

VD_FINDINFO Jug / 2011 / 137 vom 14. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2011___137

FR: VD_FINDINFO Jug / 2011 / 137 du 14 juillet 2011

IT: VD_FINDINFO Jug / 2011 / 137 del 14 luglio 2011

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE, ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE, CONTRAT D'ASSURANCE, CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT, OBLIGATION DE RENSEIGNER | 12 LCA, 3 LCA, 94 al. 1 let. a LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 14.07.2011 Jug / 2011 / 137

LOI FÉDÉRALE SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE, ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE, CONTRAT D'ASSURANCE, CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT, OBLIGATION DE RENSEIGNER | 12 LCA, 3 LCA, 94 al. 1 let. a LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AMC 20/10 - 18/2011 COUR DES ASSURANCES

SOCIALES _____ Jugement du 14 juillet 2011 _____ Présidence de M. Jomini, juge unique Greffier : Mme Matile ***** Cause pendante entre : M. _____, à Lausanne, demanderesse, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, et L. _____ SA, à Lausanne, défenderesse. _____ Art. 3 al. 1 LCA; 12 LCA; 94 al. 1 let. a LPA-VD E n f a i t : A. M. _____, née le 19 janvier 1942, avait, d'après le document «police d'assurance LCA» établi par L. _____ SA (ci-après : L. _____ SA) le 15 décembre 2006 et valable dès le 1^{er} janvier 2007, conclu les « assurances complémentaires selon la LCA » suivantes auprès d'L. _____ SA : - TOP, assurance complémentaire des soins pour prestations spéciales (prime mensuelle : 33 fr. 30); - L. _____ SA-advocare PLUS, assurance de protection juridique (prime : 9 fr. 80); - SANA, assurance complémentaire pour prévention et médecine complémentaire (prime : 17 fr. 90); - HOSPITAL, assurance complémentaire d'hospitalisation, ECO, division commune, dans toute la Suisse (prime : 7 fr. 90); - CURA, assurance des soins de longue durée (prime : 20 fr. 60). La police mentionne, à propos de chaque assurance complémentaire, que les conditions générales d'assurance (CGA) et les conditions supplémentaires d'assurance (CSA) sont déterminantes. Il est en outre indiqué : « Vous avez déjà reçu les conditions contractuelles relatives aux assurances complémentaires selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Si le contenu de cette police ne correspond pas à ce qui a été convenu, veuillez nous en informer dans les 4 semaines. Sans nouvelles de votre part, nous considérerons que vous l'acceptez ». M. _____ bénéficie de l'assurance complémentaire CURA depuis le 1^{er} janvier 2007; elle bénéficiait déjà de la couverture HOSPITAL ECO les années précédentes. B. Les polices d'assurance LCA établies ultérieurement par L. _____ SA pour M. _____ - celles valables respectivement dès le 1^{er} janvier 2008, le 1^{er} mai 2008, le 1^{er} janvier 2009 et le 1^{er} janvier 2010, mentionnent les mêmes assurances complémentaires, en particulier HOSPITAL et CURA (prime mensuelle pour l'assurance complémentaire CURA : 20 fr. 60 jusqu'à fin 2009, 22 fr. 40 ensuite). C.

