

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. D I N D, juge

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

Greffier : M. Perret, greffier-substitut

Jugement du 30 mai 2006

dans la cause

X, à L, demandeur,

contre

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

Art. 12 al. 2 et 3 LAMal

En fait :

A. Y a conclu avec les A, à Cheseaux-Lausanne, un contrat d'assurance d'indemnités journalières de maladie collective, en date du 28 novembre 2001. Font partie intégrante de la police d'assurance un document intitulé "feuille des prestations" ainsi que des conditions générales et complémentaires.

Engagé le 29 décembre 1997 par les A, X a vu son contrat de travail prolongé pour une durée indéterminée dès le 31 mars 1998. A partir du 31 octobre 2003, l'intéressé s'est retrouvé en incapacité de travail totale. Par lettre du 28 avril 2004, son employeur a résilié son contrat de travail pour le 30 juin 2004.

Le 29 avril 2004, les A ont adressé le courrier suivant à X, qui en a signé la mention "Lu et approuvé" le 12 mai 2004 :

"Monsieur,

Comme convenu, vous quitterez notre entreprise, le 30 juin 2004.

Vous devez en informer votre assurance obligatoire de soins (assurance maladie) ou, le cas échéant, l'assurance chômage, afin que l'une de celles-ci vous assure une couverture "risque accidents".

Nous vous signalons également que notre assureur peut, si vous le désirez, vous proposer, à titre individuel, et à vos frais, une couverture d'indemnité journalière en cas de maladie.

(...)"

Le 7 septembre 2004, Y a répondu à une demande de X de maintien de la couverture perte de gain maladie du 27 août précédent que le délai de trente jours suivant la fin des rapports de travail, fixé par les conditions générales pour bénéficier d'une prolongation d'assurance à titre individuel, n'avait pas été respecté et qu'elle ne donnerait par conséquent pas suite à cette requête.

B. Par demande du 12 mars 2005, X conclut à ce que la caisse soit tenue de lui verser les indemnités journalières dès le 1^{er} juillet 2004 jusqu'à épuisement du droit.

Par réponse du 13 mai 2005, Y conclut au rejet de la demande et à la mise à la charge du requérant des frais de procédure et des dépens.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives au cours de l'échange ultérieur d'écritures.

En droit:

1. Y a conclu avec les A un contrat d'assurance d'indemnités journalières de maladie collective. Il s'agit d'une assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal; RS 832.10). En l'état, la valeur litigieuse n'est pas déterminée.

En vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA; RS 221.229.1).

Le Canton de Vaud a confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (Décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 173.431]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 1124). La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a d'ailleurs été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt S P c. La S Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, in : JT 1999 III 106, consid. 4 et 5). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la II^e Cour civile.

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 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, dont la teneur a été reprise par l'article 85 de la nouvelle loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la

surveillance des assurances (LSA; RS 961.01), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2006; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; RAMA 1998, n° KV 35, p. 290; ATF 123 V 324, consid. 3a, RAMA 1998, n° KV 22, p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, in : Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, [spéc. ch. 5](#); du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, Assurances-maladie complémentaires 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, pp. 669 ss, spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, [spéc. ch. 2 et 3](#)).

La demande déposée par X est dès lors recevable à la forme.

2. L'instruction de la cause étant complète, et le tribunal disposant des éléments nécessaires à sa décision, il n'y a pas lieu de tenir d'audience d'instruction ni d'aménager de débats oraux (art. 13bis et 17 de la loi cantonale sur le Tribunal des assurances [ci-après : LTA; RSV 173.41]).

3. La caisse soutient qu'en application des dispositions contractuelles, soit le chiffre 2 des conditions particulières No 720, les prestations versées au demandeur prennent fin le 30 juin 2004, l'intéressé étant sorti du groupe des personnes assurées à cette date. Elle maintient en outre que celui-ci n'a pas exercé en temps utile le droit de demander le passage dans l'assurance individuelle.

a) La première question est celle de la poursuite du paiement des indemnités journalières après le 30 juin 2004, date de la fin des relations de travail entre le demandeur et son employeur les A. Le demandeur invoque à l'appui de ses prétentions l'ATF 127 III 106 (la référence à l'ATF 127 II 106 indiqué par l'intéressé étant erronée), suivant lequel, dans l'assurance privée selon la LCA, telle que l'assurance collective d'indemnités journalières litigieuse, dans laquelle le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation,

si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (Jean Benoît Meuwly, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 185). Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (Alfred Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3^{ème} éd., 1995, p. 240).

Or, en l'espèce, il existe précisément une clause conventionnelle limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, le chiffre 2 des conditions particulières No 720 prévoyant en effet qu "en dérogation partielle à l'article 10 des CG (réd. : conditions générales), en cas de sortie du groupe des personnes assurées, les prestations du contrat collectif ne sont plus versées (...)". La fin des rapports de travail constituant un des motifs de la fin de couverture d'assurance énumérés par l'article 9 de l'édition 2000 des Conditions générales (CG) pour l'assurance-maladie collective de la défenderesse, aussi le demandeur ne peut-il prétendre au versement des indemnités journalières selon le contrat d'assurance collective après le 30 juin 2004. Au surplus, il ne s'agit pas d'une clause insolite, au sens de la jurisprudence (ATF du 7 mai 2002, 5C.74/2002, consid. 2c, qui ne serait pas opposable au demandeur).

b) Il convient encore d'examiner la question d'un éventuel passage du demandeur dans l'assurance individuelle de la caisse. A cet égard, l'article 18 des Conditions générales précitées prévoit que, dans les cas cités à l'article 9, chiffre 2, soit notamment lorsque la couverture d'assurance cesse en raison de la fin des rapports de travail, la personne assurée peut continuer d'être assurée à titre d'assurance individuelle, droit qui doit être exercé par écrit dans les trente jours qui suivent la sortie des personnes assurées, sinon il s'éteint.

En l'espèce, le contrat de travail du demandeur a été résilié pour le 30 juin 2004. Aucune des parties ne conteste la validité de cette résiliation. Le demandeur admet avoir envoyé à la défenderesse sa demande de continuer l'assurance à titre individuel en août 2004, et l'intéressée précise dans son courrier du 7 septembre 2004 que cette demande est datée du 27 août 2004. Il n'est pas nécessaire de déterminer précisément la date de la demande, dès lors que celle-ci a manifestement été formulée après le délai de trente jours dès la fin des rapports de travail prévu par l'article 18 précité pour requérir le maintien de la couverture perte de gain à titre individuel. Cette demande est par conséquent tardive et la caisse était fondée à la refuser.

Le demandeur fait valoir qu'il n'a pas été informé du délai dans lequel il devait faire sa demande de passage. Le Tribunal fédéral a cependant jugé qu'en matière d'indemnités journalières privées, contrairement à celles fondées sur la LAMaI, il n'y a aucun devoir légal de l'assureur d'informer la personne assurée de son droit de passage dans l'assurance individuelle (ATFA du 3 juillet 2001, 5C.41/2001 et ATFA du 7 février 2002, 5C.273/2001).

Du point de vue contractuel, un tel devoir d'information par l'assureur n'est pas prévu non plus en l'occurrence dans la police d'assurance collective ou dans l'édition 2000 des Conditions générales, dont le chiffre 2 de l'article 18 précise que "le preneur d'assurance doit informer à temps et par écrit les personnes sortantes de cette possibilité et du délai (réd. : de trente jours pour l'exercer)", ajoutant que "d'éventuelles prétentions qui seraient élevées à cause d'un défaut d'information seraient à la charge du preneur d'assurance."

Or, en l'espèce, ni la lettre du 29 avril 2004 adressée par les A au demandeur ni aucun autre document en possession du demandeur à l'époque des faits produit au dossier ne fait mention du délai de trente jours fixé par les Conditions générales. Ainsi, il apparaîtrait que l'intéressé n'a pas été correctement informé des conditions formelles à respecter pour requérir le maintien de la couverture perte de gain à titre individuel auprès de la défenderesse. Ce n'est toutefois pas cette dernière, mais le preneur d'assurance, soit l'employeur de l'époque du demandeur, qui a à répondre le

cas échéant d'un tel défaut d'information en vertu des Conditions générales précitées.

c) Dirigée contre la défenderesse, la demande de X doit dès lors être rejetée. Il appartiendra au demandeur, le cas échéant, de s'adresser à son ancien employeur, soit les A, pour réclamer la réparation d'un éventuel dommage consécutif au défaut d'information dont il se plaint.

5. **a)** La défenderesse conclut à l'octroi de dépens, à la charge du demandeur.

A teneur de l'article 26bis LTA, applicable par analogie dans le cadre d'une demande déposée devant le Tribunal des assurances, 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.

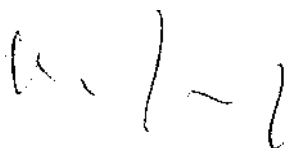
En l'espèce, la défenderesse n'a pas bénéficié des services d'un avocat et la charge de travail qu'elle a fourni en rapport avec la cause n'apparaît pas telle que l'équité impose son remboursement en tout ou partie. Il n'y a donc pas lieu de lui allouer de dépens, ce d'autant plus que l'article 85 alinéa 3 LSA, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2006, qui a repris la teneur de l'article 47 alinéa 2 de la précédente loi fédérale sur la surveillance des assurances, prévoit la gratuité de la procédure.

b) S'agissant des frais, la procédure devant le Tribunal des assurances est en principe gratuite, sauf en cas de témérité de la partie recourante ou de complication inutile de la procédure provoquée par la partie intimée (art. 26 LTA, applicable par analogie). Aucune de ces éventualités n'étant réalisée en l'espèce, il n'y a pas lieu de mettre de frais à la charge de l'une ou l'autre des parties.

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

- I. La demande déposée par X contre Y Assurances est rejetée.
- II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :



Le greffier :

P

Du 6 OCT. 2056

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. 49 al. 2 LSA).

PHOTO^OF!E CFRTiFiEE
c UNFORMEC`=;^, !NAL

Le greffier :

