

GE_GERICHTE A/3268/2023 vom 4. März 2025

GE Cour de justice, 2025-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3268_2023

FR: GE_GERICHTE A/3268/2023 du 4 mars 2025

IT: GE_GERICHTE A/3268/2023 del 4 marzo 2025

Erwägungen

E. 12

juin 2020, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, n'a retenu aucun diagnostic. Il a indiqué que l'assuré était suivi par la Dre D_____, qu'il avait consulté plusieurs neurologues et que le diagnostic de New Daily Persistent Headache (ci-après : NDPH) avait été évoqué. j. Mandaté par SWICA, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, médecin auprès du Centre d'Expertises Médicales, a procédé à l'examen de l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 4 août 2020, le spécialiste a noté que l'assuré avait notamment consulté la docteure G_____, spécialiste FMH en neurologie, laquelle avait posé le diagnostic de NDPH. Après analyse des critères diagnostiques, il a considéré que l'assuré souffrait probablement d'un NDPH, avec une éventuelle participation de céphalées nummulaires, et qu'une limitation de la capacité de travail ne pouvait être retenue pour un tel trouble. L'assuré n'avait pas de nausées, de vomissements ou de vertiges. Il ne décrivait pas de céphalées durant les nuits et niait tout réveil nocturne pour des maux de tête. Il ne consommait aucun traitement antalgique et prenait uniquement des comprimés de magnésium, expliquant que les traitements n'avaient aucun effet et qu'il préférait éviter les effets indésirables. L'examen neurologique était normal. L'expert a conclu que la capacité de travail dans l'emploi actuel de « Lifecycle Director » était totale, avec une baisse de rendement de 15%. k. Par courrier du 20 août 2020, SWICA a informé l'assuré des conclusions de l'expertise, à savoir que sa capacité de travail était entière dans l'activité de « Lifecycle Director », et qu'elle mettrait fin à ses prestations au 31 août 2020. l. Le même jour, elle a adressé une copie du rapport d'expertise à la Dre D_____, ajoutant que si elle ne partageait pas les conclusions de l'expert, il lui était loisible de lui faire parvenir un rapport circonstancié faisant état d'éléments médicaux probants, lequel serait soumis à l'expert pour nouvelle appréciation. m. L'assuré a été licencié avec effet au 31 août 2020. Compte tenu de son incapacité de travail, les rapports de travail ont pris fin le 31 octobre 2020. n. En date du 2 septembre 2020, la Dre D_____ s'est déclarée étonnée de la conclusion de l'expertise. Elle a rappelé que le patient avait été vu par plusieurs neurologues, dont la Dre G_____, spécialisée dans les céphalées, et que le diagnostic de NDPH avait été posé. Depuis ces céphalées, l'assuré présentait des troubles de la concentration, une fatigue liée aux douleurs intenses l'obligeant à se reposer à plusieurs reprises dans la journée, entravant toutes ses activités, en particulier la lecture et celles demandant de la concentration. De plus, il n'était pas capable de prendre des décisions concernant sa vie familiale et sociale. Il lui semblait donc qu'une capacité de travail était « impossible à 100% ; aussi, du fait de son âge et d'un rendement à 85% son engagement semble compromis ». Elle espérait que SWICA réévaluerait sa décision. o. Le 30 septembre 2020, le docteur H_____, médecin-consultant de SWICA, a écrit à Madame I_____, collaboratrice de SWICA, que l'expertise était cohérente et prenait en compte le diagnostic de NDPH évoqué par la médecin traitante dans son courrier de contestation. Il suggérait de

maintenir la décision de SWICA. p. Par courrier du 8 octobre 2020, SWICA a confirmé à l'assuré son refus de verser des indemnités journalières au-delà du 31 août 2020, relevant que son médecin-conseil considérait que le courrier de la Dre D_____ ne contenait aucun élément médical nouveau justifiant une incapacité de travail. q. Une copie de ce courrier a été adressé à la Dre D_____. r. La Fondation collective Trianon (ci-après : FCT) a versé à l'assuré une rente de retraite anticipée dès le 1^{er} novembre 2020. B. a. Par projet de décision du 3 mai 2022, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2020, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Il a considéré que l'intéressé présentait une incapacité totale d'exercer son activité habituelle depuis le

