

Vu la police d'assurance indemnité journalière perte de gain maladie conclue par X auprès de la caisse selon la loi sur le contrat d'assurance,

vu le courrier du 8 septembre 2004 par lequel la caisse a informé X qu'au vu des renseignements recueillis auprès du Dr M , spécialiste en psychiatrie, une capacité de travail de 50% pouvait lui être reconnue dès le 15 septembre 2004 et une reprise de l'activité professionnelle à 100% être effective dès le 15 octobre 2004,

vu la demande du 15 septembre 2004 adressée au Tribunal administratif, qui l'a transmise au Tribunal des assurances comme objet de sa compétence, dans laquelle X conclut à la poursuite du versement des indemnités journalières,

vu la lettre du 4 octobre 2004, par laquelle X a indiqué que son médecin traitant, le Dr V , à C et le Dr B , psychiatre à Assens, qu'elle venait de consulter, contestaient la reprise de l'activité professionnelle et allaient faire parvenir à la caisse de nouveaux rapports,

vu le certificat médical du Dr V du 8 octobre 2004 qui indique une incapacité de travail de 100% dès le 5 octobre 2004,

vu l'écrit du 30 novembre 2004, par lequel la caisse a informé la demanderesse qu'elle reprenait la prise en charge de son arrêt de travail à 100% dès le 1^{er} octobre 2004 pour une période de dix semaines et que son dossier serait réexaminé en temps voulu,

vu les pièces du dossier;

attendu que la couverture ici en cause n'est pas soumise à la LAMal,

qu'il s'agit d'une assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal,

qu'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,

qu'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,

qu'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;

que 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]);

attendu que dans sa lettre du 30 novembre 2004, la caisse a acquiescé aux conclusions de la demanderesse, en ce sens qu'elle a repris le versement des indemnités journalières à 100% dès le 1^{er} octobre 2004,

que la demanderesse a ainsi obtenu gain de cause,

que la requête est devenue, dès lors, sans objet,

que la cause doit être rayée du rôle.

**Par ces motifs,
la Présidente du Tribunal des assurances
p r o n o n c e :**

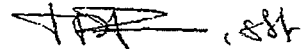
- I. La requête est sans objet.

II. La cause est rayée du rôle.

La présidente :



La greffière :



Du 26 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).

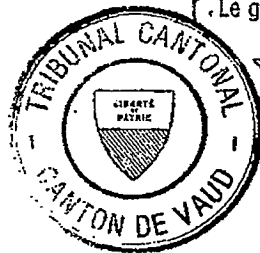
Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

La greffière :

 , svt

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :





fb