



**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

---

Présidence de Mme T H A L M A N N, juge  
Membres : MM. Ducommun et Donzel, assesseurs  
Greffier : Mme Abbet, greffière ad hoc

\* \* \* \* \*

**Jugement du 5 mai 2004**

dans la cause

X demanderesse, représentée par l'avocat  
Georges Reymond, à Lausanne

contre

**Caisse-maladie Y** (ci-après : la caisse ou Y ), à Martigny,  
défenderesse.

---

**Art. 19 et 25 LCA, 13 CGC.**

**En fait:**

A. X , née en 1946, était assurée auprès de la caisse pour l'assurance obligatoire des soins et l'assurance combinée d'hospitalisation dès le 1<sup>er</sup> janvier 1988, ainsi que pour des soins complémentaires dès le 1<sup>er</sup> janvier 1992 (police n° 0000 ). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 1999, elle n'a conservé que les assurances complémentaires auprès de Y . Elle était également assurée pour la couverture des soins Mundo depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001. Suite au non paiement des primes, cette dernière couverture a été résiliée par la caisse pour le 30 septembre 2002.

Par lettre circulaire d'octobre 1996, la défenderesse a informé ses assurés notamment de ce que de nouvelles conditions générales ainsi que leur nouvelle carte d'assuré allaient leur être adressées prochainement.

Le 29 septembre 1998, la défenderesse a établi une nouvelle attestation de police d'assurance n° 0000 dont il résulte que la prime mensuelle s'élevait, pour 1999, à 173 francs 80.

Du 7 au 9 janvier 1998, la demanderesse a été hospitalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), en chambre privée. Le remboursement des frais afférant à dite hospitalisation par la défenderesse a eu lieu le 30 décembre 1998, l'avis de remboursement ayant été communiqué à la demanderesse par lettre le 20 janvier 1999.

Par lettre recommandée datée du 27 janvier 1999, la demanderesse a informé la caisse qu'elle résiliait son contrat d'assurance n° 0000 .

Par courrier du 11 février 1999, la défenderesse lui a répondu que :

*« Conformément à l'art. 13 al. 2 de nos conditions générales pour les assurances-maladie complémentaires (CGC), lorsqu'une prestation est due par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les 10 jours après qu'il a eu connaissance du paiement de l'indemnité.*

*Si les conditions susmentionnées sont remplies, l'assurance cesse de déployer ses effets dès réception de l'avis de résiliation par l'assureur. Par conséquent, bien que nous regrettions votre décision, nous vous informons que votre couverture d'assurance prend fin avec effet au 29 janvier 1999 ».*

La demanderesse était en outre rendue attentive au fait que, selon la réglementation en vigueur, la prime restait due à l'assureur pour toute la période d'assurance en cours, soit jusqu'au 31 décembre 1999. Enfin, la caisse ajoutait :

*« Si, comme nous le souhaitons, vous décidiez de renoncer à votre démission, nous vous saurions gré de bien vouloir nous en informer par écrit ».*

Le 15 mars 1999, la demanderesse a répondu qu'elle ne reconnaissait pas la valeur juridique de l'article invoqué et qu'elle maintenait sa décision car elle considérait *« que les conditions de confiance réciproque, nécessaires au maintien de tout contrat et obligation n'étaient plus réunies ».*

Le 7 avril 1999, après avoir expliqué les motifs pour lesquels son remboursement pour les soins donnés au début de l'année 1998 n'était intervenu qu'à la fin de cette année et après avoir rappelé la teneur de l'article 13 alinéa 2 CGC, la défenderesse a confirmé sa décision du 11 février 1999, soit la résiliation avec effet au 29 janvier 1999. Elle rappelait en outre que les primes étaient dues jusqu'à la fin de l'année.

Le 20 mai 1999, la demanderesse a maintenu la résiliation et informé la défenderesse qu'elle ne verserait aucune prime.

Le 7 juin 1999, la défenderesse a encore précisé que, certes la résiliation respectait le délai et qu'elle l'acceptait, mais que, malgré cela, les primes restaient dues à la caisse jusqu'au 31 décembre 1999.

Au cours des mois de septembre à décembre 1999, la demanderesse a dû être hospitalisée. Les frais médicaux relatifs à cette hospitalisation s'élèvent à 24'508 fr. 55.

Le 21 octobre 1999, la demanderesse a écrit à la défenderesse ne pas être en possession des Conditions générales d'assurances (CGA) et lui demandait de lui en faire parvenir un exemplaire. Celle-ci les lui a fait parvenir le 28 octobre 1999.