E. 16

décembre 2019, mais qu'il disposait d'une capacité de travail résiduelle de 30% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui n'existait toutefois pas sur le marché de l'emploi usuel. Ce projet a été confirmé par décisions des 26 août et 27 septembre 2022. b. Le 18 juillet 2022, l'assuré, représenté par une avocate, a transmis à SWICA le projet de décision de l'OAI et l'a enjoint de reprendre le versement des indemnités journalières en sa faveur, depuis le 1^{er} septembre 2020, compte tenu de son invalidité. Il a en outre sollicité une copie de son dossier complet. c. Le 22 juillet 2022, une collaboratrice de SWICA a téléphoné à la mandataire de l'assuré pour l'informer qu'elle n'avait plus de certificat médical depuis le mois de septembre 2020 et pour lui demander le nom de la caisse de prévoyance professionnelle de l'intéressé. L'avocate lui a notamment déclaré avoir demandé à cette dernière de se positionner sur le droit à la rente, étant relevé que le calcul prendrait du temps, car l'assuré avait travaillé à l'étranger. Interrogée sur le point de savoir si la rente prendrait naissance au moment de l'octroi de celle de l'OAI ou au moment de la fin des prestations de SWICA, l'avocate a répondu qu'elle se renseignerait. Les parties ont convenu d'attendre cette information, ainsi que le montant de la rente, et que SWICA procéderait ensuite au versement pour solde de tout compte. d. Par courriel du 25 juillet 2022, l'employeur a informé SWICA que l'assuré avait quitté ses effectifs le 31 octobre 2020. e. Le 29 juillet 2022, SWICA a écrit à l'assuré que les indemnités journalières dues pour la période allant du 1^{er} septembre au 31 octobre 2020 seraient versées directement au preneur d'assurance et qu'aucune indemnité journalière ne serait allouée au-delà du 31 octobre 2020, dans la mesure où l'assuré avait fait valoir son droit à une rente de retraite anticipée depuis le 1^{er} novembre 2020. Au surplus, elle acceptait de renoncer à se prévaloir de la prescription, pour autant que celle-ci ne soit pas déjà intervenue, jusqu'au 31 juillet 2023 concernant les indemnités journalières. Elle lui a par ailleurs adressé une copie des pièces de son dossier, lequel comprenait plusieurs notes d'entretien téléphonique et courriels de I_____, de Monsieur J_____, care manager de SWICA, et du Dr H_____, dont : - une note d'entretien téléphonique de I_____, datée du

E. 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 - E 2 05), 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). Le contrat d'assurance stipule que les Conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective d'indemnité journalière selon la LCA, édition 2012 sont applicables et font partie

intégrante de la police d'assurance, et que les dispositions de la LCA s'appliquent également. Ainsi, la compétence de la chambre de céans est établie à raison de la matière.

1.2 La LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Selon la disposition transitoire relative à cette modification, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812). En l'occurrence, le contrat entre l'employeur et la défenderesse a été conclu avant le 1^{er} janvier 2022 et l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

1.3 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 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient de se référer. Conformément à l'art. 10 al. 1 let. b CPC, sauf disposition contraire de la présente loi, le for est pour les actions dirigées contre les personnes morales, les établissements et les corporations de droit public ainsi que les sociétés en nom collectif ou en commandite, celui de leur siège. Selon l'art. 17 CPC, sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (al. 1). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (al. 2). L'art. 36 CGA dispose que le preneur d'assurance et la personne assurée peuvent saisir, à leur choix, le for ordinaire ou celui de leur domicile en Suisse, ou dans la Principauté du Liechtenstein. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

1.4 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), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). Pour le reste, la demande respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC, de sorte qu'elle est recevable.

2. 2.1 Conformément à l'art. 243 al. 2 let. f CPC, la procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal. Il en résulte que le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). Il s'agit donc d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid. 2.1). Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_541/2010 du 16 juillet 2010 consid. 1). Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il 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). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). La maxime inquisitoire sociale ne dispense pas les parties de collaborer à l'établissement des faits et de désigner les preuves à administrer. Le juge ne doit s'assurer du caractère complet des allégations et des moyens de preuve que s'il existe des doutes sérieux sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral 4A_491/2014 du 30 mars 2015 consid. 2.6.1). Lorsqu'une partie admet expressément un fait allégué par l'autre, la maxime inquisitoire sociale ne permet au juge de s'en écarter ou d'interpeller la partie désavantagée par cette admission que si l'inexactitude de l'allégué ressort clairement des pièces du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 4A_360/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.2). Les parties restent tenues de soumettre au tribunal la trame factuelle sur laquelle portera son jugement. Le juge, en particulier lorsqu'il est confronté à des parties représentées par des avocats, n'a pas à investiguer dans les pièces pour tenter d'y trouver un argument favorable à celle qui l'a produite. En présence de personnes assistées, il doit bien plutôt faire preuve de retenue, à l'instar de ce qui prévaut dans un procès ordinaire (ATF 141 III 569 consid. 2.3.1). La portée de la maxime inquisitoire sociale s'apprécie aussi en considération du principe de disposition ancré à l'art. 58 al. 1 CPC, prolongement procédural de l'autonomie privée gouvernant le droit civil. Ce dernier précepte implique, en particulier, que le juge intervient à la seule initiative des parties, auxquelles il échoit de définir le cadre du procès et de déterminer dans quelle mesure elles veulent faire valoir les moyens et prétentions qui leur appartiennent (arrêt du Tribunal fédéral 4A_563/2019 du 14 juillet 2020 consid. 4.2 et les références). La maxime inquisitoire sociale n'habilite notamment pas le juge à retenir d'office une clause contractuelle n'ayant fait l'objet d'aucune allégation, et ne s'inscrivant en aucune façon dans la ligne de défense adoptée par une société d'assurance représentée par un avocat (arrêt du Tribunal fédéral 4A_563/2019 du 14 juillet 2020 consid. 4.3).

2.2 La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). En l'absence de disposition spéciale contraire, l'art. 8 du code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) répartit le fardeau de la preuve pour toutes les prétentions fondées sur le droit privé fédéral et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences d'un échec de la preuve. En conséquence, l'ayant droit est tenu de prouver les faits relatifs à la « justification de ses prétentions » (selon la note marginale de l'art. 39 LCA), à savoir l'existence d'un contrat d'assurance, la survenance du cas d'assurance et l'étendue de ses prétentions, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 ; 130 III 321 consid. 3.1).

