



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. R I T T E R, juge

Membres : Mmes Maire et Thalmann, juges

Greffier : M. Pagan, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 25 juin 2004

dans la cause

X , représentée par l'avocat Philippe
Nordmann, à Lausanne, demanderesse,

contre

Y **ASSURANCES PRIVEES SA,** défenderesse.

Art. 3, 11 et 33 LCA.

En fait :

A. X, née en 1959, est assurée auprès de Y Assurances Privées SA (ci-après : Y ou la caisse). Il ressort de sa police d'assurance, n° xxxx, datée du 2 octobre 2002, portant sur la situation au 1^{er} janvier 2003, qu'elle est au bénéfice d'une couverture relevant de la LCA et garantissant la prise en charge de "Diverses prestations non obligatoires, médecins conventionnés toute la Suisse, médicaments non obligatoires et médecine alternative" pour la prime mensuelle de 23 fr. 50, ainsi que de "Division demi-privée (chambre à 2 lits) dans tous les hôpitaux de Suisse; dans les hôpitaux sans division demi-privée, division privée (chambre à 2 lits)" pour la prime mensuelle de 116 fr. 40 ("catégorie de prestation <C >"). Elle dispose également de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, souscrite auprès de Y.

L'assurée présente un cancer du sein bilatéral.

Son médecin traitant, la Dresse G., spécialiste en médecine générale et SSMH en homéopathie, l'a adressée à l'Aeskulap Klinik à Brunnen (SZ), ce dont l'assureur a été informé par lettre du 3 juin 2003. Par lettre du 11 juin 2003 au médecin traitant (avec confirmation adressée à la clinique le 1^{er} juillet suivant), Y a fait savoir qu'elle préavisait favorablement pour la prise en charge de ce séjour, "à hauteur de la couverture d'assurance souscrite par Mme X et pendant 10 jours au maximum, l'indication médicale étant démontrée dans le cas d'espèce".

Après avoir reçu l'intéressée le 16 juin 2003, le médecin responsable du service d'oncologie de la clinique a, par lettre du 17 juin 2003, indiqué au médecin traitant que Minou X refusait d'être traitée par chimiothérapie et radiothérapie, et que, dans ces conditions, vu la nécessité d'une "cytotoxic therapy with Careseeng", l'hospitalisation porterait sur environ quatre semaines.

Le 1^{er} juillet 2003, la caisse a écrit par lettre signature à l'Aeskulap Klinik que "sur la base du diagnostic initialement annoncé, rien ne s'opposait, a priori, à ce que Y délivre une garantie de prise en charge ce, dans la mesure où rien ne laissait alors supposer que la pathologie annoncée serait traitée autrement que par le protocole conventionnel de chimiothérapie ou de radiothérapie applicable en l'espèce, soit au moyen de la médecine classique scientifiquement reconnue". Mais, à la suite des renseignements complémentaires délivrés en date du 17 juin 2003, le service médical centralisé de la direction générale de l'assureur avait informé la clinique que l'étendue de sa garantie de prise en charge se limiterait, comme déjà annoncé, à dix jours au maximum, qu'à l'avenir, aucune prise en charge, respectivement aucune prolongation d'hospitalisation ne pourrait être prise en compte par la caisse, dans la mesure où les prestations de médecine alternative ne relèvent nullement d'une obligation de prise en charge par les assureurs au sens des dispositions de la LAMal, et que dans le cadre d'une prise en charge d'un traitement stationnaire, Y ne reconnaissait également pas la médecine alternative (aucune prestation possible), mais seulement les prestations relevant de la médecine empirique, reconnues au sens de la LAMal.

Dans une lettre adressée le 31 octobre 2003 au conseil de l'assurée ensuite de questions de ce dernier, le médecin responsable du service d'oncologie de l'Aeskulap Klinik a précisé qu'elle était un hôpital figurant sur la liste suisse des hôpitaux et qu'elle traitait à ce titre ses patients avec la médecine conventionnelle et complémentaire. Selon lui, le traitement prévu pour l'assurée, combinant des méthodes classique et complémentaire, ne consistait pas en de la "médecine alternative"; en particulier, pour la "cytotoxic therapy with Careseng" et deux autres traitements, des preuves scientifiques existaient quant à leur efficacité.

L'assureur a, après un échange de correspondances, modifié sa position par écriture adressée au conseil de l'assurée le 1^{er} décembre 2003, en ce sens qu'une garantie de prise en charge n'aurait lieu d'être qu'en présence d'une indication médicale adéquate (nécessité d'hospitalisation), ce qui semblait être le cas en l'espèce, et à la condition que les traitements délivrés, respectivement les méthodes thérapeutiques utilisées soient scientifiquement

reconnues au sens des dispositions légales en vigueur, condition sine qua non qui faisait ici défaut; l'assurance complémentaire d'hospitalisation "Hospital Comfort" à laquelle Minou X avait souscrit lui permettait de pouvoir prétendre à des prestations stationnaires (hospitalières) en relation avec la médecine alternative à hauteur de 1'000 fr. au maximum par année civile. Le médecin conseil de la caisse considérait que le traitement prévu relevait de la "médecine alternative pure". Selon Y, la garantie correspondant à dix jours d'hospitalisation avait été délivrée par erreur, ce qui excédait largement le montant de 1'000 fr. dont pouvait se prévaloir l'assurée en regard de ce séjour. Elle ajoutait : "Concrètement, Y serait en droit de limiter sa participation au recouvrement des frais en relation avec cette hospitalisation à hauteur de CHF 1'000,-- et de réclamer la différence entre le coût des 10 jours facturés et ce montant. De fait, Y ne saurait être amenée à devoir prendre en considération l'intégralité d'un "programme" thérapeutique étalé sur 4 semaines; notre prise de position en relation avec ce séjour a d'ailleurs fait l'objet de notre lettre signature du 1^{er} juillet 2003 adressée à l'Aeskulap Klinik. Par son refus strict de se soumettre à tout protocole conventionnel de chimiothérapie, lui préférant une approche thérapeutique non invasive relevant de la médecine alternative (de fait, non reconnue), votre cliente s'est donc délibérément exposée au risque de devoir se retrouver confrontée à un refus de prise en charge de son assureur, ce à quoi l'auront certainement très clairement rendue attentive tant son médecin traitant (...) que le médecin l'ayant prise en charge à l'Aeskulap Klinik (...)." Suivaient des considérations sur le régime de la LAMal. La caisse concluait que, "s'agissant de moyens, respectivement de méthodes thérapeutiques non "scientifiquement reconnues" (en d'autres termes, ne relevant pas de la médecine empirique/allopathique) au sens des dispositions légales en vigueur (LAMal), de telles prestations ne sont susceptibles de faire l'objet d'une participation de l'assureur qu'au titre d'une éventuelle assurance complémentaire régie selon la LCA ce, pour autant que les CGA d'assurances, respectivement les conditions complémentaires qui en découlent le prévoient expressément", de sorte qu'elle ne s'estimait pas tenue de rendre une décision formelle susceptible de recours.

B. Par demande du 16 décembre 2003, X, représentée par l'avocat Philippe Nordmann, a saisi le Tribunal des assurances, concluant avec dépens à ce que Y soit tenue de prendre en charge les frais d'hospitalisation et prestations annexes pour un séjour d'environ quatre semaines de la demanderesse à l'Aeskulap Klinik (I), et à ce que la défenderesse soit reconnue débitrice à son égard "d'un montant approximatif de 50'000 fr. (...), dite prétention devant être précisée en cours d'instance" (II).

Dans sa réponse du 11 mars 2004, la défenderesse, indiquant n'avoir reçu de la demanderesse ni demande de garantie de paiement pour un séjour stationnaire, ni les factures correspondantes, a confirmé se limiter à "fournir des prestations comme suit (séjour hospitalier stationnaire à la clinique Aeskulap à Brunnen d'une durée approximative de 4 semaines) :

1. Prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins "Basic" à hauteur des coûts du tarif de la division générale des hôpitaux conventionnés applicable aux habitants du canton de Vaud.
2. En complément aux coûts selon point 1, les coûts supplémentaires résultant du séjour en division demi-privée, les soins reconnus relevant de la médecine académique, ainsi qu'au maximum CHF 1000.- par année civile à titre de participation aux coûts en relation avec des traitements relevant de la médecine alternative sont pris en charge".

Elle ajoute : "La demande de Madame X doit être refusée dans la mesure où la garantie de paiement susmentionnée de Y est déclarée comme étant définitive."

La demanderesse, dans sa réplique du 20 avril 2004, et la défenderesse, dans sa duplique du 5 mai 2004, ont maintenu leurs conclusions respectives.

C. Le contrat, sous forme informatique, et les conditions d'assurance y applicables ont été produits.

En droit :

1. a) La couverture ici en cause est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, première phrase, LAMal. Son contentieux relève du Tribunal des assurances selon le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 ([RSV 2.2 D]; JT 1999 III 106, c. 4 et 5; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, in JT 2000 III 79 ss; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, in : Colloques et journées d'études 1999-2001, éditions IRAL, Lausanne 2002, pp. 757 ss, spéc. 765 ss).

b) Bien que les conclusions de la demande ne soient pas chiffrées au franc près, la valeur litigieuse doit assurément être tenue pour supérieure à 8'000 francs.

c) En l'espèce, la question déterminante pour l'issue du litige est celle de la nature et, pour autant qu'elle puisse être déterminée, de la quotité des prestations contractuelles auxquelles peut prétendre la demanderesse à raison de son séjour à l'Aeskulap Klinik.

d) Il convient de déterminer la nature et la recevabilité de la demande déposée par X contre l'assureur.

Parmi les actions conférées par le droit matériel fédéral, il faut distinguer l'action condamnatoire, l'action formatrice et l'action en constatation de droit (Hohl, Procédure civile, Tome I, Berne 2001, n. 105 ss, pp. 38 ss). L'action en constatation de droit tend à faire constater par le juge l'existence ou l'inexistence d'un droit ou d'un rapport de droit (idem, op. cit., n. 129, p. 43).

S'agissant de prestations dont la quotité ne peut entièrement être fixée, faute pour la cour de céans de connaître la durée exacte du séjour justifiée par des impératifs thérapeutiques, ainsi que son coût exact et le tarif applicable, les conclusions de la demanderesse doivent être considérées

comme des conclusions en constatation de droit, tant on voit mal comment l'action condamnatoire pourrait être ouverte dans ce cas.

La recevabilité de l'action en constatation de droit est régie exclusivement par le droit fédéral lorsqu'il s'agit d'une prétention fondée sur le droit privé de la Confédération (ATF 110 II 352 consid. 1a, JT 1985 I 354). Selon la jurisprudence, cette action est recevable lorsque le demandeur a un intérêt de fait ou de droit digne de protection à la constatation immédiate de son droit (ATF 120 II 20 consid. 3a, JT 1995 I 130). Cet intérêt peut exister lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire touchant l'existence et l'objet du rapport de droit pourrait l'éliminer; encore faut-il que la persistance de cette incertitude entrave le demandeur dans sa liberté de décision au point d'en devenir insupportable pour lui (ATF 120 II 144 consid. 2a). L'intérêt fait en principe défaut lorsque le demandeur dispose d'une action condamnatoire, c'est-à-dire peut immédiatement exiger une prestation exécutoire en sus de la simple constatation (ibidem).

En l'occurrence, vu l'incertitude grevant la prise en charge des soins voulus par la demanderesse et son intérêt à être fixée immédiatement sur ce point compte tenu des frais qui seraient engendrés ainsi que de l'évolution et de la gravité de sa maladie, ses conclusions sont recevables.

2. a) A teneur de l'article 11 alinéa 1^{er}, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Selon l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

b) Dans le cas présent, la police d'assurance ayant été délivrée à la demanderesse conformément à l'article 11 LCA et renvoyant expressément à la "Catégorie de prestation <C >", le contrat d'assurance à l'origine des conclusions de la demande procède, contrairement à ce que prétend la

demanderesse, des conditions d'assurance de la défenderesse applicables à l'assurance-maladie privée, à savoir les conditions d'assurances "C" (les conditions spéciales) et, par renvoi de l'article 1^{er} de ces dernières, les conditions d'assurance "LCA" (les conditions générales d'assurance), toutes deux dans leur version de janvier 2002.

L'article 3.1 alinéa 1^{er} des conditions spéciales applicables à la couverture "C" prévoit que "sont pris en charge les frais de séjour et de traitement en milieu hospitalier ou semi-hospitalier dans une chambre à 2 lits en division demi-privée de tous les hôpitaux de Suisse. Si un hôpital n'a pas de division demi-privée, les frais de la division privée, chambre à 2 lits, sont assurés. Dans les hôpitaux qui ne figurent pas sur les listes d'hôpitaux des cantons, sont en plus prises en charge les prestations de l'assurance des soins, indépendamment du fait que quelqu'un soit assuré auprès de Y pour l'assurance des soins d'après la LAMal. (...)". Aux termes de l'article 2.1 alinéa 1^{er} de ces mêmes conditions spéciales ("Médecins relevant de la LAMal dans toute la Suisse"), "les frais sont pris en charge selon le tarif des assureurs maladie, sous déduction de la franchise choisie dans l'assurance des soins d'après la LAMal et de la quote-part légale". En vertu de l'article 2.4 des conditions précitées, 80 % des frais (examens, thérapies, médicaments délivrés) relevant de la médecine dite alternative sont pris en charge au maximum à hauteur de 1'000 fr. par année civile s'agissant des prestations stationnaires, si "le traitement est nécessaire par des fournisseurs de prestations" tels qu'indiqués plus bas dans le même article.

3. a) En l'espèce, l'Aeskulap Klinik ne figure pas sur la liste édictée par l'Etat de Vaud, selon l'article 39 alinéa 1^{er} LAMal, par son arrêté du 10 décembre 1997 entré en vigueur le 1^{er} janvier 1998 (RALV 1997 p. 708).

Partant, sont en tout état de cause prises en charge les prestations de l'assurance obligatoire des soins, d'après la tarification qui serait applicable à cette couverture selon la LAMal, conformément à l'article 2.1 des conditions spéciales précitées.

b) Autre est la question de savoir si cette prise en charge relève de l'assurance obligatoire ou de la couverture complémentaire.

A cet égard, vu la qualité de l'infrastructure hospitalière vaudoise, il doit être tenu pour établi que le traitement en question peut être dispensé dans le canton de domicile de l'assurée. Le séjour prévu à l'Aeskulap Klinik procède donc de motifs de convenance personnelle, s'agissant du lieu du traitement; l'indication aux soins en elle-même est incontestée.

Les prestations de l'assurance complémentaire étant exclusives de celles de l'assurance légale, il n'est pas vain de préciser que l'assuré n'est pas privé de tout droit aux prestations pour soins hospitaliers selon l'assurance obligatoire instaurée par la LAMal du seul fait qu'il séjourne dans un établissement sis hors de son canton de domicile et ne figurant pas sur la liste de ce canton, ce même si ce séjour procède de motifs de convenance personnelle; la prise en charge est alors fondée sur le tarif du canton de domicile (ATF 125 V 448, RAMA 1999 KV 92 p. 462).

C'est ainsi à juste titre que la défenderesse admet d'allouer ses prestations, au titre de l'assurance obligatoire, selon le tarif vaudois applicable à la division générale des hôpitaux conventionnés, même si le chiffre 1 de ses conclusions est irrecevable car étranger à l'assurance complémentaire.

Les prestations selon la LAMal ne constituant pas l'objet du présent litige, il ne saurait être procédé à des mesures d'instruction aux fins de déterminer si l'Aeskulap Klinik figure sur la liste du canton de Schwyz. Il suffit, bien plutôt, de délimiter les droits de l'assurée déduits de la LCA.

c) La demanderesse conclut à ce que son droit à la prise en charge soit constaté "pour un séjour d'environ quatre semaines" à l'Aeskulap Klinik.

Le propre de la couverture LCA ici en cause est de compléter les prestations obligatoires par la prise en charge des frais de séjour et de traitement en milieu hospitalier ou semi-hospitalier dans une chambre à deux lits, en division demi-privée, dans toute la Suisse, selon l'article 3.1 des

conditions spéciales précitées, en sus de ce qui est dû d'après la tarification applicable à cette couverture selon la LAMal.

C'est d'ailleurs ce que la défenderesse reconnaît devoir sous chiffre 2 de ses conclusions.

Cela étant, la conclusion de la demanderesse tendant à la prise en charge d'un séjour d'environ quatre semaines à l'Aeskulap Klinik ne trouve appui ni dans la LCA, ni dans les dispositions contractuelles liant les parties. Bien plutôt, l'article 4 alinéa 6 des conditions générales d'assurance applicables à la LCA précise que "Y peut vérifier les coûts d'interventions médicales par rapport à l'efficacité, à l'utilité et à l'économie des mesures mises en œuvre; en outre, la conformité des prestations facturées est comparée aux normes locales et le montant de l'indemnité est adapté; dans ce cas, Y entre dans les droits de l'assuré".

Statuer, sous l'angle de la constatation de droit, sur la durée nécessaire d'un séjour futur aurait pour effet de priver l'assureur de vérifier l'économie du traitement selon la disposition contractuelle précitée, étant rappelé qu'il a précisé que la garantie de prestations pour une durée de dix jours donnée les 17 juin et 1^{er} juillet 2003 procédait d'une erreur d'administration.

A défaut d'accord validement donné par l'assureur, il appartient à l'assurée de requérir de lui une nouvelle garantie de prise en charge ou de lui adresser les factures à l'issue du séjour hospitalier en cause.

e) A ces prestations s'ajoutent celles de la médecine dite alternative.

Il ressort notamment de la lettre adressée au conseil de l'assurée le 31 octobre 2003 par le médecin responsable du service d'oncologie de la clinique que des traitements pouvant être qualifiés de "médecine complémentaire" ou "médecine alternative" y sont prodigués en sus de soins relevant de la LAMal.

A cet égard, la demanderesse excipe d'une imprécision des dispositions contractuelles quant à la définition de "médecine alternative" pour conclure à la prise en charge illimitée de *l'ensemble* des soins prodigués.

Ces dispositions contractuelles doivent être comprises en ce sens que les soins de médecine alternative sont ceux qui ne relèvent pas de la LAMal (art. 32 al. 1^{er} LAMal, a contrario). En effet, les soins relevant de la médecine alternative ne figurent pas dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance des soins obligatoire. A cet égard, l'article 32 alinéa 1^{er} LAMal dispose que les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 LAMal (catalogue des prestations) doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

De surcroît, la prise en charge des soins de médecine alternative est soumise à la condition supplémentaire que les prestations de ce type de médecine satisfassent aux réquisits de l'article 2.4 des conditions spéciales précitées, lequel pose diverses exigences quant à la qualification des thérapeutes.

Enfin, conformément au texte clair de cette disposition contractuelle, la demanderesse n'a droit à la prise en charge des soins de médecine alternative qu'à hauteur de 80 %, au maximum 1'000 fr. par année civile, s'agissant des prestations stationnaires.

4. En définitive, la demande doit être partiellement admise.

En effet, d'une part, les conclusions doivent être rejetées pour ce qui concerne la durée du séjour à l'Aeskulap Klinik et le montant des soins qui doivent y être prodigués à la demanderesse.

D'autre part, les conclusions de la demande doivent être admises dans la mesure suivante :

- le droit aux prestations de la demanderesse est reconnu, à la charge de la défenderesse, à raison de tout séjour à l'Aeskulap Klinik, à hauteur de la

différence entre le tarif vaudois applicable à la division générale des hôpitaux conventionnés et le tarif des coûts hospitaliers applicable à une chambre à deux lits, selon les conditions posées par l'article 3.1 des conditions d'assurance "C" de la couverture souscrite par la demanderesse selon la LCA;

- le droit aux prestations de la demanderesse est reconnu, à la charge de la défenderesse, à raison de tout séjour à l'Aeskulap Klinik, pour ce qui est des frais médicaux non pris en charge au titre de la LAMal, à hauteur de 1'000 francs au plus par année civile, selon les conditions posées par l'article 2.4 des conditions d'assurance "C" précitées.

5. A teneur de l'article 26bis LTA, des dépens peuvent être alloués au recourant qui obtient gain de cause et sont supportés par la partie intimée. Ils sont arrêtés globalement dans le jugement. La quotité des dépens dépend du droit cantonal, et leur montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès.

En l'espèce, l'assurée a bénéficié des services d'un avocat, à savoir d'un mandataire dûment autorisé qui peut se voir accorder des dépens.

Etant donné que la demande est partiellement admise, il se justifie d'allouer à la demanderesse des dépens réduits, qui s'élèvent à 1'500 francs.

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

I. Les conclusions de la demande sont partiellement admises, dans la mesure suivante :

- le droit aux prestations de la demanderesse X est reconnu, à la charge de la défenderesse Y Assurances

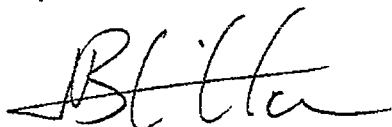
Privées SA, à raison de tout séjour à l'Aeskulap Klinik, à hauteur de la différence entre le tarif vaudois applicable à la division générale des hôpitaux conventionnés et le tarif des coûts hospitaliers applicable à une chambre à deux lits, selon les conditions posées par l'article 3.1 des conditions d'assurance "C" de la couverture souscrite par la demanderesse selon la LCA;

- le droit aux prestations de la demanderesse est reconnu, à la charge de la défenderesse, à raison de tout séjour à l'Aeskulap Klinik, pour ce qui est des frais médicaux non pris en charge au titre de la LAMal, à hauteur de 1'000 francs au plus par année civile, selon les conditions posées par l'article 2.4 des conditions d'assurance "C" précitées.

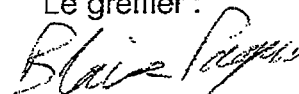
ii. La défenderesse versera à la demanderesse, soit à son conseil, la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

III. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du 14 JUIL. 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;

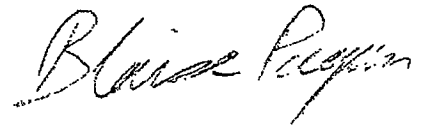
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

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).

Le greffier :



PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :

