

Tribunal cantonal du Canton de Vaud, 30 décembre 1997,  
P. c. Caisse-Maladie Philos, Assurance-Maladie  
paritaire du bois et du bâtiment, Lausanne

**Faits:** Au 1er janvier 1997, S. P. était assuré auprès de la caisse-maladie Philos, Section Assurance-maladie paritaire du Bois et du Bâtiment (ci-après: la caisse), pour la couverture des frais de soins (assurance obligatoire, catégorie A), le complément ambulatoire et les prestations à l'étranger (catégorie C) et l'hospitalisation en chambre commune dans toute la Suisse (catégorie C1). Sa prime d'assurance obligatoire est couverte par un subside cantonal. Ses primes d'assurances complémentaires s'élevaient à 15 fr. par mois.

Durant le premier trimestre 1997, l'assuré a fait l'objet de deux rappels pour les primes de janvier (le 27 janvier) et février (le 25 février). Les primes de janvier à mars 1997 ont été réglées le 14 mars 1997. Deux nouveaux rappels ont dû être émis pour les primes d'avril (le 28 avril 1997) et mai (le 26 mai 1997). Les primes d'avril et mai ont été réglées le 12 juin 1997. Entre temps, le 5 juin 1997, la caisse a réclamé à l'assuré paiement de 18 francs 55 au titre de frais médicaux. Le 24 juin 1997, elle a adressé à l'assuré un avis intitulé "Dernier rappel - décision", l'informant que son compte présentait un solde débiteur de 33 fr. 55, dont 15 fr. (réd.: la cotisation de juin) étaient échus. Elle attirait son attention sur le fait qu'en cas de non-paiement, les assurances complémentaires seraient résiliées à l'échéance de la dernière prime payée. Le 30 juillet 1997, la caisse a informé S. P. qu'elle résiliait les assurances complémentaires au 31 mai précédent en raison des retards affectant le paiement des primes. Elle lui laissait cependant un dernier délai de 14 jours pour régler la totalité des primes dues; passé cette échéance, toutes demandes de ré affiliation seraient écartées.

L'assuré a versé le montant de 18 fr. 55 à la caisse le 12 août 1997.

Par acte mis à la poste le 15 août 1997 à l'adresse du Tribunal des assurances, S. P. a conclu à l'annulation de la résiliation de ses couvertures complémentaires.

Dans sa réponse du 15 septembre 1997, Philos a conclu au rejet de la demande.

Les parties ont confirmé leurs positions respectives au cours de l'échange d'écritures ultérieur.

**Motifs:** Les assurances complémentaires pratiquées par les caisses selon l'article 12 alinéa 2 LAMal sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Le Canton de Vaud a néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; FAO 1996 p. 1956]). S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 LSA; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. pp. 685 ss; Maurer, Das neue Kranken-versicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2 et 3, pp. 211 ss).

En l'espèce, l'acte introductif d'instance doit être considéré comme une demande. La défenderesse n'invoque pas l'écoulement du délai de prescription de deux ans de l'article 46

alinéa 1er LCA (art. 142 CO, par renvoi de l'art. 100 al. 1er LCA), à juste titre du reste. L'action est recevable en la forme.

Selon l'article 7 des conditions d'assurance privée (LCA) de Philos, la périodicité du paiement des primes est le mois, le trimestre, le semestre ou l'année civile (lettre a). La prime est due au début de la période; le délai de paiement est fixé dans le décompte (lettre b).

L'article 8 des mêmes conditions d'assurance dispose ce qui suit:

"Si la prime n'est pas payée à l'échéance fixée dans le décompte, le preneur d'assurance reçoit un premier rappel. Si le rappel reste sans effet, le débiteur est sommé par écrit, moyennant Fr. 20.- de frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. Cette dernière rappelle les conséquences du retard, à savoir que Philos résilie le contrat à partir de l'expiration du délai légal et qu'elle renonce au paiement de la prime arriérée. Le preneur d'assurance reçoit alors une nouvelle police d'assurance dont l'assurance complémentaire a été exclue. Les prestations de Philos restent dues jusqu'à la date de la résiliation."

L'article 9 des mêmes conditions d'assurance dispose que l'assurance complémentaire est conclue jusqu'à la fin de l'année civile en cours à la date de l'entrée en vigueur du contrat. Le contrat est ensuite reconduit tacitement d'année en année s'il n'est pas dénoncé par l'une des parties, par écrit et avant le 1er octobre pour la fin de l'année civile. Les circonstances suivantes mettent cependant un terme au contrat:

Le non-paiement des primes selon l'article 8; b) la fin de l'assurance obligatoire des soins; le décès.

En l'espèce, la périodicité de paiement était le mois. Chaque prime était due pour le début du mois. Or, l'assuré, qui avait déjà payé avec retard les primes des cinq premiers mois de l'année, s'est de nouveau trouvé en retard pour les primes de juin et juillet qui auraient dû être payées respectivement le 1er juin et le 1er juillet. La caisse lui a adressé, le 30 juillet 1997, la sommation prévue à l'article 8 des conditions d'assurance. A l'échéance du délai de 14 jours, l'assuré s'était acquitté des 18 fr. 55 réclamés au titre des frais médicaux, mais non des cotisations de juin et de juillet 1997. La défenderesse était donc en droit de résilier les assurances complémentaires à la date du 31 mai 1997, puisque la dernière prime payée était celle de mai 1997.

Au vu de ce qui précède, la demande ne peut qu'être rejetée.

L'action étant manifestement mal fondée, la cause est de la compétence du Président du Tribunal des assurances statuant comme juge unique (art. 10 LTA).

Par ces motifs,  
le Président du Tribunal des assurances  
prononce:

La demande est rejetée.

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception, avec avis qu'il leur est loisible, si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir:

Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Les autres voies de droit demeurent réservées.

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).