2.3 Aux termes de l'art. 150 CPC, la preuve a pour objet les faits pertinents et contestés (al. 1). La preuve peut également porter sur l'usage, les usages locaux et, dans les litiges patrimoniaux, le droit étranger (al. 2). En vertu de l'art. 150 al. 1 CPC, seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise pour atteindre son but, c'est-à-dire permettre à la partie adverse de comprendre quels allégués il lui incombe de prouver. Le degré de précision d'une allégation influe sur le degré de motivation que doit revêtir sa contestation.

Plus les affirmations d'une partie sont détaillées, plus élevées sont les exigences quant à la précision de leur contestation. Une réfutation en bloc ne suffit pas. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4A_42/2017 du 29 janvier 2018 consid. 3.2.2 et les références). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_327/2018 du

E. 23

juin 2023). Dès lors que la défenderesse soutient être intervenue « à bien plaisir », on pourrait en déduire qu'elle a sous-entendu que le demandeur ne subissait en réalité plus aucune incapacité de travail lorsqu'elle avait mis fin à ses prestations au 31 août 2020. Cela étant, la défenderesse n'a pas explicitement contesté les allégations du demandeur. Elle n'a pas davantage formellement remis en cause les constatations de l'OAI et on perçoit mal quel élément lui permettrait de revenir sur sa précédente appréciation, rendue « après avoir pu prendre connaissance du dossier » de l'OAI. Dans le cadre de la présente procédure, la défenderesse a affirmé avoir accepté de compléter les rentes versées par l'OAI et FCT « à bien plaisir », invoquant une surindemnisation en cas de versement d'indemnités journalières non réduites de sa part du fait de la prise d'une retraite anticipée. Elle s'est référée à l'art. 17 al. 1 et 4 CGA (cf. réponse du 3 novembre 2023 et écriture du 25 mars 2024). En l'absence d'explication claire, il est difficile de saisir pour quel motif la défenderesse ne se considère pas tenue de verser les prestations jusqu'à hauteur d'une surindemnisation. Si elle a allégué que l'intéressé aurait déclaré à FCT qu'il était apte au travail, elle n'a cependant pas fait valoir que tel était bien le cas. En soutenant qu'il n'était pas admissible que l'intéressé obtienne un revenu plus élevé que celui qu'il aurait eu s'il n'avait pas été malade, elle admet bien ladite incapacité. La défenderesse a également invoqué que la rente de vieillesse aurait été réduite par la caisse de pension si elle n'avait pas seulement complété les rentes perçues, de sorte que le demandeur n'aurait de toute façon pas pu percevoir plus que ce qu'il avait finalement obtenu (cf. écritures des 25 mars et 3 mai 2024). Une telle argumentation, relative aux prétentions du demandeur à l'encontre d'une autre institution, ne saurait libérer la défenderesse de ses propres obligations. Lors de l'audience des débats principaux, la défenderesse a été invitée à préciser sa ligne de défense et à citer les articles de ses CGA dont elle entendait se prévaloir. Elle s'est à nouveau référée à l'existence d'une surindemnisation et au fait que l'intéressé ne pouvait pas percevoir plus que ce qu'il aurait gagné en bonne santé, et a indiqué qu'elle avait voulu faire un geste en « complétant » les rentes touchées. Elle n'a cependant pas distinctement justifié le motif qui lui aurait permis de refuser le versement qu'elle avait effectué, lequel a précisément été calculé afin d'exclure toute surindemnisation. Enfin, dans ses plaidoiries finales, elle a derechef cité l'art. 17 al. 1 et 4 CGA et maintenu qu'elle avait accepté de compléter seulement les rentes de l'assurance-invalidité et de la caisse de pension. Dès lors que le demandeur n'avait pas contesté la fin des prestations à l'époque ni ne s'était annoncé au chômage, elle n'y était en effet pas tenue, la suspension des prestations étant « prouvée » par une expertise privée. Elle s'est référée à un récent arrêt du Tribunal fédéral et a déduit que le demandeur ne pouvait pas se prévaloir de la décision de l'OAI lui reconnaissant le droit à une rente entière sur la base d'une expertise ultérieure, sans que l'expert n'explique

pourquoi il s'écartait des évaluations au dossier concernant la période antérieure. Le demandeur se prévalait d'une incapacité de travail continue de plus de 40% depuis le 16 décembre 2019 et devait ainsi admettre que le revenu versé par FCT concernait également la maladie et constituait une prestation dont elle devait tenir compte. Elle a maintenu qu'il n'était pas admissible qu'un assuré obtienne un revenu plus élevé que celui qu'il aurait obtenu s'il n'avait pas été malade, ce qui constituerait une inégalité manifeste par rapport à un assuré bien portant, étant observé que le règlement de prévoyance prévoyait d'ailleurs également des règles de surindemnisation pour les cas où les prestations versées seraient supérieures au revenu antérieur.