Le 9 novembre 1999, le conseil de la demanderesse a écrit à la défenderesse que sa cliente proposait de renoncer à son avis de résiliation, celui-ci étant tenu pour nul et non avenue par la défenderesse, l'ensemble des primes en souffrance étant payé en une fois, dans la mesure où celle-ci acceptait de faire renaître l'assurance à partir du 29 janvier 1999.

Le 30 novembre 1999, la défenderesse a informé la demanderesse qu'elle acceptait uniquement d'analyser la possibilité de remettre en vigueur le contrat dès le 1<sup>er</sup> décembre 1999 et a adressé une nouvelle demande d'adhésion à cette dernière.

Par courrier du 27 janvier 2000, le conseil de la demanderesse a déclaré « *invalidier cet avis de résiliation pour lésion au sens de l'article 20 CO, et à tout le moins déclarer expressément à la Y sa résolution de ne pas le maintenir au sens de l'article 31 CO* »

Par courrier du 3 mars 2000 notamment, la défenderesse a refusé d'annuler l'avis de résiliation.

**B.** La demanderesse a ouvert action devant le tribunal de céans par demande du 11 mars 2002, en concluant, avec suite de frais et dépens, à la validité de l'avis de résiliation du 27 janvier 1999, la demanderesse étant

l'assurée de la défenderesse, et à la condamnation de celle-ci au paiement des sommes de 24'508 fr. 55 et 1'249 fr. 90 avec intérêt à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> décembre 1999.

Dans sa réponse du 14 mai 2002, la caisse-maladie Y a conclu au rejet de la demande, à la validité de la résiliation du contrat pour les assurances HC et SC effectuée par la demanderesse le 27 janvier 1999, ainsi qu'au paiement des primes concernant l'année 1999 avec intérêts à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> février 1999.

A l'appui de sa réplique du 20 décembre 2002, la demanderesse fait valoir ne jamais avoir reçu d'exemplaire des conditions générales d'assurance relatives aux assurances complémentaires, et requiert la tenue d'une audience d'instruction, ainsi que l'audition de son époux.

Par duplique du 4 février 2003, la caisse soutient notamment qu'à supposer que la demanderesse n'ait pas reçu les CGC, il lui incombait d'en demander un exemplaire en 1997 déjà. Pour le surplus, elle maintient les motifs et les conclusions exposés dans sa réponse du 14 mai 2002.

C. Une audience d'instruction s'est tenue le 7 octobre 2003 au cours de laquelle les parties ont été entendues. La demanderesse a informé le tribunal de céans qu'elle n'a plus payé les primes d'assurance dont elle était redevable à compter du mois de janvier 1999, soit à partir de la résiliation de sa couverture d'assurance. Selon elle, cette décision a été motivée par le retard avec lequel la caisse a payé ses prestations, au titre des assurances complémentaires, pour l'intervention chirurgicale subie en 1998 à Genève. L'époux de la demanderesse a confirmé avoir eu connaissance de la disposition qui permet à l'assuré de résilier un contrat postérieurement au paiement par l'assureur de ses prestations, tout en affirmant ne pas avoir reçu les CGC de la caisse. Il ajoute que son épouse et lui souhaitaient mettre un terme définitif aux relations qu'ils entretenaient avec la défenderesse. De son côté, la représentante de la caisse a déclaré que Y n'avait pas eu connaissance, jusqu'au début de la présente procédure, de la maladie dont souffrait la demanderesse et que, l'aurait-elle su, elle n'aurait pas offert de

réadmettre cette dernière dans les catégories d'assurances sollicitées. Elle a en outre précisé que le paiement de ses prestations – pour le cas de maladie annoncé par la demanderesse en 1998 – n'avait pas pu intervenir avant qu'elle fût en possession des rapports médicaux indispensables à cet effet, et que le médecin concerné avait dû être interpellé à plusieurs reprises afin qu'il daigne renseigner la caisse.

Les polices d'assurance ont été produites le 14 octobre 2004 par la défenderesse.

La demanderesse a déposé des déterminations complémentaires le 30 mars 2004 en confirmant ses conclusions.

#### **E n d r o i t :**

1. Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises, en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).

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]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124).

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 ; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377 ; RAMA 1998, KV 35, p. 290 ; ATF 123 V 324, c. 3a ; RAMA 1998, KV 22 p. 49 ; 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, dans : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 ss, spéc. pp. 685-687 ; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 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).

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 P c. K Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998 publié in JT 1999 III 106 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral (TF) a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile.

La demande est dès lors recevable.

2. La question litigieuse est celle de savoir si et à quelle date le contrat d'assurance entre les parties régissant l'assurance complémentaire d'hospitalisation a été valablement résilié.

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

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, Droit des assurances privées, op. cit., pp. 19 ss ; Recueil de travaux, op. cit. p. 671). 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. 1<sup>er</sup> 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).

A teneur de l'article 25 alinéa 1 LCA, en cas de résiliation unilatérale du contrat, l'assureur conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours au moment de la résiliation.

Selon l'article 19 LCA, sauf stipulation contraire, la prime échoit pour la première période d'assurance au moment de la conclusion du contrat. Par période d'assurance, il faut entendre le laps de temps d'après lequel est calculée l'unité de prime. En cas de doute, la période d'assurance est d'une année.

L'article 13 alinéa 2 CGC prévoit qu'après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les dix jours après qu'il a eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si le preneur se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets dès réception de l'avis de résiliation par l'assureur qui conserve ses droits à la prime pour la période d'assurance en cours. La période d'assurance correspond à une année civile (art. 12 CGC).

4. La demanderesse prétend ne pas avoir reçu les conditions d'assurance en vigueur depuis 1997 et soutient qu'elle ignorait par conséquent devoir continuer à payer des primes pendant la période en cours malgré la résiliation du contrat.

La demanderesse, comme tous les autres assurés, a été informée en 1996 qu'elle allait recevoir les nouvelles CGA avec sa carte de membre. Lorsqu'elle fait un envoi général à tous ses assurés, l'on ne peut exiger de la caisse qu'elle fasse la preuve de cet envoi à une personne en particulier. Il convient au contraire de présumer que cet assuré l'a reçu. Le fait que la demanderesse ait voulu résilier son contrat en décembre 1997, soit hors délai, ne renverse pas cette présomption. En outre et surtout, l'obligation de verser la

prime d'assurance jusqu'à la fin de l'année civile ne découle pas uniquement des CGC, mais également de la LCA (art. 19 et 25 supra). La demanderesse ne saurait dès lors se prévaloir de son ignorance des dispositions légales.

De plus, et contrairement à ce que soutient la demanderesse, sa résiliation du 28 janvier 1999 a été acceptée. Le texte de la lettre du 11 février 1999 de la défenderesse est clair et ne saurait être interprété autrement. La caisse lui a en outre donné tous les renseignements sur ses droits et obligations ainsi que d'ailleurs la possibilité de renoncer à cette résiliation. Par courriers successifs, la demanderesse a maintenu sa décision.

Dès lors, il y a lieu de considérer que la résiliation du contrat dans le délai de dix jours dès la connaissance du paiement de l'indemnité a été valablement donnée. La demanderesse n'est ainsi plus assurée auprès de Y , pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation, dès le 29 janvier 1999. Les diverses poursuites reçues par la suite par la demanderesse concernant l'assurance complémentaire « M » qui n'est pas l'objet du présent litige. Ceci étant, les sommes de 24'508 fr. 55 et 1'249 fr. 90 se rapportant à une hospitalisation durant la période de septembre à décembre 1999, soit alors que le contrat avait été valablement résilié, ne sont pas dues par la défenderesse et les conclusions de la demande doivent ainsi être rejetées.

5. Dans sa réponse du 14 mai 2002, la défenderesse a conclu reconventionnellement au paiement des primes relatives à l'année 1999 pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation. Comme exposé supra, ces primes sont dues tant en application de l'article 13 alinéa 2 CGC qu'en vertu des articles 25 alinéa 1 et 19 LCA. La prescription n'a pas été invoquée par la demanderesse.

Au vu de ce qui précède, il convient d'allouer ses conclusions à la défenderesse, la demanderesse lui devant ainsi la somme de 2'085 fr. 60 avec intérêts à 5 % l'an, échéance moyenne, à savoir dès le 1<sup>er</sup> juillet 1999, selon le calcul suivant :

(173,80 X 12) = 2'085,60

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

I. La demande est rejetée.

II. Les conclusions reconventionnelles sont admises en ce sens que la demanderesse doit verser à la défenderesse la somme de 2'085 fr. 60 (deux mille huitante cinq francs et soixante centimes) avec intérêts à 5 % l'an, dès le 1<sup>er</sup> juillet 1999.

III. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :

*D. Thakur*

La greffière :

*[Signature]*

DU 21 DEC. 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 :

*[Signature]*

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE  
CONFORME À L'ORIGINAL

La greffier:

