



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. D I N D, juge

Membres : Mme Maire, juge et Mme de Haller, assesseur

Greffier : M. Addor, greffier-substitut

* * * * *

Jugement du 15 juin 2005

dans la cause

X S.A., demanderesse,

contre

Y ASSURANCES, (ci-après : Y ou la caisse), à Lausanne,
défenderesse.

Art. 35 LCA

En fait :

A. Le 30 janvier 1998, la Y Assurances et la Fédération patronale vaudoise (ci-après : la FPV), à laquelle est affiliée l'entreprise X S.A. ont conclu un contrat-cadre d'assurance-maladie collective perte de salaire n° 000 prenant effet le 1^{er} janvier 1998. Ce contrat se réfère à des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) dans leur édition au 1^{er} janvier 1996 ainsi qu'à des conditions complémentaires, dans leur édition au 1^{er} juillet 1992. Ce contrat contient notamment une clause selon laquelle le délai d'attente de 30, 60, 90 ou 120 jours est à appliquer pour un ou plusieurs cas cumulés par année civile (chiffre 3.2).

Z, administrateur de la société X S.A., a rempli une déclaration de maladie le 10 février 2003, accompagnée d'un certificat médical attestant une incapacité de travail de 100 pour-cent dès le 22 novembre 2002 et ce, pour une durée indéterminée.

Dans un courrier du 28 octobre 2003, la FPV a informé ses adhérents qu'elle avait décidé d'adapter, au 1^{er} janvier 2004, son contrat d'assurance sur la base des Conditions générales pour l'assurance-maladie collective (édition au 1^{er} janvier 2002) de la Y assurances, adaptation entraînant un certain nombre de modifications des CGA. Dans sa lettre, la FPV indique que, désormais, d'après le chiffre 2.5 des nouvelles CGA, les délais d'attente sont imputés une fois par cas de maladie (ou d'accident si ce dernier est assuré).

Par lettre du 2 février 2004 à X S.A., la Y Assurances a fait savoir à cette dernière qu'elle n'indemnisait qu'un seul jour au mois de janvier 2004 au vu du délai d'attente de 30 jours prévu pour chaque année par le chiffre 3.2 du contrat-cadre conclu avec la FPV. X S.A. a réagi par lettre du 11 février 2004 adressée à la Y Assurances, contestant ce point de vue.

Le 27 février 2004, la FPV a écrit à X S.A. qu'après discussion avec la Y, celle-ci est en droit d'appliquer les anciennes CGA pour les

cas en cours au 31 décembre 2003. La FPV précise en outre que sa "décision se base sur l'article 3.1 intitulé "limitations de couverture" des nouvelles CGA (édition 1.1.2002) où il est stipulé que "n'est pas assurée sur la base du présent contrat" l'incapacité de travail due à une maladie et qui est en cours lors de la prise d'effet de la couverture d'assurance, sous réserve toutefois du chiffre 15 (libre passage entre assureurs)". De la sorte, la FPV a maintenu l'application du délai d'attente de 30 jours par année civile selon l'ancienne réglementation valable avant le 1^{er} janvier 2004.

B. Par demande du 14 avril 2004, X S.A., par le biais de son administrateur Z , conclut notamment à ce que le délai d'attente pour incapacité de travail soit imputé une fois par cas de maladie, conformément aux CGA dans leur édition au 1^{er} janvier 2002 et non pas une fois par année et à ce que l'indemnité pour incapacité de travail en faveur du cas considéré soit due pour une période de 31 jours pour le mois de janvier 2004.

Dans sa réponse du 19 mai 2004, Y a conclu au rejet de la demande. Après avoir rappelé la teneur du chiffre 3.1 des CGA, édition au 1^{er} janvier 2002, elle a notamment fait valoir qu'elle a appliqué les garanties qui étaient octroyées à Z , s'agissant d'une incapacité de travail en cours au 1^{er} janvier 2004. Elle a ainsi appliqué le chiffre 15.2 des CGA (édition au 1^{er} janvier 2002), lequel prévoit que "Y a, dans les limites de son assurance collective, l'obligation de garantir à la personne changeant d'assurance la couverture qui lui était accordée jusqu'alors". De la sorte, elle a appliqué les garanties qui étaient jusqu'alors, soit jusqu'au 31 décembre 2003, accordées à Z et a dès lors retenu un nouveau délai d'attente de 30 jours au début de l'année 2004, ce, conformément au chiffre 3.2 du contrat-cadre du 30 janvier 1998.

Dans sa réplique du 29 mai 2004, X S.A. soutient que "certaines précisions utiles aux assurés mentionnées dans les conditions du contrat cadre n° 000 n'ont pas été communiquées aux assurés" et que "les seuls documents contractuels en possession des assurés applicables lors de la déclaration de maladie en date du 22.11.02 sont les CGA et "Etendue de

l'assurance" du 01.01.02". Pour le surplus, elle maintient ses conclusions antérieures.

Par duplique du 22 juin 2004, Y énumère les documents en possession de son membre, à savoir : copie de la demande de modification du 9 février 1998; copie du contrat d'assurance du 20 février 1998 s'adressant aux entreprises affiliées à l'assurance perte de gain de la FPV ainsi que les conditions générales "Assurance maladie collective perte de salaire", édition 1996 ainsi que les conditions complémentaires. Ainsi, à ses yeux, X S.A. ne semble avoir manqué d'aucune précision quant aux conditions applicables à son contrat d'assurance. Elle souligne en outre que le contrat-cadre tel qu'il a été conclu le 1^{er} janvier 1998 est resté en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, date à laquelle il a été adapté. Elle rappelle que la FPV a averti ses membres par courrier du 28 octobre 2003 à laquelle elle a joint une copie du nouveau contrat d'assurance du 15 octobre 2003 s'adressant aux entreprises affiliées, ainsi que les "Conditions générales pour l'assurance maladie collective perte de salaire", dans leur édition au 1^{er} janvier 2002. En définitive, tout en maintenant ses conclusions antérieures, elle soutient que le cas de maladie du 22 novembre 2002 étant en cours lors de la prise d'effet de ces nouvelles conditions, il était correct de le traiter conformément aux chiffres 3.1 et 15 des nouvelles CGA, dans leur édition au 1^{er} janvier 2002.

C. Les contrats, ainsi que les conditions générales d'assurance y applicables, ont été produits.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'article 27 des CGA, édition de 1996, (l'article 24 des CGA, édition de 2002 a la même teneur), "la proposition, les conditions d'assurance et, au surplus, la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) constituent la base du contrat".

b) La couverture ici en cause est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Son contentieux relève du Tribunal des

assurances selon le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 ([RSV 2.2 D]; JdT 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 : JdT 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).

c) La demande est dès lors recevable.

2. a) 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, 2^{ème} éd., Zurich 1985, p. 78).

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, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, op. cit., p. 18 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, Assurance-maladie complémentaire et loi sur le contrat d'assurance, in : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, 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 LCA) et des dispositions semi-impératives, lesquelles ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98 LCA).

b) Les conclusions de la demande tendent à ce que le délai d'attente pour incapacité de travail ne soit imputé qu'une fois par incapacité de travail et

non pas une fois par année civile et ce, conformément aux CGA dans leur édition au 1^{er} janvier 2002 et, par voie de conséquence, à ce que l'indemnité pour incapacité de travail soit due pour une durée de 31 jours pour le mois de janvier 2004. Cela revient au fond à déterminer quelles conditions générales sont applicables dans le cas d'espèce.

3. a) Selon la doctrine, les conditions générales d'assurance restent en principe applicables pendant toute la durée des contrats qu'elles régissent. De nouvelles conditions établies par l'assureur ne s'appliquent qu'aux contrats conclus dès leur prise d'effet (Viret, op. cit., p. 86).

L'article 35 LCA déroge cependant à ces règles en disposant que si pendant la durée du contrat les conditions générales des contrats du même genre sont modifiées, le preneur peut exiger que le contrat soit continué aux conditions nouvelles. Mais s'il est exigé des prestations plus élevées pour l'assurance aux nouvelles conditions, le preneur doit fournir à l'assureur le juste équivalent.

b.1) Le 9 février 1998, le demandeur, par le biais de la FPV, a adressé une demande de modification de son contrat d'assurance dont il ressort que l'indemnité journalière à verser correspond à 80 pour-cent du salaire AVS et qu'un délai d'attente de 30 jours est convenu. Le chiffre 1.2 du contrat d'assurance, destiné aux membres affiliés à la FPV, renvoie au contrat-cadre conclu entre la FPV et Y Assurances le 30 janvier 1998; quant au chiffre 1.3 du dit contrat d'assurance, il dispose que "le présent contrat est conclu sur la base des conditions générales (CGA édition 1.1.1996), des conditions complémentaires (CGC édition 1.7.1992) et des dispositions ci-après)".

Intitulé "Délai d'attente", le chiffre 3.2 du contrat-cadre du 30 janvier 1998 dispose comme déjà relevé que "le délai d'attente de 30, 60, 90 ou 120 jours est à appliquer pour un ou plusieurs cas cumulés par année civile".

Le chiffre 8 alinéa 1^{er} des CGA, édition 1996, précise que "en cas d'incapacité totale de travail, Y verse l'allocation journalière assurée dès l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police".

b.2) En l'espèce, par déclaration de maladie du 10 février 2003, la demanderesse a fait savoir à Y que Z est en incapacité totale de travailler depuis le 22 novembre 2002 pour une durée indéterminée. Y sur la base du contrat d'assurance ainsi que des CGA applicables, a ainsi versé une indemnité journalière dès le 22 décembre 2002, dès lors que, selon les dispositions contractuelles applicables, le délai d'attente était de 30 jours par année civile.

Cela étant, la FPV, preneur d'assurance, a demandé l'adaptation au 1^{er} janvier 2004 du contrat-cadre sur la base des CGA de Y Assurances dans leur édition 2002.

Selon le chiffre 3.1 des nouvelles conditions générales, édition au 1^{er} janvier 2002, "n'est pas assurée sur la base du présent contrat l'incapacité de travail due à une maladie qui est en cours lors de la prise d'effet de la couverture d'assurance, sous réserve toutefois du ch. 15 (libre-passage entre assureurs)". Le chiffre 15 CGA (éd. 01.01.2002) traite du droit au libre passage entre assureurs; l'alinéa 2 de cette disposition prévoit notamment que " Y a, dans les limites de son assurance collective, l'obligation de garantir à la personne changeant d'assurance la couverture qui lui était accordée jusqu'alors; ni l'état de santé, ni d'éventuelles limites d'âge d'admission à l'assurance ne peuvent lui être opposées au moment où il se prévaut du droit au passage". Il découle enfin du chiffre 2.5 de ces mêmes CGA que "le délai d'attente est la période d'incapacité de travail pour laquelle l'allocation journalière n'est pas due. Il est compté lors de chaque cas d'incapacité de travail d'un taux égal ou supérieur à 25 %. Toutefois lors d'une rechute, il n'est pas tenu compte d'un nouveau délai d'attente. Pour le calcul du délai d'attente, tous les jours sont pris en considération et les jours d'incapacité partielle de travail comptent comme jours entiers. Cette disposition précise que le délai d'attente court dès le premier jour d'incapacité de travail attesté.

En l'occurrence, l'incapacité de travail de Z a été attestée à 100 pour-cent dès le 22 novembre 2002 pour une durée indéterminée. Elle est donc en cours au sens de la disposition précitée. Cependant, comme déjà relevé, il se plaint dans sa réplique de ce que "certaines précisions utiles aux assurés mentionnées dans les conditions du contrat-cadre n° 000 n'ont pas été communiquées aux assurés" et que "les seuls documents contractuels en possession des assurés applicables lors de la déclaration de maladie en date du 22.11.02, sont les CGA et "Etendue de l'assurance" du 01.01.02".

Il convient dès lors, avant de répondre à la question de savoir quelles sont les CGA applicables au cas d'espèce si et, le cas échéant, dans quelle mesure l'assureur est tenu de communiquer au preneur la teneur des nouvelles CGA.

c) Dans un jugement rendu le 11 mars 1976 (RBA XIV, n° 5), le Tribunal de première instance de Genève a considéré, dans une affaire où une modification du contrat d'assurance était intervenue en cours d'assurance, qu'il n'y a, dans la LCA, aucune obligation faite à l'assureur de tenir ses assurés au courant des nouvelles CGA qu'il publie. En outre, l'arrêt poursuit en soulignant que "l'usage dont le demandeur entend prouver l'existence selon lequel "les nouvelles CGA s'appliquent automatiquement aux anciens contrats si les preneurs n'ont pas été avisés et qu'ils n'ont pas pu faire valoir leurs droits conformément à l'article 35 LCA", n'est absolument pas déterminant, dès lors qu'il ne pourrait s'agir au mieux que d'un usage qui ne lierait que les compagnies d'assurance qui voudraient bien l'admettre". S'appuyant sur la doctrine, le Tribunal de première instance relève enfin que "si l'offre tacite de l'assureur est acceptée par l'assuré, les nouvelles CGA, en vertu des dispositions du Code des obligations sur la conclusion des contrats, sont considérés comme faisant partie intégrante du contrat en cours".

Il résulte des pièces au dossier que, contrairement aux allégations de la demanderesse, la FPV a averti ses membres par courrier du 28 octobre 2003, les informant de l'adaptation du contrat d'assurance sur la base des CGA de la Vaudoise, édition au 1^{er} janvier 2002. Il résulte expressément de ce

courrier que "le nouveau contrat d'assurance ainsi que les CGA se trouvent en annexe". De plus, ce courrier indique également que "sans nouvelle de votre part, nous considérons que vous acceptez de reconduire votre contrat au 1^{er} janvier 2004 aux nouvelles conditions proposées. Dans ce cas, la présente lettre fait office d'avenant à votre contrat d'assurance PG-FPV".

Il découle de ce qui précède que la FPV a informé en temps utile la demanderesse de son intention de procéder à l'adaptation au 1^{er} janvier 2004 du contrat d'assurance. De plus, la FPV a annexé le nouveau contrat d'assurance ainsi que les CGA y applicables, de sorte que l'affilié pouvait aisément en prendre connaissance. Le courrier attire en outre expressément l'attention de la demanderesse sur un certain nombre de points au sujet desquels des modifications sont prévues, en particulier celui du délai d'attente. Par ailleurs, ce courrier signalait la possibilité de demander tout renseignement complémentaire en cas de besoin.

Force est de constater que la demanderesse n'a pas fait savoir à la Vaudoise qu'elle entendait ne pas reconduire le contrat dès le 1^{er} janvier 2004. Pour autant, elle n'a pas résilié le contrat qui la liait à Y . Les nouvelles CGA ont donc été tacitement acceptées et sont entrées en vigueur pour elle.

Pour le surplus, la défenderesse a correctement appliqué le chiffre 3.1 des CGA dans leur édition au 1^{er} janvier 2002, lequel exclut du nouveau contrat une incapacité de travail en cours lors de la prise d'effet de la couverture d'assurance. Conformément au chiffre 15.2 des CGA dans leur édition au 1^{er} janvier 2002, elle a garanti à la demanderesse, après le 1^{er} janvier 2004, la couverture qui était la sienne auparavant.

Au demeurant, l'ensemble des règles topiques sont suffisamment claires pour ne pas nécessiter d'être explicitées par voie d'interprétation, de sorte que leur application prévisible ne devait pas surprendre la demanderesse.

4. Vu ce qui précède, c'est à bon droit que la défenderesse a appliqué un délai d'attente de 30 jours en 2004, ne versant l'indemnité journalière que

pour le 31 de ce mois, conformément au ch. 3.1 des CGA, édition au 1^{er} janvier 2002 et au ch. 3.2 du contrat-cadre, de sorte que la demande doit être rejetée.

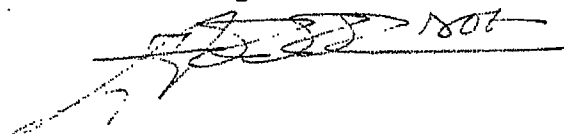
**Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
prononce :**

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

Le président :



Le greffier :



Du 31 AOUT 2005

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par lettre signature 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 :

