



**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

Présidence de M. D I N D, juge

Membres : M. Chamot et M. Donzel, assesseurs

Greffier : M. Sola, greffier-substitut

\*\*\*\*\*

**Jugement du 25 novembre 2004**

dans la cause

X , représentée par le Syndicat suisse des services publics, à Lausanne, demanderesse,

contre

Y **ASSURANCES**, Société d'assurance contre les accidents (ci-après : Y ), à Lausanne, défenderesse.

---

**Art. 12 LAMal, 33 LCA**

**E n f a i t :**

A. X , née au Pérou en 1955, mère de deux enfants, est arrivée officiellement en Suisse en 1993. Elle s'est mariée deux mois plus tard avec un ressortissant italien qui est rentré dans son pays en 1997. Infirmière en soins généraux, elle a travaillé comme telle depuis 1995, avec quelques périodes de chômage.

X a été assurée auprès de Y depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 par l'intermédiaire de son dernier employeur, l'Hôpital de l'Enfance, à Lausanne, pour une assurance perte de gain maladie régie par le droit privé couvrant 80 % du salaire dès le 31<sup>ème</sup> jour.

Elle a été licenciée avec arrêt immédiat de son emploi à l'Hôpital de l'Enfance, le 26 juin 2001. Son contrat courait toutefois jusqu'au 31 janvier 2002.

Un mois après son renvoi, soit le 25 juillet 2001, X a présenté une incapacité de travail de 100 % pour un état dépressif et anxieux, ainsi que des douleurs musculo-squelettiques éparses.

Elle a reçu, à partir de juillet 2001, des indemnités perte de gain pour maladie de Y au titre de l'assurance collective de son employeur. L'assurée a été transférée en assurance individuelle avec effet au 31 juillet 2002.

Sur le plan médical, le dossier de l'intéressée contient plusieurs rapports et une expertise psychiatrique.

Dans un rapport du 27 octobre 2001, le Dr S , spécialiste ORL et allergologie, a retenu un état anxio-dépressif sévère avec une incapacité de travail à 100 % du 27 juillet au 15 novembre 2001.

Le Département universitaire de psychiatrie adulte (ci-après : DUPA) a, dans un rapport du 18 avril 2002, sur la base de son rapport du 13 mars 2002, retenu un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome

somatique et trouble de la personnalité non spécifié; concernant l'incapacité de travail il se réfère au médecin traitant de l'assurée, le Dr E , à Ecublens.

Celui-ci a, dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2002, confirmé le rapport du DUPA et précisé que l'assurée était en incapacité de travail et qu'une reprise d'activité n'était, pour le moment, pas envisageable.

L'intéressée a, le 6 août 2002, sur demande de Y , déposé une demande AI, tendant à l'octroi d'une rente.

Par mandat de Y , le Dr P , spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Fribourg, a examiné l'intéressée et a posé le diagnostic de troubles d'adaptation avec réaction anxio-dépressive, ainsi que des traits d'une personnalité anancastique et des traits de névrose de caractère. Il a estimé que ces troubles n'étaient pas de nature à provoquer une incapacité de travail de l'intéressée, mais justifiaient un traitement habituel sur le plan psychique.

Selon l'expert P , l'intéressée était apte à reprendre une activité à plein temps dès le 24 août 2002, mais ne le désirait pas, étant déterminée à obtenir des prestations assécurologiques.

Au vu des conclusions de l'expertise P , Y a, par lettre du 8 janvier 2003, bien que la capacité professionnelle de l'assurée ait été exigible à 100 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2002, mis fin à ses prestations pour le 1<sup>er</sup> janvier 2003 seulement, afin de lui permettre de s'organiser et ceci à bien plaisir.

X représentée par le secrétaire du Syndicat des Services Publics, M. Pierre-Yves Oppikofer, a demandé, par courrier du 17 février 2003 à Y , de reconsidérer sa décision de cesser le versement des indemnités perte de gain pour cause de maladie.

Par courrier du 6 mars 2003, Y a confirmé sa décision de cesser le versement des indemnités journalières au 31 décembre 2002, estimant que les investigations effectuées par ses soins étaient complètes et de qualité.