D'après les conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires de L. _____ SA (CGA), ces assurances couvrent, dans le cadre des CGA et des conditions supplémentaires d'assurance (CSA), les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident (ch. 5.1 CGA). Pour autant que les conditions du contrat ne prévoient pas de dérogation, le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) (ch. 4 CGA). Les conditions supplémentaires d'assurance pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL (CSA HOSPITAL) comportent notamment les clauses suivantes : Edition du 1^{er} janvier 1997/98/99 : " Art. 1 But 1 L'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL couvre les frais de séjour et de traitement dans un hôpital (hôpital aigu ou clinique psychiatrique) et garantit des contributions aux cures balnéaires et de convalescence, aux soins à domicile et à l'aide ménagère ainsi qu'aux opérations ambulatoires. Toutes ces prestations ne sont octroyées qu'à condition qu'il existe une nécessité médicale. Est considéré comme hôpital aigu, l'hôpital qui a été retenu dans la planification hospitalière cantonale et qui semble adéquat pour le traitement de la personne assurée au sens de l'art. 4 des présentes CSA. 2 Pour un séjour à l'hôpital, les assurances suivantes sont possibles: a) HOSPITAL ECO = division hospitalière commune b) HOSPITAL PLUS = division hospitalière demi-privée c) HOSPITAL COMFORT = division hospitalière privée [...] Art. 25 Option pour l'assurance des soins de longue durée CURA 1 Une personne assurée qui a conclu auprès de L. _____ SA l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL, a le droit de se voir attribuer l'assurance des soins de longue durée CURA au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle où elle a atteint l'âge AVS, ceci sans examen de son état de santé. L'attribution de l'assurance a lieu comme suit: a) HOSPITAL ECO variante 30 b) HOSPITAL PLUS variante 60 c) HOSPITAL COMFORT variante 90 2 Pour les personnes assurées selon l'al. 1, l'obligation de verser des prestations au titre de l'assurance des soins de longue durée CURA commence après l'écoulement de 720 jours consécutifs, pendant lesquels les conditions pour un traitement stationnaire en raison d'une maladie chronique, pour des soins à domicile ou une aide ménagère ont pris naissance. L'ordonnance médicale est déterminante pour le calcul du délai d'attente. 3 Jusqu'au 31 janvier qui suit l'attribution de l'assurance, les personnes assurées au sens de l'al. 1 peuvent, en dérogation aux dispositions de résiliation ordinaires selon l'art. 9 CGA, renoncer à l'assurance des soins de longue durée CURA avec effet rétroactif au 1^{er} janvier." Edition du 1^{er} janvier 2008 : " 1 But L'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL couvre les frais de séjour et de traitement dans un hôpital et garantit des contributions aux cures balnéaires et de convalescence, aux soins à domicile et à l'aide ménagère ainsi qu'aux opérations ambulatoires. Toutes ces prestations ne sont octroyées qu'à condition qu'il existe une nécessité médicale. 2 Possibilités d'assurance Pour un séjour à l'hôpital, les assurances suivantes sont possibles: a) HOSPITAL ECO = division hospitalière commune b) HOSPITAL PLUS = division hospitalière demi-privée c) HOSPITAL COMFORT = division hospitalière privée [...] 25 Option pour l'assurance des soins de longue durée CURA 25.1 Une personne assurée qui a conclu auprès de l'assureur l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL a le droit de bénéficier de l'assurance des soins de longue durée CURA au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle où elle a atteint l'âge AVS, ceci sans examen de son état de santé. L'attribution de l'assurance a lieu comme suit: a) HOSPITAL ECO variante 30 b) HOSPITAL PLUS variante 60 c) HOSPITAL COMFORT variante 90 25.2 Pour les personnes assurées selon le ch. 25.1, l'obligation de verser des prestations au titre de l'assurance des soins de longue durée CURA commence

après l'écoulement de 720 jours consécutifs, pendant lesquels les conditions pour un traitement stationnaire en raison d'une maladie chronique, pour des soins à domicile ou une aide ménagère, ont pris naissance. L'ordonnance médicale est déterminante pour le calcul du délai d'attente. 25.3 Jusqu'au 31 janvier qui suit l'attribution de l'assurance, les personnes assurées au sens du ch. 25.1 peuvent, en dérogation aux dispositions de résiliation ordinaires selon l'art. 10 CGA, renoncer à l'assurance des soins de longue durée CURA avec effet rétroactif au 1^{er} janvier." Les conditions supplémentaires d'assurance CURA Assurance des soins de longue durée (CSA CURA) en définissent ainsi le but: « Cura accorde une protection d'assurance en cas de maladie chronique ou de suites d'accident chroniques jusqu'au montant du forfait journalier assuré pour les frais non couverts de séjour et de pension lors des soins stationnaires ainsi que pour les frais non couverts d'assistance et d'aide ménagère lors de soins ambulatoires au domicile » (ch. 1).

D. Avant d'établir la police du 15 décembre 2006, valable dès le 1^{er} janvier 2007, L. _____ SA avait envoyé en septembre 2006 à M. _____ une lettre ainsi libellée (la destinataire n'ayant au demeurant pas prétendu n'avoir pas reçu cette lettre): "En tant que titulaire d'une assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL et conformément aux Conditions supplémentaires d'assurance (CSA), vous avez droit — automatiquement et sans examen de santé — à l'assurance des soins de longue durée CURA, dès l'âge de l'AVS. C'est la raison pour laquelle vous bénéficierez de CURA à partir du 1^{er} janvier 2007. En cas de nécessité de soins, CURA verse des prestations sans limitation dans le temps, pour des frais non couverts, que ce soit à votre domicile, à l'hôpital ou dans un EMS! Concrètement, cela signifie que grâce à l'aide financière de CURA, les personnes ayant constamment besoin de soins ou d'assistance seront plus indépendantes et autonomes. CURA constitue donc une protection pour vous, pour vos proches et pour vos biens. Aperçu des avantages et des prestations de CURA: • Pour les soins à domicile, CURA prend en charge les frais d'aide familiale (non couverts par l'assurance obligatoire des soins). Avec CURA, vous pourrez donc rester, dans la mesure du possible, dans votre environnement social habituel. • En cas de soins à l'hôpital ou dans un EMS, CURA rembourse les frais d'hébergement et d'hospitalisation (non couverts par l'assurance obligatoire des soins). • Ces prestations sont également versées à l'étranger. Vous trouverez les indications concernant votre couverture (forfaits journaliers et délai d'attente) et votre prime à partir du 1^{er} janvier 2007 sur la nouvelle police, que nous vous ferons parvenir mi-octobre. Si vous ne désirez pas profiter de l'assurance des soins de longue durée CURA, veuillez nous retourner la carte ci-jointe jusqu'au 31 mars 2007. [...] PS: Utilisez la carte ci-jointe uniquement si vous ne désirez pas bénéficier automatiquement de la couverture supplémentaire d'assurance des soins de longue durée CURA." M. _____ n'a pas envoyé à L. _____ SA la carte intitulée « Déclaration de renonciation ». M. _____ n'a pas ailleurs pas demandé à L. _____ SA la rectification, dans les quatre semaines dès réception de ces actes, des polices valables respectivement dès le 1^{er} janvier 2007, 1^{er} janvier 2008, 1^{er} mai 2008, 1^{er} janvier 2009 et 1^{er} janvier 2010. M. _____ a payé les primes mentionnées sur les polices pour les années 2007 à 2010. E. Le 2 septembre 2010, M. _____ a écrit à L. _____ SA pour lui demander la restitution de l'intégralité des cotisations versées pour la couverture CURA – à savoir à partir du 1^{er} janvier 2007. Elle a prétendu n'avoir « jamais donné formellement [son] accord avec la conclusion tacite d'une police CURA ». Le 30 octobre 2010, L. _____ SA lui a répondu qu'elle considérait sa demande comme une démission, avec comme conséquence que l'assurance CURA serait résiliée avec effet au 31 décembre 2010. F. Par une demande du 27 octobre 2010 adressée à

la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, M. _____ conclut à ce que L. _____ SA soit condamnée à lui payer la somme de 1'075 fr. 20, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1 er janvier 2009, échéance moyenne. La demanderesse fait valoir en substance que ce montant correspond aux primes payées à tort pendant 48 mois (du début de l'année 2007 à la fin de l'année 2010) pour la couverture CURA, qui n'avait jamais été valablement conclue. G. Dans sa réponse du 7 décembre 2010, la défenderesse conclut au rejet de la demande. Dans son argumentation principale, elle soutient que l'attribution du produit d'assurance CURA au 1 er janvier 2007 était valable et que les primes étaient par conséquent dues. A titre subsidiaire, elle invoque la prescription à propos du remboursement des primes dues et payées de janvier 2007 à octobre 2008. La demanderesse a déposé des déterminations le 11 janvier 2011, sans modifier ses conclusions. E n d r o i t :

1. Le contrat d'assurance litigieux relève du droit privé. Il est soumis à la législation civile fédérale, notamment à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1), et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10). Le 20 mai 1996, le Grand Conseil avait adopté le Décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM; ancienne référence RSV: 173.431). Cela visait, précisément, les assurances complémentaires selon la LCA telles que les assurances HOSPITAL et CURA de la défenderesse. Après que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a remplacé, le 1 er janvier 2009, l'ancien Tribunal des assurances, le décret de 1996, toujours en vigueur, a été interprété dans le sens que cette Cour du Tribunal cantonal était compétente pour traiter ce contentieux, en appliquant sur le plan formel les règles de procédure administrative (cf. JT 2009 III 106). Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1 er janvier 2011. Ainsi, depuis le 1 er janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont dans la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [Loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique. Néanmoins, les anciennes règles de compétence et de procédure s'appliquent lorsque la demande a été introduite avant le 1 er janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]). Tel est le cas en l'espèce. Il appartient donc à la Cour de céans de statuer. Dès lors que s'appliquent les règles de procédure administrative – en l'occurrence les règles pertinentes pour la Cour des assurances sociales, lorsqu'elle statue dans le cadre d'une action de droit administratif, par exemple en matière de prévoyance professionnelle (cf. art. 73 LPP [Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40], art. 106 ss LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]) –, la composition de l'autorité juridictionnelle est fixée à l'art. 94 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD. En l'espèce, comme la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., il incombe à un membre de la Cour des assurances sociales de statuer en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La demanderesse admet avoir conclu avec la défenderesse, avant 2007, un contrat en vertu duquel elle bénéficiait de l'assurance complémentaire HOSPITAL. Selon une clause contractuelle relative à cette assurance, l'assurance des soins de longue durée CURA est « attribuée » au 1 er janvier de l'année qui suit celle où la

