



**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

Présidence de M. R I T T E R, juge

Membres : Mme Maire, juge, et M. Zbinden, assesseur

Greffier : M. Pagan, greffier-substitut

\* \* \* \* \*

**Jugement du 22 décembre 2005**

dans la cause

X , représentée par le Service juridique pour  
handicapés (ci-après : SJH) de la Fédération suisse pour l'intégration des  
handicapés (FSIH), à Lausanne, demanderesse,

contre

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

---

**Art. 12 LAMal et 33 LCA**

**En fait :**

A. X , née en 1945, a été assurée auprès de Y Assurances au titre d'un contrat collectif dont le preneur était son employeur, Ha , dont elle était associée gérante. Cette police (D. xxxx ) est soumise à des conditions d'assurance dont la dernière teneur remonte au 1<sup>er</sup> janvier 1999; celles-ci prévoient notamment, à leur article 27, que la proposition, les conditions d'assurance et, au surplus, la LCA constituent la base du contrat. L'assurance garantit une indemnité journalière pour la perte du salaire assuré résultant d'une incapacité de travail due à une maladie, pour une durée maximale de 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs (art. 2 et 9 des conditions d'assurance). L'intéressée a en outre été assurée auprès de la même compagnie selon la LAA au titre de la même activité.

Le 25 janvier 2003, l'assurée a fait une chute sur la tête dans sa salle de bain. Elle a annoncé à l'assureur cet événement comme accident au titre de la LAA. Une incapacité de travail à 100 % a été fixée à partir du 31 janvier 2003 par le Dr M puis par son médecin traitant, le Dr G , médecin généraliste à Saint-Prex. Entre le 24 mars et le 11 juillet 2003, l'incapacité de travail a, hormis une incapacité à 100 % du 16 au 27 avril 2003, été fixée à 50 %; à partir du 12 juillet 2003, l'incapacité de travail indiquée a été de 100 %.

Figure notamment au dossier un rapport établi le 7 février 2003 par le Dr B , radiologue FMH auprès de l'Ensemble hospitalier de la Côte, à la suite d'un CT cérébral, qui n'identifie pas de lésion traumatique intracérébrale.

Se trouve également dans le dossier un rapport établi le 21 juillet 2003 par le Dr P.-A. Rapin, neurologue FMH à Lavigny, lequel retient un status neurologique dans les normes; cela étant, selon rapport du même praticien du 1<sup>er</sup> septembre 2003, il ressort d'un examen neuropsychologique effectué en août 2003 par la psychologue W un certain ralentissement chez une personne fragilisée, avec quelques difficultés d'organisation visuelle, de la dénomination continue et aux séquences gestuelles, tandis que le

langage, les capacités de calcul, les praxies, les gnosies et l'examen des fonctions exécutives sont préservés; il n'y a pas de troubles mnésiques en particulier, ni de perte de l'apprentissage, ni d'intrusion; l'examen montre cependant, lors du test d'écoute dichotique, un comportement un peu inhabituel avec pleurs, ainsi que, lors de certains tests, une réaction affective au morcellement; d'après le Dr R , ce bilan n'apporte actuellement pas d'argument en faveur d'un dysfonctionnement cérébral focal, en particulier d'origine hypoxique, ni en faveur d'un état dépressif, mais plutôt en faveur de troubles du versant psychiatrique chez une personne fragilisée, justifiant un soutien psychologique.

Le cas a été pris en charge au titre de la LAA jusqu'au 31 août 2003, en vertu d'une décision du 30 septembre 2003, laquelle a été, ensuite de l'opposition de l'assurée formée les 23 octobre 2003 et 13 avril 2004, confirmée par décision sur opposition du 26 avril 2004, entrée en force.

Instruisant les faits déterminants selon la LAA et la police d'assurance-maladie, l'assureur a, durant la procédure d'opposition, confié une expertise aux Drs H , neurologue FMH, et I , psychiatre-psychothérapeute FMH, du Centre Multidisciplinaire de la Douleur (CMD) de Genolier. Les experts ont déposé leur rapport le 9 mars 2004, sur la base d'un examen effectué le 27 janvier 2004. Sont diagnostiqués : status après malaise neurovégétatif le 25 janvier 2003, ayant entraîné vraisemblablement un traumatisme cranio-cérébral (TCC) mineur et une distorsion cervicale simple; syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale persistant vraisemblablement surchargé d'éléments psychogènes. Au plan somatique, il n'y a plus d'incapacité de travail au-delà de 6 mois après l'événement accidentel. Au plan psychiatrique, l'examen ne révèle pas de pathologie psychiatrique grave, le tableau étant essentiellement constitué de confusion d'origine certainement émotionnelle, non liée à l'accident. Pour ce qui est d'une incapacité de travail pour des motifs d'ordre psychique, "l'appréciation est difficile vu la non-spécificité des troubles, d'apparence peu grave. Un traitement psychiatrique de type cognitif soutenu devrait être appliqué". Toujours du point de vue psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail en

relation de causalité avec l'accident, mais les experts admettent une incapacité de travail de 50 % pour des raisons de maladie durant encore 3 mois au plus.

En qualité d'assurance d'indemnités journalières pour perte de gain, Y Assurances a indemnisé l'assurée, pour une incapacité totale, du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 31 mars 2004, puis, par lettre du 18 mars 2004, suivant l'appréciation des experts, elle lui a fait savoir que l'indemnisation serait ramenée à 50 % du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2004, puis supprimée dès le 1<sup>er</sup> juillet suivant. L'assureur a confirmé sa position dans ses courriers des 14 juin et 15 juillet 2004.

Par lettre du 8 juin 2004, Jeannine de Gregori a réclamé à la Y Assurances le rétablissement, dès le 1<sup>er</sup> avril 2004, du versement des indemnités journalières pleines.

Répondant au médecin-conseil de Y Assurances, le Dr P , médecin psychiatre traitant de l'assurée depuis le mois de novembre 2003 et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Gland, a, dans un avis du 22 juin 2004, fait état de ce qui suit :

"La patiente continue à se plaindre de cervico-céphalalgies, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'épisodes de confusion mentale, de photophobie, de sensations vertigineuses avec des nausées et d'une perte de confiance en soi, comme relevé par les experts. Objectivement, elle présente une évolution anxio-dépressive avec anxiété généralisée, instabilité et confusion émotionnelle, sentiments d'impuissance, de ruine et d'insécurité globale, dans le contexte de difficultés affectives, d'un burn-out professionnel, d'un état de stress post-traumatique, de séquelles post-accidentelles, de difficultés financières et de démêlés assécurologiques chez une personnalité fragile de type pré-psychotique, à l'état somatique diminué. Les troubles physiques et psychiques sont à l'origine d'une incapacité de travail persistante avec de faibles perspectives d'amélioration malgré la motivation de la patiente."

En date du 15 juillet 2004, le Dr S , médecin-conseil de l'assureur, a informé ce psychiatre qu'il se rallie aux conclusions de l'expertise.

Le Dr P a confirmé cette appréciation dans une lettre adressée le 12 août 2004 au conseil de X , retenant "une incapacité de travail complète et persistante dans le circuit professionnel normal

depuis le mois de juillet 2003, évolution justifiant une démarche auprès de l'AI". Le psychiatre traitant a en outre, à partir du 8 janvier 2004, attesté d'une incapacité de travail à 100 % de sa patiente depuis le le 12 juillet 2003 jusqu'au prononcé du présent jugement à tout le moins.

**B.** Par demande du 9 septembre 2004, X, représentée par le SJH, a saisi le Tribunal des assurances, concluant au versement, par Y Assurances, de pleines indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie, avec intérêts moratoires à 5 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2004.

Dans sa réponse du 18 octobre 2004, la défenderesse a conclu au rejet de la demande.

La demanderesse, dans sa réplique du 11 novembre 2004, et la défenderesse, dans sa duplique du 15 décembre 2004, ont chacune maintenu leurs conclusions de principe respectives.

Les conditions d'assurance applicables ont été produites.

**C.** Le Juge instructeur a, après avoir interpellé les parties, confié une expertise au Dr R. Z, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève, qui a rendu son rapport le 6 juillet 2005. L'expert y pose les diagnostics (CIM-10) de trouble panique (F41.0), avec des crises d'angoisse paroxystique, de trouble dissociatif mixte (F44.7), ainsi que de traits de personnalité histrionique (F60.4) et dépendante (F60.7), lesquels ne sont actuellement plus en relation de causalité avec l'accident du 25 janvier 2003. Le trouble dissociatif est mixte en ce sens qu'il inclut des épisodes de stupeur et des épisodes de confusion mentale objectivés par l'experts, et probablement des syncopes; une telle affection exprime l'incapacité du sujet à gérer un ou des facteur(s) de stress dépassant ses capacités adaptatives habituelles; les facteurs de stress mis en évidence sont la rupture de l'intéressée d'avec son mari (séparation légale), intervenue au mois de janvier 2004, le sentiment de perte de contrôle du fait des attaques de panique, et la situation financière précaire. D'après l'expert, les constatations actuelles sont assez proches du

diagnostic de Dr P                    posé dès le mois de juin 2004, hormis le fait que celui-ci n'est pas présenté selon les termes d'une classification diagnostique reconnue.

Ni le trouble panique, ni les traits de personnalité ne sont invalidants, faute d'un degré suffisant de gravité. En revanche, le trouble dissociatif, de par sa sévérité et du fait des graves troubles de la mémoire, de l'attention et du comportement qu'il provoque, entraîne actuellement une incapacité de travail totale, étant donné qu'il empêche X                    d'assumer de manière fiable une tâche un tant soit peu suivie, qu'elle soit manuelle ou intellectuelle. Le Dr Z                    ne met pas en doute les constatations et conclusions des Drs H                    et I                    , mais estime que les troubles psychiques de l'expertisée se sont aggravés après la notification de la décision sur opposition du 26 avril 2004 et la rupture d'avec son mari, sans que cette péjoration puisse être datée avec précision; cela étant, le passage du taux d'incapacité de travail de 50 % à 100 % pourrait être daté du 12 août 2004, date correspondant à celle du rapport du Dr P                    qui atteste une incapacité de travail totale, et non plus une "incapacité persistante" sans plus ample précision, comme auparavant, pour des affections assez proches de celles qui peuvent être constatées actuellement.

Dans l'état actuel, il n'y a pas de perspective de reprise d'activité dans un délai prévisible; la situation pourrait changer une fois que le contentieux asséculogique aura été dépassé et que, de ce fait, un des facteurs de stress à l'origine des troubles psychogènes – le problème financier – aura été résolu, ce dans un délai de 12 à 24 mois après la résolution dudit conflit.

La demanderesse s'est déterminée le 25 août 2005 sur ce rapport, la défenderesse le 20 septembre 2005.

Le médecin traitant de la demanderesse a attesté de la poursuite de l'incapacité, à un taux ininterrompu de 100 %, ce la dernière fois à la date du 28 novembre 2005.

**E n d r o i t :**

1. a) Dans un arrêt S contre L Assurances, du 24 juin 1998 (JT 1999 III 106), 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, 1<sup>ère</sup> phrase, 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 et suivants LAMal, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que celle-ci; il importe peu qu'elle soit pratiquée par une compagnie d'assurances privée ou par une caisse-maladie au sens de l'article 12 alinéa 1<sup>er</sup> LAMal (JT 1999 III 106, c. 4 et 5, confirmé par Ch. rec., arrêt S. c. B., du 2 février 2000, n. 31/2000; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, in JT 2000 III 79 ss, et les références citées; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, dans : Colloques et journées d'étude 1999-2001, éditions IRAL, Lausanne 2002, pp. 757 ss, spéc. 763 ss).

Un recours en réforme interjeté par L Assurances contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile (réf. 5C.26/1999).

b) Le présent litige relève du Tribunal des assurances selon le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 ([RSV 2.2 D]; JT 1999 III 106, c. 4 et 5). La valeur litigieuse est supérieure à 8'000 francs.

c) 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, ce que stipule d'ailleurs aussi l'article 27 des conditions d'assurance ici applicables.

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, c. 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).

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

2. L'article 87 LCA confère au bénéficiaire de l'assurance, dès la survenance d'un sinistre, un droit propre contre l'assureur pour ce qui est des couvertures collectives contre les accidents ou la maladie.

La demanderesse a dès lors la légitimation active, tout comme la défenderesse a la légitimation passive.

3. a) Aux termes de l'article 11 alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>ère</sup> phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. 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) Le contrat d'assurance collectif à l'origine des conclusions de la demande procède des conditions d'assurance de la défenderesse applicables à l'assurance-maladie collective pour perte de salaire. Ces conditions comportent des clauses générales, au nombre desquelles l'article 1<sup>er</sup>, qui prévoit qu'"est réputée incapacité de travail l'impossibilité, pour l'assuré, d'exercer une activité lucrative". D'après l'article 2, "l'assurance couvre, dans les limites des dispositions contractuelles, la perte de salaire résultant d'une incapacité de travail due à une maladie et attestée par un médecin".

4. a) En l'espèce, l'objet du litige est, selon les conclusions de la demande, de savoir si l'assurée a droit à des pleines indemnités journalières de l'assurance-maladie collective pour perte de salaire du 1<sup>er</sup> avril 2004 au terme contractuel desdites prestations. Le dies a quo de celles-ci, fixé au 1<sup>er</sup> septembre 2003 par la défenderesse, n'est pas contesté.

La défenderesse excipe de l'expertise des Drs H et I. Pour sa part, la demanderesse considère que ce rapport n'a pas valeur d'expertise dans le domaine de l'assurance-maladie, dès lors qu'il a été établi aux fins de déterminer la causalité en matière d'assurance-accidents; seule la question 7 concernerait la couverture ici en cause; X reproche en outre à ces experts de ne pas avoir suffisamment investigué les troubles psychiques et leurs effets sur sa capacité de travail.

b) En tout état de cause, les conclusions des experts H et I relatives à la composante somatique ne sont pas contestées par la demanderesse. Au demeurant, le dossier ne contient aucun élément en faveur de la persistance d'atteintes somatiques invalidantes plus de 6 mois après l'accident; au contraire, l'absence de telles d'affections résulte notamment des rapports des Drs B et R.

Dans ces conditions, seuls doivent être examinés plus avant l'existence éventuelle de troubles psychiques ainsi que leurs effets sur la capacité de travail de l'assurée.

5. a) Dans le cas présent, les experts H et I concluent le 9 mars 2004 à une incapacité de travail de 50 % pour des motifs d'ordre psychiatrique entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 juin 2004. Certes, cette conclusion est présentée sans diagnostic précis des troubles psychiques; il peut paraître au surplus, dans un premier temps, contradictoire de proposer un "traitement psychiatrique de type cognitif soutenu" en l'absence de pathologie grave. Ce manque de précision et cette apparente contradiction peuvent toutefois s'expliquer par le fait qu'à la date de l'expertise, la demanderesse ne souffrait pas encore d'une atteinte psychique grave et clairement objectivable, mais présentait de légers problèmes d'ordre psychiatrique, en particulier une

certaine confusion, ces signes étant cependant suffisamment présents et inquiétants pour justifier une incapacité de travail partielle pendant encore 3 mois et un suivi psychothérapeutique important; les experts pensaient – et pouvait raisonnablement penser – que la situation s'améliorerait après ces 3 mois. Il sied ici de relever que le Dr R et la psychologue W font des constatations similaires à celles des experts H et I et ne posent pas non plus de diagnostic précis.

b) Les constatations et conclusions des Drs H et I sont confirmées par l'expert Z, en ce sens qu'au 27 janvier 2004, date de leur examen, c'était bien la situation décrite par leur expertise qui prévalait, ces deux experts ne pouvant imaginer à cette date la dégradation de la santé psychique de l'intéressée qui allait suivre. En effet, il ressort de manière convaincante de l'expertise du Dr Z – qui remplit toute les conditions requises par la jurisprudence du TFA pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et dont le contenu et les conclusions ne sont pas contestés par les parties – que l'aggravation de l'état de santé psychique de X est apparue, en particulier sous la forme d'un trouble dissociatif mixte invalidant, postérieurement à la lettre de Y Assurances du 18 mars 2004 relative à l'assurance ici en cause et de la notification de la décision sur opposition en matière de LAA rendue le 26 avril 2004.

L'expert Z considère, contrairement aux Drs Hungerbühler et Rosatti, qu'il n'y a pas eu de reprise d'une capacité de travail entière; il fixe le passage d'un taux d'incapacité de travail de 50 % à celui de 100 % au 12 août 2004, date de la lettre adressée par le psychiatre traitant au conseil de l'intéressée. Le choix de cette dernière date est fondé sur le fait que le Dr P précise le degré d'incapacité de travail de sa patiente seulement dans cette lettre, et non dans son rapport du 22 juin 2004. Ce dernier argument n'emporte toutefois pas la conviction du Tribunal, le choix de la date du 12 août 2004 apparaissant peu motivé et sujet à critique; en effet, d'une part, depuis le 8 janvier 2004, le psychiatre traitant a toujours indiqué, à l'intention de Y Assurances, une incapacité de travail de 100 %,

d'autre part, le Dr Z rapporte que les constatations actuelles sont assez proches du diagnostic de Dr P posé dès le mois de juin 2004.

Au vu de l'ensemble de ces faits, il faut déduire que c'est plutôt à partir de cette dernière date que l'assurée doit être considérée comme incapable de travail à 100 %.

c) Il convient dès lors de retenir que X a été incapable de travail à 50 % du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2004, puis à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004.

6. En définitive, les conclusions de la demande doivent être admises partiellement, en ce sens que la défenderesse doit verser à la demanderesse des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004 et jusqu'au terme maximal prévu par le contrat et les conditions d'assurance.

7. a) En vertu de l'article 102 alinéa 1<sup>er</sup> CO, le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier.

En l'occurrence, la lettre de l'intéressée adressée le 8 juin 2004 à l'assureur vaut interpellation, ce pour la période à partir de laquelle elle avait droit aux indemnités journalières qui lui ont été refusée par l'assureur, c'est-à-dire dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004.

b) Conformément à l'article 104 alinéa 1<sup>er</sup> CO, qui dispose que le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5 % l'an, même si un taux inférieur avait été fixé pour l'intérêt conventionnel, la défenderesse doit l'intérêt moratoire à partir de l'échéance moyenne des prestations auxquelles elle est condamnée par le présent jugement.

Comme cela ressort de l'article 9 des conditions d'assurance, la demanderesse a droit au maximum à 730 jours d'indemnités journalières. Or, il y a 304 jours entre le 1<sup>er</sup> septembre 2003 et le 30 juin 2004, de sorte qu'elle a

encore droit à des prestations pour 426 jours, dont la moitié est 213. Le 213<sup>ème</sup> jour après le 1<sup>er</sup> juillet 2004 est le 29 janvier 2005, qui constitue ainsi le dies a quo de l'intérêt moratoire (échéance moyenne).

8. A teneur de l'article 26bis LTA, des dépens peuvent être alloués au recourant qui obtient gain de cause et sont supportés par la partie intimée. Ils sont arrêtés globalement dans le jugement. La quotité des dépens dépend du droit cantonal, et leur montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès.

En l'espèce, l'assurée a bénéficié des services d'un mandataire qualifié qui peut se voir accorder des dépens.

La demande est admise presque entièrement, dans la mesure où, excepté pour les mois d'avril à juin 2004, la demanderesse obtient l'adjudication de toutes ses conclusions et a gain de cause sur le principe. Il se justifie dès lors de lui allouer de pleins dépens, à hauteur de 1'800 francs.

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

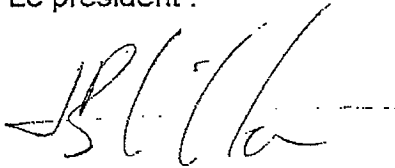
I. Les conclusions de la demande déposée le 9 septembre 2004 par la demanderesse X contre la défenderesse Y Compagnie d'Assurances sont admises partiellement.

II. La défenderesse doit verser à la demanderesse des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004 et jusqu'au terme maximal prévu par le contrat et les conditions d'assurance, avec intérêt à 5 % l'an dès le 29 janvier 2005.

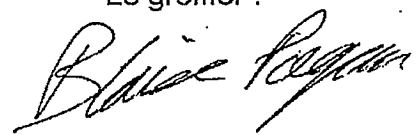
III. La défenderesse versera à la demanderesse, soit à son conseil, la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

IV. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :



Le greffier :



Du 20 JAN. 2006

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).

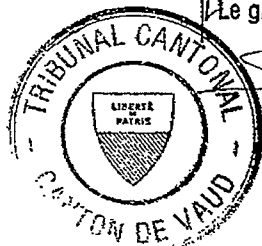
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

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

Le greffier :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE  
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :



*Blaise Laguerre*