Par décision du 18 mars 2003, l'Office de l'assurance-invalidité a refusé le versement d'une rente, au motif que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Le 10 avril 2003, X a subi un accident provoquant une incapacité de travail d'environ 6 semaines et a demandé le versement d'une indemnité pendant cette période.

Dans une expertise psychiatrique du 11 avril 2003, la Dresse M a diagnostiqué un épisode dépressif moyen chronique avec syndrome somatique et trouble de la personnalité avec des traits dépendants. Elle ne se prononce toutefois pas sur l'incapacité de travail.

B. Le 25 juillet 2003, X a déposé auprès du tribunal de céans, par l'intermédiaire de son représentant, une demande, avec suite de frais et dépens, visant à ce que Y soit condamnée à poursuivre le versement des indemnités journalières perte de gain maladie prévues par son contrat au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2003 et ce, jusqu'à la fin de son incapacité de travail ou jusqu'à l'épuisement de son droit aux indemnités.

Elle requiert, aussi, que l'incapacité de travail d'une durée de 6 semaines découlant de l'accident du 10 avril 2003 soit reconnue, ainsi qu'au versement des indemnités journalières dues à ce titre et prévues dans le contrat d'assurance.

A cette fin, elle a invoqué notamment le fait que les conclusions du Dr P sont contredites par celles des médecins traitants; elle a demandé à ce qu'il soit procédé à une autre expertise.

Dans sa réponse du 3 novembre 2003, Y a conclu avec frais et dépens au rejet de la demande. Elle a fait valoir que les conclusions des rapports des médecins traitants de l'intéressée, les Drs S, E et M n'ont pas apporté de motifs pertinents justifiant de s'écarter de celles de l'expert. De plus l'intéressée n'aurait rien entrepris pour reprendre son activité

d'infirmière. Elle allègue aussi que l'intéressée aurait effectué des séjours à l'étranger sans son consentement.

Y a conclu reconventionnellement à ce que X lui rembourse les indemnités journalières, perçues depuis le 28 août 2002, indemnités ascendant à 28'320 francs. Au surplus, elle a conclu à ce que X lui rembourse les indemnités journalières perçues lorsque celle-ci se trouvait à l'étranger.

En réplique, la demanderesse a confirmé ses conclusions, a requis l'audition de témoins et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de trancher les divergences entre médecins sur le plan médical.

Dans sa duplique, la défenderesse a confirmé ses conclusions.

C. Une audience d'instruction et de jugement a été tenue le 25 novembre 2004, au cours de laquelle les parties ont été entendues. Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives, Y limitant toutefois sa conclusion reconventionnelle N°3, quant au remboursement des indemnités journalières perçues par la demanderesse, au seul voyage au Pérou du 17 au 31 décembre 2002, soit 2'650 fr. 95 (une indemnité journalière de 176 fr. 73 par jour x 15 jours)

#### **En droit:**

1. 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 s., 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-maladies (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt S c. K , du 24 juin 1998, no 257/1998, publié in 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 Ie Cour civile.

2. La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que le demanderesse requiert le versement des indemnités journalières perte de gain maladie prévues par son contrat d'assurance au-delà du 31 décembre 2002 et jusqu'au terme de son incapacité de travail ou jusqu'à l'épuisement de son droit.

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 plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2e 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 s.; 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. 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).

A teneur de 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 et non équivoque.

4. a) Le présent litige doit ainsi être tranché à l'aune des dispositions topiques des conditions générale d'assurance "assurance collective perte de gain en cas de maladie, édition 1997" (ci-après : CGA MC 97).

Les articles A1 et A4 des conditions générales prévoient que l'assurance garantit des indemnités en cas de perte de gain pour risque de maladie.

D'après l'article B1 de ces mêmes conditions "*Lorsque l'assuré par suite de maladie ou d'accident est totalement ou partiellement incapable de travailler (au moins 25 %)*", la Y paie l'indemnité journalière mentionnée au contrat proportionnellement au degré de l'incapacité....

b) En matière d'assurances sociales, le juge examine de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de trancher la question

litigieuse. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 c. 3a et les réf.; RAMA 2000 KV 124 p. 214). Au demeurant, l'élément déterminant la valeur probante d'une pièce n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351, c. 3b ee et les références citées).

