 avec intérêts à 5% dès le 11 février 2008. Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme de 3'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit

public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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