



**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

Présidence de M. D O N Z E L, juge ad hoc

Membres : M. Berthoud et Mme de Haller, assesseurs

Greffier : M. Pagan, greffier-substitut

\*\*\*\*\*

**Jugement du 9 août 2005**

dans la cause

X , représentée par Me Joël Crettaz, avocat audit lieu,  
demanderesse,

contre

Y **ASSURANCE-MALADIE SA** (ci-après : Y ),  
défenderesse.

---

**Art. 12 LAMal et 33 LCA**

**En fait :**

A. X , née en 1947, domiciliée à Lausanne, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> août 1996 comme dame de buffet au service de la Brasserie B à Lausanne. Comme telle, elle était assurée, selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA), collectivement auprès de Y pour la perte de gain en cas de maladie (indemnité journalière de 80 % du salaire assuré dès le 4<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail), grâce à l'adhésion de son employeur au contrat collectif conclu entre Z et ledit assureur.

X a été totalement incapable de travailler pour cause de maladie du 25 octobre 2001 au 4 novembre 2001, puis dès le 4 février 2002, selon certificats médicaux établis par son médecin traitant, le Dr E , spécialiste FMH en médecine interne, et le CHUV. Elle a été opérée le 6 février 2002 au Département de gynécologie-obstétrique de cet établissement, pour une descente de vessie avec évolution opératoire simple.

Y a pris le cas en charge et versé les indemnités journalières dues.

Dans un rapport du 16 mars 2002, le Dr E pose les diagnostics de fibromyalgie et de status après colposuspension selon B (opération du 6 février 2002). Il ajoute qu'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) a été déposée et que, vu l'âge de la patiente et son absence de qualifications, un reclassement professionnel semble difficile. Le 22 mars 2002, ce praticien diagnostique une fibromyalgie (avec douleurs diffuses), des cervicalgies bloquantes itératives sur cervicarthrose, ainsi qu'un état dépressif d'épuisement réactionnel (contribuant certainement aux symptômes) et une hypertension artérielle. D'après le médecin traitant, cette symptomatologie douloureuse progressive et invalidante ainsi que l'état dépressif réactionnel ne s'accomodent plus avec son activité de dame de buffet, où le travail est trop lourd pour elle tant sur le plan physique que mental, ses réserves étant anéanties.

Y a chargé le Dr Sch , spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, d'une expertise; celui-ci a établi son rapport le 6 juin 2002. Il estime que le pronostic fonctionnel de l'assurée dépend essentiellement de son syndrome polyalgique qui n'est pas actuellement expliqué par les constatations objectives, tant radiologique que biologique; en effet, l'atteinte dégénérative cervicale très modérée était certainement déjà présente de longue date et n'explique pas le tableau clinique douloureux ubiquitaire présenté par l'expertisée qui découle de sa fibromyalgie et vraisemblablement d'une atteinte psychiatrique surajoutée. Sa capacité de travail dans sa profession actuelle est actuellement nulle, au vu d'un rendement professionnel nul; cependant, compte tenu du peu de limitations fonctionnelles rhumatologiques objectives (épaule gauche, un peu au rachis cervico-lombaire), l'incapacité de travail de l'intéressée découle essentiellement d'une problématique psychiatrique. Vu que sa capacité de travail est actuellement estimée essentiellement en raison de circonstances psychiatriques, et éventuellement par la co-existence d'une incontinence urinaire ubiquitaire intermittente et de cervicalgies, on pourrait estimer que dans un travail permettant d'éviter les stations debout prolongées, des alternances de positions et qui ne nécessiterait pas de ports de charges supérieures à 10 kg, l'assurée aurait une capacité de travail de 50 %.

Par lettre recommandée du 30 août 2002, la Brasserie B a licencié l'intéressée avec effet au 31 octobre 2002.

Le 11 septembre 2002, le Dr E a attesté une poursuite de l'incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée.

