

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. RITTE R, juge

Membres : Mme Thalmann, juge, et M. Chamot, assesseur

Greffier : Mme Fittet, greffière-substitut

Jugement du 26 septembre 2006

dans la cause

X, à G, demandeur, représenté par l'avocat-conseil
Jean-Louis Duc, a Château-d'Oex,

contre

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

Art. 33 LCA

En fait

A. X, né en 1940, a été assuré auprès de Y Assurances SA. Au 1er janvier 2004, il bénéficiait, outre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, d'un contrat individuel "HBP", régi par la LCA. Cette couverture prévoyait la prise en charge des frais en division mi-privée dans toute la Suisse. Elle était grevée d'une réserve pour "affections et troubles fonctionnels de la colonne vertébrale", acceptée par l'assuré le 30 mars 2001.

Le 25 octobre 2004, l'assuré a consulté le Professeur F, neurochirurgien FMH, à Lausanne, pour une insensibilité et des paresthésies du membre supérieur gauche. Ce spécialiste a décidé de procéder à une foraminotomie C7-D1 gauche. L'hospitalisation a été agendée au 2 décembre 2004, l'opération étant prévue le lendemain.

Le mardi 30 novembre 2004, Y a réceptionné par courrier postal une demande de garantie d'hospitalisation datée du 26 novembre précédent, portant sur une hospitalisation à la Clinique C, établissement du Groupe L, dès le 2 décembre 2004. Le code diagnostique "12" se référait à une affection neurologique.

Le 1er décembre 2004, le secrétariat de la clinique a appelé l'assureur par téléphone. Une employée de Y a alors confirmé la couverture d'assurance dont bénéficiait l'intéressé, sans toutefois qu'il ne fût établi qu'elle s'était déterminée quant à une garantie d'hospitalisation.

Par message émis sur télécopieur (fax) le 3 décembre 2004, à 5 h 59, l'assureur a formulé toute réserve quant à la prise en charge du séjour hospitalier en cause. La réserve a été confirmée par lettre du 7 décembre suivant.

Répondant à ladite missive, le Dr F a, dans un rapport du 4 janvier 2005, fait savoir que le diagnostic posé était celui de "syndrome

cervico-brachial C8 g. sur troubles arthrosiques cervicaux". L'opération, nécessaire, avait été pratiquée comme prévu le 3 décembre 2004.

Une facture de 9'014 fr. a été adressée par la Clinique C à Y à raison de l'hospitalisation y relative, du 2 au 6 décembre 2004.

L'assureur a informé l'assuré de son refus de prise en charge par lettre du 21 janvier 2005, confirmé les 11 et 18 février 2005, ainsi que 22 décembre 2005, pour diverses autres notes d'honoraires et factures.

L'assuré a, par lettres des 17 et 23 février 2005, puis du 6 août 2005, demandé la couverture intégrale des frais médico-hospitaliers.

L'assureur a derechef, par son médecin conseil, interpellé le Professeur F, lequel a, par lettre du 17 août 2005, répondu par l'affirmative à la question "votre patient était-il au courant de la région opérée avant l'intervention ?". Il a confirmé avoir pratiqué une foraminotomie C7-D1 gauche par voie postérieure, joignant à sa réponse une copie de la lettre de sortie du 7 décembre 2004 adressée au médecin traitant de l'assuré.

L'assureur a confirmé son refus de prester par courriers des 12 septembre et 6 décembre 2005.

B. X a saisi le Tribunal des assurances, par demande du 20 janvier 2006, concluant au versement, par Y, de l'entier des prestations contractuelles en relation avec l'opération subie le 3 décembre 2004. Il a notamment produit un courrier du 7 février 2005 du Professeur F qui fournissait des renseignements concernant les conditions de son admission à la Clinique C.

Dans sa réponse du 10 mars 2006, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a fait valoir qu'elle avait respecté le délai de cinq jours dont elle disposait, selon la convention tarifaire du 17 mai 2002 relative à l'hospitalisation en divisions demi-privée et privée entre les cliniques du groupe L et elle-même, pour accorder ou non une garantie d'hospitalisation.

