



## POUVOIR JUDICIAIRE

A/2994/2006

ATAS/39/2007

**ARRET****DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES****Chambre 5****du 17 janvier 2007****En la cause**

Madame X

demanderesse

**contre**

Y ASSURANCES SA

défenderesse

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges**

---

---

## EN FAIT

1. Le 20 juillet 2005, la Y Assurances (ci-après l'assureur) a reçu une proposition d'assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation signée le 1<sup>er</sup> juillet 2005 par Madame X. Le 27 juillet 2005, l'assureur a établi une police assurance avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2005 pour une indemnité de 100 fr. par jour d'hospitalisation. Ce contrat est soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA).
  2. Selon le formulaire d'annonce d'hospitalisation rempli le 11 novembre 2005 par le Dr . K des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), l'assurée a été hospitalisée du 17 octobre au 31 octobre 2005 à l'Hôpital cantonal de Genève en raison d'un anévrisme de l'aorte abdominale.
  3. En date du 15 novembre 2005, l'assurée a fait parvenir à l'assureur un second formulaire signé par la Dresse D, pour son hospitalisation du 31 octobre au 21 novembre 2005 à la Clinique genevoise de Montana. La raison de l'hospitalisation était identique à la première.
  4. Par courrier du 29 novembre 2005, le Dr T a communiqué à l'assureur ce qui suit:
    - 1) Motif du séjour :  
Résection greffe aorto-iliaque d'un anévrisme de l'aorte abdominale juxta-reinale.
    - 2) Quand la maladie a-t-elle été constatée pour la première fois: Dès 2002: mais augmentation progressive du volume de l'anévrisme dès 2003.
    - 3) La patiente a-t-elle subi un traitement médical pour cette affection du 01.07.2003 au 01.07.2005 :  
Simple surveillance annuelle par le Dr B et moi-même dès 2002.
  5. Le 7 décembre 2005, l'assureur a informé l'assurée qu'il refusait de verser les prestations contractuelles pour les hospitalisations précitées. Ce faisant, l'assureur s'est appuyé sur l'art. 12 de ses conditions générales d'assurances (CGA), selon lequel aucune prestation ne peut être allouée pendant les deux premières années d'assurance pour les hospitalisations dues aux séquelles d'un accident ou d'une maladie qui se sont manifestées dans les deux dernières années ayant précédé le début du contrat d'assurance, qui ont été traitées ou diagnostiquées par un médecin.
  6. Par courrier du 12 décembre 2005 à l'assureur, l'assurée s'est étonnée des raisons de ce refus. Concernant sa maladie, elle a expliqué qu'elle avait effectué périodiquement des contrôles, suite à un grossissement de son aorte, mais qu'elle n'avait jamais été traitée pour cette affection. Le dernier contrôle remontait à mars
-

2005 et, à cette époque, l'état était stationnaire, ne nécessitait aucun traitement et encore moins une opération. Ce n'est que fin juillet 2005, lors d'une visite à l'hôpital pour un contrôle routinier de la circulation veineuse des jambes, que les médecins ont décelé la présence d'une dilatation anormale de l'aorte abdominale. Cela étant, elle a considéré que l'opération n'était nullement due à des séquelles ni d'un accident ni d'une maladie, de sorte que l'art. 12 CGA ne s'appliquait pas. Elle a en outre relevé qu'elle a dû être hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana en raison de problèmes respiratoires survenus pour la première fois après l'opération subie à l'Hôpital cantonal.

7. L'assurée a annexé au courrier précité une attestation médicale du 23 août 2005 du Dr B, laquelle est libellée comme suit:

"Le soussigné, Dr B, certifie suivre la patiente susnommée depuis 2001 pour une dilatation de l'aorte abdominale. Cette dilatation mesurait au maximum : 35mm en mai 2002 et 43 mm en novembre 2003. Il est donc évident qu'au 1<sup>er</sup> juillet 2003, la dilatation se situait entre ces deux mesures, ce qui ne constitue en aucun cas une indication formelle à une intervention chirurgicale."

8. Par courrier **du** 10 janvier 2006, l'assureur a confirmé le refus des prestations, dès lors que le Dr T avait indiqué que l'affection avait été constatée pour la première fois dès 2002 et que le volume de l'anévrisme avait augmenté dès 2003. Il s'est fondé de nouveau sur l'art. 12 CGA dont il cite la teneur suivante: "Pendant les deux premières années suivant l'entrée en vigueur de cette assurance, aucune prestation ne sera versée pour des séjours hospitaliers résultant d'une maladie ou d'un accident **survenus il y a moins de deux ans, traités ou diagnostiqués par un médecin**" (en gras dans le texte).
9. Par demande reçue le 18 août 2006, l'assurée a saisi le Tribunal de céans d'une demande en paiement à l'encontre de l'assureur. Elle a conclu implicitement au paiement des indemnités journalières de 100 fr. pendant son hospitalisation en octobre et novembre 2005 à l'Hôpital cantonal et à la Clinique genevoise de Montana. Elle a répété que la présence d'un important anévrisme de l'aorte abdominale avait été découverte fortuitement lors d'un contrôle fin juillet 2005 pour des varices. Sa première consultation chez le spécialiste datait de 2001 et c'est en 2002 qu'une variation du volume de son aorte a été constatée. La nécessité de l'ablation de l'anévrisme et la greffe d'une partie d'aorte était totalement inattendue. Elle avait par ailleurs été envoyée à la Clinique de Montana pour convalescence et afin de pallier les problèmes respiratoires dus aux effets de l'anesthésie.
10. Dans sa réponse du 15 septembre 2006, la défenderesse a conclu au rejet de la demande et, subsidiairement, à l'audition au préalable d'un employé de son agence principale, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale visant à déterminer

si la demanderesse savait qu'elle devait subir une opération de l'aorte dans la deuxième partie de l'année 2005.

11. Par courrier du 7 octobre 2006, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Elle a allégué avoir signé le contrat d'assurance avec la défenderesse le 1<sup>er</sup> juillet 2005 et avoir appris la nécessité d'une opération seulement le 22 ou 23 juillet suivant. Au moment de la signature du contrat, rien ne laissait envisager une telle situation. Elle a insisté sur le fait que l'anévrisme a été diagnostiqué en 2001 déjà et qu'elle n'avait pas subi de traitement avant l'opération. Elle n'aurait par ailleurs pas pu prévoir qu'elle devrait se faire opérer de l'anévrisme.
12. A la demande du Tribunal de céans, la défenderesse l'a informé, par courrier du 13 octobre 2006, que la citation de l'art. 12 CGA dans son courrier du 10 janvier 2006 a été très vraisemblablement traduite de la version allemande des CGA et ne correspondait pas à la version française existante. Dans son courrier du 7 décembre 2005, la version française avait été cependant reprise telle qu'elle figurait dans les CGA. La défenderesse a par ailleurs transmis au Tribunal de céans copie de la police d'assurance, ainsi que les CGA applicables.
13. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et **16** juges assesseurs (art. 1 let. r et **56** T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMai), et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la demanderesse peut prétendre aux indemnités journalières d'hospitalisation pour les séjours à l'Hôpital cantonal et à la Clinique genevoise de Montana du 17 octobre au 21 novembre 2005.
4. Selon la proposition d'assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation signée par la demanderesse, ce sont les CGA de l'édition 07.2004 version 1 qui s'applique au contrat.
5. L'art. 12 let. a CGA a la teneur suivante :

"Pendant les deux premières années d'assurance, aucune prestation ne peut être allouée pour des hospitalisations dues aux séquelles d'un accident ou d'une maladie qui se sont manifestées dans les deux dernières années ayant précédé le début du contrat ou de l'assurance (art. 5) ou qui ont été traitées par un médecin".

L'art. 1 CGA définit la maladie comme "Toute atteinte à la santé constatée et confirmée par un médecin".

6. En l'espèce, il doit être admis que la dilatation de l'aorte abdominale correspond à la définition donnée à la maladie dans les CGA. Contrairement à ce que prétend en effet la demanderesse, une atteinte à la santé est également considérée comme une maladie, même si elle ne nécessite aucun traitement.

Il convient par ailleurs de constater que cette maladie s'est manifestée pendant les deux années précédant le contrat d'assurance. Il est vrai, qu'elle a déjà été diagnostiquée bien avant, comme cela est attesté par le Dr B. Il n'en demeure pas moins que ses manifestations ont perduré pendant le délai de carence. Par ailleurs, la dilatation n'est pas restée stable, mais a continué à progresser.

Cela étant, en application de l'art. 12 let. a CGA, la demanderesse ne peut bénéficier des prestations d'assurances. Certes, la défenderesse a indiqué, dans son courrier du 10 janvier 2006 que l'exclusion des prestations ne s'appliquait qu'aux séjours hospitaliers résultant d'une maladie "survenue il y a moins de deux ans, traitée ou diagnostiquée par un médecin". Toutefois, cette teneur ne correspond pas à la version française 07.2004 de l'art. 12 let. a CGA, de sorte que cette teneur ne saurait être retenue.

7. Au vu de ce qui précède, la demande sera rejetée.

---

**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. La rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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

La Présidente : \_\_\_\_\_

Claire CHAVANNES



\_\_\_\_\_  
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

**23 JAN. 2007**

