



TRIBUNAL DE L'ARRONDISSEMENT DU LAC

Le Tribunal civil

Séance du 6 mars 2008

Composition :
Présidence : André Waeber, Vice-Président
Juges : Roger Folly, Suzanne Gilomen
Greffière : Pascale Tempini

en la cause

X.,

demanderesse,

représentée par Me Jean-Claude Morisod, avocat,

contre

A.,

défenderesse.

*Action en paiement
(15 2007-064)*

retient

EN FAIT

1. X., née le 25 juin 1975, a travaillé dès le 3 mars 2003 en qualité de gérante du restaurant R. à Fribourg.

A. est une assurance-maladie qui pratique également les assurances complémentaires, notamment la couverture d'indemnité journalière conformément à la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

2. Selon le contrat de travail du 29 juin 2005, la rémunération de X. y a été fixée à Fr. 6'300.- brut par mois, avec Fr. 700.- au titre de frais de représentation, dont à déduire Fr. 270.- pour frais de repas (bordereau demandeur du 21 novembre 2007, p. 2.11).
3. En date du 7 juin 2005, la S. Assurances SA, agissant pour le compte de la Brasserie du R. SA, a signé avec la A. une proposition pour la conclusion d'une *assurance collective indemnité journalière en cas de maladie*, dans le cadre du contrat d'assurance-maladie Gastrosuisse.

Il en découle pour l'essentiel une couverture, pour l'ensemble du personnel de la Brasserie du R. SA, à raison de 80 % du gain annuel assuré, dès le 31^{ème} jour, durant 720 jours dans 900 jours.

A. a adressé, par le canal de S. Assurances SA, la police *d'assurance collective indemnité journalière selon la LCA* (n° 941 / 5099 / 1322427) le 23 août 2005, avec effet dès le 1^{er} juin 2005, accompagnée des conditions générales d'assurance et de la proposition à la Brasserie du R. SA (bordereau défenderesse du 12 décembre 2007, p. 8 101-104).

4. Les conditions générales d'assurance (édition 2005) disposent notamment :
 - 1 *Forment les bases du contrat :*
 - a) *les conditions générales d'assurance, ainsi que les conditions particulières et avenants éventuels;*
 - b) *la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 pour les points qui se sont pas réglés par les documents cités sous lit. a;*
 - c) *tous les arrangements écrits conclus entre A. et le preneur d'assurance, respectivement la personne assurée.*
 - 12 *En cas d'incapacité de travail complète de l'assuré, médicalement attestée, A. verse l'indemnité journalière convenue dans le contrat.*
 - 21 *L'indemnité journalière est allouée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée de paiement des prestations.*
 - 25 *Après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui incombe à A. de verser des prestations s'éteint.*
 - 38 *La couverture d'assurance de chaque assuré commence le jour où entre en vigueur le contrat de travail qui le lie à l'entreprise assurée, au plus tôt cependant, à la date du début du contrat indiquée dans celui-ci.*
 - 42 *La couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré à l'extinction du contrat.*
 - 90 *Le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile suisse.*

5. Le 27 décembre 2006, A. a reçu un avis de maladie, accompagné d'un certificat médical du Dr E. du 28 novembre 2006, attestant une incapacité de travail de X. de 100 % dès le 28 novembre 2006 au 9 avril 2007 au motif de *maternité/accouchement*, prévu à cette dernière date. Cet avis de maladie indiquait un salaire mensuel de Fr. 6'300.- avec 13^{ème} salaire de Fr. 393.75. (bordereau défenderesse p. 8.105).

Le 4 janvier 2007, la Brasserie du R. SA a invité A., suite à la reprise de l'établissement dès le 1^{er} décembre 2006 par L., à verser les indemnités à partir du mois de janvier 2007, directement sur le compte bancaire de X.

6. Le 30 janvier 2007, S. Assurances SA a informé A. que la Brasserie du R. SA avait cessé son activité avec effet au 30 novembre 2006 et a résilié le contrat collectif d'assurance, en y joignant la lettre de la Brasserie du R. SA du 25 janvier 2007 (bordereau défenderesse p. 8.107).
7. Par courrier du 5 février 2007, A. a confirmé la résiliation du contrat collectif d'assurance indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2006 pour cessation d'activité (bordereau défenderesse p. 8.108).

Cela étant, l'assurance collective du 23 août 2005 s'est éteinte le 31 décembre 2006.

Le salaire de X. a été payé par le nouvel employeur L. jusqu'au 31 décembre 2006 (demande p. 1 ch. 7).

En revanche, L. n'a pas repris le contrat d'assurance collective d'indemnité journalière auprès de A., ni n'en a conclu un nouveau. De son côté, X. n'a pas passé à l'assurance individuelle.

X. a donné naissance à un enfant prénommé Cheyenne le 23 mars 2007.

8. En date du 19 mars 2007, X. a ouvert action en paiement devant la Chambre des prud'hommes de la Sarine contre L. pour paiement du salaire du 1^{er} janvier au 31 mars 2007, soit un montant de Fr. 18'100.-; le procès a été suspendu par décision du Président M. du 3 septembre 2007 (bordereau défenderesse p. 2.17-18).
9. Le 17 septembre 2007, Me Jean-Claude Morisod., agissant pour le compte de X., a réclamé auprès de A. le paiement des indemnités journalières pour la période du 1^{er} janvier au 9 avril 2007, ce que cette dernière refusa par courrier du 26 septembre 2007 (bordereau demanderesse p. 2.15-16).
10. Les pourparlers transactionnels engagés par la suite entre les parties ont échoué.
11. Le 21 novembre 2007, X. a ouvert action en paiement contre A., réclamant, avec dépens, un montant de Fr. 14'674.50, subsidiairement Fr. 7'180.- (bordereau demanderesse p. 1, 2). A l'appui de sa demande, elle expose, en substance, que son

incapacité de travail est survenue le 28 novembre 2006, soit pendant la couverture d'assurance.

Le 13 décembre 2007, X. a déposé un mémoire complémentaire réclamant, avec intérêt à 5 % l'an dès le 18 septembre 2007, principalement Fr. 27'284.-, subsidiairement Fr. 14'719.- (bordereau demanderesse p. 10, 11).

Dans sa réponse du 12 décembre 2007, A. a conclu au rejet de l'action de X., avec dépens, au motif que ses prétentions, fondées sur le contrat collectif, étaient éteintes de plein droit dès le 30 novembre 2006 (bordereau défenderesse p. 7, 8).

12. Le Tribunal du Lac a siégé le 7 février 2008. A cette occasion, après l'échec de la tentative de conciliation, les parties ont été interpellées, puis la procédure probatoire a été clôturée (p. 19).

En cours de séance, X., par le canal de Me Jean-Claude Morisod, a réduit ses conclusions (retirant celles en indemnisation de maternité) au montant de Fr. 14'579.60. A. a une nouvelle fois conclu au rejet des prétentions articulées contre elle.

13. Par jugement du 6 mars 2008, le Tribunal civil du Lac a rejeté l'action en paiement de X. contre A., avec dépens, sans percevoir de frais judiciaires (p. 20).

L'avis de dispositif a été notifié aux parties les 10 et 12 mars 2008. Par courrier du 12 mars 2008, Me Jean-Claude Morisod a sollicité la rédaction du jugement dans le délai légal de 30 jours; sa demande étant recevable, le jugement est par conséquent rédigé.

considère

EN DROIT

- a. Le Tribunal saisi est compétent à raison du lieu, X. étant domiciliée dans le district du Lac (art. 2, 9 LFors; 90 CGA).

D'autre part, la compétence à raison de la matière est également donnée. En effet, selon l'art. 85 LSA, le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance ou entre celles-ci et les assurés.

Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves. Quant à l'article premier de l'Arrêté cantonal du 16 août 1995, il soumet ces litiges à la procédure accélérée au sens des art. 282ss CPC. Sous réserve d'un recours en appel, le Tribunal civil d'arrondissement statue en cas de valeur litigieuse supérieure à Fr. 8'000.- (art. 143 OJ). Dans le cas d'espèce, elle est de Fr. 14'579.60 (art. 49 CPC).

- b. Selon l'art. 87 LCA, l'assurance collective contre la maladie donne au bénéficiaire, dès qu'un cas de maladie est survenu, un droit propre contre l'assureur.

Il en découle que X. a qualité pour agir contre A.

c. Les caisses-maladie, telle que A., sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur. Les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, des assurances complémentaires. Pareilles assurances sont régies par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (art. 12 LAMal).

d.

d.a. Selon les art. 67ss LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance indemnité journalière avec un assureur au sens des art. 11 et 68 LAMal. Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés définis par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (art. 71 LAMal).

Lorsque les conditions d'assurance collective d'indemnité journalière (art. 67ss LAMal) prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, à la rigueur de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation. Ainsi, à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours (ATF 125 V 106, 127 III consid. 3a).

d.b. En matière d'assurance privée. Dans l'assurance collective d'indemnités journalières litigieuse, relevant de la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas – comme c'est le cas dans la LAMal – d'une affiliation. En matière d'assurance privée, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles dans l'hypothèse où le sinistre survient pendant la période de couverture. La seule restriction que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. La conséquence en est qu'en l'absence de clause conventionnelle limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, ici le sinistre dès le 28 novembre 2006, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés définis par le contrat, peut néanmoins revendiquer à bon droit les prestations pour les faits postérieurs à l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III consid. 3b).

En l'espèce, X. a subi une incapacité de travail dès le 28 novembre 2006, soit à une date où la couverture d'assurance existait. En effet, le contrat d'indemnités journalières, résilié par le preneur d'assurance pour cessation d'activité le 30 novembre 2006, s'est éteint le 31 décembre 2006. Toutefois, selon la clause conventionnelle figurant sous ch. 42 CGA, la couverture d'assurance prend notamment fin pour chaque assuré à l'extinction du contrat. Quant au ch. 25 CGA, il dispose qu'à l'extinction de la couverture d'assurance, l'obligation de verser des prestations s'éteint.

Il s'ensuit, qu'au vu de cette limitation contractuelle, les droits aux prestations de X. se sont périmés le 31 décembre 2006. Dès lors que sa revendication porte sur le paiement d'indemnités entre le 1^{er} janvier et le 9 avril 2007, son action doit être rejetée.

- e. Conformément à l'art. 85 LSA, il n'est pas perçu de frais judiciaires, étant acquis que la demande de X. ne saurait être qualifiée de téméraire.

En revanche, X. ayant succombé à l'action (art. 111 CPC), elle supporte les dépens de la cause, soit les frais de vacation de A. (art. 114b CPC). En effet, l'art. 383 CPC renvoie à l'application des dispositions générales du Code de procédure civile, donc notamment à l'art. 111 CPC. Et la gratuité des frais de procédure judiciaire ne prive pas le juge de la faculté de mettre les dépens à la charge de la partie ayant succombé à l'action.

Par ces motifs,
prononce :

1. L'action en paiement de X. contre A. Organisation de santé est rejetée.
2. X. supporte les dépens.
3. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
4. (...) Ce jugement rédigé peut faire l'objet d'un recours en appel dans un délai de 30 jours dès sa notification (art. 294; 390 CPC).
5. Ce jugement est notifié aux parties contre accusé de réception.

Morat, le 6 mars 2008

La Greffière

Le Vice-Président

Notifié le

La Greffière