De surcroît, l'assuré connaissait, avant l'intervention, la partie du corps qui allait être opérée, à savoir la colonne vertébrale. Elle précisait que la convention s'appliquait aussi aux assurés au bénéfice de la couverture complémentaire, même si elle ne régissait que les rapports entre la clinique et l'assureur. Partant, l'assuré ne saurait se prévaloir d'une éventuelle garantie donnée à la clinique. Autant que de besoin, elle contestait que toute garantie ait été donnée, notamment au cours de l'entretien téléphonique du 1^{er} décembre 2004. Quoi qu'il en soit, toute garantie aurait été retirée par la réserve émise le 3 décembre 2005 (recte : 2004). De surcroît, le traitement en cause tombait sous le coup de la réserve.

Le demandeur, représenté par l'avocat-conseil Jean-Louis Duc, et la défenderesse, ont maintenu leurs conclusions au cours de l'échange d'écritures ultérieur.

C. Interpellé par le juge instructeur, le Professeur F a, dans un rapport du 28 juillet 2006, fait savoir que le patient avait été pris en charge en salle d'opération le 3 décembre 2004 à 8 h 20. Il avait toutefois été admis à la clinique la veille déjà, comme ceci était toujours le cas avant une telle opération, notamment pour que l'anesthésiste (le Dr B) pût l'examiner.

D. Le contrat et les conditions d'assurance y applicables ont été produits par la caisse, de même que la convention liant l'assureur au Groupe L.

En droit:

1. **a)** Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal), qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal.

Le Canton de Vaud a néanmoins 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. S., 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 IIe Cour civile.

b) En l'occurrence, le litige se rapporte à l'assurance complémentaire HBP, souscrite par le demandeur auprès de la caisse. De plus, X a agi par la voie de la demande auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Enfin, bien que non chiffrées, les conclusions de la demande excèdent 8000 francs en capital au vu des notes d'honoraires et factures dont la prise en charge a été refusée par la défenderesse. Sa valeur litigieuse place dès lors la cause dans la compétence du Tribunal, et non du Juge instructeur statuant comme juge unique (art. 11 al. 1er, 1ère phrase, de la loi sur le Tribunal des assurances [LTAs], a contrario). Les conclusions étant étayées par pièces à défaut d'être chiffrées, il serait excessivement formaliste d'inviter le demandeur à prendre des conclusions chiffrées.

Le tribunal de céans est donc compétent pour examiner ladite demande et cette dernière est recevable.

2. Seule est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que le demandeur requiert le versement par la défenderesse de l'entier des prestations contractuelles en relation avec l'opération subie le 3 décembre 2004.

3. A teneur de l'article 11 alinéa 1er, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Selon 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.

Le droit de l'assureur de grever la couverture d'une réserve découle de l'article 33 LCA.

4. Pour examiner les prétentions du demandeur à l'égard de la défenderesse, il convient de prendre en compte les dispositions contenues dans la Convention tarifaire relative à l'hospitalisation en divisions demi-privée et privée entre les cliniques du groupe L et Y Assurances SA des 2 et 17 mai 2002 (ci-après : la convention), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2002, d'une part, et dans les Conditions générales d'assurance (ci-après : OCA) pour les assurances maladie complémentaires, édition de 1997/98/99/2000, d'autre part, dès lors que Y s'y est référée.

a) L'article 4 alinéa 1^{er}, première phrase, de la convention prévoit que les cliniques font parvenir à l'assureur une demande de garantie dès que possible, avant l'entrée d'un patient.

Aux termes de l'article 5 de la convention, l'assureur garantit la prise en charge des coûts dans le cadre de la présente convention dans les cinq jours ouvrables dès réception de la demande de garantie ou décline la prise en charge des coûts avec une justification écrite (al.1^{er}). Si l'assureur a besoin de renseignements supplémentaires pour déterminer l'obligation de verser des prestations, il doit les exiger dans les cinq jours ouvrables dès réception de la demande de garantie; il accorde ensuite la garantie de paiement dans les dix jours ouvrables dès la réception de ces renseignements ou la décline avec une justification écrite (al. 2). Si l'assureur ne décide pas dans les délais, il est engagé vis-à-vis des cliniques comme s'il avait accordé la garantie; les prestations non obligatoires que les cliniques facturent directement à l'assuré sont exclues de cet engagement (al. 3). S'il devait se révéler par la suite que, de façon générale ou en raison d'une réserve d'assurance, il n'existe pas d'obligation de verser des prestations, l'assureur doit retirer la garantie de

paiement immédiatement avec une justification écrite; un retrait rétroactif n'est pas autorisé lorsque les raisons du retrait étaient déjà manifestes sur la demande de garantie (al. 4).

