



POUVOIR JUDICIAIRE

A/62412004

ATAS/777/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 31 août 2006

En la cause

Monsieur X
comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître LACHAT David

demandeur

contre

YASSURANCES, anciennement
Z ASSURANCES,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître VUILLE
Pierre

défenderesse

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Kanne STECK et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur X a été engagé comme menuisier auprès de l'entreprise R, succursale à Genève, dès le 13 août 1993.
2. En tant qu'employé de cette entreprise, il a été assuré auprès de la Z Assurances, dans le cadre d'une assurance perte de gain maladie collective selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA).
3. Le 7 août 1995, il a subi un accident. L'incapacité de travail consécutive à celui-ci a été couverte jusqu'au 31 janvier 1997 par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accident (CNA) et ensuite, jusqu'au 27 janvier 1999 par la Z, soit pendant 720 jours.
4. Il a par ailleurs bénéficié d'une rente d'invalidité de la part de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} août 1996 jusqu'au 30 avril 1999.
5. Le 21 juin 1999, après l'interruption de son stage d'observation professionnelle organisé par l'assurance-invalidité, il a repris une activité lucrative à plein temps pour l'entreprise C SA. Depuis le 19 juin 2000, il est employé auprès de l'entreprise D SA.
6. Cette dernière est membre de la Chambre syndicale des métiers du bois et de la Fédération des syndicats patronaux (ci-après FSP), et liée à ce titre par la convention collective de travail des métiers du bâtiment / second oeuvre qui prévoit l'obligation des employés de s'inscrire à l'un des contrats d'assurances reconnus, à savoir auprès de la Z, le M et l'H.
7. Le 29 juillet 2000, l'intéressé a signé un formulaire d'admission pour la Z Assurances, afin de bénéficier du contrat cadre d'assurance-maladie collective perte de gain conclue par la FSP pour les travailleurs du bâtiment/second oeuvre. Il y a été admis sans aucune réserve.
8. Du 26 octobre au 17 novembre 2002, l'intéressé a été en incapacité de travail en raison d'une forte grippe. La Z a refusé de verser les indemnités journalières sollicitées, par courrier du 17 février 2003, au motif que le droit aux prestations de l'assuré avait pris définitivement fin le 27 janvier 1999, aux termes des 720 jours d'indemnisation.
9. Par la suite, la Z a néanmoins accepté de prendre en charge l'incapacité de travail de son assuré, dès lors qu'il s'agissait d'une affection autre que celle pour laquelle elle avait fourni précédemment ses prestations. Toutefois, elle a précisé, dans son courrier du 24 février 2004 au Syndicat Industries et Bâtiment (ci-après

SIB) que l'intéressé n'était plus assurable par le contrat maladie-collective du bâtiment dès le 1^{er} janvier 2004.

10. Après avoir demandé en vain des explications à la Z sur les motifs de son exclusion de ce contrat d'assurance, l'intéressé a saisi le 26 mars 2004 le Tribunal de céans d'une demande tendant à la constatation qu'il était toujours assuré par cette assurance dans le cadre du contrat-cadre perte de gain selon la LCA conclu par la FSP, et subsidiairement à ce que sa réintégration à ce contrat soit ordonnée dès le 1^{er} janvier 2004.
11. Dans sa réponse du 1^{er} juin 2004, la défenderesse a conclu à l'irrecevabilité de la demande, en déniaut au Tribunal de céans la compétence *ratione materiae*.
12. Après un deuxième échange d'écritures, le Tribunal de céans a admis sa compétence, par arrêt du 22 septembre 2004. Sur recours, cet arrêt a été confirmé par l'arrêt du Tribunal des conflits du 26 août 2005.
13. Dans sa réponse au fond du 23 janvier 2006, la défenderesse, par l'intermédiaire de son conseil, a fait valoir que le contrat d'assurance entre les parties n'avait en réalité jamais pris fin, se référant à l'art. 10 de la convention collective de travail du second-d'oeuvre (ci-après CCT), selon lequel la résiliation d'un contrat de travail est exclue aussi longtemps que le travailleur a droit à des indemnités journalières. Ainsi, toute résiliation du contrat du demandeur intervenue avant la date du 27 janvier 1999 était nulle et non avenue au regard de la CCT, de sorte que le demandeur n'avait jamais quitté le cercle des assurés de la défenderesse. Toutefois, même en admettant qu'une résiliation soit intervenue au terme du droit aux prestations du demandeur, soit le 27 janvier 1999, il convenait de considérer que le demandeur était resté au bénéfice de la couverture d'assurance, en vertu du contrat cadre d'assurance-maladie collective perte de gain conclu avec la Fédération genevoise des métiers du bâtiment pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1999, selon lequel l'assuré qui est sorti de l'assurance y est automatiquement réintégré si son absence n'excède pas douze mois. Il s'agissait du cas dit de réadmission, selon l'art. 3 de ce contrat. Or, le demandeur avait repris une activité lucrative à 100% dans le même corps de métier moins de cinq mois après l'extinction de son droit aux prestations d'assurance. Cela étant, il convenait d'appliquer l'art. 11.1 let. d des conditions générales d'assurance, édition 1997 et 2003 (ci-après CGA), selon lequel le droit aux prestations d'un assuré prenait fin lors de l'épuisement du droit aux prestations. Cependant, lorsque l'assuré avait épuisé son droit aux prestations de 720 jours, d'autres indemnités journalières pour cause d'incapacité pouvaient être versées, selon les éditions des CGA antérieures au 1^{er} janvier 2003, si l'assuré avait travaillé au moins six mois consécutifs selon l'horaire habituel de la branche. Ces prestations se calculaient alors selon une échelle particulière. C'est sur cette base que le demandeur a été indemnisé pour ses incapacités de travail de février 2000 et de novembre 2002. Selon les CGA en

vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, ce traitement n'était réservé qu'aux seuls assurés ayant épuisé leur droit aux indemnités en raison d'une incapacité partielle, ce qui n'était pas le cas du demandeur. Celui-ci ne pouvait dès lors plus prétendre aux prestations dès le 1^{er} janvier 2003. La défenderesse reconnaît à cet égard devoir au demandeur l'entier des primes trop perçues depuis cette date et s'engage à les lui restituer.

14. Par écriture du 24 mars 2006, le demandeur a persisté dans ses conclusions, sous suite des dépens. Subsidiairement, il a conclu à la condamnation de la défenderesse au remboursement des primes versées indûment. Il a fait valoir que, selon la jurisprudence de la Chambre d'appel de la juridiction des prud'hommes, la clause selon laquelle un employeur s'engageait à ne pas résilier le contrat de travail tant qu'un salarié était en incapacité de travail, paraissait excessive dans sa durée. Le contrat pouvait être résilié, en dépit d'une telle clause, lorsque la durée admissible était dépassée, ce qu'il convenait d'admettre si le salarié se trouvait en incapacité définitive d'exercer le travail pour lequel il a été engagé. En application de cette jurisprudence, le demandeur a estimé que son employeur de l'époque était tout à fait en droit de résilier le contrat de travail pour le 31 décembre 1996. Ce contrat de travail devait également prendre fin en application de l'art. 119 du code des obligations du 30 mars 1911 (CO), s'agissant d'un cas d'impossibilité objective subséquente entraînant la libération du travailleur. Selon le demandeur, il fallait dès lors admettre qu'il a quitté le cercle des assurés le 31 décembre 1996 et qu'il a fait l'objet d'une nouvelle admission en août 1999, étant sorti de l'assurance collective depuis plus de 31 mois. Par conséquent, la défenderesse ne pouvait pas invoquer l'épuisement du droit aux prestations survenu lors de sa précédente affiliation.
15. Par courrier du 23 juin 2006, la défenderesse a informé le Tribunal de céans, à la demande de celui-ci, que les CGA de 1997 s'appliquaient au contrat-cadre 2000. Le taux des primes par personne pour les années 1999 à 2003 étaient respectivement de 5,4%, 4,9%, 4,9%, 4,65% et 5,1%. Il n'y avait par ailleurs pas de trace écrite des négociations ayant eu cours quant aux contrats-cadre 2000 et 2003. Il n'existait aucun lien entre les modifications du contrat-cadre de 2000 et 2003, d'une part, et celles relatives aux primes, d'autre part. Ces dernières étaient déterminées en fonction de la sinistralité.
16. Par écritures de la même date, la défenderesse a persisté dans ses conclusions, tout en s'engageant à restituer les primes trop perçues dès le 1^{er} janvier 2003 au demandeur. Elle a repris pour l'essentiel son argumentation antérieure.
17. Sur ce, la cause a été gardée à juger

EN DROIT

1. Est litigieuse la question de savoir si l'assuré, une fois qu'il a épuisé le droit aux prestations de 720 indemnités journalières dans le cadre d'un contrat d'assurance soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), peut de nouveau être assuré contre la perte de gain, après une période d'inactivité.
2. Il convient de relever que la question de savoir si l'épuisement total du droit aux prestations dans l'assurance perte de gains est définitif et par conséquent si l'assuré peut de nouveau être assuré contre la perte de gain en dépit de ce fait, n'a pas été tranchée par le Tribunal fédéral ni pour la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) ni pour LCA.

Selon Jean-Loius DUC qui a examiné la question pour les contrats d'assurance perte de gain soumis à la LAMal, "La logique voudrait que l'assuré qui a épuisé son droit ne puisse plus être couvert pour une indemnité journalière. Si l'idée était de permettre une nouvelle période d'indemnisation, voire une nouvelle affiliation, la loi préciserait certainement les conditions de la reprise du droit et de la nouvelle affiliation. On ne saurait alors parler de lacune proprement dite de la loi. En effet, l'épuisement définitif du droit aux prestations est logique dans un régime où, après une année d'incapacité de travail d'une certaine importance, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité prend naissance. La variante "longue maladie" dans les règles légales régissant l'ouverture du droit aux rentes de l'assurance-invalidité n'aurait guère de sens si le droit aux indemnités journalières de l'assurance-maladie ne s'épuisait pas" (Jean-Louis DUC, Les indemnités journalières selon la LAMal et la LCA, in Colloques et journées d'études 1999-2001 organisés par l'IRAL, p. 750 s.). Cet auteur constate toutefois que le législateur ne semble pas avoir envisagé le cas où un assuré recouvre sa capacité de travail après une longue période d'inactivité et après avoir bénéficié momentanément d'une rente de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il juge que l'épuisement définitif du droit aux indemnités journalières ne serait guère satisfaisant. Ainsi estime-t-il qu'il conviendrait de considérer que ce cas n'est pas réglé par la LAMal et, implicitement, qu'il s'agit d'une lacune qu'il conviendrait de combler en donnant la possibilité à l'intéressé de souscrire une nouvelle assurance (ibidem).

Jean-Luc MERCIER est de l'avis qu'un assuré qui a perçu ses 720 indemnités journalières, dans le cadre d'une assurance régie par la LAMal, n'est plus assurable. Cela pose toutefois des problèmes pratiques, selon cet auteur, dans la mesure où, si une demande est faite à une autre assurance, celle-ci risque d'ignorer l'épuisement du droit aux prestations (Jean-Luc MERCIER, Le contrat d'assurance-maladie perte de salaire selon la LCA, in Colloques et journées d'études 1999-2001 organisés par l'IRAL, p. 789 s.).

Concernant les assurances perte de gain régies par la LCA, MERCIER estime qu'il est théoriquement possible d'assurer à nouveau une personne qui a épuisé son droit aux prestations, en cas de reprise d'une activité lucrative, cas échéant chez un autre employeur. L'assureur peut toutefois prévoir dans cette hypothèse qu'il refuse toute couverture, ou la couverture pour l'affection qui a entraîné l'épuisement de la couverture chez un précédent assureur, ou l'accorde seulement à des garanties très limitées (MERCIER, op.cit. p. 794).

3. Le demandeur déduit le droit à être assuré contre la perte de gain, en dépit de l'épuisement du droit aux prestations, directement de la CCT du second oeuvre.

L'obligation d'affilier les employés à une assurance perte de gain est réglée par l'art. 33 CCT, lequel a la teneur suivante :

"1. Assurances pertè de gain

Pendant toute la durée de son engagement chez un employeur, le travailleur a l'obligation d'être assuré pour la perte de salaire en cas de maladie.

De plus, le travailleur engagé chez un employeur signataire de la T, membre d'une caisse de compensation, a l'obligation d'être inscrit à l'un des trois contrats collectifs d'assurances reconnues, savoir la Z, le M et H.

a) En règle générale, les prestations de l'assurance s'élèvent 80% du salaire effectivement perdu en raison de la maladie, ceci dès le 3ème jour. Elles sont allouées tant que dure le contrat de travail, mais au maximum pendant 720 jours dans l'intervalle de 900 jours consécutifs (tuberculose et poliomyélite : durée illimitée). Lorsque le contrat de travail prend fm, l'assuré peut passer à l'assurance individuelle aux conditions de cette dernière.

b) Dans tous les cas spéciaux (assurances avec réserve, maladie survenant à l'étranger, revenu irrégulier avant la maladie, résultat déficitaire de l'assurance, etc.), les prestations peuvent être limitées selon les conditions particulières ou générales résultant du contrat d'assurance entrant en ligne de compte.

c) La prime destinée à couvrir le risque de perte de salaire en cas de maladie est répartie à raison de 2/3 à la charge de l'employeur et de 1/3 à la charge du travailleur.

La prime est fixée forfaitairement en % du salaire brut assuré. Moyennant versement régulier de la prime, l'employeur est libéré de toute autre obligation pouvant découler de l'article 324 a CO en cas de maladie du travailleur sauf cas de réserve de l'assurance".

La T ne lie en principe que l'employeur et l'employé et n'a dès lors pas d'effet contraignant sur un tiers, soit en l'occurrence sur la défenderesse. En effet, le contenu du contrat d'assurance entre les parties, qui doit être qualifié de stipulation pour autrui, est uniquement réglé par le contrat-cadre relatif à l'assurance-maladie collective pour 1999 que la défenderesse a conclu avec la FMB, ainsi que les conditions générales d'assurance (ci-après: CGA) y relatives. Néanmoins, la T peut avoir une certaine importance pour l'interprétation du contrat-cadre, dans la mesure où il est à supposer que la volonté des parties à ce contrat, du moins du preneur d'assurance, était de proposer aux employés un contrat collectif de perte de gain en cas de maladie conforme à la T.

Toutefois, la T ne donne in casu aucune indication précise concernant la faculté d'assurer à nouveau un employé après que celui-ci a épuisé son droit aux prestations de 720 jours. Il convient par conséquent de se référer exclusivement aux contrats-cadre et CGA y relatives pour déterminer le droit à être assuré dans le cas d'espèce.

4. La défenderesse a conclu avec la FMB, puis avec la FSP, différents contrats-cadre pour l'assurance collective perte de gain en cas de maladie. Ces contrats prévoient que le nouveau contrat annule et remplace, dès son entrée en vigueur, toutes conventions et avenants jusque là en vigueur (voir art. 15 al. 3 du contrat-cadre conclu pour 2003).

a) Le contrat-cadre conclu par la défenderesse avec la FMB en 1999, année de l'affiliation du demandeur à cette assurance, prévoit à l'art. 2 ce qui suit :

"2. ADMISSION A L'ASSURANCE ET ÂGE-TERME

Chaque personne à assurer doit remplir et signer une demande d'admission qui doit être adressée pour enregistrement à la caisse de compensation de l'employeur qui la transmet ensuite à l'assureur. Tout le personnel assurable est accepté à l'assurance sans réserve. L'âge-terme d'admission est fixé à 65 ans.

La qualité d'assuré débute dès l'entrée au service d'une entreprise et après avoir rempli une "fiche d'engagement".

Toutefois, chaque personne à assurer, qui au jour de son admission dans l'assurance

est totalement ou partiellement incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident et par voie de conséquence n'est pas en mesure d'assumer la charge inhérente à sa fonction, ou

ne travaille pas à temps complet dans l'entreprise, en raison de son état de santé, ou est déjà au bénéfice de prestations d'assurance fédérales, d'entreprises ou privées, en raison de son état de santé, ou

est devenue invalide à la suite d'activités précédentes, ou

a fait une demande de prestations à des assurances fédérales,

sous réserve de cas particuliers, n'entre au bénéfice de l'assurance qu'A partir du jour où elle a recouvré son entière capacité de travail et dès la date de début de la couverture confirmée par écrit par l'assureur.

Lorsqu'un assuré ou un preneur d'assurance manifeste son désaccord avec une mesure restrictive de l'assureur, relatif à l'article 2, la commission de prévention et de contrôle, instituée par les partenaires sociaux des métiers de la construction, se détermine, notamment en désignant un médecin-expert de son choix.

L'art. 3 de ce contrat a le libellé suivant:

3. READMISSION DANS L'ASSURANCE COLLECTIVE

L'assuré de moins de 65 ans qui est sorti de la même assurance collective est réintégré automatiquement chez le même assureur si son absence n'excède pas 12 mois.

Ce contrat-cadre ne prévoit aucune réglementation spéciale pour les assurés qui ont épuisé leur droit aux prestations.

b) Dans l'annexe au contrat d'assurance-maladie collective conclu par la défenderesse avec la Fédération des syndicats patronaux en 2000, il est précisé à l'art. 1e:

"1. Si épuisement des prestations à 100%

Lorsqu'un assuré a épuisé son droit aux prestations de 720 jours, d'autres indemnités journalières pour cause d'incapacité ne sont versées que si l'assuré a travaillé au moins six mois consécutifs selon l'horaire habituel de la branche ; dans ce cas, les prestations seront déterminées d'après l'échelle suivante

Durée d'affiliation au contrat du bâtiment	Durée des prestations
Jusqu'à 4 ans	4 mois
Jusqu'à 9 ans	6 mois
Jusqu'à 14 ans	8 mois
Plus de 14 ans	10 mois

Après le versement de l'indemnité selon l'échelle ci-dessus, le droit aux prestations s'éteint définitivement".

c) Dans le contrat d'assurance-maladie collective conclu par la défenderesse avec la FSP pour 2003, il est prévu à l'art. 3:

"L'assuré qui est sorti de la présente assurance collective est réintégré automatiquement dans la même caisse chez le même assureur si son absence n'excède pas 3 mois."

L'art. 7 de ce contrat stipule en outre, à partir du 46^{me} alinéa, ce qui suit :

"Chaque assuré perd, sans autre avis, le bénéfice de la couverture lors de l'épuisement du droit aux prestations pour des cas d'incapacité totale ou partielle selon les dispositions mentionnées ci-dessus.

Cependant, les assurés qui ont épuisé leur droit aux **indemnités en raison d'une incapacité partielle** (en gras dans le texte), la couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle et pour une durée maximale des prestations selon les normes du barème ci-après :

Durée d'affiliation au contrat du bâtiment	Durée des prestations
Jusqu'à 4 ans	4 mois

Jusqu'à 9 ans	6 mois
Jusqu'à 14 ans	8 mois
Plus de 14 ans	10 mois

Après le versement de l'indemnité selon l'échelle ci-dessus, le droit aux prestations s'éteint définitivement".

Le contrat-cadre pour 2003 prévoit par ailleurs à l'art. 6, pour l'incapacité de travail partielle la réglementation suivante :

"L'incapacité partielle d'au moins 50% est couverte proportionnellement au degré de celle-ci. Les jours pour lesquels des prestations partielles sont versées sont comptées en plein pour le calcul de la durée des prestations. Tous les jours de l'année (dimanches et jours fériés compris) sont pris en compte pour le calcul de la durée des prestations.

Le nombre total d'indemnités journalières dues pour l'ensemble des cas se succédant sans interruption ne peut en aucun cas dépasser la durée des prestations prévues par le contrat."

d) Les trois contrats-cadre précités prescrivent que les CGA de la défenderesse en font partie intégrante pour tout ce qui n'est pas réglé expressément par la convention.

5. Dans les CGA de la défenderesse, édition 1997, valables au moment de l'affiliation du demandeur à la Z ASSURANCE, l'art. 1 a trait à la couverture d'assurance. Cette disposition a la teneur suivante:

10.1 Variantes et prestations:

La police indique si les maladies qui existent au moment de l'admission à l'assurance sont assurées intégralement (art. 10.1.1 ci-après) ou partiellement (art. 10.2 ci-après) en cas de réapparition.

L'incapacité de travail existant au moment de l'adhésion à l'assurance n'est pas assurée.

Si toutefois, en vertu de conventions de libre passage, l'assuré a droit à des conditions plus favorables, ces dernières lui sont applicables.

10.1.1 Couverture intégrale

En cas de couverture intégrale, la durée des prestations convenue est également valable pour les maladies préexistantes.

10.1.2 Couverture selon échelle spéciale

Lorsque l'incapacité de travail est due aux suites d'un accident antérieur ou à la réapparition ou à l'aggravation d'une maladie dont l'assuré était déjà atteint ou pour lesquels il a déjà subi un traitement médical avant son admission à l'assurance, la Z paie l'indemnité journalière de perte de gain au maximum pendant la durée indiquée dans le tableau ci-après:

Durée d'emploi chez l'employeur actuel :	Durée maximale des prestations par cas de maladie ou accident :
Jusqu'à 6 mois	4 semaines
Jusqu'à 9 mois	6 semaines
Jusqu'à 12 mois	2 mois
Jusqu'à 4 ans	4 mois
Jusqu'à 9 ans	6 mois
Jusqu'à 14 ans	8 mois
Plus de 14 ans	10 mois

La fin de la couverture d'assurance est réglée par l'art. 11, lequel a le libellé suivant:

"11.1 Chaque assuré perd, sans autre avis, le bénéfice de la couverture:

- a) A l'expiration du contrat ;
- b) Lorsqu'il quitte le cercle des assurés
- c) Lorsqu'il atteint l'âge-terme mentionné dans la police ;
- d) Lors de l'épuisement du droit aux prestations, pour les cas d'incapacité totale ou partielle au travail ;

e) Lors de la cessation de l'exploitation de l'entreprise ;

f) A partir de la déclaration de faillite de l'entreprise assurée.

11.2 Si une personne qui quitte le cercle des assurés selon l'art. 11.1 lettre b) est au bénéfice de prestations lors de l'extinction de l'assurance, celles-ci continuent à lui être versées pendant 180 jours au plus dès sa sortie de l'entreprise, pour autant qu'il n'existe pas une autre couverture d'assurance auprès du nouvel employeur. Cette prolongation de couverture n'est pas accordée aux personnes qui ont épuisé leur droit aux prestations (art. 11.1, lettre d)".

b) L'art. 9.1 in fine des CGA applicable au contrat-cadre 2003 (pièce 12 demandeur) précise

"Pour chaque assuré, le calcul de la durée maximale des prestations tiendra compte des prestations déjà versées."

6. Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, pour autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières, en vertu de l'art. 100 LCA qui renvoie au droit des obligations, ainsi qu'au Code civil. Les conditions préformulées d'un contrat sont en principe à interpréter selon les mêmes règles que les clauses contractuelles individuelles. Pour interpréter un contrat d'assurance, il faut ainsi en premier lieu rechercher la réelle et commune intention des parties. Si elle ne peut être établie, il convient de se fonder sur leur volonté probable, en vertu du principe de la confiance ou de la bonne foi, et de considérer toutes les circonstances qui ont entouré la conclusion du contrat. A cet égard, on se tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptations techniquement propres au risque envisagé. Toutefois, il ne peut d'emblée être retenue la solution la plus favorable à l'assuré. Ce n'est que subsidiairement que prévaut contre l'assureur la règle *in dubio contra stipulatorem*, pour autant qu'il a rédigé seul des clauses ambiguës. Cette règle vaut en particulier pour l'exclusion de certains événements de la couverture, si les clauses litigieuses peuvent être comprises, en toute bonne foi, de différentes façons (ATF 122 II consid. 2a p. 121); 11811 consid. la p. 344s.).

7. Il convient en premier lieu d'examiner si le contrat auquel a adhéré le demandeur en 1999 doit être considéré comme la conclusion d'un nouveau contrat ou la continuation de l'ancien chez le même assureur.

Le contrat-cadre et les CGA ne prévoient pas clairement qu'une adhésion chez le même assureur après une interruption limitée entraîne, outre une réintégration automatique selon les termes utilisées dans le contrat-cadre pour 1999 à l'art. 3, la remise en vigueur de l'ancien contrat et ainsi la continuation de celui-ci.

De l'avis du Tribunal de céans, dès le moment où l'employé interrompt le contrat de travail, et a fortiori où il change d'employeur après une interruption d'assurance, il y a lieu d'admettre, selon les règles de la bonne foi, qu'un nouveau contrat est conclu. La CCT ne prévoit à cet égard pas que l'employé est obligé, après une relative brève interruption du contrat de travail et de l'assurance, d'adhérer à un contrat d'assurance perte de gain chez le même assureur. Il y a ainsi lieu de considérer que l'art. 3 du contrat-cadre pour 1999, concernant la réadmission, ne concerne que les formalités administratives. La réadmission automatique, après une interruption du contrat d'une durée ne dépassant pas douze mois, ne signifie dès lors pas que l'ancien contrat est remis en vigueur. L'employé est uniquement dispensé de remplir à nouveau le formulaire d'admission prévu à l'art. 2 du contrat. La question de savoir à quelle date le contrat de travail a pris fin peut par conséquent rester ouverte.

8. Le contrat-cadre pour 1999 ne donne aucune indication quant à la possibilité d'offrir une couverture complète ou restreinte à un assuré qui a déjà précédemment épuisé ses prestations d'assurance, dans un précédent contrat d'assurance, que ce soit chez le même assureur ou un autre. Les CGA applicables ne permettent pas non plus de donner une réponse claire à cette question. Certes, le droit aux prestations est limité à 720 jours et une extinction automatique du contrat d'assurance est prévue, lorsque l'assuré a touché les prestations maximales. Cependant, selon les règles de la bonne foi, ces clauses du contrat-cadre et des CGA ne peuvent être comprises que dans le sens que la limite du droit aux prestations ne vaut que pour le contrat en cause, sauf lorsque l'assuré fait valoir son passage dans l'assurance individuelle après la fin du contrat de travail. Ainsi, ce contrat-cadre ne peut-il être compris comme excluant d'emblée tous les assurés ayant précédemment épuisé les 720 jours d'indemnités journalières dans le cadre d'un autre contrat. De surcroît, la défenderesse a accepté le demandeur dans son assurance sans aucune réserve et a ainsi créé l'impression que rien ne s'opposait à sa réassurance. Par conséquent, il doit être admis que, selon le contrat-cadre de 1999, le demandeur pouvait être réassuré contre la perte de gain, sans égard aux prestations perçues précédemment. La durée de la couverture est toutefois limitée pour une incapacité due à une affection survenue déjà avant l'adhésion au contrat d'assurance, en vertu de l'art. 10.1.2 des CGA 1997.
9. Le contrat-cadre conclu en 2000 a cependant une autre teneur. L'art. 1 de l'annexe à ce contrat stipule que l'assuré qui a épuisé son droit aux prestations peut bénéficier seulement d'une couverture limitée, à la condition d'avoir travaillé au moins six mois consécutifs selon l'horaire habituel de la branche. Parallèlement, les CGA prévoient toujours la perte du bénéfice de la couverture lors de l'épuisement du droit aux prestations (art. 11.1 let. d) CGA édition 1997). Par conséquent, l'art. 1 de l'annexe du contrat précité ne peut être compris que dans le sens que cette couverture limitée s'applique uniquement aux nouveaux assurés qui ont épuisé leur droit aux prestations dans un autre contrat d'assurance, que ce soit chez le même

assureur ou un assureur différent. En effet, il n'est guère concevable de prévoir dans le contrat d'abord une couverture d'au maximum 720 jours d'indemnités journalières, pour accorder, après l'épuisement de ce droit, une couverture supplémentaire, alors que les CGA stipulent expressément que la couverture prend fin dans cette hypothèse.

10. Dans le contrat-cadre conclu pour 2003, le maintien de la couverture d'assurance est prévu pour la capacité de travail résiduelle pendant une durée limitée lorsque l'assuré a épuisé son droit aux indemnités en raison d'une incapacité partielle. Dans la mesure où toutefois l'art. 6 de ce contrat-cadre prescrit que les jours, pour lesquels les prestations partielles sont versées, sont comptés en plein pour le calcul de la durée des prestations et que l'assuré perd le bénéfice de la couverture lors de l'épuisement du droit aux prestations pour les cas d'incapacité de travail totale ou partielle, l'art. 7 al. 4 du contrat-cadre 2003 doit être interprété en ce sens que la prolongation de la couverture, après épuisement du droit aux prestations en cas d'incapacité partielle, ne peut que concerner les nouveaux assurés qui ont épuisé leur droit aux prestations dans un autre contrat d'assurance.

Par conséquent, il y a lieu d'admettre, avec la défenderesse, que le demandeur ne pouvait être assuré contre la perte de gain auprès de celle-ci dès le 1^{er} janvier 2003.

11. Dans la mesure où le demandeur n'était plus au bénéfice d'un contrat d'assurance perte de gain auprès de la défenderesse dès le 1^{er} janvier 2003, celle-ci a perçu indûment les primes d'assurance y relatives dès cette date. Conformément à ses conclusions, il lui sera donc donné acte de ce qu'elle s'engage à les restituer et elle y sera condamnée en tant que besoin..
12. Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise.
13. Le demandeur obtenant partiellement gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES:**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Donne acte à la défenderesse de ce qu'elle s'engage à rembourser au demandeur les primes d'assurance trop perçues dès le 1^{er} janvier 2003.

4. L'y condamne en tant que besoin.

5. Condamne la défenderesse à verser au demandeur une indemnité de 500 fr. à titre de dépens

6. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière



Sylvie CHAMOUX

La Présidente

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le **15 SEP. 2006**