Désigné à son tour comme expert par la Y , le Dr M , psychiatre FMH, pose, dans son rapport du 17 septembre 2002, le diagnostic de névrose de compensation (F60-8), au motif du ton vindicatif de l'expertisée, de sa conviction d'être invalide en raison de son exploitation et de son droit acquis à une reconnaissance sociale. L'expert ne met pas en évidence d'état anxieux ou dépressif, ni de trouble de la personnalité ou une quelconque autre psychopathologie l'empêchant d'exercer une activité lucrative. Il estime que, sur

le plan psychique, la capacité de travail de X est totale, que ce soit dans sa profession actuelle de dame de buffet ou dans tout autre emploi.

Par lettre du 26 septembre 2002, Y a fait savoir à l'assurée que, sa capacité de travail étant considérée comme entière dans l'activité actuelle et dans tout emploi disponible sur le marché du travail, elle mettrait fin à ses prestations au 30 septembre 2002 au soir.

Dans un rapport complémentaire du 3 décembre 2002, le Dr Sch indique que, d'un point de vue ostéo-articulaire essentiellement, la capacité de travail de l'assurée peut être considérée comme entière dans une activité de dame de buffet dans un établissement public. Il explique en outre qu'il avait estimé sa capacité de travail de 50 % dans un emploi "allégé" en raison de sa baisse de rendement liée à une problématique vraisemblablement psychiatrique.

**B.** Par demande du 23 janvier 2003, X, représentée par l'avocat J. Crettaz, a ouvert action devant le Tribunal des assurances en paiement d'indemnités journalières pour perte de gain en vertu du contrat collectif conclu par son employeur auprès de la caisse Y. Elle conclut, avec dépens, à ce que Y soit tenue de lui verser :

- la somme de 10'911 fr. 20, avec intérêts à 5 % l'an dès le 27 novembre 2002 (échéance moyenne), soit les indemnités journalières dues pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2002 au 23 janvier 2003 (115 x indemnités de 94 fr. 88)

- la somme de 33'996 fr. 95 à titre d'indemnités journalières complètes dès le 24 janvier 2003 et jusqu'à épuisement des indemnités prévues contractuellement.

La demanderesse produit :

- un rapport du Dr H, neurologue FMH, adressé le 23 juin 1999 au Dr E, retenant des douleurs multiples de l'appareil locomoteur, survenant à la faveur d'un état dépressif – lequel justifie un traitement antidépresseur –, associées à des paresthésies mal systématisées des membres supérieurs;

- un rapport de la Dresse S , spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, établi le 26 septembre 2001 à l'intention du Dr E , qui diagnostique une fibromyalgie et estime qu'un soutien psychiatrique serait vraisemblablement utile;
- une demande de rente AI déposée le 21 février 2002, fondée sur la présence de douleurs diffuses depuis 1990 – 1991;
- une communication du 3 mai 2002, dans laquelle l'OAI considère que X présente une incapacité de travail et de gain totale et de longue durée depuis le 6 février 2002 et informe l'assurée qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 6 février 2003, il réexaminera les conditions d'octroi.

A l'appui de ses prétentions, l'assurée fait valoir que la défenderesse n'a pas tenu compte correctement de l'avis du Dr Sch , qui considère que, pour autant que son état de santé psychique le lui permette, elle pourrait travailler dans une activité adaptée à 50 % au maximum, et que, partant, nonobstant les conclusions du Dr M , elle aurait droit à tout le moins à des indemnités calculées sur un taux de 50 %; elle estime que le rapport du Dr M n'a pas de valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale, notamment en raison du fait qu'il n'est fondé sur aucun examen scientifique d'elle-même.

Au titre de mesures d'instruction X sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, d'ordre médical, confiée à un service pluridisciplinaire, qui permettrait de clarifier la question de sa capacité de travail et de gain depuis février 2001.

Dans sa réponse du 17 avril 2003, la défenderesse conclut au rejet de la demande.

