



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. D I N D, juge
Membres : MM. Ducommun et Graf, assesseurs
Greffier : Mme Di Ferro, greffière-substitut

* * * * *

Jugement du 23 décembre 2003

dans la cause

Y **ASSURANCES** (ci-après : la caisse
, à Lausanne, demanderesse,

contre

X , défendeur, représenté par l'avocat Dan
Bally, audit lieu.

Article 71 LCA

En fait :

A. X est employé par la société P Ltd. Cette entreprise a conclu en faveur de son personnel, auprès de la caisse, un contrat collectif perte de salaire en cas de maladie n° XXX dont l'entrée en vigueur initiale était prévue au 1^{er} janvier 1998. Ce contrat comportait une clause de renouvellement tacite. Il a été remplacé à partir du 1^{er} janvier 1999 par un contrat d'Assurance perte de gain de la Fédération N également souscrit par la Y .

Ledit contrat prévoyait en cas de maladie une indemnité journalière de 100 % du salaire dès le 10^{ème} jour jusqu'à 720 indemnités journalières (soit une durée maximale de 730 jours sur 900, imputés de 10 jours de délai d'attente).

Les salaires annoncés par X pour deux assurés étaient de 96'000 fr. par personne. La déclaration de salaire était signée par l'assuré.

Dès le 16 août 1999, X a présenté une incapacité de travail totale de 100 % pour une durée indéterminée, selon le certificat du Dr L . Un deuxième certificat du Dr L , daté du 14 septembre 1999 attestait une incapacité de travail entière du 1^{er} septembre au 30 septembre 1999.

Signant à la fois pour P Ltd. en tant qu'employeur et pour lui-même comme employé, l'assuré a rempli le 17 septembre 1999 une déclaration de maladie à son sujet qui indique un salaire mensuel de 8'000 francs.

Le 14 mars 2000, X a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en sollicitant l'octroi d'une rente. Par prononcé du 6 septembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a reconnu que l'assuré présentait une

invalidité à 100 % au 1^{er} août 1999 et lui a alloué une rente d'invalidité complète avec effet rétroactif au 1^{er} août 2000.

La Fondation institution supplétive (ci-après : la FIS) a commencé à verser des prestations LPP à X dès le 1^{er} août 2001, date à laquelle l'assuré a épuisé les droits découlant de l'assurance indemnité journalière en cas de maladie.

Par lettre du 9 novembre 2001, la Y a avisé l'assuré que l'octroi de la rente d'invalidité entraînait – pour la période du 1^{er} août 2000 au 14 août 2001 – une surindemnisation de 23'772 fr., motif pour lequel elle l'invitait à signer une cession en sa faveur de 21'515 fr. 45.

Plusieurs échanges de lettres ont suivi.

B. La Y a ouvert action le 25 avril 2002 devant le Tribunal des assurances en concluant, avec dépens, à ce que X est reconnu débiteur à son égard de la somme de 23'772 fr., plus intérêts à 5 % à dater du 10 novembre 2001.

Dans sa réponse du 24 juin 2002, X a conclu au rejet de la demande, et à la tenue d'une audience, à la reconnaissance d'un salaire mensuel de 10'000 fr. et à l'absence de surindemnisation. La défenderesse fait notamment valoir que le salaire retenu par la caisse au moment de l'arrêt de travail ne s'élève pas à 8'000 fr. par mois mais à 10'000 francs.

Par réplique du 29 août 2002, la caisse a augmenté ses conclusions en ce sens que X est reconnu débiteur à son égard de la somme de 36'735 fr., plus intérêts à 5 % à dater du 10 novembre 2001. La caisse se fonde sur le droit de l'assuré à toucher en plus des rentes de l'AI des rentes de la FIS.

Dans sa duplique du 4 octobre 2002, le défendeur ne conteste plus la surindemnisation dans le cas où le montant réclamé lui serait dû par l'institution de prévoyance et requiert en outre l'appel en cause de la FIS et la production du dossier pénal de T , ex-administrateur de P Ltd.

