

VD_GERICHTE ZN10.035466 vom 14. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZN10.035466

FR: VD_GERICHTE ZN10.035466 du 14 juillet 2011

IT: VD_GERICHTE ZN10.035466 del 14 luglio 2011

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 3

La demanderesse ne conteste pas avoir reçu les différentes polices successives, valables à partir du 1er 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

- 10 - 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 1er 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 1er 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.

- 11 - Il s'ensuit que les conclusions de la demanderesse, mal fondées, doivent être rejetées.

E. 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.

- 12 - 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.