b) L'article 22.1, lettre a, CGA prévoit l'exclusion de la couverture d'assurance de suites de maladies et d'accidents qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat. Cette norme contractuelle ne contrevient, à l'évidence, à aucune des dispositions impératives de la LCA, énoncées aux articles 97 et 98 de la loi spéciale; elle s'applique donc en vertu de l'article 100 alinéa 1^{er} LCA.

La jurisprudence a posé quelques règles d'interprétation. En l'absence de dispositions particulières dans la LCA, ce sont, d'une façon générale, les principes d'interprétation des contrats qui sont applicables (art. 100 al. 1^{er} LCA). C'est ainsi que le principe de la confiance, déduit de l'article 2 alinéa 1^{er} CC, est applicable sans réserve. Les dispositions contractuelles doivent ainsi être interprétées comme un assuré de bonne foi peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Celui-ci ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté d'une clause rédigée par un assureur; ces principes généraux sont déduits de la règle dite de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (cf. ATF 122 III 118; ATF 118 II 342, consid. 1 a; cf. aussi ATF 124 III 155, consid. 1 b; AIF 121 III 414; ATF 119 II 443; ATF 116 II 189; TF, II^e Cour civile, V. c. H., du 9 février 2000, ad TAss VD du 30 août 1999, AMC 32/98 - 7/1999). Si, en ce qui concerne l'étendue du risque, l'interprétation la plus large doit être retenue (AIF 100 II 403), en revanche, les clauses d'exclusion doivent être interprétées restrictivement. Une clause d'exclusion peu claire ou équivoque doit être appliquée au détriment de l'assureur. A cet égard, l'article 33 LCA constitue un cas d'application du principe "in dubio contra assicuratorem", de sorte qu'en présence de deux interprétations également admissibles d'une clause contractuelle, il convient de rejeter celle qui est la plus favorable à l'assurance (ATF 115 II 264, JdT 1990 I 57; RBA XVII n° 46).

Pour juger si l'exigence de clarté et de précision de l'article 33 LCA est remplie, il faut donner aux mots utilisés l'acception usuelle qu'ils revêtent dans le langage quotidien, selon l'usage de la bonne foi (ATF 104 II 281; cf. aussi Viret, Droit des assurances privées, op. cit., pp. 92 **ss.**; Kuhn, Müller-Studer, Eckert, Privatversicherungsrecht, 2ème éd., Zurich-Bâle-Genève 2002, p. 172). Ainsi, dans le domaine de la couverture maladie, la jurisprudence rendue en matière d'assurance-maladie sociale, sous l'empire de la LAMA, prescrit que les réserves de couverture doivent être précises et qu'elles ne sauraient s'étendre à toutes les maladies possibles d'un organe (RBA XVI n°41).

5. Le refus de prestations opposé par la défenderesse au demandeur se fonde sur deux moyens, à savoir le refus de la garantie, signifié selon elle en temps utile (art. 5 al. 1^{er} de la convention), d'une part, et la réserve (art. 33 LCA), d'autre part. L'admission de l'un au moins de ces moyens suffit exonérer l'assureur de toute obligation contractuelle à raison des frais ici en cause.

6. S'agissant, d'abord, du moyen déduit de la garantie, il est constant que l'article 5 de la convention tarifaire en cause est une modalité du système du tiers payant instituée aux fins de permettre à l'assureur de s'exonérer dans des conditions contractuelles déterminées.

