

**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

Présidence de Mme THALMAN N, juge  
Membres : MM. Berthoud et Donzel, assesseurs  
Greffier M. Perret, greffier-substitut

**Jugement du 14 décembre 2006**

dans la cause

**X**, recourant,

contre

**Y ASSURANCES SA** (ci-après : Y ou la caisse),  
intimée.

---

**Art. 12 al. 3 LAMal; 20 et 21 LCA**

### **En fait :**

**A.** X, né en 1941, et son épouse F, née en 1942, domiciliés à St-Légier, sont affiliés auprès de la caisse-maladie Y, anciennement Z, pour l'assurance obligatoire des soins et pour diverses assurances complémentaires. En 2003, le montant mensuel de la prime pour l'assurance obligatoire due par X s'élevait à 230 fr. 25, soit 2'763 francs par année, et celui de la prime pour les assurances complémentaires, après modification de la police d'assurance, à 191 fr. 30, soit 2'295 fr. 60 par année. Pour l'épouse, ces mêmes primes s'élevaient à 336 fr. 05 par mois, soit 4'032 fr. 60 par an, et à 270 fr. 80 par mois, soit 3'249 fr. 60 par an. Le montant total dû par les intéressés s'élevait ainsi, pour 2003, à 6'795 fr. 60 au titre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMaI; RS 832.10) et à 5'545 francs 20 au titre de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA; RS 221.229.1).

X a effectué un paiement de 10'000 fr. le 21 février 2003, lequel a été attribué aux neuf premières primes mensuelles LAMaI et LCA de l'année 2003, puis le solde à la prime d'octobre 2003, facturée le 7 septembre 2003.

Le 26 octobre 2003, la caisse a adressé au prénommé un rappel concernant la prime du mois d'octobre 2003, l'invitant à payer le montant de 1'081 fr. dans un délai au 9 novembre 2003, puis un second rappel est intervenu le 16 novembre 2003, qui informait l'intéressé que la caisse prononcerait une décision formelle de suspension du droit aux prestations de l'assurance complémentaire en cas de non-respect du nouveau délai de paiement fixé au 30 novembre 2003.

Par lettre du 12 janvier 2004, la caisse a imparti à X un ultime délai à dix jours pour lui verser la somme de 1'634 fr. 05, faute de quoi elle ferait usage de l'article 21 LCA et annulerait son contrat pour les assurances complémentaires. La caisse n'a pas pris cette mesure, un paiement étant intervenu le 23 janvier 2004.

Les polices d'assurances valables pour 2004, communiquées aux époux X en novembre 2003 et février 2004, prenaient en compte la modification de la couverture d'assurance LCA requise par les intéressés, qui avaient chacun demandé une franchise de 7'000 fr. dans le cadre d'une assurance d'hospitalisation. Ainsi, en 2004, le montant mensuel de la prime pour l'assurance obligatoire due par X s'élevait à 269 fr. 70, soit 3'236 fr. 40 par année, et celui de la prime pour les assurances complémentaires à 191 fr. 30, soit 2'295 fr. 60 par année. Pour l'épouse, ces mêmes primes s'élevaient à 349 fr. 70 par mois, soit 4'196 fr. 40 par an, et à 191 fr. 10 par mois, soit 2'293 fr. 20 par an.

La prime du mois de juin 2004, facturée le 1<sup>er</sup> mai 2004, a fait l'objet d'un premier rappel le 20 juin 2004, puis d'un second le 18 juillet 2004, qui indiquait les conséquences d'un non-paiement dans le délai accordé au 1<sup>er</sup> août 2004, soit la suspension des prestations.

Par lettre du 6 septembre 2004, la caisse a réclamé le paiement dans les dix jours de la somme de 1'177 fr. 75, faute de quoi, faisant usage de l'article 21 LCA, elle annulerait le contrat pour les assurances complémentaires, ce qu'elle a effectivement fait à la date du 30 novembre 2004, faute de paiement.

Selon décompte établi par la caisse, le solde dû par les époux X au 31 décembre 2004 s'élevait à 2'905 fr. 05, montant qui comprend primes LAMaI et LCA puisque tant les facturations de primes que les paiements de X ont été faits globalement.

**B.** Dans le cadre de la cause AM 106/04, ouverte par recours déposé le 9 novembre 2004 par X auprès du tribunal de céans à l'encontre de la décision sur opposition rendue par la caisse Y le 11 octobre 2004, le juge instructeur, après avoir constaté que X entendait aussi agir en matière d'assurance complémentaire, l'a invité par courrier du 21 octobre 2005 à déposer une écriture comportant des conclusions en cette matière uniquement, cette écriture étant alors réputée déposée le même jour que le recours, savoir le 9 novembre 2004.

X a dès lors déposé le 23 novembre 2005 une demande tendant notamment au remboursement des primes des années 2002-2004 par 21'356 fr. 80, plus intérêts moratoires à 5 %, au remboursement des primes 2003 par 2'763 fr., avec intérêts moratoires à 5% et au paiement de la somme de 29'239 fr. 60 à titre de frais de travail et de dépens avec intérêt à 5% dès la date de la facturation (date de la triplique dans la cause AM 106/04). Il fait valoir, en substance, que les vices des polices des assurances complémentaires privent les primes payées de justification; pour le surplus, il réclame la prise en charge par la caisse de diverses factures, échues et à venir.

Par réponse du 13 janvier 2006, la caisse conclut au rejet de la demande. Elle expose que les primes d'octobre à décembre 2003 n'ont pas été acquittées à leur échéance respective et qu'au surplus les primes LCA de juin à novembre 2004 n'ont jamais été acquittées. La caisse relève en conclusion que les suspensions de prestations, de même que l'annulation des contrats LCA au 30 novembre 2004, étaient justifiées.

Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives lors du second échange d'écritures, le demandeur déclarant au surplus dans sa réplique du 7 février 2006 augmenter les montants réclamés au titre de prise en charge des frais de gymnastique, par 540 fr., et de frais de travail et de dépens, par 37'416 fr. 20.

### **En droit:**

1. La couverture ici en cause n'est pas soumise à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Il s'agit d'une assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal. Elle relève dès lors du droit des assurances privées, soit de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal.

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 été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt S. P., du 24 juin 1998, no 257/1998, publié 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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2006; ATF 124 III 44, JT 1998 1377, RAMA 1998, KV 35 p. 290; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198; 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 s., 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.** Dans ses conclusions, le demandeur réclame à la défenderesse différents montants en se fondant sur le fait que les contrats seraient nuls dès 2002. Il s'agit du paiement de l'indû sur la base de l'article 63 du Code des obligations (**CO**; RS 220); en vertu de l'alinéa 1<sup>er</sup> de cette disposition, il appartient donc au demandeur de démontrer qu'il a payé en croyant, par

erreur, qu'il devait ce qu'il a payé. Or, en l'occurrence, l'intéressé n'a manifestement pas rapporté cette preuve dans la mesure où sa tentative d'établir la nullité des contrats d'assurance est dénuée de toute pertinence.

3. Quant à l'annulation des contrats concernant les assurances complémentaires, il y a lieu de relever que le demandeur ne la conteste pas effectivement, puisqu'il invoque précisément la nullité des contrats. De toute façon, celle-ci a été prononcée à bon droit.

En effet, selon l'article 20 LCA, si la prime n'a pas été payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordé par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation doit rappeler les conséquences du retard (al. 1<sup>er</sup>). Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (al. 3). Ces prescriptions ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98 al. 1<sup>er</sup> LCA).

Aux termes de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 21 LCA, si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'article 20 LCA, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.

En l'espèce, la prime du mois de juin 2004, facturée le 1<sup>er</sup> mai 2004, a fait l'objet d'un premier rappel le 20 juin 2004, puis d'un second le 18 juillet 2004, qui indiquait les conséquences d'un non-paiement dans le délai accordé au 1<sup>er</sup> août 2004, soit la suspension des prestations. Cette missive remplit les exigences posées par l'article 20 LCA et constitue bien la sommation prévue par cette disposition. Par lettre du 6 septembre 2004, la caisse a réclamé le paiement dans les dix jours de la somme de 1'177 fr. 75, faute de quoi, faisant usage de l'article 21 LCA, elle annulerait le contrat pour les assurances complémentaires. Il est constant que le demandeur n'a pas satisfait à son obligation de payer dans le délai qui lui avait été imparti. Partant, la défenderesse était en droit de résilier les contrats LCA, ce qu'elle a fait en date du 30 novembre 2004.

Par ailleurs, conformément à l'article 20 alinéa 3 LCA, l'obligation de l'assureur a été valablement suspendue dès l'échéance du délai de paiement imparti dans le rappel du 18 juillet 2004. Le demandeur ne saurait dès lors réclamer la prise en charge de prestations ultérieures, telles les séances de shiatsu et d'ostéopathie effectuées depuis le 26 octobre 2004. Quant aux frais de gymnastique dont le demandeur fait état pour son épouse et lui-même, aucune pièce relative à une telle activité s'agissant de dame F n'a été produite au dossier, et le demandeur a produit en ce qui le concerne des attestations d'abonnement de fitness pour les années 2003, 2004 et 2005. Or, la caisse a indiqué qu'elle avait remboursé à l'intéressé l'abonnement 2003 par 200 fr., montant annuel maximum prévu par le chiffre 12.1 de l'appendice II des conditions supplémentaires d'assurances de la défenderesse pour l'assurance complémentaire C, et les attestations pour les années 2004 et 2005 ont été produites respectivement le 29 décembre 2004 et le 28 décembre 2005, soit après la résiliation des contrats LCA.

**4** Au vu de ce qui précède, la demande déposée contre Y par X doit être rejetée.

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

La demande déposée par X contre Y  
Assurances SA est rejetée.

La présidente :

Le greffier :

Du **27 FEV. 2007**

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).

Le greffier .

**M40TOCOpIE CER`tEEtE  
CONFORME À L'ORIGI**

LE-L



*Handwritten signature*