Elle relève que l'employeur a mis fin au contrat de travail de la demanderesse pour le 31 octobre 2002, que celle-ci n'a pas fait valoir son droit de passage dans l'assurance individuelle dans le délai de 90 jours prévu par

l'article 40 des conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA (ci-après : CGA), édition 1998, et que, s'agissant d'une assurance d'indemnité journalière soumise au droit privé, il n'existe, au contraire de l'assurance sociale (art. 71 al. 3 LAMal), aucun devoir légal de l'assureur d'informer l'assuré sur son droit de passage à l'assurance individuelle. La caisse en déduit que la demanderesse n'était plus assurée auprès d'elle dès le 1<sup>er</sup> novembre 2002 et qu'elle ne saurait dès lors faire valoir des prétentions dès cette date.

Concernant les prétentions pour le mois d'octobre 2002, Y estime que c'est à bon droit qu'elle a refusé de verser des indemnités journalières pour ce mois, les rapports des experts Sch et M devant être préférés à ceux du médecin traitant (ATF 125 V 353 consid.3b/cc).

C. Le 4 juillet 2003, X a requis la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la décision de l'AI, requête à laquelle l'assureur s'est opposé en date du 21 août 2003.

Le 18 novembre 2003, l'OAI a produit une copie du dossier AI complet de l'intéressée.

En date du 19 janvier 2004, celle-ci a produit un rapport de l'Hôpital de Cery, section des troubles anxieux et de l'humeur (STAH), signé par les Drs K et B, adressé le 10 décembre 2003 à l'OAI, attestant une hospitalisation entre le 9 septembre et le 2 octobre 2003, ainsi que l'inexigibilité d'une réinsertion professionnelle de l'assurée; les diagnostics sont, au plan somatique, une cardiopathie, une hypertension artérielle ainsi qu'une incontinence urinaire, et, au plan psychique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), accompagné d'idées suicidaires, et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), les plaintes somatiques et de la lignée dépressive étant présentes depuis plusieurs années; les médecins constatent, depuis le début de sa prise en charge au sein de leur section au mois d'août 2003, une incapacité de travail de 100 %;

concernant le degré d'incapacité de travail passé de la patiente, ils prient l'OAI de se renseigner auprès de son médecin traitant, le Dr E

Se déterminant le 24 février 2004 sur ce rapport, la caisse produit un rapport établi le 21 octobre 2003 par les Dresses D et V, du Département universitaire de psychiatrie adulte (ci-après : DUPA), section des troubles anxieux et de l'humeur (STAH) à l'Hopital de Cery, qui diagnostiquent un trouble dépressif, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), un probable trouble somatoforme indifférencié (F45.1) ainsi qu'une probable agoraphobie avec trouble panique (F40.01); selon ces médecins, la symptomatologie anxieuse et dépressive s'est progressivement améliorée durant l'hospitalisation, de même que les plaintes douloureuses; un suivi psychiatrique sera repris en ambulatoire; la patiente projette de partir en vacances en Serbie, son pays natal, pour voir sa fille et son petit-fils.

Y expose en outre avoir interpellé le Dr M, lequel, dans une lettre du 18 février 2004, maintient ses conclusions et indique que l'assurée a pu développer, un an après son rapport, un épisode dépressif sévère ayant entraîné une hospitalisation, probablement nécessaire, et que sa capacité peut être considérée comme complète dès novembre 2003, vu son voyage à cette période pour la Serbie; le psychiatre relève de plus que l'état dépressif s'est rapidement résorbé d'après le rapport du DUPA, les problèmes psychosociaux et physiques (fibromyalgie) apparaissant au premier plan.

Par jugement incident du 22 juin 2004, le Tribunal des assurances a écarté l'opposition formée le 8 mars 2004 par la demanderesse à la décision du juge instructeur du 25 février 2004 refusant de suspendre la présente procédure jusqu'à droit connu sur la demande AI de X et refusant de faire procéder à une expertise médicale.

D. Par courrier du 18 mai 2005, la demanderesse a renoncé à déposer une réplique.

**En droit :**

1. La couverture ici en cause est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, 1<sup>ère</sup> phrase, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : 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 consid. 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).

Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises, en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, au droit privé, soit à la LCA.

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; ATF 123 V 324 consid. 3a, RAMA 1998 KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, in Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198).

La demande est, partant, recevable (cf. TAss VD, M. D. C. S. c. Y, jugement du 28 novembre 2003, AMC 16/01 – 11/2004, consid. 1).

2. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre ou non que la défenderesse a mis fin au versement des indemnités journalières pour perte de gain en faveur de la demanderesse au 30 septembre 2002.

3. a) 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, non équivoque.

b) Il convient de se référer aux CGA, édition 1998.

Aux termes de l'article 12 CGA, en cas d'incapacité de travail complète de l'assuré médicalement attestée, Y verse l'indemnité journalière convenue dans le contrat. En vertu de l'article 13 CGA, en cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail.

Selon l'article 16 CGA, il y a incapacité de travail lorsque l'assuré se trouve totalement ou partiellement dans l'incapacité d'exercer sa profession et toute autre activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de lui.

D'après de l'article 20 CGA, l'indemnité journalière est allouée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat; le délai d'attente est déduit de la durée de paiement des prestations. Conformément à l'article 23 CGA, après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui incombe à Y de verser des prestations s'éteint; un éventuel passage à l'assurance individuelle reste réservé.

A teneur de l'article 39 CGA, la couverture d'assurance prend fin notamment lorsque l'assuré quitte l'entreprise assurée. L'article 40 CGA prévoit que, dans ce cas, l'assuré a le droit de passer dans l'assurance individuelle en en faisant la demande par écrit dans les 90 jours.

Quant aux "conditions complémentaires pour l'assurance indemnité journalière maladie LCA Z", édition 2000, elles stipulent à leur article 7 que l'indemnité journalière est versée pendant 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs, un éventuel délai d'attente convenu étant imputé.

4. a) Dans l'assurance d'indemnité journalière régie par le droit privé, contrairement à ce qui est prévu pour l'assurance régie par le droit social (art. 71 al. 2 LAMal), l'assureur n'a pas, de par la loi, le devoir d'informer l'assuré de son droit de passage dans l'assurance individuelle (ATF du 4 février 2002, 5C.273/2001, consid. 3; ATF du 3 juillet 2001, 5C.41/2001, consid. 2b).

En l'espèce, il est constant que la demanderesse a perdu son emploi auprès de la Brasserie B le 31 octobre 2002. Elle ne soutient pas qu'elle aurait fait une demande de passer à l'assurance individuelle et aucune pièce produite ne le laisse supposer.

Il y a dès lors lieu d'admettre que, conformément à l'article 39 CGA mentionné ci-dessus, sa couverture d'assurance a cessé le 31 octobre 2002. Par ailleurs, la défenderesse, s'agissant d'une assurance relevant du droit privé, n'avait pas, comme elle le fait valoir, l'obligation d'attirer l'attention de la défenderesse sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. Un tel devoir ne figure pas dans les conditions générales, lesquelles, à l'article 41 CGA, imposent au demeurant cette obligation d'information au seul preneur d'assurance.

En l'absence de demande écrite de passage dans l'assurance individuelle dans le délai de 90 jours prévu à l'article 40 CGA, la couverture d'assurance de la demanderesse a pris fin après le 31 octobre 2002, soit dès son départ de l'entreprise assurée, en conformité avec l'article 39 CGA.

b) Vu les articles 20 et 23 CGA, lesquels font cesser le droit aux prestations dès l'extinction de la couverture d'assurance, c'est en vain que la demanderesse demande des prestations pour la période postérieure au 31 octobre 2002 (cf. ATF 127 III 106, a contrario).

5. a) Il reste à examiner ce qu'il en est des indemnités journalières réclamées pour le mois d'octobre 2002, soit pour le dernier mois au cours duquel la demanderesse était encore assurée collectivement auprès de la défenderesse.