5.2.1 Il ressort de ce qui précède que la défenderesse invoque une seule disposition, l'art. 17 al. 1 et 4 CGA. Il convient donc d'examiner si cette clause lui permet de déduire les rentes de vieillesse en raison d'une surindemnisation. Selon l'article précité, « si, du fait de sa maladie, la personne assurée reçoit des prestations de la part d'assurances étatiques ou professionnelles, ou encore d'un tiers responsable, SWICA complète lesdites prestations dès l'échéance du délai d'attente jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. Les jours durant lesquels la personne assurée touche des prestations réduites en raison de son droit à des prestations de tiers sont comptés comme jours entiers dans le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente (...) » (al. 1). « Aussi longtemps que le droit de la personne assurée à toucher une indemnité journalière ou une rente de la part d'une assurance étatique ou professionnelle n'est pas encore établi, SWICA peut verser à bien plaisir l'indemnité journalière assurée à titre d'avance. Dans ce cas, elle exigera de la personne assurée le remboursement des prestations excédentaires déjà allouées à compter de la date de la naissance du droit à toucher l'indemnité journalière ou la rente de ladite assurance étatique ou professionnelle. Aussi, une avance éventuelle n'est accordée que sous la réserve expresse que SWICA puisse compenser ses propres prestations avec celles de l'assurance-invalidité ou avec le versement d'arriérés d'indemnités journalières ou de rentes dues par d'autres assurances étatiques ou professionnelles. Le remboursement, respectivement la compensation, interviennent à hauteur de la rente AI allouée, respectivement des indemnités journalières ou rentes versées par d'autres assurances étatiques ou professionnelles pour la même période. Ils peuvent intervenir sans que la personne assurée n'ait à établir une procuration supplémentaire. La personne assurée cède à SWICA ses prétentions à l'encontre d'autres assureurs à concurrence des avances versées » (al. 4). Cette disposition prévoit expressément qu'une déduction est possible si la personne assurée perçoit d'autres prestations « du fait de sa maladie ». Cette notion est clairement définie dans les conditions générales : est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique non imputable à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical, ou encore provoque une incapacité de travail. Or, comme soulevé à juste titre par le demandeur, il n'a pas été mis au bénéfice d'une rente de vieillesse « du fait de sa maladie », car une telle prestation ne requiert pas l'existence d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. L'intéressé a pu percevoir une rente de retraite anticipée parce qu'il en remplissait les conditions, singulièrement celle relative à l'âge déterminant, et ce indépendamment de son état de santé. Il est rappelé à cet égard que les prestations de vieillesse anticipées ne peuvent intervenir que si les rapports de travail ont pris fin. L'état de santé de la personne assurée à ce moment est sans incidence et ne fait pas obstacle à l'octroi d'une telle prestation. Dans ces circonstances, que le demandeur ait été en incapacité de travail continue de plus de 40% depuis le 16 décembre 2019 n'est pas un argument permettant à la défenderesse de réduire le versement de ses indemnités journalières. Par ailleurs, l'art. 17 al. 4 CGA, qui prévoit le versement « à bien plaisir » de

l'indemnité journalière assurée « à titre d'avance », concerne la situation dans laquelle le droit à d'autres prestations n'a pas encore été établi. En l'occurrence, lorsque la défenderesse a accepté, par courriel du 28 février 2023, de compléter, conformément à ses conditions d'assurances, les rentes de vieillesse et d'invalidité jusqu'à hauteur de l'indemnité journalière, du 1^{er} novembre 2020 au 10 décembre 2021 (405 jours), les prestations avaient été établies par l'OAI et par FCT, ce que la défenderesse savait. Cette disposition n'entre donc pas en ligne de compte.

5.2.2 La défenderesse fait encore valoir, de manière générale et sans se référer à une disposition particulière qui pourrait trouver application dans le cas d'espèce, que le demandeur ne devrait pas pouvoir percevoir davantage que ce qu'il aurait gagné s'il n'avait pas été malade. Si les CGA subordonnent le versement de l'indemnité journalière à l'existence établie d'une perte de gain et qu'il s'agit donc d'une assurance de dommage, il n'en demeure pas moins que la chambre de céans n'est pas habilitée à examiner si les conditions d'assurance contiennent une clause contractuelle qui permettrait à la défenderesse de réduire ses prestations en raison du versement d'une rente de retraite anticipée et, cas échéant, la retenir d'office. Enfin, il ressort clairement de l'argumentation du demandeur que ce dernier conteste toute « surindemnisation », puisqu'il se prévaut d'importantes pertes financières liées à la prise de sa retraite, lesquelles résultent de l'absence de la libération du paiement des cotisations LPP au sein de la caisse de pension jusqu'à l'âge ordinaire de la retraite, de l'absence d'attribution d'une part de fonds libres versée aux assurés actifs dans le cadre de la liquidation partielle de sa caisse de pension au 31 décembre 2020, de la différence entre la rente de retraite anticipée et la rente d'invalidité du 2^{ème} pilier avec effet rétroactif jusqu'à l'âge de 65 ans.

5.2.3 Pour ce motif également, le grief de la défenderesse relatif à l'égalité de traitement entre le demandeur et un assuré bien portant tombe à faux. La situation de l'intéressé, qui a indiqué avoir demandé sa retraite anticipée faute de tout autre moyen de subsistance en raison de la résiliation de ses rapports de travail, de la fin du versement des indemnités perte de gain et de son inaptitude au placement, n'est pas similaire à celle d'un assuré en bonne santé qui aurait renoncé à un salaire et fait le choix d'une retraite anticipée. De plus, que FCT aurait différé le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité n'est pas un élément de nature à exempter la défenderesse du versement des indemnités journalières auquel elle est tenue selon sa propre réglementation.

