

VD_FINDINFO HC / 2021 / 1022 vom 11. August 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-08-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2021___1022

FR: VD_FINDINFO HC / 2021 / 1022 du 11 août 2021

IT: VD_FINDINFO HC / 2021 / 1022 del 11 agosto 2021

Regeste

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, CONTRAT D'ASSURANCE, CLAUSE INSOLITE, PRINCIPE DE LA CONFIANCE {INTERPRÉTATION DU CONTRAT}, DÉLAI D'INTERDICTION, PÉRIODE D'ATTENTE | 8 CC, 18 al. 1 CO, 33 LCA

Erwägungen

E. 1.1

L'appel est ouvert contre les décisions finales de première instance pour autant que la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure, soit de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 1 let. a et al.

E. 1.2

En l'espèce, formé en temps utile par une partie qui a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), contre une décision finale de première instance rendue dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., l'appel est recevable.

E. 2

CPC). L'appel, écrit et motivé, doit être introduit auprès de l'instance d'appel dans les 30 jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

E. 2.1

; TF 4A_176/2018 du 6 août 2018 consid. 4.2).

E. 2.2.1

Selon l'art. 317 al. 1 CPC, les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en considération dans le cadre d'une procédure d'appel que s'ils sont invoqués ou produits sans retard (let. a) et ne pouvaient pas être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise (let. b), ces deux conditions étant cumulatives. Il appartient à l'appelant de démontrer que ces conditions sont réalisées, de sorte que l'appel doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon lui (JdT 2011 III 43 consid. 2 et réf. cit.). A cet égard, on distingue vrais et faux nova. Les vrais nova sont des faits ou moyens de preuve qui ne sont nés qu'après la fin de l'audience de débats principaux de première instance, soit après la clôture des débats principaux (TF 5A_22/2014 du 13 mai 2014 consid. 4.2 ; cf. ATF 138 III 625 consid. 2.2). Ils sont recevables en appel lorsqu'ils sont invoqués sans retard après leur découverte. Les faux nova sont des faits ou moyens de preuve nouveaux qui existaient déjà lors de l'audience de débats principaux. Leur recevabilité en appel est exclue s'ils avaient pu être invoqués en première instance en faisant preuve de la diligence requise, ce qui implique pour l'appelant d'exposer précisément les

raisons pour lesquelles le fait ou moyen de preuve n'a pas pu être produit ou invoqué en première instance (TF 5A_266/2015 du 24 juin 2015 consid. 3.2.2 et réf. cit.).

E. 2.2.2

A l'appui de sa réponse, l'intimée a déposé un extrait des « Conditions générales, Edition 01.06.2015 » relatives à « Business one, Assurance maladie collective perte de salaire » de la [...] (pièce A), ainsi qu'un extrait du document intitulé « Assurance maladie, Information aux clients et Conditions générales d'assurance [...], Edition 01.2017 » de la [...] (pièce B). L'intimée n'expose pas en quoi elle aurait été empêchée de déposer ces pièces en première instance (art. 317 CPC). Par ailleurs, elles ne sont pas pertinentes pour la résolution du litige, dès lors que les régimes d'assurances sociales obéissent à des règles différentes. En effet, les premiers juges ont à juste titre relevé que les assurances sociales d'indemnités journalières sont régies par les art. 67 à 77 LAMal (Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), alors que les assurances d'indemnité journalières fondées sur des contrats d'assurance de droit privé, comme c'est le cas en l'espèce, sont régies par la LCA.

E. 3.1

L'appelant précise que l'appel ne porte que sur la durée du versement des indemnités journalières, soit plus précisément la manière dont il doit être tenu compte du délai d'attente.

E. 3.2.1

En droit des assurances privées, la LCA distingue l'assurance contre les dommages (art. 48 à 72) de l'assurance de personnes (art. 73 à 96). Par rapport à l'assurance contre les dommages, l'assurance de personnes, conçue comme une assurance de sommes, se caractérise par sa nature non indemnitaire ; elle est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit (cf. ATF 133 III 527 consid. 3.2.4 ; TF 4A_367/2016 du 20 mars 2017 consid. 3 et les réf. cit. ; TF 4A_451/2015 du 26 février 2016 consid. 2.1 et les réf. cit.). Cependant, même dans le cas d'une assurance qui a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur, dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat, qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires. En revanche, l'assurance sera qualifiée d'assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat font de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (ATF 119 II 361 consid. 4 ; TF 5C.243/2006 du 19 avril 2007 consid. 3.1). Dès lors, lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalières forfaitaire en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, sans qu'un dommage effectif existe, il s'agit d'une assurance de sommes (assurance de personnes) ; les prestations sont dues dès l'instant où l'événement assuré s'est réalisé. Lorsque le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte effective sur le plan économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences économiques réelles du sinistre pour l'assuré, il s'agit d'une assurance contre les dommages (ATF 133 III 527 consid. 3.2.4 ; TF 4A_451/2015 précité consid. 2.1 ; TF 4A_38/2015 du 25 juin 2015 consid. 3.2 ; TF 4A_332/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2 et les réf. cit.). Par définition, l'assurance contre les dommages s'oppose à ce que l'assuré obtienne davantage que son dommage effectif. L'intérêt assurable ne va pas au-delà du dommage économique dont il est menacé

par l'intervention du sinistre. Il est même interdit de s'assurer au-delà de l'intérêt économique (TF 4A_451/2015 précité consid. 2.1 ; Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, Lausanne 2000, ad art. 48 LCA).

E. 3.2.2

A défaut de règles spécifiques dans la LCA, et celle-ci renvoyant, à son art. 100 al. 1, au CO (TF 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1 ; ATF 118 II 342 consid. 1a, rés. in JdT 1996 I 128 ; ATF 112 II 245 consid. 1c, rés. in JdT 1987 I 614), l'interprétation du contrat d'assurance est régie par les règles générales applicables aux contrats (TF 4A_332/2010 du 22 février 2011 et les réf. cit.). Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la « réelle et commune intention des parties », le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO ; ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; ATF 122 III 118 consid. 2a, JdT 1997 I 805 ; ATF 117 II 609 consid. 6c ; Brulhart, Droit des assurances privées, nn. 285-286, p. 128). Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si leurs volontés intimes divergent, le juge doit interpréter les déclarations faites et les comportements selon la théorie de la confiance (cf. ATF 135 III 410 consid. 3.2) ; il doit donc rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances. Le principe de la confiance permet ainsi d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; ATF 130 III 417 consid. 3.2 ; ATF 129 III 118 consid. 2.5). Subsidiairement, en présence de conditions ambiguës dont le principe de la confiance ne permet pas d'élucider entièrement le sens, le juge doit retenir l'acception la plus favorable à la partie qui a adhéré aux conditions convenues sans avoir pris part à leur rédaction selon l'adage *in dubio contra stipulatorem* (ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3 ; ATF 124 III 155 consid. 1b, JdT 1999 I 125 ; ATF 122 III 118 consid. 2a ; TF 4A_288/2013 du 8 octobre 2013 consid. 2.2). Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, ce principe est concrétisé par l'art. 33 LCA qui précise que l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi à la lecture du contrat et des conditions générales incorporées à celui-ci. Si l'assureur entendait apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombait de l'exprimer clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). La validité d'une clause contenue dans des conditions générales est de surcroît limitée par la règle de la clause insolite (ATF 138 III 411 consid. 3.1 ; ATF 135 III 1 consid. 2.1 ; TF 4A_451/2015 précité consid. 2.2), laquelle soustrait de l'adhésion censée être donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles sur lesquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (TF 4A.186/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4). Pour déterminer si une clause est insolite, il faut se placer du point de vue de celui qui y consent, au moment de la conclusion du contrat. Il faut en outre que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire, c'est-à-dire

qu'elle en modifie de manière essentielle la nature ou sorte notablement du cadre légal d'un type de contrat. La règle de l'insolite peut trouver application lorsque la clause a pour effet de réduire drastiquement la couverture d'assurance de telle sorte que les risques les plus fréquents ne sont plus couverts ou lorsque le sens et la portée d'une disposition sont travestis par une formulation compliquée, ou encore lorsque, par son emplacement dans les conditions générales, elle apparaît surprenante et inattendue à l'assuré (ATF 138 III 411 consid. 3.1; ATF 135 III 1 consid.

E. 3.2.3

La LCA ne contient pas de dispositions spécifiques à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte que le droit aux prestations se détermine d'après les dispositions contractuelles des parties (ATF 133 III 185 consid. 2 ; TF 4A_92/2010 du 17 mai 2010 consid. 4). En cas de contradiction entre les conditions générales préformulées et la police, la police fait foi (ATF 135 III 225 consid. 1.4 ; ATF 125 III 263 consid. 4b ; TF 4A.38/2015 du 25 juin 2015).

E. 3.2.4

Enfin, selon l'art.

E. 3.3

Le ch. 5 let. a de l'art. 8 CGA 2000 prévoit que « le délai d'attente est imputé sur la durée maximale du droit aux prestations ». Selon la CPat, cette disposition est claire et précise et ne saurait donner lieu à la moindre interprétation s'agissant de savoir si le délai d'attente doit être déduit du montant maximum de 730 jours ou du délai cadre de 900 jours. Il ne s'agit pas d'une clause insolite qui aurait nécessité que l'assuré y soit rendu attentif. Le chiffre de 730 jours constitue en outre un maximum, ce qui présuppose qu'il peut être réduit. Ainsi, la durée maximale du droit aux prestations étant de 730 jours, le délai de 60 jours doit être déduit de ce maximum-là, ce qui représente une durée de versement des indemnités journalières de 670 jours.

E. 3.4

L'appelant et l'intimée s'accordent pour dire que la CPat a interprété les clauses contractuelles selon le principe de la confiance, faute d'avoir constaté la volonté réelle et concordante des parties au contrat. En revanche, l'appelant et l'intimée divergent quant au résultat de l'interprétation à laquelle s'est livrée la CPat.

E. 3.4.1

L'appelant soutient qu'à la lecture de la police d'assurances, qui prime les conditions générales d'assurance, le destinataire de cette manifestation de volonté comprend de bonne foi qu'il a droit à 730 jours d'indemnités journalières au maximum. Il estimera donc raisonnablement que s'il se trouve en incapacité de travail pendant 730 jours ou plus, il percevra des indemnités journalières durant 730 jours. Le destinataire de cette manifestation de volonté comprendra de bonne foi également que ces prestations ne seront allouées qu'après l'écoulement d'un délai d'attente de 60 jours. Outre le nombre de jours assurés au maximum, une telle interprétation découle également des termes utilisés dans la police, à savoir ceux de « délai d'attente » et non par exemple de « délai d'imputation des prestations » ou d' « exclusion du droit aux prestations ». Selon l'appelant, si l'on tient compte, dans un second temps, des CGA, la notion de délai d'attente devient équivoque. Dans un premier temps, l'art. 8 ch. 4 let. a CGA 2000, sous le titre « délai d'attente » et

semblant être la règle de nature générale relative à ce délai, expose clairement que les prestations ne sont octroyées qu'à l'expiration du délai d'attente convenu. Le destinataire de cette manifestation de volonté comprendra donc de bonne foi que le délai d'attente reporte le début du versement des prestations, sans toutefois qu'une imputation sur les prestations ne soit prévue. Dans un second temps, l'art. 8 ch. 4 let. b CGA 2000 prévoit une imputation du délai d'attente convenu. Selon la systématique et le texte de la disposition, cette règle semble être une exception à la règle générale précitée et ne s'appliquer qu'en cas de nouveau sinistre (« pour chaque nouveau sinistre »), soit lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail. Cela ressort également de l'exception à cette règle, selon laquelle une imputation n'est pas prévue en cas de rechute. Selon cette disposition, une imputation est donc prévue en cas de survenance d'une nouvelle incapacité de travail ne devant pas être considérée comme un cas de rechute. Le destinataire de cette manifestation de volonté comprendra donc de bonne foi qu'une première période d'incapacité de travail n'est pas concernée par cette règle. Dans un troisième temps, l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000, sous le sous-titre « durée des prestations », prévoit quant à lui une imputation du délai d'attente sur la durée maximale du droit aux prestations. Si elle est certes intrinsèquement claire, selon l'appelant, cette disposition entre en contradiction avec les deux dispositions précitées, qui ne prévoient pas d'imputation du délai d'attente ou seulement en cas de survenance d'un nouveau sinistre. L'interprétation de la notion de délai d'attente est donc contradictoire selon l'appelant à la seule lecture des dispositions des CGA. Par ailleurs, l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000 entre en contradiction avec la police d'assurance, en ce qu'elle prévoit le paiement d'indemnités journalières durant 730 jours. A suivre cette disposition et sachant que le délai d'attente est de 60 jours, les indemnités journalières ne devraient être versées que durant 670 jours, de telle sorte que cette disposition ne coïncide pas avec le contenu de la police. La durée de prestations de 730 jours indiquée dans la police ne pourrait ainsi jamais être atteinte, induisant inévitablement l'assuré en erreur quant à l'ampleur des prestations assurées. L'appelant soutient qu'il convient ainsi d'interpréter les dispositions en défaveur de leur auteur (*in dubio contra stipulatorem*), dès lors que l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de lever l'ambiguïté.

E. 3.4.2

L'intimée se réfère d'abord à l'acceptation « imputable » dans le vocabulaire juridique et dans le Larousse, afin de dégager le sens commun de ce terme, le destinataire laïc comprenant de bonne foi qu'il faut compter une déduction de 60 jours sur la durée maximale de 730 jours pour arriver à 670 jours. L'intimée se réfère ensuite au jugement, selon lequel les expressions techniques doivent être interprétées comme peut le comprendre un laïc de bonne foi, mais qu'il faut néanmoins tenir compte des particularité et des exigences techniques de la branche d'assurance considérée. A l'instar de ce qui se pratiquerait en assurance maladie et/ou chômage vaudoise, où le droit à l'indemnité commence à courir après le délai d'attente, la formulation de l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000 serait compréhensible. L'art. 8 ch. 4 let. a CGA 2000, intitulé « délai d'attente » exposerait à son destinataire l'effet concret du délai d'attente lors des premiers versements des prestations en cas d'incapacité. Il n'aurait pas vocation à définir cet effet au regard de la durée maximale des prestations, ce qui serait expliqué à l'art.

E. 3.5.1

En l'espèce, il convient d'interpréter l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000 en tenant certes compte de la teneur de l'art. 8 ch. 4 let. a et b CGA 2000. En vertu de l'art. 8 ch. 1 let. d, 2 e tiret,

CGA 2000, qui définit les prestations d'assurance, soit les prestations que l'intéressée doit en échange des primes qu'elle a encaissées, l'assuré peut, notamment, choisir, comme durée du droit aux prestations, « au maximum 730 jours civils dans une période de 900 jours consécutifs avec des délais d'attente de 10, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 ou 360 jours ». En outre, en vertu de l'art. 8 ch. 4 let. a, 1^{ère} phrase, CGA 2000, les prestations en cas d'incapacité de gain sont octroyées dès l'expiration du délai d'attente convenu. Pour un locuteur de langue française, un « délai d'attente » est un laps de temps durant lequel il y a eu lieu de patienter. Dans le contexte d'un contrat prévoyant des prestations, la stipulation d'un délai d'attente a donc pour effet de différer l'exigibilité de la prestation, non de réduire celle-ci, sauf à donner aux mots un sens différent que leur sens commun. Partant, l'assuré qui prend connaissance des art. 8 ch. 1 let. d, 2^e tiret, et 8 ch. 4 let. a CGA 2000 est en droit de penser, s'il a opté pour un droit de 730 jours avec un délai d'attente de 60 jours, qu'après l'expiration du délai de 60 jours, il aura droit, s'il reste incapable de gain pendant encore 730 jours, à 730 indemnités journalières. Il est dès lors manifeste que « la durée maximale » sur laquelle le délai d'attente doit être imputé, selon l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000, n'est pas le nombre maximal d'indemnités journalières assurées, 730, mais la période dans laquelle ces indemnités peuvent être dues, qui est de 900 jours consécutifs. Sinon, dans l'hypothèse où l'assuré aurait opté pour un maximum de 730 indemnités avec un délai d'attente de 360 jours, la prestation d'assurance due en vertu du contrat se limiterait à 10 indemnités journalières au maximum – ce qui n'aurait aucun sens. C'est dès lors à raison que l'appelant soutient que le contrat d'assurance litigieux lui donne droit à 730 indemnités journalières après un délai d'attente de 60 jours, dans un cadre de 900 jours consécutifs comprenant le délai d'attente. En effet, à la lecture de l'art. 8 ch. 4 let. a CGA 2000, on comprend que dès l'expiration du délai d'attente convenu, 60 jours en l'espèce, les prestations sont octroyées ; donc il faut attendre 60 jours, puis l'assurance verse l'indemnité journalière au maximum pendant 730 jours. Si l'on met cette disposition en lien avec la let. b (pour chaque nouveau sinistre le délai d'attente est imputé) et le ch. 5 let. a (le délai d'attente est imputé sur la durée maximale du droit aux prestations), il y a un risque dans les faits de se retrouver avec une déduction de 120 jours au total ; en effet, d'abord on attend 60 jours, puis l'assurance verse (au maximum 730 jours) en imputant 60 jours sur le délai maximal de 730 jours.

E. 3.5.2.1

Il ressort des faits incontestés par les parties qu'à une date inconnue mais aux environs du 18 mai 2017, l'appelant a annoncé son incapacité de travail à l'intimée. Le 19 mai 2017, l'intimée a accusé réception de cette annonce et a requis de l'appelant de compléter le formulaire « Déclaration d'incapacité de travail de l'assuré ». L'appelant s'est déterminé le 22 mai 2017 et a fait valoir son droit à l'indemnité journalière assurée en transmettant ladite déclaration complétée. Ce formulaire indique sous « 3. Période de l'incapacité » que l'appelant se trouve en incapacité de travail totale du 3 au 21 mai 2017, puis à 20% dès le 22 mai 2017. En date du 30 mai 2017, le médecin-conseil de l'intimée a reconnu que l'incapacité de travail était justifiée. Par courrier du 22 mai 2019, l'intimée a informé l'appelant que son droit aux prestations de 730 jours était épuisé au 2 mai 2019. Le 28 mai 2019, l'appelant a contesté la position de l'intimée, dès lors que les indemnités journalières ne lui ont été versées qu'à compter du 3 juillet 2017, les 730 jours n'étant ainsi épuisés qu'à compter du 3 juillet 2019. Selon l'intimée, le droit aux prestations de 730 jours était épuisé au 2 mai 2019 ; selon l'appelant, les indemnités ne lui avaient été versées qu'à compter du 3 juillet 2017, ce que l'intimée ne conteste pas, les 730 jours n'étant dès lors pas épuisés avant le 3 juillet 2019.

E. 3.5.2.2

Il apparaît que le délai d'attente convenu de 60 jours a été pris en compte dès le 3 mai 2017, soit durant les mois de mai et juin 2017, ce qui explique que le paiement des indemnités n'est intervenu que depuis le 3 juillet 2017. Il s'ensuit qu'à la lecture de la police d'assurance, voire des dispositions topiques CGA 2000, la durée maximale de 730 jours (24,33 mois) devait s'étendre jusqu'au 3 juillet 2019, avec un intérêt au taux de 5% l'an dès le 3 juillet 2018 (échéance moyenne sur 24 mois).

4. 4.1 En définitive, l'appel doit être admis et le jugement entrepris modifié en ce sens que la demande de l'appelant est admise et que l'intimée doit lui verser une indemnité journalière de 263 fr. du 3 juillet 2017 au 3 juillet 2019, chaque indemnité journalière portant intérêt au taux de 5% l'an dès le 3 juillet 2018, échéance moyenne, sous déduction des montants précités (cf. let. A supra).

4.2 Selon l'art. 318 al. 3 CPC, si l'instance d'appel statue à nouveau, elle se prononce sur les frais – soit les frais judiciaires et les dépens (art. 95 al. 1 CPC) – de la première instance. En l'occurrence, le jugement a été rendu sans frais judiciaires de première instance, en application de l'art. 114 let. c CPC. Dans la mesure où l'appelant requiert également la réforme du jugement sur la quotité des dépens de première instance, la question se pose de savoir si la conclusion prise à cet égard (« une somme supérieure à 8'400 fr. ») est suffisante au regard des exigences de motivation (ATF 143 III 111 consid. 1.2), étant relevé que la jurisprudence se réfère également à la motivation de l'écriture et au jugement attaqué à cet égard (consid. 1.2 précité in fine). Il résulte toutefois de l'appel que l'appelant sollicite la différence entre de pleins dépens et les dépens réduits alloués, ce qui est suffisant. La CPat s'est référée à l'art. 5 TDC pour fixer le montant des dépens à 8'400 fr., compte tenu de l'admission partielle de la demande. La valeur litigieuse retenue en première instance est de 110'460 fr., la fourchette prévue dans cette disposition pour les valeurs litigieuses comprises entre 100'001 fr. et 250'000 fr., permettant d'allouer un montant de 4'000 fr. à 12'000 francs. Il convient d'ajouter à ce montant, la somme de 700 fr., correspondant à un douzième (soit 2 mois d'indemnités supplémentaires par rapport aux 22 mois obtenus en première instance). Au total, les pleins dépens de première instance seront ainsi fixés à 9'100 fr. (art. 4 et 19 TDC [Tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6]).

4.3 Le présent arrêt est rendu sans frais judiciaires de deuxième instance (art. 114 let. c CPC).

4.4 S'agissant des dépens de deuxième instance, le conseil de l'appelant a produit spontanément une note d'honoraires, ce qui est admissible (art. 105 2 e phrase CPC), qui fait état de 11 heures consacrées au dossier, au tarif horaire de 300 fr., ainsi que des débours effectifs à hauteur de 15 fr. 90 et 255 fr. 40 de TVA sur le tout, soit de 3'571 fr. 30 au total. Ce montant, qui comprend le temps consacré à la réplique spontanée – admissible en appel au fond – peut être admis (art. 7 TDC).

E. 8

ch. 5 let. a CGA 2000. L'appelant aurait dénaturé, en interprétant largement l'exception d'une exception, le sens de la norme générale, ce qui serait contraire à l'interprétation objective. Ce procédé serait sans fondement et largement contredit par le certificat d'assurances (la police) et les CGA 2000 qui posaient que le nombre de 730 jours serait un maximum. L'interprétation du terme « imputé » sous l'art. 8 ch. 4 let. b CGA 2000 expliquerait uniquement que le délai d'attente pourrait se répéter en cas de nouvelle incapacité de travail qui ne serait pas une rechute, ce qui serait compréhensible en soi et par le destinataire moyen. Le recours par l'appelant à la jurisprudence selon laquelle les certificats d'assurances (polices) priment sur les CGA qui leur sont contraires serait vain,

dès lors qu'il n'existerait aucune contradiction entre la police et les CGA en l'espèce. S'agissant de l'application de la règle de l'insolite, il n'y aurait rien d'insolite dans la formulation de la disposition litigieuse, connue et éprouvée dans le milieu des produits d'assurance, comme en attestent les pièces produites (irrecevables, cf. consid. 2.2.2 supra).

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