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) considère comme déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées; ATF 125 V 351 consid. 3a; RAMA 2000 KV 124 p. 214; RAMA 2000 U 408 p. 407 consid. 1b).

Selon la jurisprudence, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin traitant en raison des rapports de confiance trop étroits qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation. Le juge pèsera donc avec prudence l'opinion du médecin traitant, compte tenu de sa proximité avec son patient (ATF 125 V 351, spéc. consid. 3b/cc p. 353, et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc).

c) Dans le cas présent, c'est en vain que la demanderesse tente de démontrer que le rapport du Dr M ne serait pas probant au sens de la jurisprudence précitée du TFA; ce psychiatre l'a entendue deux fois, il a pris connaissance du dossier, et il a expliqué de manière claire et précise pourquoi, selon lui, la demanderesse ne souffrait pas de troubles psychiques limitant sa capacité de travail; on ne voit pas quel genre d'examen scientifique il aurait dû effectuer. Contrairement à ce que soutient l'assurée, cet expert ne s'est pas fondé uniquement sur des considérations subjectives relatives à son comportement et à son habillement, mais il a examiné à la fois son attitude, sa thymie et le contenu de son discours, et, sur la base d'une analyse objective, il n'a pas constaté d'atteinte psychiatrique, hormis une névrose de compensation.

Quant au Dr Sch, il a, tout en précisant qu'il avait estimé, dans un premier temps, la capacité de travail de X à 50 % dans un emploi "allégé" en raison de sa baisse de rendement liée à une problématique vraisemblablement psychiatrique, clairement indiqué, dans son rapport complémentaire, que les troubles physiques de X ne limitaient pas sa

capacité de travail, y compris dans son activité habituelle de dame de buffet. Aucun élément ne permet de s'écarter de cette appréciation.

Cela étant, les rapports de ces deux experts remplissant en tous points les conditions requises par le TFA quant à la valeur probante d'un rapport médical, il convient de s'y rallier et de s'écarter de la prise de position du médecin traitant, en conformité avec la jurisprudence précitée, selon laquelle les avis des experts doivent être préférés à celui du médecin traitant.

Pour ce qui est des rapports des Drs H        et S        , il sied de relever qu'ils ont été établis avant les incapacités de travail en cause et qu'ils ne posent aucun diagnostic précis quant à une éventuelle affection psychique de leur patiente.

Enfin, les médecins de l'Hôpital de Cery et du DUPA font état d'une incapacité de travail de 100 % à tout le moins depuis le mois d'août 2003, mais ne se prononcent pas pour la période antérieure. Il est à cet égard parfaitement possible, comme le retient le Dr M        , que l'intéressée a présenté, un peu moins d'un an après le rapport de cet expert et la cessation des indemnités journalières, un épisode dépressif sévère, ce dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, qui était dénué d'effet en automne 2002 et qui semble s'être atténué à nouveau à la suite de l'hospitalisation qui s'est terminée le 2 octobre 2003. En tout état de cause, aucune incapacité de travail n'est établie, au degré de la vraisemblance prépondérante, avant le mois d'août 2003.

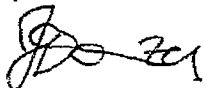
d) Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de retenir une quelconque incapacité de travail ou de gain pour le mois d'octobre 2002.

6. En définitive, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

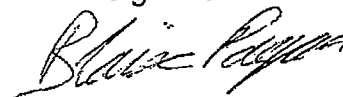
**Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances  
prononce :**

Les conclusions de la demande déposée le 23 janvier 2003 par la  
demanderesse X contre la défenderesse Y Assurance-maladie  
SA sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du - 2 SEP. 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).

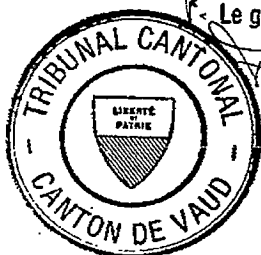
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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 :



fb