



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3636/2006

ATAS/54/2007

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 22 janvier 2007**

**En la cause**

Madame X

demanderesse

**contre**

Y ASSURANCES comparant avec élection de  
domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel

défenderesse

**Siégeant Valérie MONTANI, Présidente; Karine STECK et Doris WANGELER Juges**

---

EN FAIT

1. En date du 13 août 1985, Monsieur X a signé une proposition d'assurance, selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), en faveur de sa femme, Madame X (ci-après la demanderesse), notamment. Cette, assurance prévoyait le versement d'un montant de 60'675 fr. en cas de décès par accident avant le 1<sup>er</sup> août 2017, ainsi que d'une rente annuelle de 6'000 fr. en cas de perte de gain jusqu'au 31 juillet 2017, pendant une durée de 720 jours, diminuée d'un délai d'attente de 30 jours, dès le 1<sup>er</sup> août 1985, et assortie de la libération du paiement de la prime. Cette police a subi des amendements, le 22 août 1986; était dès lors prévu le versement d'un montant de 60'675 fr. en cas de vie au 31 août 2017 ou de décès (par accident ou maladie) avant le 1<sup>er</sup> août 2017; les prestations en cas de perte de gain n'ont quant à elles pas été modifiées. Le 17 novembre 1987, la demanderesse est devenue preneur d'assurance, sans modification des prestations en sa faveur. Une nouvelle police a été établie en date du 3 août 1988, sans modification des prestations.
2. Par courriers des 5 octobre, 18 octobre, 28 novembre 1994 et 7 mars 1995, l'assurance a mis en demeure la demanderesse de payer la prime échue au 1<sup>er</sup> août 1994.
3. Par courrier du 3 juillet 1995, l'assurance a informé son assurée qu'à défaut de paiement de la prime arriérée d'ici la fin du mois, l'assurance serait réduite en une somme libérée du paiement des primes.
4. Par courrier du 24 novembre 1995, l'assurance a informé la demanderesse que le contrat avait été libéré du paiement des primes avec effet au 1<sup>er</sup> août 1995. Le capital assuré avait été réduit à 16'631 fr., auxquels s'ajoutait le bonus actuel de 8'642 fr., sommes qui seraient payables à l'échéance du contrat ou immédiatement en cas de décès.
5. Par courrier du 24 septembre 1999, la demanderesse a informé l'assurance qu'elle avait présenté une incapacité totale de travail en 1994 et 1995, en raison d'une maladie, et que dès lors, elle avait droit au versement d'une rente mensuelle de 500 fr. avec libération du paiement des primes.
6. Par courrier du 5 décembre 1999, l'assurance a requis de son assurée des renseignements concernant son état de santé en 1994 et 1995.
7. Par courrier du 2 mars 2003, l'assuré a indiqué que son incapacité de travail avait débuté en mai 1994; le 19 août 2002, elle avait déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité, actuellement sans réponse. Enfin, elle a précisé n'avoir pas payé les primes en 1994 en raison d'une dépression, l'empêchant de s'occuper de ses affaires administratives.

8. Par courriers des 17 avril 2003 et 3 octobre 2005, l'assurance a informé son assurée que les prestations pour incapacité de gain en 1994 et 1995 étaient prescrites.
9. En date du 12 janvier 2006, une nouvelle police d'assurance a été établie, prévoyant le paiement de la somme de 16'631 fr. en cas de vie au 1<sup>er</sup> août 2017 ou de décès d'une des personnes assurées avant le 1er août 2017, la police étant libérée du paiement des primes.
10. Par courrier du 27 septembre 2006, l'assurée a déposé une demande en paiement devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à l'octroi d'une rente mensuelle de 500 fr. en raison de son incapacité de travail depuis 1994 et à la libération du paiement des primes. Elle a fait valoir être au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité et avoir oublié l'existence de cette assurance-vie, raison pour laquelle elle n'avait sollicité des prestations qu'en 1999.
11. Dans sa réponse du 7 décembre 2006, la défenderesse a préalablement contesté la compétence rationae materiae du Tribunal de céans, relevant qu'une assurance-vie n'était pas une assurance complémentaire à l'assurance-maladie ou accidents sociale. Quant au fond, elle a fait valoir que la demanderesse n'avait pas établi la réalité de son incapacité de travail, qu'elle n'avait en outre pas payé les primes d'août 1994, malgré les mises en demeure, et que dès lors sa police avait été modifiée et ne couvrait plus le risque d'incapacité de gain, mais uniquement celui du décès depuis le 1<sup>er</sup> août 1995. Quoiqu'il en était, toutes prestations qui auraient pu être dues pour les années 1994 et 1995 étaient prescrites.
12. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 12 septembre 1985 (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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. La défenderesse conteste la compétence rationae materiae du Tribunal de céans, qui examinera préalablement la question de sa compétence, comme il est d'ailleurs tenu de le faire d'office.

L'art. 56 V al. 1 let. c LOJ prévoit que 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-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Ainsi que cela ressort de la lecture des travaux préparatoires, cette volonté du législateur vise à améliorer la situation des assurés qui, en cas de litige avec un assureur privé portant sur des prestations complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire ou à l'assurance-accidents obligatoire, peuvent désormais saisir le Tribunal des assurances (cf. Mémorial du Grand Conseil 2001-2002, p. 98, relatif à l'art. 56G al. 1 let. g du projet de loi PL 8636, devenu l'art. 56V al. 1 let. c LOJ).

Selon le Tribunal des conflits, dans son arrêt du 26 août 2005 (ACOM/55/2005), le Tribunal cantonal des assurances sociales est désormais saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents, que cette assurance complémentaire soit offerte tant par une caisse-maladie que par une institution d'assurance privée autorisée ou non par l'Office fédéral des assurance sociales.

D'après la doctrine et la jurisprudence, il y a lieu d'admettre que les assurances-maladie complémentaires le sont par rapport à l'assurance-maladie sociale - plus précisément à l'assurance obligatoire des soins - et qu'elles doivent permettre aux assurés de compléter, à la carte en quelque sorte, les prestations de cette assurance de base (VIRET, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in : LAMa1-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 670). Il y a assurances complémentaires à la LAMa! lorsqu'il existe un lien matériel immédiat entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale, ou autrement dit lorsqu'il y a vocation à compléter le catalogue des prestations assurées selon la LAMai, comme c'est le cas par exemple des contrats collectifs perte de gain (cf. JdT 1999 III 106 consid. 4e et 4f). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a admis qu'une assurance offrant la possibilité d'assurer les dommages dentaires en cas d'accidents non couverts par l'assurance-accidents incluse dans l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques présentait un tel lien matériel et devait être qualifiée d'assurance complémentaire (RJAM 1984 p. 91, consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents, le besoin de couverture complémentaire existe car l'indemnisation n'est pas intégrale, notamment pour permettre aux assurés d'être hospitalisés en division privée ou semi-privée et/ou pour garantir une compensation complète de la perte de revenu consécutive à l'accident (VIRET, Assureurs privés et assurances sociales en Suisse, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale 1990 n° 7, p. 138).

En matière d'assurances complémentaires, le Tribunal de céans s'est déjà à quelques reprises penché sur sa compétence. Dans un arrêt ATAS/873/2006 du 3 octobre 2006, il a jugé que le contrat d'assurance-maladie collective d'indemnité journalière contre la perte de gain consécutive à la maladie ou à un accident, soumis à la LCA, qui couvrait le demandeur, travailleur indépendant non soumis à l'assurance-accidents obligatoire, constituait une assurance complémentaire à l'assurance-maladie ou accidents car il s'agissait d'une prestation faisant partie du catalogue de l'assurance-maladie ou accidents. Dans un arrêt ATAS/288/2006 du 28 mars 2006, le Tribunal de céans a jugé douteux mais a laissé la question ouverte de savoir si l'assurance décès ou invalidité conclue par la demanderesse constituait une assurance complémentaire à la LAMA1. En revanche, s'agissant d'une assurance décès et invalidité pour cause d'accident, l'assurance litigieuse était bien une assurance complémentaire à la LAA, car celle-ci prévoyait comme prestations en espèces, l'indemnité journalière, la rente d'invalidité, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'allocation pour impotents et les rentes de survivants. Dans un arrêt ATAS/583/2006, il a été jugé que le contrat d'assurance-maladie conclu par le demandeur n'était pas complémentaire à l'assurance obligatoire des soins, mais au contraire se substituait à celle-ci, car il offrait des prestations équivalentes à celles d'une assurance-maladie sociale; dès lors le Tribunal de céans n'était pas compétent *rationae materiae*.

3. Dans le cas d'espèce, l'assurance conclue par la demanderesse prévoyait dès le 22 août 1986 le versement d'un montant de 60'675 fr. en cas de vie au 1<sup>er</sup> août 2017 ou de décès (par accident ou maladie) avant le 1<sup>er</sup> août 2017, ainsi que celui d'une rente annuelle de 6'000 fr. en cas de perte de gain jusqu'au 31 juillet 2017, pendant une durée de 720 jours, diminuée d'un délai d'attente de 30 jours, dès le 1<sup>er</sup> août 1985 et assortie de la libération du paiement de la prime. En l'occurrence, l'assurance perte de gain doit être considérée comme accessoire par rapport à la prestation principale qui prévoit le versement de 60'675 fr. en cas de vie au 1<sup>er</sup> août 2017 ou de décès (par accident ou maladie) avant le 1<sup>er</sup> août 2017. Or, les prestations en cas de vie ou de décès ne font pas partie du catalogue de base de l'assurance-maladie des soins ou de celui de l'assurance-accidents. En effet, aucune assurance sociale n'assure la vie et le versement d'un capital en cas de décès ne constitue pas non plus une prestation servie par l'assurance-maladie selon la LAMA1 ou l'assurance-accidents selon la LAA, qui ne prévoit quant à elle, en cas de décès, que des rentes de survivants. Dès lors, il convient de constater que le lien matériel immédiat entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie ou accidents sociale fait défaut; le Tribunal de céans doit par conséquent se déclarer incompétent *rationae materiae*.

---

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

**Statuant**

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

1. Déclare la demande irrecevable par incompétence rationae materiae du Tribunal de céans.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral, 1000 LAUSANNE 14, conformément aux articles 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'article 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

  
La greffière  
Nancy BISIN



La secrétaire-juriste :

Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le **29 JAN. 2007**

