

GE_GERICHTE A/3553/2008 vom 16. Juni 2009

GE Cour de justice, 2009-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3553_2008

FR: GE_GERICHTE A/3553/2008 du 16 juin 2009

IT: GE_GERICHTE A/3553/2008 del 16 giugno 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.06.2009
A/3553/2008

A/3553/2008 ATAS/827/2009 du 23.06.2009 (LCA) , ADMIS Recours TF déposé le 15.07.2009, rendu le 15.07.2009, REJETE, 4D_103/2009 En fait En droit .Orépublique et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3553/2008 ATAS/827/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 16 juin 2009 En la cause KPT ASSURANCES SA, sise case postale 8624, 3001 Berne demanderesse contre Monsieur C _____, domicilié avenue à Vessy défendeur EN FAIT Monsieur C _____ qui a résidé durant quelques mois aux Etats-Unis, avait préalablement conclu différentes assurances complémentaires au sens de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) auprès de la société KPT ASSURANCES SA. Monsieur C _____ qui a été victime, le 6 mai 2007, d'une fracture au poignet gauche, a d'abord fait l'objet de divers traitements aux Etats-Unis pour un montant global de 10'629 fr. 10, montant pris en charge par la société KPT ASSURANCES SA. A son retour en Suisse, Monsieur C _____ a, en date du 21 juin 2007, subi une opération effectuée par le Dr L _____ à la Clinique Générale Beaulieu, à Genève. La facture de la Clinique Générale Beaulieu, d'un montant de 6'894 fr. 25 a été prise intégralement en charge par la société KPT ASSURANCES SA. Suite à ce traitement, Monsieur C _____ a transmis à la société KPT ASSURANCES SA diverses factures, à savoir la facture du Dr Thierry L _____, chirurgien FMH, du 11 juillet 2007 pour un montant de 4'333 fr., ainsi qu'une facture du Dr M _____, spécialiste FMH en anesthésie et réanimation, du 30 juin 2007, pour un montant de 1'283 fr. Cette dernière facture a été prise en charge par la KPT ASSURANCES SA. A l'occasion d'un contact téléphonique avec le cabinet du Dr L _____, en date du 11 juillet 2007, la société KPT ASSURANCES SA fut informée que la facture de ce médecin s'élevait non pas à 4'333 fr., mais à 3'050 fr. Après avoir relevé des différences notables entre les deux versions de la facture du Dr L _____, notamment quant au numéro de facture, au montant et à la mise en page, KPT ASSURANCES SA interpella Monsieur C _____, par courrier du 10 août 2007, afin d'avoir des explications sur lesdites différences. Le 13 août 2007, Monsieur C _____ a informé, par téléphone, la société KPT ASSURANCES SA, qu'il avait reçu la facture de 4'333 fr. de l'hôpital. Il avait ensuite appris de l'hôpital que cette facture était fautive car elle comprenait, par erreur, les prestations de l'anesthésiste qui devaient être facturées séparément. Il s'agissait des honoraires du Dr M _____ pour un montant de 1'283 fr. Par courrier du 8 octobre 2007, le Dr L _____ confirma qu'une seule facture d'un montant de 3'050 fr. avait été établie par son cabinet et que la facture de 4'333 fr. était une fautive facture. Cette dernière comportait de grossières erreurs typographiques et ne correspondait ni à la mise en page, ni à la police de caractère utilisée par le Centre CH8. Le 15 octobre 2007, la société KPT ASSURANCES SA a transmis au défendeur une copie du courrier du Dr L _____, en