personne assurée a atteint l'âge AVS (art. 25 al. 1 ou 25.1 des CSA HOSPITAL, teneur identique dans les versions antérieure et postérieure au 1^{er} janvier 2008 de ces CSA). Dans sa réponse, la défenderesse expose que cette « attribution » équivaut à une admission automatique pour l'assurance complémentaire CURA, sans examen de l'état de santé, sur la base des acquis découlant de la souscription d'une assurance HOSPITAL. En d'autres termes, l'assureur garantit au preneur de l'assurance HOSPITAL une extension de la couverture d'assurance, à un terme fixé en fonction de son âge. Cette extension, par l'adjonction de l'assurance complémentaire CURA, est expliquée dans la disposition précitée des CSA HOSPITAL, dont le preneur avait nécessairement connaissance. Dans le cas particulier, des renseignements ont encore été donnés dans une lettre destinée à la demanderesse, quelques mois avant l'« attribution » de l'assurance CURA au 1^{er} janvier 2007. En outre, la nouvelle police, valable dès le 1^{er} janvier 2007, mentionnait l'assurance CURA dans la liste des assurances complémentaires dont la demanderesse allait bénéficier, avec le montant de la prime mensuelle à percevoir. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que la défenderesse a renseigné la demanderesse de manière suffisante au sujet de l'assurance complémentaire CURA et qu'elle lui a donné les indications prescrites à l'art. 3 al. 1 LCA. Sous l'angle du devoir d'information, il y a encore lieu de relever que la défenderesse a tenu compte du caractère particulier de cette « attribution » dite automatique de l'assurance complémentaire CURA, en expliquant, dans sa lettre de septembre 2006, comment y renoncer, en remettant une formule « déclaration de renonciation », et en accordant un long délai de réflexion (sensiblement supérieur aux quatre semaines de l'art. 12 LCA – cf. infra). 3. La demanderesse ne conteste pas avoir reçu les différentes polices successives, valables à partir du 1^{er} janvier 2007, qui mentionnaient l'assurance complémentaire CURA dans la liste des assurances complémentaires qu'elle avait souscrites. La jurisprudence du Tribunal fédéral rappelle ce qui suit à propos de la portée du texte d'une police d'assurance selon la LCA (arrêt TF 4A_53/2010 du 29 avril 2010, consid. 2.3) : Pour éviter de sempiternelles controverses sur la conformité de la police avec les propositions ou discussions antérieures, le législateur a posé une règle stricte à l'art. 12 LCA, conçue dans l'intérêt des assureurs. La rigueur de cette règle est tempérée par l'exigence qu'elle soit insérée textuellement dans chaque police, afin que le preneur y soit rendu attentif (art. 12 al. 2 LCA). Selon l'art. 12 al. 1 LCA, si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée. Il incombe donc au preneur, dûment averti, d'examiner avec soin la police pour s'assurer qu'elle correspond à sa volonté réelle. En d'autres termes, il est exigé du preneur qu'il réagisse dans les quatre semaines si la police ne correspond pas à sa volonté réelle. On peut raisonnablement attendre de lui qu'il sache ce qu'il veut ou non à ce moment déterminant. L'art. 12 al. 1 LCA crée donc une présomption juridique irréfragable que la teneur de la police est conforme à la réelle et commune intention des parties; toute contestation ultérieure du contenu de la police est exclue et il est sans effet de se référer à d'autres accords, même si la police ne reproduit effectivement pas ce qui avait été convenu. En l'espèce, la demanderesse ne prétend pas avoir été empêchée de réagir dans les quatre semaines dès la communication de la police valable dès le 1^{er} janvier 2007, ni dans les quatre semaines suivant la communication des polices valables ultérieurement, ni encore du reste dans le délai au 31 mars 2007 fixé par la défenderesse pour envoyer le cas échéant une déclaration de renonciation à l'assurance complémentaire CURA. Conformément à la jurisprudence, il faut donc considérer que la

teneur de la police valable dès le 1^{er} janvier 2007, et celle des polices communiquées ultérieurement qui mentionnent les mêmes assurances complémentaires, sont conformes à la réelle et commune intention des parties. Les primes dues en vertu de ces polices, et payées par la demanderesse, n'ont donc pas à être remboursées. Dans ces conditions, il est inutile de se prononcer sur le calcul des primes fait par la demanderesse, qualifié d'inexact par la défenderesse. De même, il n'y a pas lieu d'examiner l'exception de prescription invoquée par la défenderesse. Il s'ensuit que les conclusions de la demanderesse, mal fondées, doivent être rejetées. 4. Vu l'issue du litige, il se justifie de statuer sans frais ni dépens. Par ces motifs, le juge unique : I. Rejette la demande. II. Dit qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. Le juge unique : La greffière : Du Le jugement qui précède est notifié à : ■ Me Philippe Nordmann (pour M. _____), ■ L. _____ SA, par l'envoi de photocopies. Un recours au sens des art. 319 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal, Chambre des recours civile, un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet du recours doit être joint. La greffière :

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