Les expertises confiées à des médecins spécialistes extérieurs dans le cadre d'une procédure administrative, qui établissent leur rapport sur la base d'examens et d'observations approfondis et après avoir pris connaissance des dossiers et qui parviennent des résultats concluants dans leurs commentaires des résultats bénéficient de force probante intégrale pour l'appréciation des preuves, à moins qu'il n'existe des indices concrets mettant en cause leur crédibilité (RAMA 1993 n° U 167 p. 96 c. 5a et références citées).

Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin-traitant tranchera, dans le doute, en faveur de son patient (ATF 124 I 175 c.4 et les réf. citées). Quant aux expertises des parties, le seul fait que le document ait été

commandé par une partie et produit dans la procédure ne permet pas d'avoir des doutes quant à sa force probante (RCC 1986 p. 200 c.2a in fine).

Pour ce qui concerne l'importance à accorder aux rapports médicaux dans le domaine des assurances sociales, des exigences sévères doivent toutefois être posées quant à l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 161 c. 1c, cité in VSI 2001 p. 106).

Enfin, lorsque l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (appréciation des preuves anticipée; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., p. 135; cf. aussi ATF 104 V 210 c. a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 Cst. (ATF 106 la 162 c. 2b; RAMA 1985 no K 646 p. 238 c. 2d).

Cette jurisprudence est applicable par analogie en matière d'assurance-maladie complémentaire.

5. Il convient tout d'abord d'examiner l'expertise du Dr P . Celui-ci est spécialiste FMH en psychiatrie. Le médecin y fait une anamnèse, et mentionne les plaintes de l'intéressée. Sur cette base, il donne une appréciation de la situation médicale, qui est claire, circonstanciée, et ne comporte aucune contradiction. Pour ces raisons, cet avis a valeur probante au sens de la jurisprudence précitée et doit être retenu. Il en ressort que, du point de vue psychique, l'assurée est totalement capable de travailler dès le 24 août 2002. Par ailleurs, pour conclure son rapport du 13 décembre 2002, le Dr P relève que l'assurée est très déterminée à obtenir des prestations assécurologiques.

Reste encore à examiner si les autres avis médicaux versés au dossier, établis par les Drs S , M et E , sont de nature à remettre en cause cette appréciation.

L'intéressée invoque un certificat du Dr S , spécialiste ORL et allergologie, son médecin traitant, du 13 novembre 2002, lequel parle d'un état anxio-dépressif sévère en relation avec son activité professionnelle, que l'on peut comprendre comme une réaction à son licenciement. Cette appréciation ne saurait toutefois l'emporter sur celle de l'expert P au vu la jurisprudence citée (ATF 124 I 175).

La Dresse M , psychiatre, a, dans son rapport du 11 avril 2003, retenu un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique et trouble de la personnalité non spécifié, diagnostiqués en février 2002. Son point de vue n'est pas davantage déterminant dès lors qu'elle ne se prononce pas sur l'incapacité de travail de l'intéressée.

Il convient d'écarter également la liasse de certificats du Dr E . Il s'agit de simples certificats d'incapacité de travail, sans motivation.

En conclusion, ces documents médicaux n'apportent pas d'éléments dont le Dr P n'aurait pas tenu compte. Il s'agit tout au plus d'appréciations différentes. Il n'y a donc pas d'indices concrets de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert. Une nouvelle expertise médicale ne se justifie pas.

Dès lors, c'est à juste titre que Y a considéré qu'il n'existait plus d'incapacité de travail à partir du 24 août 2002.

6. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée.

7. Concernant la question des conclusions reconventionnelles de la caisse, qui réclame à l'intéressée les indemnités versées à tort pour la période du 1 septembre au 31 décembre 2002 pendant laquelle celle-ci était en mesure de travailler, il est important de rappeler que dans un arrêt non publié du 23 octobre 1998 qui concernait comme ici une assurance collective d'indemnités

journalières selon la LCA, (arrêt 5C.176/1998 c. 2c) le Tribunal fédéral a considéré que l'article 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) déduit, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (cf. ATF 111 V 235 c. 2a; 114 V 281 c. 3a). Selon la jurisprudence du TFA, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession afin de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt non publié K 14/99 du 7 février 2000, reproduit in RKUV 2000 KV 112 122, c. 3a).

Au surplus, concernant le remboursement des primes; les articles 62 et 63 alinéa 1<sup>er</sup> CO mentionnent certains types d'enrichissement illégitime, mais n'ont pas un caractère exhaustif. Il faut distinguer entre les actions en restitution d'une prestation et les autres actions visant à compenser un enrichissement illégitime. Les premières représentent un cas particulier qui n'est pas soumis à la règle générale de l'article 62 alinéa 1<sup>er</sup> CO, mais bien à l'article 63 alinéa 1<sup>er</sup> CO, qui ne permet la restitution que si le demandeur prouve qu'il a fourni volontairement et par erreur une prestation qu'il ne devait pas. Si ces conditions ne sont pas remplies, l'action en répétition de l'indu n'est généralement pas ouverte. La preuve d'une erreur n'est toutefois pas nécessaire si la prestation a été faite involontairement (ATF 123 III 101, JT 1997 I 586). Conformément à l'article 63 alinéa 1<sup>er</sup> CO, la répétition est exclue lorsque la prestation a été faite volontairement et sans erreur en vue de l'exécution d'une dette qui n'existait pas (Gauch/Schluemp/Tercier, *Partie générale du droit des obligations*, 2<sup>ème</sup> éd., tome I, n. 1102, p. 205; cf. Engel, *Traité des obligations en droit suisse*, 2<sup>ème</sup> éd., Berne 1997, pp. 591-592). L'idée est que l'exécution par une personne d'une prestation dont elle sait qu'elle n'est pas due constitue en quelque sorte une reconnaissance de dette

et que la répétition reviendrait à adopter un comportement contradictoire (Gauch/Schluép/Tercier, op. cit., n. 1101).

Cette dernière disposition autorise la répétition lorsque quatre conditions sont remplies cumulativement, savoir l'enrichissement d'une personne, l'appauvrissement d'une autre, un rapport de causalité entre ces deux éléments, enfin l'absence d'une cause légitime ou le paiement d'un indu (SJ 1994, 269, 271 c. 4a). Les trois premières conditions sont réalisées ici.

En ce qui concerne la quatrième condition, pour que le paiement de l'indu puisse aboutir à une répétition de l'enrichissement, considéré alors comme illégitime, il faut que quatre conditions soient réunies: une prestation accomplie en vue d'exécuter une obligation, une prestation volontaire en vue d'exécuter une obligation, l'inexistence de l'obligation et une erreur du solvens. En ce qui concerne l'erreur, il importe peu que celle-ci ait été excusable ou essentielle (SJ 1994, 269, 272 c. 4a/bb).

En l'espèce, Y n'allègue pas même qu'elle a payé l'indemnité litigieuse par erreur puisque, par courrier du 8 janvier 2003, elle a écrit à l'intéressée que sa capacité professionnelle était entière depuis le 31 août 2002 mais que " par bienveillance et afin de vous organiser", elle accepte d'indemniser celle-ci jusqu'au 31 décembre 2002. La condition de l'erreur n'étant pas réalisée, la prétention en répétition de l'indu doit être rejetée.

C'est à tort que Y a encore fait valoir que les voyages de l'intéressée à l'étranger sans son consentement faisaient naître une créance en sa faveur en application de ses conditions générales. En effet, par lettre du 8 janvier 2002, elle avait accordé, à bien plaisir, les indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2002, bien que la demanderesse était en mesure de travailler à 100 %, si bien qu'elle ne peut plus invoquer ces conditions générales.

8. Au vu de ce qui précède, les demandes reconventionnelles de la défenderesse doivent être rejetées.

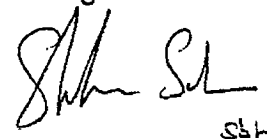
**Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances  
prononce :**

- I. La demande est rejetée.
- II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont écartées.

Le président :



Le greffier :



Sbt.

Du 14 JAN. 2005

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;

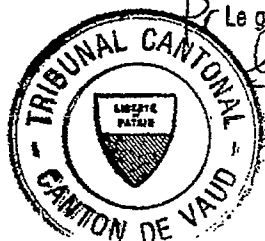
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

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).

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE  
CONFORME A L'ORIGINAL



Le greffier :

Le greffier :

sbt.