Il est vrai que le demandeur n'est pas partie à cet accord, auquel ne renvoie aucune clause des CGA. La convention déploie cependant des effets indirects à l'égard -de l'assuré, dans la mesure où l'assureur, en refusant la garantie, fait obstacle au tiers payant, lui substituant le tiers garant. Il ne s'agit toutefois pas d'une question de fond relative à son obligation de prêter, mais uniquement de modalités de celle-ci.

a) L'une desdites modalités, fixée à l'article 5 de la convention précité, est l'exigence d'un délai de cinq jours ouvrables imparti à l'assureur pour notamment décliner la prise en charge des coûts (al. 1^{er}) OU exiger les renseignements complémentaires dont il a besoin pour déterminer son obligation de verser des prestations (al. 2, 1ère phrase), à défaut de quoi "il est

engagé vis-à-vis des cliniques comme s'il avait accordé la garantie", les prestations non obligatoires que les cliniques facturent directement à l'assuré étant exclues de cet engagement (al. 3).

Cette modalité tend, en particulier, à permettre à l'assureur de déterminer s'il est en présence du cas d'exclusion prévu par l'article 22.1, lettre a, CGA précité. A défaut, l'application de cette norme serait, de fait, entravée, l'assureur étant contraint de procéder à d'aléatoires procédures de répétition de l'indu.

b) A cet égard, le demandeur allègue que la caisse n'a pas réagi à la demande de garantie du 26 novembre 2004. Pour cette raison, elle a été contactée par la clinique, par téléphone du 1^{er} décembre 2004, au cours duquel elle aurait alors donné oralement une garantie sans réserve. Quant à Y, elle considère que le fax du 3 décembre 2004 adressé à la clinique, par lequel elle formulait toute réserve quant à la prise en charge du séjour hospitalier en cause, respecte le délai conventionnel, dès lors qu'elle a reçu la demande de garantie par poste le 30 novembre 2004.

In casu, la défenderesse se réfère à la demande de garantie adressée par la Clinique C et datée du 26 novembre 2004 qu'elle a produit. Or, dite pièce comporte la mention "AVOR 5 Lausanne — 30 NOV. 2004". Y prouve ainsi que la demande de garantie du 26 novembre 2004 lui est parvenue le mardi 30 novembre suivant. Il est en outre constant que la garantie a été refusée par fax du vendredi 3 décembre suivant, soit dans les cinq jours ouvrables, de telle sorte que le délai de l'article 5 de la convention est respecté.

Au surplus, même si les parties s'accordent à admettre l'existence d'un entretien téléphonique du 1^{er} décembre 2004 entre le secrétariat de la clinique et l'assureur, la teneur de cet entretien n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante pour ce qui est d'une garantie accordée, étant précisé que le demandeur supporte le fardeau de la preuve à cet égard.

Du reste, aucun fournisseur de soins n'est partie au procès, et pour cause. En effet, la convention prévoit une clause compromissoire pour les

litiges relevant des assurances complémentaires (art. 15 al. 2 de la convention), les contestations relatives à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal relevant bien entendu du tribunal arbitral institué par l'article 89 de ladite loi (art. 15 al. 1^{er} de la convention).

c) En conséquence, le moyen invoqué par Y, tiré de la garantie d'hospitalisation, s'avère bien fondé.

7. Pour ce qui est, ensuite, du moyen déduit de la réserve, il doit être tenu pour avéré, au vu de l'avis de sortie du 7 décembre 2004 délivré par le chirurgien opérateur.

En effet, ledit avis indique que l'intervention portait sur le segment C7-D1. Une vertèbre dorsale au sens étroit était donc impliquée. Or, la réserve porte sur les "affections et troubles fonctionnels de la colonne vertébrale". Ainsi, même en admettant que la colonne vertébrale au sens du libellé ci-dessus n'inclut pas les vertèbres cervicales (ce qui en serait une lecture déjà étroite), il ne peut être contesté qu'elle comporte les vertèbres dorsales, respectivement une au moins desdites vertèbres. De plus, le fait que les douleurs ressenties par le demandeur étaient localisées dans le membre supérieur gauche n'est pas relevant, dès lors que ce sont les troubles vertébraux précités qui sont à l'origine des symptômes neurologiques de l'assuré, ce qui explique le code diagnostique retenu lors de l'admission.

Peu importe en outre qu'un profane de la médecine puisse avoir des difficultés à imputer des troubles neurologiques à une affection vertébrale. En effet, le champ d'application de la réserve doit être déterminé selon les éléments médicaux objectifs. Dans cette mesure, il s'agit d'un cas de figure différent de celui de l'interprétation dudit libellé, soumise au principe de la bonne foi au regard des capacités d'un assuré diligent moyen. De surcroît, l'assuré, informé par le Professeur F comme l'atteste ce dernier (cf. courrier du 17 août 2005), connaissait, avant l'intervention, la partie du corps qui allait être opérée, à savoir la colonne vertébrale, fait qu'il pouvait et devait mettre en relation avec la réserve grevant sa couverture. Même si l'ignorance

de l'assuré pouvait être opposée à l'assureur en pareil cas, le demandeur ne pourrait donc s'en prévaloir.

Le trouble en question entre donc dans le libellé de la réserve et c'est ainsi à juste titre que Y a refusé la prise en charge du séjour hospitalier en cause.

8 Enfin, c'est à tort que le demandeur se prévaut de la protection de sa bonne foi à l'égard de sa partie adverse selon les normes applicables en droit public.

Les rapports entre parties sont en effet exclusivement contractuels in casu, dès lors que l'on se trouve dans le domaine des assurances complémentaires, régi par la LCA. Or, pour ce qui est de la bonne foi en affaires, on ne voit pas de quel procédé dolosif l'assureur aurait fait usage en n'ayant pas réagi à la demande de garantie du vendredi 26 novembre 2004 (reçue le 30 novembre 2004) avant le vendredi suivant 3 décembre 2004. Un tel délai recouvrant deux jours ouvrables entiers correspond en effet à la durée usuelle du traitement d'une affaire urgente devant passer par la voie hiérarchique, ce indépendamment du délai prévu par l'article 5 de la convention, dont il a été fait état ci-dessus sous l'angle du moyen déduit par le demandeur de l'invalidité de la réserve.

Au surplus, l'heure de la réserve, soit 5 h 59 le 3 décembre 2004, permettait de différer l'opération, laquelle n'a, à défaut d'urgence, pas eu lieu à une heure aussi matinale, surtout dans une clinique privée, ce d'autant que le patient avait été admis à la clinique la veille déjà. En effet, le Professeur F, dans son rapport du 28 juillet 2006, a indiqué que la prise en charge aux fins opératoires n'a débuté qu'à 8 h 20 ce même jour, soit plus de deux heures après la réception du fax par la clinique. A l'évidence, il ne saurait être admis qu'aucun secrétariat ne fonctionne à une telle heure de la matinée, à un moment où le personnel médical est déjà à l'œuvre.

En outre, la teneur de l'entretien téléphonique du 1^{er} décembre 2004 dont se prévaut le demandeur n'est pas établie, comme relevé précédemment,

à défaut de son existence même, la défenderesse contestant avoir donné toute garantie d'hospitalisation. Le demandeur échoue dès lors dans la preuve du fait dont il se prévaut, fait que la maxime d'office, applicable selon l'article 85 alinéa 2 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA), ne permet ni d'établir ni d'infirmer. Au vrai, le seul fait qui ressort de la lettre du Professeur F du 7 février 2005, dont le demandeur se prévaut, est que l'assureur s'est limité à confirmer le contenu de la couverture d'assurance de l'assuré, ce qui est une démarche courante dans les rapports entre fournisseurs de soins et assureurs, assortie des réserves d'usage, et qui n'implique nulle garantie. Cette pièce n'a dès lors nullement la portée que lui confère l'assuré. Au surplus, ainsi que l'indique la lettre précitée du 7 février 2005, aucune mention n'a été faite d'une réserve durant l'entretien téléphonique en cause.

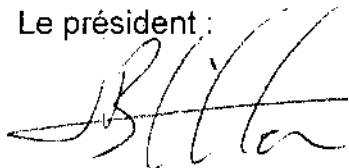
On ne peut donc suivre le demandeur lorsqu'il fait valoir que "ce silence de Y (l') a privé (...) de la possibilité de prendre la décision de choisir en connaissance de cause une hospitalisation ailleurs qu'en milieu privé".

9 Au vu de ce qui précède, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

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

Les conclusions de la demande déposée par X
contre Y Assurances SA sont rejetées.

Le président :



La greffière :

.d2b-

Du **3** NOV. 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;

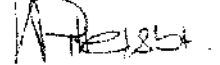
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

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. 49 al. 2 LSA).

La greffière :



PHOMUOPIE. CERTIFIEL
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier

