



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. R I T T E R, juge
Membres : M. Baud et Mme Thalmann, juges
Greffier : M. Addor, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 20 décembre 2004

dans la cause

X , représenté par l'avocat Hervé
Crausaz, à Gland, demandeur,

contre

Y **ASSURANCES** (ci-après : "Y "), à Lausanne,
défenderesse.

Art. 135 CO, 33, 100 al. 1^{er} LCA.

E n f a i t :

A. X , ressortissant français, né en 1959, domicilié en zone frontalière franco-genevoise, travaillait, depuis le 1^{er} février 1995, en qualité de mécanicien fraiseur au taux de 100 pour-cent au service de K SA, à Meyrin (GE). Il était couvert pour la perte de gain en cas de maladie par le biais d'un contrat collectif régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA), souscrit par son employeur, à l'origine, soit dès le 1^{er} septembre 1988, avec la seule B , à laquelle a succédé au 1^{er} janvier 2002 "Y " Assurances.

L'assuré a, depuis le 27 août 2001, connu une incapacité de travail totale, en raison d'un état dépressif. En date du 31 octobre 2001, il a déménagé à Montpellier pour se rapprocher de la famille de sa femme. L'employeur de l'assuré lui a versé son salaire jusqu'au 30 novembre 2001.

"Y " Assurances a, initialement, versé les indemnités journalières. Par lettre du 3 décembre 2001, elle a cependant informé X de ce que les prestations cesseraient d'être versées avec effet au 1^{er} novembre 2001, au motif que le transfert de domicile hors de la zone frontalière avait pour effet, selon l'article 8 chiffre 2 des Conditions générales applicables aux assurances collectives d'indemnité journalière, dans leur édition au 1^{er} janvier 1997 (ci-après : CGA), la perte du droit aux prestations jusqu'au retour en Suisse, respectivement en zone frontalière.

B. X , représenté par l'avocat Hervé Crausaz, a saisi le Tribunal d'arrondissement de Lausanne le 3 décembre 2003, prenant des conclusions tendant au versement, par la Rentenanstalt, respectivement "Y " Assurances, d'une somme de 94'676 francs 40, avec intérêts à 5 pour-cent l'an dès le 30 novembre 2001, au titre d'indemnités journalières pour une période de 723 jours dès le 1^{er} novembre 2001.

Déclinant sa compétence, le juge civil a transmis la cause au tribunal des assurances.

Dans sa réponse du 10 août 2004, la défenderesse "Y" Assurances a soulevé l'exception de prescription avant toute défense au fond, ainsi que l'exception déduite du défaut de légitimation passive; sur le fond, elle a conclu au rejet de la demande. Elle a fait valoir, s'agissant de l'exception de prescription, que la prescription était acquise au 1^{er} novembre 2003, sachant que les prestations ont été versées jusqu'au 31 octobre 2001. Quant à la légitimation passive, la demande serait irrecevable puisque dirigée contre la B, et non contre "Y" Assurances.

Par écriture du 27 octobre 2004, le juge instructeur a informé les parties de ce que le Tribunal des assurances se réserve de statuer à titre préjudiciel sur les exceptions soulevées.

Le demandeur s'est déterminé séparément quant auxdites exceptions, par mémoire de droit du 3 décembre 2004.

C. Le contrat collectif et les conditions générales d'assurance y applicables ont été produits.

E n d r o i t :

1. a) Dans un arrêt P contre K Assurances, du 24 juin 1998 (JdT 1999 III 106 ss), la Chambre des recours du Tribunal cantonal a statué que doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, première phrase, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal), toute assurance d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie, qu'elle complète ou non l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 ss LAMal, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que celle-ci; peu importe qu'elle soit pratiquée par une compagnie d'assurances privée ou par une caisse-maladie au sens de l'article 12 alinéa 1^{er} LAMal (JdT 1999 III 106, c. 4 et 5, confirmé par Ch. rec., arrêt S c. A, du 2 février 2000, n° 31/2000; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, JdT 2000

L'avis que le versement cesserait au 31 octobre 2001 a été adressé au demandeur par courrier daté du 3 décembre 2001. Il s'agit en l'occurrence d'un acte soumis à réception, c'est-à-dire que la manifestation de volonté, in casu de l'assureur, doit être considérée comme parfaite à partir du moment où la déclaration se trouve dans la sphère personnelle du destinataire de telle sorte qu'il ne dépend plus que de lui d'en prendre connaissance (Tercier, Le droit des obligations, 3^{ème} éd., 2004, p. 49, n° 171). Ainsi, c'est dès la date de réception que naît l'obligation pour l'assureur de s'acquitter du paiement des indemnités journalières dues. En l'espèce, ce courrier ne peut guère être réputé avoir été reçu par son destinataire moins d'une semaine après son envoi, de Lausanne à Montpellier. La demande ayant été déposée le 3 décembre 2003, soit moins de deux ans après la réception du courrier précité, la prescription n'est pas acquise; même si l'acte introductif d'instance est adressé à une autorité incompétente (art. 135 ch. 2 CO et 139 a contrario, CO, par renvoi de l'art. 100 al. 1^{er} LCA).

L'exception de prescription doit en conséquence être rejetée.

b) La défenderesse excipe également du défaut de légitimation passive. Elle relève en effet que les conclusions de la demande du 3 décembre 2003 visent la B mais qu'elle est notifiée au siège lausannois de "Y " Assurances. Elle ajoute que cette dernière société a repris, au 1^{er} janvier 2002, l'ensemble du portefeuille de l'assurance-maladie collective pour perte de gain de la B , avec les droits et obligations y attachés.

En l'espèce, il y a lieu de relever que le demandeur a conclu un contrat avec la B et qu'il n'a jamais été tenu informé de la reprise du portefeuille. Son ignorance ne saurait dès lors lui être imputée pour déduire un défaut de légitimation passive. Par ailleurs, la demande, soit l'acte introductif d'instance, mentionnait, dans sa page de garde, les deux défenderesses, soit la Rentenanstalt et "Y " Assurances, même si les conclusions n'étaient, d'après leur libellé, dirigées que contre celle-là. Il s'agit toutefois, vu l'intitulé de la demande, d'une erreur de plume manifeste du demandeur, qui peut être corrigée d'office, ce d'autant que les deux sociétés "font partie du même groupe" selon l'aveu de "Y " Assurances (litt. B, 2^{ème} paragraphe de la

réponse du 10 août 2004) et que le contrat collectif ici en cause avait, à l'origine, été conclu par le preneur avec la seule B

Mais il y a plus. En effet, des correspondances ont été adressées au demandeur par l'assureur sur papier à l'en-tête de la B , s'agissant surtout de la lettre du 3 décembre 2001 à l'origine du litige. Par ailleurs, les CGA ici en cause se limitent à mentionner la B Ces circonstances ne peuvent dès lors que surprendre l'assuré dans sa bonne foi.

Sur la base de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le comportement de la défenderesse est constitutif d'un abus de droit, au sens de l'article 2 alinéa 2 CC, ce qui entraîne le rejet de l'exception de défaut de légitimation passive.

3. 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 obligations des parties.

En l'espèce, il est constant que le demandeur est en possession du contrat collectif pour perte de gain, ainsi que des CGA, édition 1997, applicables aux assurances collectives d'indemnité journalière, de sorte qu'il y a lieu d'admettre que le demandeur est affilié auprès de la défenderesse, ce qui n'est du reste contesté par aucune des parties.

b) 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 de manière précise, non équivoque.

À 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 des assurances 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, 2^{ème} éd., Zurich 1985, pp. 19 ss).