Dans ses observations du 30 octobre 2002, la caisse a maintenu ses conclusions et rappelle sa demande de production du dossier fiscal de l'assuré pour la période 1999-2000.

Par écriture du 29 octobre 2002, le défendeur a précisé ses conclusions comme suit :

- la production de la plainte pénale déposée à l'encontre de T
- la production par la Y du rapport de son expert le Dr M ;
- l'appel en cause de la FIS;
- la tenue d'une audience;
- la reconnaissance de la réalité d'un salaire de 10'000 francs;
- l'absence de surindemnisation;
- le rejet des prétentions de la caisse en ce qui concerne le rétroactif AVS;
- l'admission que la FIS n'a pas versé de rente en août 2000 jusqu'à la fin de la perte de gain et qu'il a par ailleurs cédé ses droits éventuels à la caisse;
- le rejet des conclusions supplémentaires de la Y

Une seconde correspondance a suivi dont il ressort, en substance, ce qui suit :

- la Y fait valoir que le report du début du versement de la rente LPP indûment opéré par la FIS ne la lie pas et qu'elle ne doit, pour la période partant du 1^{er} août 2000, que la différence entre le salaire entier et les rentes AI et LPP, auxquelles l'assuré avait droit. La caisse est donc fondée à s'adresser à son assuré pour obtenir le remboursement de la surassurance, à charge pour lui de faire le nécessaire vis-à-vis de la FIS pour qu'elle lui règle ce qu'elle doit, au besoin en ouvrant action contre elle devant l'autorité de céans;
- à la lecture de la prise de position de la FIS du 25 avril 2003, la caisse maintient, en se référant à l'ATF 128 V 243, qu'elle a l'obligation de verser ses rentes depuis le 1^{er} août 2000 et que dans ces conditions les prestations à charge de la caisse se limitaient dès ce moment à la différence entre le salaire assuré et le cumul des prestations AI et LPP selon le calcul présenté en annexe à l'écriture du 29 août 2002. X est donc redevable de 36'735 fr. et il lui incombe d'agir par toutes les voies utiles vis-à-vis de la FIS s'il entend recouvrer les 12'963 fr. que lui doit cette institution pour la période du 1^{er} août 2000 au 14 août 2001;
- le 17 septembre 2003, le défendeur a produit une pièce faisant état d'un salaire brut de 108'000 fr. en 1999 et a précisé le 16 décembre 2003 que la déclaration des salaires de 1999-2001 avait été établie par lui-même.

E n d r o i t :

1. a) La couverture ici en cause n'est pas soumise à la LAMal. Il s'agit d'une assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal. Elle relève, dès lors, du droit des assurances privées, soit de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Il en résulte que les caisses-maladie ne sont plus, dans ce domaine, des organes administratifs susceptibles de rendre des décisions au sens de

l'article 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative. En conséquence, c'est par la voie de l'action que les assurés doivent agir pour contester les prises de position des caisses-maladie relatives aux assurances complémentaires.

En vertu de l'article 12 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA). Dans le cadre des réquisits de l'article 47 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA), le Canton de Vaud a confié leur contentieux au Tribunal des assurances (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; F.A.O. 1996 p. 1956]).

La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt S c. La E Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, publié au JT 1999 III 106 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile.

b) En l'espèce, le contentieux qui oppose les parties relève d'une assurance complémentaire perte de gain en cas de maladie soumise à la LCA, pratiquée par un assureur ayant son siège social dans le canton de Vaud.

Les conditions de recevabilité matérielle sont remplies. L'acte par lequel la Y a saisi le Tribunal des assurances est recevable à la forme.

2. a) En l'espèce, la question déterminante pour l'issue du litige est de savoir si la Y a le droit de réduire ses prestations en raison de la rente allouée par l'AI et de l'intervention de la FIS en qualité d'assureur ouvrant droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

b) S'agissant des questions préalables, il faut constater que le rapport du Dr M a été produit. Quant à la conclusion prise par le défendeur dans ses écritures des 4 et 29 octobre 2002, par lesquelles il requiert l'appel en cause de la FIS, elle doit être rejetée, l'ensemble de fait et de droit commun aux deux actions n'existant pas (cf. par analogie art. 83 CPC). En effet, si le droit de l'assuré à des prestations de la Y est certes susceptible de déployer des effets dans le domaine de la prévoyance professionnelle, il n'en demeure pas moins que ces indemnités journalières ne trouvent pas leur fondement dans le droit de la prévoyance professionnelle, mais dans un contrat collectif d'assurance perte de salaire en cas de maladie soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance et que la Y n'est pas une institution de prévoyance au sens de l'article 73 alinéa 1 LPP, si bien que le Tribunal ne saurait se prononcer de manière à lier l'institution de prévoyance qui n'a que la qualité de partie intéressée sur cet aspect du litige.

3. A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, dans : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. p. 671).

Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2e éd., Zurich 1985, p. 79).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1er LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673).

L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

4. Selon la jurisprudence constante, il n'existe pas, dans le domaine des assurances sociales régi par le droit fédéral, de principe général interdisant la surindemnisation. Autrement dit, en l'absence de règle spéciale de coordination, les prestations de plusieurs assurances sociales peuvent être cumulées (ATF 126 V 68 c. 4c, 123 V 95 c. 4b, 113 V 148 c. 7c; SZS 1998 p. 67 c. 2/c et les références; Jean-Maurice Frésard, Questions de coordination en matière de prévoyance professionnelle, in: Recueil de jurisprudence neuchâteloise [RJN] 2000, ch. 7, p. 17).

En ce qui concerne spécifiquement le droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle, la loi et l'ordonnance autorisent les caisses à prévoir dans leurs dispositions réglementaires que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier (art. 26 al. 2 LPP) ou des indemnités journalières de l'assurance-maladie (art. 27 OPP 2). Il s'agit là d'une règle de coordination dans le temps, destinée à éviter que l'assuré - parce qu'il perçoit son salaire ou des prestations qui, s'y substituant, libèrent l'employeur de son obligation de le verser - ne dispose de moyens financiers plus importants après qu'avant la survenance de l'invalidité. La prétention à une pension d'invalidité ne peut toutefois être différée que si les dispositions réglementaires de l'institution de prévoyance le prévoient expressément (ATF 123 V 199 c. 5c/cc et les références, 120 V 61 c. 2b). Par ailleurs, conformément à l'article 34 alinéa 2 LPP, le Conseil fédéral est compétent pour édicter des prescriptions afin d'empêcher que le cumul de prestations ne procure un avantage injustifié à l'assuré ou à ses survivants. En se fondant sur cette délégation, il a édicté les articles 24 ss de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 18 avril 1984 (OPP 2).

Aux termes de l'article 24 OPP 2, l'institution de prévoyance peut réduire les prestations d'invalidité et de survivants dans la mesure où, ajoutées à d'autres revenus à prendre en compte, elles dépassent 90 % du gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé (al. 1). Sont considérés comme revenus à prendre en compte, les prestations d'un type et d'un but analogue qui sont accordées à l'ayant droit en raison de l'événement dommageable, telles que les rentes ou les prestations en capital prises à leur valeur de rentes provenant d'assurances sociales ou d'institutions de prévoyance suisses et étrangères, à l'exception des allocations pour impotents, des indemnités pour atteinte à l'intégrité et de toutes autres prestations semblables. Le revenu provenant d'une activité lucrative exercée par un assuré invalide est aussi pris en compte (al. 2). Cette disposition ne s'applique, toutefois, qu'aux prestations de la prévoyance professionnelle obligatoire: pour ce qui est de la prévoyance plus étendue, les institutions de prévoyance restent libres de régler différemment la coordination avec d'autres assurances sociales (art. 49 al. 2 LPP; ATF 122 V 155 c. 3d et les références; SVR 2000 BVG 6 p. 31, c. 2 in fine). Elle n'autorise, par ailleurs, la réduction des prestations de prévoyance qu'en cas de concours avec celles d'une assurance sociale (ATF 118 V 246 c. 4b, 117 V 346 c. 4b/cc; voir également : Frésard, op. cit., p. 22; Ueli Kieser, Die Koordination von BVG-Leistungen mit den übrigen Sozialversicherungsleistungen, in : Neue Entwicklungen in der beruflichen Vorsorge, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen, vol. 49, St-Gall 2000, p. 87). Enfin, les indemnités journalières ne constituent pas un revenu à prendre en compte au sens de l'article 24 OPP 2 (ATF 120 V 63 c. 3c; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Bâle, Francfort-sur-le-Main 1993, pp. 224 et 226). En l'espèce, l'assurance collective perte de salaire en cas de maladie de la Y repose sur une base contractuelle et ne saurait, partant, être assimilée à une assurance sociale au sens de l'article 24 alinéa 1 OPP 2.

Quant à l'assurance-invalidité, l'article 45bis LAI prévoit que le Conseil fédéral règle les rapports avec les autres branches des assurances sociales et édicte des dispositions complémentaires destinées à empêcher qu'un cumul de prestations ne conduise à une surindemnisation (art. 88ter à 88quinquies RAI).

5. Pour répondre à la question litigieuse, il faut examiner si la Y est légitimée, par le chiffre 9 alinéas 4 et 5 de ses conditions générales (CGA), à réduire ses propres prestations.

Conformément au chiffre 9 alinéas 4 et 5 précité, si l'assuré est au bénéfice de prestations de la prévoyance professionnelle, de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire ou d'institutions étrangères similaires, la Y verse la part du salaire non couverte par ces institutions, mais au maximum l'allocation journalière assurée. D'éventuelles réductions opérées dans le cadre de ces assurances n'augmentent pas les obligations de la Y (al. 4). Ces dispositions ne sont pas applicables si l'allocation journalière est fixée sur la base d'un salaire convenu (assurance de somme) (al. 5).

Il s'ensuit, conformément au chiffre 9 alinéas 4 et 5 des conditions générales de cette assurance, qui constitue une clause de complémentarité (cf. ATF 128 V 243), que la Y est, en principe, légitimée à réduire ses prestations compte tenu de l'intervention de la FIS et de l'AI. Il convient en conséquence d'examiner comment doivent être coordonnées les prestations de l'institution de prévoyance, de l'AI et de l'assurance perte de salaire en cas de maladie afin d'éviter tant la surindemnisation à laquelle tendent à remédier les dispositions statutaires et contractuelles de la Y qu'une lacune d'indemnisation.

Conformément à la norme impérative de l'article 71 alinéa 1er LCA (art. 97 al. 1er LCA), relative au cumul des prestations d'assurances de dommage, en cas de double assurance au sens de l'article 53 LCA, chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées. Cette disposition

concrétise, en matière de contrat d'assurance contre les dommages, le principe indemnitaire, qui a pour corollaire la prohibition de la surindemnisation (Christian Boll, Commentaire de l'article 71 LCA, in : Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Bâle, Genève, Munich 2001, rem. 1 p. 947; Alfred Maurer, op. cit., p. 386; Bernard Viret, Droit des assurances privées, Zurich 1983, p. 144; cf. également Adrian Rapp, Das Überentschädigungsverbot im schweizerischen Privatversicherungsrecht, Basler Studien zur Rechtswissenschaft, vol. 55, Bâle, Genève, Munich 2000, p. 47).

Selon l'article 53 LCA, il y a double assurance lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque et pour le même temps de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance. Comme on l'a vu, l'assurance collective perte de salaire en cas de maladie conclue entre la société P Ltd. et la Y constitue une assurance de dommage fondée sur un contrat, à laquelle s'applique la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), dont en particulier l'article 71 alinéa 1er précité. Cette assurance a pour objet la perte de salaire résultant d'une incapacité de travail - soit l'impossibilité pour l'assuré d'exercer une activité lucrative - due à une maladie et attestée par un médecin (art. 1 et 2 CGA).

La Y est ainsi admise à réduire ses prestations dans la mesure prévue par l'article 71 alinéa 1 LCA, en raison de l'intervention de la FIS et de l'AI. A cette fin, il conviendra de déterminer le montant des prestations dues par la Y, la FIS et l'AI durant la période de cumul des prestations, soit du 1er août 2000 au 14 août 2001.

6. a) En l'espèce, en ce qui concerne la LPP, l'assuré a été affilié à la FIS. La prestation d'invalidité de la FIS entre en vigueur après un délai d'attente de 12 mois, soit dès que l'AI octroie des prestations (art. 26 LPP).

Sur la base d'une déclaration faite sur du papier à lettres de P Ltd., mais non signée par cette société et contresignée par l'office d'impôt de Lausanne Ville, l'assuré prétend que son salaire a passé de 8'000 francs par mois à 10'000 fr. par mois dès le deuxième semestre 1999.

En effet, rétroactivement, l'assuré se souvient d'avoir eu une augmentation de salaire pour le deuxième semestre 1999, soit dès le 1^{er} juillet de cette année. Cette augmentation n'a été annoncée ni à l'AVS, ni à l'assureur perte de gain. On peut dès lors douter du bien fondé de cette augmentation, si l'on se réfère à la déclaration de maladie du 17 septembre 1999 faite et signée par l'assuré qui indique un salaire assuré de 8'000 fr. et non de 10'000 francs

De plus, il ressort de la déclaration des salaires 1999 de P Ltd., établie et signée par l'assuré en date du 10 juillet 2000, ainsi que du chiffre 6.3 de la demande de prestations AI rédigée par l'assuré le 1^{er} mars 2000, que son salaire s'élève à 8'000 fr. par mois.

Aucun document officiel ne fait ainsi état du versement effectif d'un salaire de 10'000 fr., puisque l'intéressé a été mis au bénéfice de prestations d'assurance six semaines après le changement de salaire. De plus, les documents parlent de semestres et non de dates précises, ce qui contribue à obscurcir la situation. Il ne faut donc pas tenir compte de la revendication relative à l'augmentation de salaire, les preuves présentées n'étant pas suffisantes. Le salaire mensuel de 8'000 fr. retenu par la Vaudoise est ainsi correct.

b) La demande de la Y se fonde sur l'article 9 alinéas 4 et 5 de ses conditions générales. Par salaire, il faut entendre selon l'article 14 alinéa 1 des conditions générales, le dernier salaire AVS que l'assuré a reçu dans l'entreprise déclarée avant la maladie, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels l'assuré a droit, uniquement afférents, par conséquent au dernier salaire avant la maladie, donc ici à juillet 1999. Ce salaire est converti en gain annuel.

Si l'on tient compte des dispositions de la LPP citées sous le chiffre 4, les prestations d'invalidité peuvent être différées tant que l'assuré reçoit un salaire entier. Elle peuvent également être réduites si les rentes d'invalidité ajoutées à d'autres prestations (indemnités journalières dans le cas présent) dépassent le 90 % du salaire (art. 24 et 27 OPP2).

Cependant, en vertu de l'ATF 128 V 243, seule la partie sur-obligatoire de la prestation issue de la prévoyance professionnelle pourrait être touchée par un calcul de surcompensation. La FIS n'accordant que des prestations correspondant au minimum LPP, il convient dès lors de tenir compte de l'ensemble des prestations LPP versées par la FIS.

La caisse soutient qu'à teneur des lettres adressées par la Y à la FIS les 15 mai, 11 juin et 3 juillet 2002, la rente LPP est due non seulement dès le 1^{er} août 2001, mais dès le 1^{er} août 2000, les conditions d'un report du droit à la rente n'étant plus remplies du fait de l'application de la clause d'imputation des rentes AI de l'article 9 alinéa 4 des conditions générales de la Y

Le décompte de surindemnisation de la Y daté du 29 août 2002 présente un montant à rembourser de 36'735 fr. comme si la FIS avait versé des prestations dès le 1^{er} août 2000. Or, la FIS a produit les décomptes dont il ressort qu'elle a versé des prestations à partir du 1^{er} août 2001. En ce qui concerne le décompte de surindemnisation seule pourrait entrer en considération la somme versée dans la période du 1^{er} août 2001 au 14 août 2001, qui représente 483 francs. Etant donné que la FIS n'a pas versé le montant de 12'480 fr. pour la période du 1^{er} août 2000 au 31 juillet 2001, il convient de déduire ce montant de la prestation à restituer et de ne tenir compte que de 483 fr. correspondant à la période du 1^{er} août 2001 au 14 août 2001.

7. Le calcul de surindemnisation pour la période du 1^{er} août 2000 au 14 août 2001 se présente ainsi comme suit :

1) Droit à l'indemnité journalière :

100 % du 01.08.00 au 14.08.01 : 379 j. à 264 fr. = Fr. 100'056.-

2) Prestations de l'assurance-invalidité :

du 01.08.00 au 31.12.00 : 5 mois à 1'881 fr. = Fr. 9'405.-

du 01.01.01 au 31.07.01 : 7 mois à 1'928 fr. = Fr. 13'496.-

du 01.08.01 au 14.08.01 : 14j. (sur 1'928 fr./m) = Fr. 871.-

Total = Fr. 23'772.-

3) Prestations de la FIS :		
du 01.08.01 au 14.08.01 : 14 j. (sur 1'070 fr./m)	= Fr.	483.-
Total	Fr.	483.-
4) Total des prestations des assureurs	Fr.	124'311.-
5) Salaire perdu (8'000 fr. x 12)		
100 % du 01.08.00 au 14.08.01 : 379 j. à 263 fr.	= Fr.	100'056.-
6) Surindemnisation (ch. 3 moins total du ch. 4)	<u>Fr.</u>	<u>24'255.-</u>

8. La demanderesse a assorti ses conclusions en capital d'intérêts réclamés au taux annuel de 5 % dès le 10 novembre 2001. En effet, par lettre du 9 novembre 2001, la Y a avisé le défendeur que l'octroi de la rente d'invalidité entraînait pour la période du 1^{er} août 2000 au 14 août 2001 une surindemnisation, motif pour lequel elle l'invitait à signer une cession en sa faveur. Ce procédé vaut interpellation selon l'article 102 alinéa 1er CO; il déploie ses effets dès sa réception par le débiteur (cf. Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2e éd., Berne 1997, pp. 685 s.).

Dans le cas particulier, le courrier du 9 novembre 2001 a été transmis à l'assuré le même jour. Il est réputé avoir été reçu le jour suivant. Le dies a quo de l'intérêt étant le lendemain de la notification du pli valant interpellation, les intérêts doivent courir, au taux annuel de 5 % (art. 104 al. 1er CO), dès le 10 novembre 2001.

Dans ces conditions, il convient d'admettre partiellement la demande en ce sens que X est reconnu débiteur de la demanderesse de la somme de 24'255 fr. portant intérêts à 5 % l'an dès le 10 novembre 2001.

9. La demanderesse a enfin conclu à l'octroi de dépens. Il est statué d'office sur leur sort (JdT 2001 III 2). Ils ne sauraient cependant lui être alloués, faute pour elle d'avoir consulté un mandataire professionnel.

**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

I. La demande est partiellement admise.

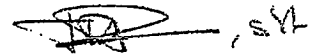
II. Le défendeur X est débiteur de la demanderesse Y Générale Compagnie d'Assurances de la somme de 24'255 fr. (vingt-quatre mille deux cent cinquante-cinq francs), avec intérêt à 5 % l'an dès le 10 novembre 2001

III. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :



La greffière :



Du 11 JUILLET 2004

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.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent

jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties 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 greffe du 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 :

- a. 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;
- b. 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;
- c. 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;
- d. 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;

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

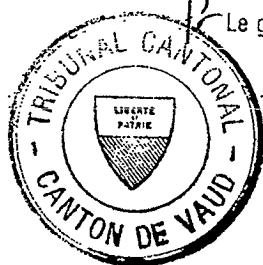
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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

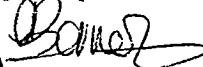
La greffière :



PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL



Le greffier :



av