l'invitant à apporter toute explication utile. Le 25 octobre 2007, Monsieur C _____ informa la société KPT ASSURANCES SA, lors d'un entretien téléphonique, que pour garder une trace de ses factures et n'ayant pas de photocopieuse à domicile, il avait retranscrit les documents sur son ordinateur et aurait fait une erreur au moment de la copie. Rappelant à cette occasion les explications fournies lors de l'entretien téléphonique du 13 août 2007, la KPT ASSURANCES SA demanda une prise de position écrite qui fut adressée, le même jour, à la KPT ASSURANCES SA. Monsieur Sébastien C _____ confirma alors, par écrit, ses dires et notamment que « il semblerait qu'une erreur se soit glissée lors de la retranscription de mes factures sur mon ordinateur ». Le 12 novembre 2007, la société KPT ASSURANCES SA se retira des assurances complémentaires conclues par Monsieur C _____ sur la base de l'art. 40 LCA et réclama le remboursement de toutes les prestations versées depuis le 6 mai 2007, soit un montant de 18'806 fr. 35. La société KPT ASSURANCES SA précisait encore que les factures de prestations ouvertes ne seraient, en outre, pas remboursées. Par courrier du 25 novembre 2007, Monsieur C _____ contesta formellement l'application de l'art. 40 LCA et s'opposa au remboursement des montants réclamés. Il demanda, en outre, le remboursement des factures en cours. Répondant à une demande de décision formelle, la société KPT ASSURANCES SA informa Monsieur C _____ ne pas pouvoir donner une réponse favorable à sa demande puisqu'il était exclusivement au bénéfice d'assurances complémentaires, et non de l'assurance obligatoire des soins. N'ayant reçu aucun paiement de la part de Monsieur C _____, la société KPT ASSURANCES SA lui envoya divers rappels, soit le 14 janvier 2008, ainsi que le 22 février 2008. Le montant réclamé restant impayé, la société KPT ASSURANCES SA engagea une procédure de poursuite pour un montant de 18'806 fr. 35. En l'absence de Monsieur C _____, son père fit opposition au commandement de payer qui lui était notifié le 3 juin 2008. Le 2 octobre 2008, la société KPT ASSURANCES SA introduisit une action en reconnaissance de dette tendant au paiement de la somme de 18'806 fr. 35, ainsi qu'à la levée de l'opposition au commandement de payer et la prise en charge de frais et dépens. Répondant à l'action en reconnaissance de dette, en date du 13 octobre 2008, le défendeur contesta formellement l'application de l'art. 40 LCA et s'oppose au remboursement réclamé, à savoir 18'805 fr. 35. Il précise, en outre, qu'en aucun cas il y a eu dol, tromperie ou quelque volonté de sa part d'induire l'assurance en erreur. A cette occasion, le défendeur précise encore que d'une part la facture de 4'333 fr. avait été adressée par erreur et était une facture reportée sur ordinateur à des fins de sa comptabilité personnelle et pour le bon ordre de ses dossiers et que d'autre part étant sans emploi et n'obtenant aucune indemnité de chômage, il était insolvable et donc dans l'impossibilité de rembourser la somme demandée. Entendues en comparution personnelle, en date du 23 janvier 2009, les parties persistent dans leurs conclusions. Le défendeur insiste encore sur le fait qu'il s'agit d'un malentendu et qu'il n'avait aucune intention de nuire à la demanderesse. Au sujet de ses ressources, le défendeur relève : « j'ai touché il y a deux mois des prestations de l'assurance chômage, soit 4'900 fr. brut » A cette occasion, le demanderesse formule une proposition de restitution des cotisations à partir du mois de juin 2007, dans la mesure où le défendeur s'engage à rembourser le montant des prestations versées à tort, et ce dans un délai raisonnable. En contre-proposition, le défendeur serait prêt à accepter la prise en charge de la facture de l'anesthésiste, soit 1'283 fr., et de renoncer au remboursement des cotisations versées alors qu'il n'était plus couvert par la demanderesse. La demanderesse refuse purement et simplement cette proposition en précisant, qu'elle avait déjà renoncé, d'une

part, aux intérêts moratoires et, d'autre part, au dépôt d'une plainte pénale, Elle refuse également à prendre en compte les cotisations versées de mai à novembre 2007. Aucun accord n'ayant abouti, le Tribunal garde l'affaire à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. En application de l'art. 39 al. 1 et 2 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), l'ayant droit doit, sur demande de l'assureur, lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre. Il peut être convenu que l'ayant droit devra produire des pièces déterminées, notamment des certificats médicaux. En vertu de l'art. 12 al. 1 des conditions générales d'assurance (CGA), l'ayant droit doit remettre à l'assureur notamment les factures originales. En l'espèce, le Tribunal de céans constate que l'instruction du dossier a permis de relever que la facture produite par le défendeur pour obtenir le remboursement des prestations ne correspondait pas à la facture originale du Dr. L_____ qui s'élevait en réalité à 3'050 fr.. En effet, comme l'a précisé le défendeur, en particulier lors de son audition en comparution personnelle, la facture de 4'333 fr. avait été adressée par erreur et était une facture reportée sur ordinateur à des fins de sa comptabilité personnelle et pour le bon ordre de ses dossiers. Selon l'art. 40 LCA, si l'ayant droit ou son représentant, dans le but d'induire l'assureur en erreur, dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur, l'assureur n'est pas lié par le contrat envers l'ayant droit. Au sujet du fardeau de la preuve, le Tribunal fédéral a rappelé : « Conformément à l'art. 8 CC, il incombe à l'assureur de prouver que l'ayant droit a élevé une prétention frauduleuse en donnant des indications inexactes » (arrêt 5C.8/2004). La prétention frauduleuse est une notion purement civile et il n'est pas nécessaire de qualifier pénalement les faits pour les mettre en évidence. L'exagération des prétentions est frauduleuse même si elle ne porte que sur une somme restreinte par rapport au dommage justifié. (Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance. Edition annotée 2000 p. 297) De plus, il faut une volonté de l'auteur des renseignements de se procurer au profit illicite, en provoquant sciemment une erreur dans l'esprit de l'assureur. (CARRE op. cit. p. 298) En l'espèce, le Tribunal de céans constate que le défendeur n'a pas transmis à la demanderesse la facture originale du Dr. L_____ mais une facture qu'il a lui-même établie et qui porte sur un montant de 4'333 fr. au lieu de 3'050 fr. Par courrier du 25 octobre 2007, le défendeur a reconnu ce fait et prétend avoir fait une erreur de retranscription d'une part et d'autre part d'avoir envoyé cette facture incorrecte à la demanderesse. De plus, si le but de cette retranscription était de conserver une trace électronique, comme l'affirme le défendeur, on peine à comprendre pourquoi cette facture a été imprimée et adressée à la demanderesse. Dans la mesure où les prestations sont fixées sur la base des factures transmises par les ayants droit aux assureurs, il apparaît clairement que le défendeur, par l'envoi de la facture retranscrite, a eu un comportement à même d'induire en erreur le demanderesse pour la fixation des prestations. Les protestations du défendeur qui affirme qu'en aucun cas il y a eu dol, tromperie ou quelconque volonté de sa part d'induire l'assureur en erreur ne sauraient emporter la conviction du Tribunal. Ainsi, il y a lieu de relever que par son comportement et en faisant valoir des prétentions manifestement exagérées, le défendeur a violé ses obligations résultant des art. 39 LCA et

12 CGA. Il est manifeste que, par ses investigations la demanderesse a apporté la preuve que le défendeur a tenté d'induire en erreur son assureur, défendeur qui devra, dès lors, assumer les conséquences de son acte. L'action en reconnaissance de dette relative à l'absence d'obligation de rembourser la facture de 4'333 fr. est donc fondée. Au sujet de la demande de restitution des prestations versées antérieurement, il y a lieu de relever que l'art. 40 LCA prévoit : « Si l'ayant droit ou son représentant, dans le but d'induire l'assureur en erreur, dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur, ou si, dans le but d'induire l'assureur en erreur, il ne fait pas ou fait tardivement les communications que lui impose l'article 39 de la présente loi, l'assureur n'est pas lié par le contrat envers l'ayant droit. » En l'occurrence, compte tenu de la fraude commise par le défendeur, l'assureur est intégralement délié de son obligation contractuelle, que la fraude porte sur une partie ou sur la totalité du dommage. La demande de restitution des prestations déjà versées est donc justifiée. Au vu de ce qui précède, l'action en reconnaissance de dette tendant au non paiement de la facture de 4'333 fr. et à la restitution des montant déjà versés, soit 18'806.35, est fondée et sera intégralement admise. Bien qu'en l'occurrence obtenant entièrement gain de cause, la demanderesse n'aura pas droit à une indemnité de dépens. En effet, à l'occasion d'un arrêt du 19 juin 2008, le Tribunal a précisé qu'une institution d'assurance, même dans le cadre d'un contentieux relevant de la LCA, n'avait pas droit à une indemnité de dépens devant la Juridiction de céans (ATAS 737/2008). En revanche, en application de l'art. 89H LPA, vu l'issue du litige et considérant son attitude téméraire notamment en retranscrivant une facture et en l'envoyant à son assurance, induisant en erreur la demanderesse pour la fixation des prestations, le défendeur en supportera les frais, présentement fixés à 1000 fr.. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare l'action en reconnaissance de dette recevable. Au fond : L'admet. Condamne le défendeur à payer à la demanderesse la somme de 18'806.35 fr. Prononce la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer. Met un émolument de 1'000 fr. à charge du défendeur. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, Case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 Florence SCHMUTZ Le Président suppléant Georges ZUFFEREY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le

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