

GE_GERICHTE A/37/2013 vom 16. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_37_2013

FR: GE_GERICHTE A/37/2013 du 16 mai 2013

IT: GE_GERICHTE A/37/2013 del 16 maggio 2013

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances Romandie, avenue de Provence 15, LAUSANNE demanderesse contre Madame H_____, domiciliée ANNEMASSE, FRANCE défenderesse EN FAIT 1. En sa qualité d'employée de X_____ SA, Madame H_____ (ci-après : l'assurée) était couverte par une assurance d'indemnités journalières collective (police HELSANA BUSINESS SALARY auprès de HELSANA ASSURANCES SA ; ci-après : l'assurance). Le contrat d'assurance prévoyait en cas de maladie une indemnité journalière équivalant à 80 % du salaire effectif pendant 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours. Les conditions générales d'assurance spécifiaient que la loi fédérale sur le contrat d'assurance était applicable. ^{2.} Le 4 janvier 2012, l'employeur de l'assurée a annoncé à l'assurance que son employée était en arrêt de travail depuis le 31 octobre 2011 et a demandé que les indemnités journalières soient versées directement sur le compte bancaire de l'assurée. ^{3.} Un certificat d'arrêt de travail rédigé le 31 octobre 2011 par le Dr L_____ a été produit le 5 janvier 2012. ^{4.} L'assurance a indemnisé l'assurée en versant sur son compte, dès la fin du délai d'attente - soit du 30 novembre 2011 au 31 janvier 2012 - des indemnités journalières pour un total de 5'785 fr. 05, déduction faite de l'impôt à la source. ^{5.} Par courrier du 25 janvier 2012, l'assurance a réclamé des renseignements supplémentaires au Dr L_____, qui lui a affirmé, le 6 février 2012, qu'aucun arrêt de travail n'ayant été délivré à l'assurée, ni par lui, ni par un interne, qu'il devait s'agir d'un faux. ^{6.} Par courrier du 10 février 2012, l'assurance a donc réclamé à l'assurée le remboursement des prestations versées. ^{7.} Le 13 février 2012, l'assurance a émis un décompte de prestations, adjoint d'une sommation à rembourser la somme de 5'785 fr 05 d'ici le 2 mars 2012. ^{8.} Cette demande est restée vaine, malgré plusieurs rappels et arrangements de paiements mis sur pied. ^{9.} Le 8 janvier 2013, l'assurance a saisi la Cour de céans d'une action en paiement dirigée contre l'assurée en concluant à ce que cette dernière soit condamnée à lui verser la somme de 5'785 fr. 05, avec intérêts à 5 % dès le 3 mars 2012, sous suite de frais et dépens. ^{10.} Invitée à se déterminer, l'assurée a répondu par courrier du 11 février 2013 qu'elle avait "le désir et devoir de rembourser cette dette" mais qu'elle ne disposait d'aucun revenu depuis quelques mois. Elle proposait de "mettre en suspens le dossier" jusqu'à ce qu'elle trouve un emploi. ^{11.} Par écriture du 25 février 2013, la demanderesse a relevé que la défenderesse reconnaissait devoir le montant réclamé et s'est opposée à la suspension de la procédure en faisant remarquer que l'assurée n'avait jamais respecté les arrangements de paiement qui lui avaient été consentis. ^{12.} Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 14 mars 2013, à laquelle la défenderesse ne s'est pas présentée. La demanderesse a relevé que l'assurée n'avait jamais contesté les faits

qui lui étaient reprochés. Elle a par ailleurs expliqué avoir opté pour une action en réparation du dommage pour acte illicite afin de bénéficier d'un for à Genève, l'assurée étant domiciliée en France. Enfin, la demanderesse a indiqué avoir renoncé à déposer plainte pénale.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1).

2. 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; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

3. En l'occurrence, la demanderesse se prévaut de l'art. 5 ch. 3 de la Convention de Lugano - qui prévoit qu'une personne domiciliée sur le territoire d'un état lié par la Convention peut être poursuivie dans un autre état lié par la convention en matière délictuelle ou quasi délictuelle devant le tribunal du lieu où le fait dommageable s'est produit. Elle se prévaut également de l'art. 36 CPC - qui désigne notamment le tribunal du lieu de l'acte du résultat pour statuer sur les actions fondées sur un acte illicite.

L'action intentée par la demanderesse est donc bel et bien une demande en réparation du dommage pour acte illicite au sens du code des obligations, de sorte que le litige ne ressort pas des assurances complémentaires et ne relève donc pas de la compétence de la Cour de céans mais bien de celle du juge civil puisque la LCA n'est pas directement applicable au cas d'espèce, même s'il y a bien eu rapport d'assurance entre les parties. Par conséquent, la Cour de céans étant incompétente à raison de la matière, la demande est irrecevable.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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