5.2.4 Enfin, la défenderesse s'est référée à un récent arrêt du Tribunal fédéral (9C_253/2024 du 17 octobre 2024) et a soutenu que le demandeur ne pouvait pas se prévaloir de la décision de l'OAI lui reconnaissant le droit à une rente entière sur la base d'une expertise ultérieure, sans que l'expert n'explique pourquoi il s'écartait des évaluations au dossier concernant la période antérieure. Elle a indiqué que la suspension de ses prestations était « prouvée » par une expertise privée. Elle semble ainsi, pour la première fois au stade de ses plaidoiries finales, douter de l'existence d'une incapacité de travail. Or, il lui incombait de contester expressément les allégations du recourant, ce qu'elle n'a pas fait. De plus, il sied de relever qu'elle n'évoque aucun élément tangible venant conforter une telle position, alors qu'elle a pu prendre connaissance du dossier de l'OAI au début de l'année 2023 déjà et a accepté, sur cette base et sans réserve, de verser des indemnités journalières jusqu'à l'épuisement de la période de 730 jours (cf . courriel du 28 février 2023). En outre, elle ne prétend pas que les pièces médicales au dossier de l'OAI, lesquelles n'ont pas été versées à la présente procédure et dont elle n'a pas requis l'apport, ne permettaient pas d'écarter les conclusions des experts qu'elle avait mandatés. Au surplus, l'arrêt cité n'est pas pertinent pour l'issue du litige, dès lors qu'il ne porte pas sur une éventuelle surindemnisation et ne conforte donc

en rien la position de la défenderesse quant au droit de déduire les rentes de vieillesse. 5.2.5 La défenderesse n'a donc pas démontré qu'elle était en droit de soustraire les rentes de vieillesse versées par FCT du solde des indemnités journalières encore dues au demandeur durant la même période. À toutes fins utiles, il sera encore observé que les offres de preuve sollicitées par la défenderesse se révèlent inutiles. De surcroît, la note de la défenderesse relative à l'entretien téléphonique du 27 juillet 2022 entre sa collaboratrice et FCT, aux termes de laquelle le demandeur s'était déclaré en aptitude totale dès le 4 août 2020 et qu'il souhaitait à la fin de son contrat de travail être en retraite anticipée, est contredite par le courriel du défendeur du 16 septembre 2020. Cette pièce atteste que l'intéressé a communiqué à FCT le rapport du Dr F_____ du 4 août 2020 et relevé que ce document le déclarait apte à travailler à 100%, de sorte qu'il n'avait pas d'autre choix que de faire valoir son droit à une retraite anticipée. Il ne s'est donc pas annoncé comme étant capable de travailler, contrairement à ce que soutient la défenderesse. 5.3 En ce qui concerne la fixation du montant réclamé de CHF 188'406.28, la chambre de céans rappelle que les parties s'accordent non seulement sur le montant de l'indemnité journalière due de CHF 648.25, mais également sur le solde d'indemnités à verser, soit 405 jours. Il en résulte donc que le total des indemnités journalières s'élève à CHF 262'541.25 du 1^{er} novembre 2020 au 10 décembre 2021 (soit CHF 648.25 x 405 jours), montant duquel doivent être soustraits, comme l'admet le demandeur, le versement déjà opéré par la défenderesse au mois de mai 2023 (CHF 50'049.-), ainsi que la somme des rentes d'invalidité versées par l'OAI. Celles-ci se montent effectivement à CHF 24'085.95, comme calculé par le demandeur, puisqu'il ressort des décisions de l'OAI des 26 août et 27 septembre 2022 qu'il a perçu des rentes pour ses enfants et lui à hauteur de CHF 0.- du 1^{er} au 30 novembre 2020, CHF 1'939.- du 1^{er} au 31 décembre 2020, CHF 21'516.- du 1^{er} janvier au 30 novembre 2021 (onze mois à CHF 1'956.-) et CHF 630.96 du 1^{er} au 10 décembre 2021 (CHF 1'956.- / 31 x 10). Ce montant est d'ailleurs très proche de celui admis par la défenderesse dans ses écritures du 21 novembre 2024 (CHF 24'097.75) selon un calcul différent, basé sur une annualisation des rentes puis la fixation de la prestation versée par jour. Par conséquent, le demandeur peut exiger de la défenderesse le versement de CHF 188'406.30 (CHF 262'541.25 - CHF 50'049.- - CHF 24'085.95). 6. Le demandeur conclut au paiement de ce montant avec intérêts à 5% dès le 30 septembre 2020. Il soutient en substance que la défenderesse ne pouvait pas mettre fin au versement des indemnités journalières au 31 août 2020 et qu'il a été contraint de prendre une retraite anticipée, faute de tout autre moyen de subsistances, et que s'est ensuivi un important préjudice financier. 6.1 Les CGA ne prévoient aucun terme pour l'exigibilité des prestations qui y sont stipulées. 6.2 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. Les renseignements au sens de cette disposition visent des questions de fait, qui doivent permettre à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 4A_489/2017 du 26 mars 2018 consid. 4.3). Dans des cas où les assurances s'étaient fondées sur des expertises mises en œuvre par leur soin, dont les conclusions étaient contredites par les médecins traitants des assurés, le Tribunal fédéral a retenu que ce n'était pas à la date de réception du rapport d'expertise judiciaire seulement que ces assurances pouvaient se convaincre du droit aux prestations de leurs assurés respectifs, et en a conclu que les prestations étaient immédiatement exigibles (arrêts du Tribunal fédéral 4A_58/2019 du 13 janvier 2020 consid. 4.3 et 4A_307/2008 du

novembre 2008 consid. 6.3.2). Si ce n'est qu'en cours de procédure, par exemple lors de l'audition d'un médecin, que l'assureur a reçu les renseignements lui permettant de se convaincre du bien-fondé d'une prétention, celle-ci devient exigible quatre semaines après l'audience, et les intérêts moratoires courent dès le jour suivant. En revanche, si une expertise judiciaire ne fait que corroborer les atteintes à la santé alléguées par le lésé, ce n'est pas le jour de la notification de l'expertise qui fait courir les intérêts moratoires, mais la première interpellation de l'assureur pour les prestations liées auxdites atteintes (Emilie CONTI MOREL in Commentaire romand, Loi sur le contrat d'assurance, 2022, n. 39 et 40 ad art. 41 LCA). L'écoulement du délai de quatre semaines prévu à l'art. 41 LCA ne suffit pas à considérer que le jour d'exécution est expiré, en l'absence de convention des parties, si bien qu'une interpellation est nécessaire (Marcel SÜSSKIND in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2023, n. 31 et 32 ad art. 41 LCA). 6.3 L'art. 102 al. 1 CO, qui prévoit que le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier, est applicable par renvoi de l'art. 100 al. 1 LCA. L'intérêt moratoire n'est dû que depuis le début de la demeure, c'est-à-dire le jour suivant la réception de l'interpellation du débiteur - cas échéant le lendemain de la notification au débiteur de la demande en justice ou du commandement de payer (Luc THEVENOZ, in Commentaire romand, Code des obligations I ad art. 104 CO, n. 9 p. 621). Un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102 consid. 1a ; Rolf WEBER, Berner Kommentar, 2000, n. 102 ad art. 102 CO). La demeure ne déploie toutefois ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance (ATAS/1176/2019 du 18 décembre 2019). 6.4 L'intérêt moratoire de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation, ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid 6.1). Toutefois, lorsque l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, on admet, par analogie avec l'art. 108 ch. 1 CO, qu'une interpellation n'est pas nécessaire ; l'exigibilité et la demeure sont alors immédiatement réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_16/2017 du 8 mai 2017 consid. 3.1). 6.5 En l'espèce, il convient d'examiner si la défenderesse était fondée à mettre fin à ses prestations du 31 août 2020. 6.5.1 S'agissant de l'instruction menée par la défenderesse, le demandeur ne saurait lui reprocher d'avoir sollicité l'avis d'un psychiatre, puisqu'il avait indiqué que ses médecins traitants avaient évoqué un burn out et qu'il suivait une psychothérapie. Par la suite, la défenderesse a requis un examen neurologique, le demandeur étant suivi par une spécialiste en la matière. Le Dr F_____ a procédé à un examen spécialisé complet et approfondi, en présence d'un interprète. Dans le chapitre relatif aux données personnelles, familiales et socioprofessionnelles, il a relaté que l'assuré avait travaillé depuis 2016 « toujours dans le management des produits, au sein du groupe Coty qui avait racheté toute la branche dans laquelle il travaillait chez Procter & Gamble ». Le demandeur a donc été interrogé par l'expert, mais il n'a pas évoqué de changement dans sa carrière depuis 2016, en particulier le fait qu'il occupait depuis le mois de juillet 2018 le poste de « External Operations Director », activité qui serait selon lui beaucoup plus stressante et exigeante que celle de « Lifecycle Director ». À ce propos, il sera relevé que le demandeur n'a pas non plus signalé de changement de poste lors de sa conversation téléphonique avec J_____ le 16 mars 2020, puisqu'il a indiqué occuper la fonction de directeur de la « supply chain » depuis le 1^{er} octobre 2016, ni dans sa demande à l'OAI, mentionnant qu'il occupait le poste de « Logistique, Directeur » depuis le 1^{er} octobre 2016, jusqu'à « aujourd'hui ». Dans ces circonstances, il ne saurait reprocher à l'expert

d'avoir mentionné son ancienne fonction. Enfin, le Dr F _____ a pris en considération l'atteinte retenue par les médecins traitants et analysé les critères diagnostiques de l'ICHD3. Il a considéré que l'intéressé souffrait probablement d'un NDPH, comme mentionné par ses médecins, avec une éventuelle participation de céphalées nummulaires. Il a cependant estimé qu'une limitation de la capacité de travail ne pouvait pas être retenue pour un tel diagnostic, argumentant sa position. Il a exposé que l'examen neurologique était normal, que l'intéressé n'avait pas de nausées, de vomissements ou de vertiges, qu'il ne décrivait pas de céphalées durant les nuits et niait tout réveil nocturne pour des maux de tête. Il prenait uniquement des comprimés de magnésium, à l'exclusion de tout traitement antalgique, lesquels n'avaient aucun effet et dont il préférait éviter les effets indésirables. À réception du rapport d'expertise du Dr F _____, le demandeur n'a émis aucune critique à l'encontre de ce document. Il s'est contenté de s'en rapporter à l'attestation du 2 septembre 2020 de la Dre D _____, laquelle n'a pas fait état d'éléments objectifs susceptibles de remettre en cause les constatations et les conclusions de l'expert. En outre, les quelques informations contenues dans la missive de la médecin traitante ont été discutées par l'expert. Enfin, l'appréciation de la Dre D _____, selon laquelle une capacité de travail à 100% lui « semblait impossible ; aussi, du fait de son âge et d'un rendement à 85% son engagement semble compromis » est peu compréhensible et prend de surcroît en compte des facteurs non pertinents. Il est en effet rappelé que l'incapacité de travail est définie par les CGA comme une perte de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 7 al. 2 CGA). L'âge est donc sans influence, tout comme le fait que la poursuite des rapports de travail paraisse compromise. Il sera encore observé que le demandeur n'avait, à l'époque de la cessation des prestations d'assurance, produit aucun rapport de la Dre G _____ et que son incapacité de travail avait été attestée par la Dre D _____ exclusivement. L'expert n'avait donc pas à prendre contact avec la neurologue, puisqu'il avait admis le diagnostic que celle-ci avait posé et que les arrêts de travail émanaient d'une autre médecin. Il sera également relevé que le recourant aurait pu, après avoir reçu le courrier du 8 octobre 2020 de la défenderesse lui indiquant que le rapport de la Dre D _____ ne contenait aucun élément médical justifiant une incapacité de travail, demander à la Dre G _____ un rapport circonstancié afin de contester les conclusions de l'expert, ce qu'il n'a pas fait. Ainsi, la défenderesse a diligencé l'instruction médicale qui s'imposait et suivi les conclusions de l'expert, qui lui paraissaient convaincantes et concluantes, qui n'avaient pas été remises en cause par des indices concrets et pertinents à l'époque, et que le demandeur a renoncé à contester. La chambre de céans relèvera encore que, contrairement à ce que soutient le demandeur, rien ne permet de penser que la défenderesse aurait été influencée par l'employeur, qui lui a déclaré ne pas croire à l'incapacité de travail de son employé, ni qu'elle aurait fait part d'éventuels préjugés à l'expert. D'ailleurs, la défenderesse a confirmé au demandeur qu'elle n'avait eu aucun échange, que ce soit avec le bureau d'expertise ou avec l'expert lui-même, à l'exception du mandat et d'un courrier dont elle lui a remis copie. Pour le reste, le recours à une expertise en cas d'incapacité de travail prolongée n'a rien d'inhabituel et est d'ailleurs expressément prévu par les dispositions applicables (art. 22 al. 1 CGA). 6.5.2 Il y a donc lieu d'admettre que la défenderesse n'a disposé des renseignements nécessaires pour le versement des indemnités journalières qu'à partir du mois de février 2023, lorsqu'elle a pu prendre connaissance du dossier de l'OAI, comme en témoigne son courriel du 11 mai 2023. À toutes fins utiles, il sera relevé que le demandeur ne lui a transmis les décisions de

l'OAI des 26 août et 27 septembre 2022 qu'à l'appui de son courrier du 18 avril 2023, et que le projet de décision communiqué durant l'été 2022 était insuffisant pour connaître l'étendue des rentes versées par l'OAI. Reste à examiner si une interpellation a eu lieu pour déterminer le dies a quo des intérêts moratoires. Dans sa missive du 18 avril 2023, le demandeur, par la plume de son mandataire, a expressément mis la défenderesse en demeure de s'acquitter de la somme de CHF 803'842.43, laquelle comprenait le versement des arriérés des indemnités journalières, sous déduction des rentes d'invalidité. Partant, les intérêts commencent à courir le lendemain de la notification à la défenderesse de cette interpellation. Cette dernière ayant été envoyée par courrier recommandé du 18 avril 2023 et par courriel, il peut être admis qu'elle a été notifiée le lendemain. Les intérêts moratoires de 5% commencent ainsi à courir dès le 19 avril 2023. 7. Le demandeur conclut en outre au paiement d'un montant de CHF 18'694.35 au titre de frais d'avocat antérieurs à la litispendance, avec intérêts à 5% dès le dépôt de la demande en justice. Il a produit deux relevés de compte émanant de l'étude de son avocate. 7.1 La chambre de céans a déjà eu l'occasion d'admettre sa compétence pour juger d'une telle prétention en dommages-intérêts, accessoire à la prétention fondée sur une assurance complémentaire (ATAS/570/2022 du 21 juin 2022 ; ATAS/1222/2021 du 29 novembre 2021 consid. 2). 7.2 Aux termes de l'art. 97 al. 1 CO, lorsque le créancier ne peut obtenir l'exécution de l'obligation ou ne peut l'obtenir qu'imparfaitement, le débiteur doit réparer le dommage en résultant, à moins qu'il ne prouve qu'aucune faute ne lui est imputable. Selon la jurisprudence, les frais d'avocat engagés avant la demande en justice peuvent constituer une partie du dommage, pour autant qu'ils sont justifiés, nécessaires et adéquats, servent à faire valoir une prétention en dommages-intérêts et ne sont pas couverts par les dépens (ATF 139 III 190 consid. 4.2 ; 131 II 121). Les frais d'avocat avant litispendance et les circonstances justifiant leur indemnisation sont des faits qu'il incombe à la partie demanderesse d'alléguer en la forme prescrite et en temps utile (ATF 131 III 360 consid. 5.1 par analogie ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_77/2011 du 20 décembre 2011 consid. 5.2). La partie qui exige le remboursement de ses frais d'avocat avant procès doit ainsi exposer de manière étayée les circonstances justifiant que les dépenses invoquées soient considérées à l'aune du droit de la responsabilité civile comme un poste du dommage, et par conséquent qu'ils étaient justifiés, nécessaires et adéquats et qu'ils ne sont pas couverts par les dépens (arrêt du Tribunal fédéral 4A_264/2015 du 10 août 2015 consid. 4.2.2 et les références). Sont compris dans les dépenses liées à l'intervention d'un avocat avant le procès celles découlant de pourparlers transactionnels ou celles engagées dans une procédure pénale, dans la mesure où le lésé y a participé pour défendre ses intérêts de nature civile et où l'assistance juridique qui a donné lieu à ces frais est justifiée, nécessaire et appropriée. Le demandeur doit établir que les frais d'avocat demandés étaient nécessaires, justifiés et proportionnés (arrêt du Tribunal fédéral 4A_264/2015 du 10 août 2015 consid. 3 et 4.2.3). Celui qui demande l'indemnisation de frais d'avocat antérieurs hors procès doit exposer de façon motivée que les dépenses invoquées doivent être considérées comme un élément du dommage, et ainsi, qu'elles étaient justifiées, nécessaires et appropriées, qu'elles tendaient à faire valoir la créance de dommages-intérêts et qu'elles ne sont pas couvertes par les dépens. Même s'il n'est pas forcément nécessaire de retranscrire le texte entier de la note d'honoraires d'avocat dans le mémoire, il est bien indispensable de détailler et d'explicitier cette dernière, afin que la partie adverse et le tribunal puissent vérifier et cas échéant contester de façon motivée les diverses positions au regard des critères qui déterminent la possibilité d'indemniser les frais d'avocat antérieurs au procès (arrêt du Tribunal fédéral 4A_692/2015 du 1 er mars 2017 in

ATF 143 III 206 consid. 6.1.2 et 6.1.3). En outre, afin d'évaluer si ces frais étaient nécessaires et appropriés, le contexte dans lequel ces activités se sont déroulées est également important. Il s'agit ainsi de décrire les activités effectuées en indiquant la date, le type d'activité en mots clés (par exemple appel téléphonique), la durée et le destinataire, de façon suffisamment détaillée afin que la nécessité et l'opportunité des différentes activités puissent être évaluées par le tribunal et l'autre partie sur la base de ces informations (arrêt du Tribunal fédéral 4A_692/2015 précité consid. 6.1.3). S'agissant des démarches d'un avocat, une liste de frais contenant des postes non spécifiques (tels l'étude du dossier, des recherches juridiques ou des contacts avec chaque partie) ne suffit pas à alléguer suffisamment ni à retenir la nécessité et la nature extra-procédurale de ces frais d'avocat.

7.3 En l'occurrence, le demandeur ne fait pas la démonstration de la réalisation des conditions nécessaires à une telle indemnisation. Il se contente de souligner le refus de la défenderesse de verser les prétentions sollicitées. Le premier décompte produit fait état de deux notes d'honoraires du 12 décembre 2022 pour des montants de CHF 2'405.95 et de CHF 4'649.10, soit la somme de CHF 7'055.05. Ce document mentionne que le client du dossier du demandeur est « Assista Protection Juridique SA », ce qui permet de conclure que l'avocate n'a pas été mandatée par le demandeur lui-même, mais par son assurance de protection juridique, de sorte que l'intéressé n'a pas démontré avoir subi ce dommage. Le second relevé mentionne deux factures émises les 20 juin et 5 octobre 2023 couvrant, respectivement, la période du 23 janvier au 18 avril 2023 pour un montant de CHF 5'397.- et celle du 30 mai au 4 octobre 2023 pour un total de CHF 6'242.30. Ces documents ne permettent pas d'établir quelles opérations ont été effectuées par l'avocate, ni en quoi ces interventions étaient nécessaires, ou encore appropriées. En outre, le coût des honoraires revendiqué n'est pas justifié de manière suffisante et le demandeur n'a apporté aucun élément pour démontrer que l'intervention d'un avocat était indispensable avant l'introduction de la procédure, la description des opérations figurant sur la note d'honoraires ne permettant pas de le constater. La chambre de céans relèvera en outre que la dernière facture a été émise l'avant-veille de l'introduction de la demande en justice, de sorte qu'elle concerne très probablement la rédaction de cette écriture, soit une activité qui sera couverte par les dépens alloués dans le cadre de la présente procédure. À défaut de toute allégation sur ces points, le demandeur, qui avait le fardeau de la preuve de l'étendue de son dommage, ne peut donc rien obtenir à ce titre.

8. Le demandeur, représenté par un conseil, obtient largement gain de cause dans sa demande principale, de sorte qu'il a droit à des dépens.

8.1 Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). À Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). Son art. 84 dispose que le défraiement d'un représentant professionnel est, en règle générale, proportionnel à la valeur litigieuse. Sans effet sur les rapports contractuels entre l'avocat et son client, il est fixé d'après l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail et le temps employé. L'art. 85 RTFMC prévoit que pour les affaires pécuniaires, le défraiement prend pour base le tarif ci-dessous. Sans préjudice de l'art. 23 de la loi d'application du code civil [LaCC - E 1 05], il peut s'en écarter de plus ou moins 10% pour tenir compte des éléments rappelés à l'art. 84. Pour une valeur litigieuse comprise entre CHF 160'000.- et CHF 300'000.-, le défraiement est de CHF 14'500.- plus 3.5% de la valeur litigieuse dépassant CHF 160'000.-.

8.2 Compte tenu de la valeur litigieuse de CHF 188'406.30, le montant des dépens est ainsi de CHF 15'494.20. Cela étant, la cause a

présenté des difficultés particulières, notamment en raison des prises de position variées de la défenderesse. Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans fera usage de sa faculté d'augmenter les dépens réglementairement prévus de 10%, ce qui les monte à un total arrondi de CHF 17'043.-. Partant, il convient de condamner la défenderesse à verser au demandeur une indemnité d'un montant de CHF 17'043.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC ; art. 20 à 26 de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05] ; art. 84 et 85 du RTFMC). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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