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^{er} LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 ss, spéc. 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 (article 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant-droit (article 98).

c) Les dispositions contractuelles doivent être interprétées comme un assuré de bonne foi peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Ce dernier ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté d'une clause rédigée par un assureur; ces principes généraux sont déduits de la règle dite de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (cf. ATF 118 II 342, c. 1a; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 89; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. 1b p. 158).

d) En l'espèce, le litige doit être tranché à l'aune de l'article 8 chiffre 2 des CGA, édition 1997, auquel renvoie expressément le contrat collectif renouvelé du 28 septembre 2000 (pce 101 bis de la défenderesse). Intitulée "Validité territoriale", cette disposition prévoit que l'assuré incapable de travailler qui se rend à l'étranger sans l'accord de B /L perd son droit aux prestations au moment où il passe la frontière; il le recouvre dès son retour en Suisse. Quant à l'article 3 des CGA, édition 1997, intitulé "Obligation d'informer les assurés", il consacre l'obligation du preneur d'informer les assurés sur les droits et obligations qui découlent de l'assurance.

aa) Dans le cas particulier, bien que l'assureur ait mis fin à ses prestations au 31 octobre 2001, jour du déménagement en France de l'assuré,

le salaire a continué à être versé au travailleur assuré jusqu'au 30 novembre suivant. Les indemnités étaient versées à l'employeur, preneur d'assurance, subrogé dans les droits du travailleur à concurrence du salaire versé durant la période d'incapacité en question. Les rapports entre le preneur et l'assureur, notamment en ce qui concerne la prise en charge de l'incapacité pour le mois de novembre 2001, échappent toutefois à l'objet du litige.

bb) S'agissant de l'obligation du preneur d'informer les assurés de leurs droits et obligations, le demandeur s'est plaint de ce que son attention n'avait pas été attirée sur l'article 8 ch. 2 des CGA. Or, selon la jurisprudence (RBA XVIII p. 290, n° 47), l'assuré sait ou doit savoir que les CGA de l'assurance-maladie collective règlent les rapports contractuels tant que dure l'assurance. Il ne peut pas se prévaloir de son ignorance quant au contenu des CGA si l'existence de ces dernières lui a été signalée et s'il a eu aussi la possibilité d'en prendre connaissance. A cet égard, le demandeur n'a pas établi que la défenderesse a violé son obligation d'attirer son attention sur les CGA. Point n'est dès lors besoin d'examiner ce grief plus avant.

4. Reste dès lors la question de savoir si c'est à bon droit que la défenderesse a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 octobre 2001.

Les droits et les obligations des parties sont définis par leurs rapports contractuels, sauf pour ce qui est des dispositions impératives de la LCA. L'article 8 des CGA instaure une stricte territorialité dans le versement des prestations; l'exclusion ainsi consacrée ne souffre aucune équivoque et ne prévoit aucune exception. Peu importe, en particulier, que, comme le plaide le demandeur (allégué n° 43), son état de santé l'empêchait de retourner en zone frontalière. Son interprétation permet d'assimiler la zone frontalière au territoire suisse, à peine de considérer le contrat comme nul. Partant, l'intéressé a perdu son droit aux prestations en transférant sa résidence hors de la zone frontalière, ce avec effet au 1^{er} novembre 2001; ce droit pourra toutefois faire l'objet d'un réexamen sitôt l'intéressé de retour dans ladite zone, respectivement en Suisse, le cas échéant après la mise en œuvre d'une expertise médicale par l'assureur.

5. Au vu de ce qui précède, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

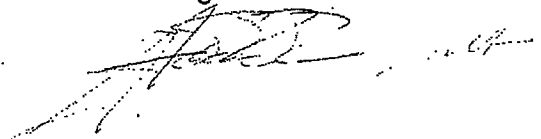
**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

Les conclusions de la demande du 3. décembre 2003 dirigée contre la défenderesse "La Suisse" Assurances sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du 27 MAI 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).

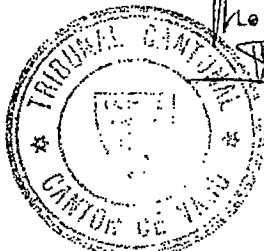
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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 :



ns