



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4170/2006

ATAS/461/2008

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 17 avril 2008

En la cause

X.,

comparant avec élection de domicile en l'étude
de Maître Manuel MOURO

demandeur

contre

A.,

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPEL et Violaine LANDRY-
ORSAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. X., né en 1947, a été employé par Y. en qualité d'électricien à compter du 1^{er} mai 1998 (cf. pièce 7 défenderesse). A ce titre, il était assuré contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels et maladies professionnelles auprès de B.

Pour la perte de gain en cas de maladie, l'intéressé était assuré auprès de la A.

par un contrat d'assurance collective, qui prévoyait une indemnité journalière en cas de maladie couvrant le 100% du gain journalier après un délai d'attente de 30 jours.

2. Le 27 septembre 2001, un différend a opposé l'assuré à l'un de ses collègues. Ce dernier lui a asséné un coup violent au visage au moyen d'une chevillière métallique de chantier, lui déchaussant plusieurs dents et lui occasionnant une plaie sur le nez qui a dû être suturée. En outre, X., en chutant, s'est heurté la tête contre un muret.
3. Le 8 octobre 2001, l'assuré a déposé plainte pour lésions corporelles. Suite à cette plainte, son agresseur a été condamné à vingt jours d'emprisonnement avec sursis (cf. ordonnance de condamnation du Procureur général du 25 janvier 2002).
4. Après deux mois d'incapacité totale de travail, l'assuré a repris son poste le 26 novembre 2001.
5. Quelques jours plus tard, le 30 novembre 2001, son employeur a mis fin aux rapports de travail pour le 31 janvier 2002 ; il a libéré l'assuré de son obligation de travailler avec effet immédiat en s'engageant à lui verser le salaire dû pendant le délai de congé contractuel.
6. L'assuré a été à nouveau mis en arrêt de travail par son médecin traitant, le docteur E., à compter du 3 décembre 2001. Son employeur s'est alors déclaré prêt à tenir compte de cette incapacité conformément aux dispositions du code des obligations, dans la mesure où elle s'avérait véridique (cf. pièce 7 défenderesse).
7. Par décision du 11 avril 2002, B. a mis un terme à toutes ses prestations - hormis le traitement dentaire - avec effet au 30 avril 2002, au motif que l'assuré ne présentait plus de troubles en relation de causalité adéquate avec l'accident. Cette décision a également été notifiée à A. qui y a provisoirement fait opposition.
8. Le 24 avril 2002, l'assuré a demandé à A. de bien vouloir lui confirmer la prise en charge de ses indemnités journalières (pièce 11 défenderesse). En parallèle,

il a formé opposition à la décision de B. en concluant à ce que le versement des indemnités journalières soit prolongé jusqu'à ce que son état de santé soit stabilisé (cf. opposition du 13 mai 2002).

9. A. a convoqué l'assuré pour une expertise médicale auprès de son médecin-conseil, le docteur F., précisant que, dans l'intervalle, elle émettait toute réserve quant à une éventuelle prise en charge du cas (courrier du 5 juin 2002).
10. Par courrier du 1er juillet 2002, A. a indiqué à l'assuré et à B. que selon les conclusions de l'expertise médicale pratiquée le 10 juin 2002 par son médecin-conseil, le docteur F. (pièce 18 défenderesse), l'incapacité de travail de l'intéressé était toujours en relation avec l'accident du 27 septembre 2001. Selon ce médecin, qui se fondait sur les constats des docteurs G. et E., le syndrome post-traumatique était parfaitement étayé neurologiquement et les troubles neurologiques et psychologiques étaient sans conteste une conséquence directe de l'accident. A. a ajouté à l'attention de l'assuré qu'une offre de libre passage en assurance maladie individuelle lui serait adressée puisqu'il ne faisait plus partie du groupe des assurés collectifs de l'entreprise Y. depuis le 30 avril 2002 et ne pouvait plus être pris en charge à ce titre (pièce 8 demandeur).
11. Le lendemain, A. a adressé à l'assuré un courrier aux termes duquel elle lui proposait de devenir membre de l'assurance-maladie à titre individuel à compter du 1^{er} mai 2002, sans nouvelle réserve sur la branche d'assurance. Elle précisait toutefois que l'incapacité de travail en cours n'était pas concernée par cette offre et ne pouvait en aucun cas faire l'objet d'une prise en charge. Sans réponse dans les 90 jours, la caisse considérerait son offre comme nulle et non avenue et enregistrerait la démission de l'assuré de la caisse-maladie avec effet au 30 avril 2002 (pièce 21 défenderesse).
12. Par courrier du 8 juillet 2002 adressé à A., l'assuré a proposé qu'une expertise médicale neutre soit mise sur pied aux fins de trancher le litige entre B. et A. et déterminer laquelle de ces deux institutions devait verser des indemnités journalières (cf. ; pièce 8 demandeur). A. a décliné cette proposition par lettre du 26 juillet 2002, faisant remarquer qu'elle avait déjà fait procéder à un examen médical et que pour le reste, elle demeurait dans l'attente de la prise de position de B. (pièce 23 défenderesse).
13. Par courrier du 23 septembre 2002 adressé à A., l'assuré a fait valoir qu'il était toujours employé auprès de Y., car le délai de congé avait été prolongé en raison de son incapacité de travail. Par ailleurs, il a annoncé avoir été victime d'un second accident en date du 22 février 2002 ; il a fait remarquer que cette seconde incapacité de travail s'ajoutant à la première, il était a fortiori toujours sous contrat avec son employeur. En conséquence, il s'est opposé à

son transfert en assurance individuelle, alléguant qu'il n'y avait pas de raison qu'il paie des cotisations sensiblement plus élevées alors qu'il était toujours sous contrat de travail avec son employeur (pièce 14 demandeur).

14. A. a maintenu sa position, motif pris que, selon les renseignements fournis par Y., les rapports de travail avaient pris fin le 30 avril 2002 (lettre du 15 octobre 2002 ; pièce 27 défenderesse).
15. Par décision sur opposition du 6 mai 2003, B. a rejeté l'opposition de l'assuré contre sa décision du 11 avril 2002.
16. Le 16 mai 2003, A. a signifié à B. qu'elle ne contestait plus sa décision et qu'elle prendrait en charge les frais médicaux relatifs à l'affection psychique ainsi qu'aux douleurs cervicales à partir du 1^{er} mai 2002 selon les conditions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.
17. Le recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition de B. a été rejeté par jugement du 6 octobre 2004 (ATAS 807/2004). Le Tribunal a estimé que c'était à bon droit que B. avait nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident.
18. Le 2 novembre 2004, l'assuré a fait valoir auprès de A. que, dans la mesure où ses troubles psychiques avaient débuté alors qu'il était assuré auprès d'elle, elle était tenue de prendre en charge la perte de gain qui s'en était suivie du 1^{er} mai au 1^{er} novembre 2002.
19. A. a objecté, par lettre du 26 janvier 2005, que faute de souscription, par l'intéressé, d'une assurance individuelle perte de gain en cas de maladie par le biais d'un libre passage dans le délai de 90 jours qui lui avait été signifié, elle n'était pas soumise à prestations.
20. Le 12 janvier 2006, A. a encore fait remarquer à l'assuré qu'il n'avait jamais contesté le licenciement prononcé par Y; elle en a tiré la conclusion que les modalités de la fin du contrat de travail étaient légales et qu'une indemnisation pour la période du 30 avril au 1^{er} novembre 2002 relevait du litige entre l'assuré et son ancien employeur.
21. Le 9 novembre 2006, l'assuré a saisi le Tribunal de céans d'une demande en paiement dirigée contre A. Il conclut à ce que cette dernière soit condamnée à lui payer des indemnités journalières pour la période du 1er mai au 31 octobre 2002 avec suite de frais et dépens. A l'appui de sa demande, il invoque l'art. 336c al. 2 du code des obligations (CO) aux termes duquel le délai de congé donné avant une incapacité de travail totale ou partielle résultant d'une maladie ou d'un accident est suspendu et ne continue à courir qu'après la fin de la période de protection. Le de-

mandeur en tire la conclusion que son délai de congé n'avait pas encore commencé à courir lorsque B. a mis un terme à ses prestations, le 30 avril 2002, et qu'il était encore, de ce fait, sous contrat avec son employeur. Par ailleurs, il fait remarquer que son incapacité de travail pendant cette période n'a jamais été contestée.

22. Invitée à se prononcer, la A. (ci-après : la défenderesse), dans sa réponse du 7 décembre 2006, a conclu au rejet de la demande.

La défenderesse souligne qu'il n'est pas contesté que l'assuré a reçu son congé en mains propres en date du 30 novembre 2001. Or, il ne s'est retrouvé dans l'incapacité totale de travailler que le 1^{er} décembre 2001. La défenderesse en tire la conclusion que la résiliation n'a pas été notifiée en temps inopportun puisque l'assuré n'était pas en incapacité de travail au moment où son congé lui a été signifié et que, dès lors, la résiliation est valable. Toutefois, vu l'incapacité de travail ultérieure, le délai de congé a été suspendu pour une durée de nonante jours. En effet, la durée de la période de protection, pour les cas d'incapacité de travail résultant d'une maladie ou d'un accident, correspond à la durée de cette incapacité mais au maximum à la durée fixée par la loi en fonction des années de service. La période de protection s'est donc étendue du mois de décembre au mois de février 2002 et le délai de congé de deux mois doit donc être pris en compte dès cette date.

Qui plus est, la défenderesse fait remarquer que, renseignements pris auprès de l'employeur, l'assuré n'a émis aucune contestation concernant la résiliation du contrat de travail. La caisse se réfère aux conditions générales de l'assurance collective d'indemnités journalières (ci-après : CGA), dont il ressort que la couverture d'assurance et le droit aux prestations cessent pour chaque assuré au moment où ce dernier ne fait plus partie du cercle des assurés. Dans le cas particulier, la défenderesse considère que le demandeur ne lui a plus été affilié à compter du mois de mai 2002 et qu'il ne pouvait dès lors plus prétendre de prestations de sa part.

Selon la caisse, la proposition qu'elle a adressée à l'assuré de passer à un contrat individuel d'indemnités journalières découle d'une dérogation prévue par une disposition de la police d'assurance collective d'indemnités journalières (ci-après : la police d'assurance collective).

23. Le demandeur a répliqué par écriture du 22 janvier 2007, complétée le 12 septembre 2007 après étude des conditions générales d'assurance régissant les rapports d'assurance litigieux.

Il fait savoir que l'Office cantonal de l'assurance-invalidité lui a octroyé une rente entière d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 100 % du 27 septembre 2002 (fin du délai de carence d'une année) au 31 mars 2004, puis sur un taux de 80 % dès le 1^{er} avril 2004. Cette décision est basée, d'un point de vue médical, sur une expertise réalisée par le professeur I. (cf. rapport du 10 octobre 2006). Le demandeur soutient que, dans la mesure où ladite expertise fait mention

d'affections invalidantes d'origine malade remontant à une période où il était assuré par la défenderesse, c'est en vain que celle-ci prétend qu'il n'aurait plus fait partie du cercle de ses assurés collectifs au moment de la survenance de son invalidité.

Le demandeur ajoute que le fait que les troubles dont il souffre aient relevé à la fois de la maladie et de l'accident au cours de la période allant du 27 septembre 2001 au 30 avril 2002 n'est pas déterminant dans le cas d'espèce, puisqu'il est désormais établi que son incapacité de travail liée aux seuls problèmes de maladie est demeurée totale depuis septembre 2001.

Il souligne encore que le 11 avril 2002 déjà, B. considérait que son incapacité de travail ne relevait plus de l'accident mais de la maladie, si bien qu'à cette date son incapacité de travail était due à la maladie seule, ce que la défenderesse avait admis en retirant son opposition à la décision de B. Enfin, par arrêt du 6 octobre 2004, le Tribunal cantonal des assurances a établi que l'invalidité liée aux maladies dont il souffre est antérieure au 30 avril 2002.

24. Dans sa duplique du 25 octobre 2007, la défenderesse a fait remarquer qu'aux termes de la décision de B. - confirmée par jugement du Tribunal cantonal des assurances -, le demandeur n'a plus présenté que des troubles psychiques sans relation de causalité avec l'agression à compter du 1^{er} mai 2002. Or, à cette date, il faisait plus partie du cercle des personnes assurées. La défenderesse en tire la conclusion qu'elle ne peut être tenue au versement d'indemnités journalières.

Elle met par ailleurs en doute la pertinence pour juger du cas d'espèce des conclusions de l'expertise diligentée par les organes de l'assurance-invalidité quatre ans plus tard.

Enfin, s'agissant l'affirmation selon laquelle elle aurait admis son obligation de prise en charge dans son courrier du 16 mai 2003, la défenderesse fait remarquer qu'il était alors question de prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins et non pas d'indemnités journalières au sens de la loi fédérale sur le contrat d'assurance; depuis 1999, le demandeur était en effet également affilié auprès d'une caisse-maladie du C. pour son assurance obligatoire.

25. Le demandeur a encore précisé que l'expertise menée par l'assurance-invalidité n'a pas été valablement contredite. Or, elle établit que sa maladie remonte à une période antérieure au mois de mai 2002. Il en tire pour conséquence le devoir de la défenderesse de prendre en charge les indemnités journalières qui lui sont dues pour la période du 1^{er} mai 2002 au 31 octobre 2002.
26. Le Tribunal de céans a requis de la défenderesse la production des conditions générales de l'assurance collective d'indemnité journalière valables en 2002.

27. La défenderesse s'est exécutée en date du 25 mars 2008 et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981.

Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi 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. Le Tribunal des conflits a au demeurant expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; ACOM/42/2006 du 13 juin 2006; ACOM/55/2005 du 26 août 2005). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Déposée dans les forme et délai légaux (art. 89B loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA]), la demande est recevable.
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le demandeur peut prétendre des indemnités journalières pour incapacité de gain totale du 1^{er} mai au 31 octobre 2002.
4. A titre liminaire, il convient d'examiner, quand bien même cela n'est pas invoqué par la défenderesse, si les prestations requises par le demandeur ne sont pas frappées de la prescription. En effet, l'intéressé réclame le paiement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2002.

Aux termes de l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

En l'espèce, on doit considérer que le demandeur a eu connaissance du droit à l'indemnité qu'il fait valoir suite au jugement du 6 octobre 2004 par lequel le Tribunal cantonal des assurances sociales a nié l'obligation de prester de l'assureur-accidents en regard des dites indemnités notamment. Ce jugement a été notifié le 12 octobre 2004, de sorte que la prescription était acquise au plus tôt le 11 novembre 2006. La demande en paiement ayant été déposée en justice le 9 novembre 2006, le droit de requérir le versement des prestations litigieuses n'est pas prescrit (cf. ATAS 1168/2007 et arrêt du Tribunal fédéral A_206/2007 du 29 octobre 2007).

5. a/aa) Selon l'art. 336c let. b CO, après le temps d'essai, l'employeur ne peut pas résilier le contrat pendant une incapacité de travail totale ou partielle résultant d'une maladie ou d'un accident non imputable à la faute du travailleur et cela durant 30 jours au cours de la première année de service, 90 jours de la deuxième à la cinquième année de service et 180 jours à partir de la sixième année de service. L'alinéa 2 de cette disposition précise encore que le congé donné pendant une des périodes prévues à l'alinéa 1^{er} est nul. Si le congé est donné avant l'une de ces périodes et si le délai de congé n'a pas expiré avant cette période, ce délai est suspendu et ne continue à courir qu'après la fin de cette période. La jurisprudence et la doctrine s'accordent sur le fait que c'est le moment de la date de réception du congé qui est déterminante pour juger de sa validité (TERCIER, les contrats spéciaux, p. 485 ; ATF 113 II 259). Lorsqu'une période de protection survient alors que le congé a déjà été reçu, le délai de congé est suspendu jusqu'à la fin de la période de protection. La période de protection porte sur la durée fixée par la loi pour les lettres a, c et d et correspond pour la lettre b à la durée de l'incapacité de travail mais au maximum à la durée fixée par la loi en fonction des années de service (BRUNNER/BÜHLER/WEBER/BRÛCHEZ, Commentaire du droit du travail, 2004).

a/bb) Par ailleurs, il est constant que le demandeur était soumis à la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CN 2000 ; ci-après : convention collective, CCT) en vigueur au moment des faits à prendre en considération.

Aux termes de l'art. 19 al. 1 let. b de la convention collective, le contrat de travail de durée indéterminée peut être résilié, après le temps d'essai, moyennant un délai de congé de deux mois pour la fin d'un mois, de la deuxième à la neuvième année de service.

Quant à l'art. 21 al. 3 CCT, il dispose que si le travailleur tombe malade pendant le délai de congé, ce délai est suspendu au sens de l'art. 336c al. 2 CO durant 30 jours au maximum au cours de la première année de service, durant 90 jours de la 2^e à la 5^e année de service et durant 180 jours à partir de la 6^e année de service. Lorsque le terme auquel les rapports de travail doivent cesser ne coïncide pas avec la fin du délai de congé qui a recommencé à courir, ce délai est prolongé jusqu'à la fin du prochain mois (art. 336c al. 3 CO).

b) En l'espèce, le demandeur, employé depuis 1998, a reçu l'avis écrit de licenciement en date du 30 novembre 2001. Moyennant un délai de congé de deux mois, le contrat devait donc arriver à échéance le 31 janvier 2002.

Cependant, vu l'incapacité de travail présentée par l'intéressé, le délai de congé a été suspendu du 3 décembre 2001 au 2 mars 2002. Il en découle que le contrat de travail liant le demandeur à Y. a pris fin le 30 avril 2002.

6. a/aa) Selon la jurisprudence (ATF 127 III 106 consid. 3), lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) prévoient que le couvertre 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.

A l'inverse, lorsque - comme en l'espèce -, l'assurance collective d'indemnités journalières litigieuse relève de l'assurance privée selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Dans ce cas, si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles ; la seule limite que connaît la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Partant, en l'absence de clauses conventionnelles 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, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance.

a/bb) Ni la police d'assurance collective, ni les CGA ne contiennent de dispositions particulières limitant ou supprimant le droit aux prestations après la fin de la période de couverture. Ceci n'est pas surprenant, dès lors que la Convention collective de travail locale dans le secteur principal de la construction pour le canton de Genève (qui fait partie intégrante de la CCT nationale [art. 1 al. 1] et dont les dispositions sont expressément réservées par cette dernière à son art. 64 al. 4) stipule que les prestations sont allouées tant que dure le contrat de travail, mais au minimum pendant 720 jours dans l'intervalle de 900 jours consécutifs (art. 19 let. A al. 2).

a/cc) On doit déduire de ce qui précède que le demandeur a droit, a priori, au versement des indemnités journalières de la part de la défenderesse au-delà de la date du 30 avril 2002, étant précisé qu'il n'est pas déterminant à cet égard qu'il ait ou non fait valoir son droit au libre passage dans l'assurance individuelle.

b/aa) Cela étant, il convient de déterminer si le sinistre est survenu au plus tard à cette dernière date ou ultérieurement, auquel cas la défenderesse ne serait pas tenue de prester.

In casu et aux termes du contrat d'assurance, le risque couvert consiste en l'incapacité de gain pour cause de maladie, la couverture du risque ensuite d'accident étant expressément exclue à l'art. 4 de la police d'assurance collective.

Précisément, le Tribunal de céans se doit donc de fixer la date à partir de laquelle le demandeur se trouvait en incapacité de travail (et donc de gain) en raison de maladie, état de fait ouvrant le droit aux prestations.

b/bb) Dans son arrêt du 6 octobre 2004 (ATAS 807/2004) concernant les prestations de l'assurance-accidents, le Tribunal cantonal des assurances sociales a constaté que les douleurs cervicales de l'assuré étaient à mettre en relation avec l'état de spondylarthrose dont il souffrait déjà avant l'accident, que l'effet délétère était éteint et le statu quo sine atteint lorsque B. avait rendu sa décision mettant fin à ses prestations, le 11 avril 2002. Quant aux vertiges et troubles de la mémoire et de la concentration, le Tribunal a considéré qu'à six mois de l'accident (soit le 27 mars 2002 ou au plus tard, le 3 avril 2002, date du rapport du docteur MASSET, médecin-conseil de B.), ils n'étaient plus en lien avec celui-ci. Lesdits troubles ayant persisté et dès lors qu'ils s'inscrivaient dans un syndrome de stress post-traumatique, il ont été qualifiés, par le Tribunal, de troubles psychiques. A ce propos, il a été relevé que sans la décompensation psychologique survenue suite au licenciement de l'intéressé, celui-ci aurait pu reprendre le travail deux mois seulement après l'accident. C'est sur la base de ces considérations que le Tribunal a confirmé la décision de suppression des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2002.

b/cc) Il résulte des faits souverainement constatés par le Tribunal de céans en 2004 que l'incapacité de travail du demandeur n'était plus en relation avec l'accident couvert par B. à tout le moins à compter de la date de la décision de cette dernière, soit le 11 avril 2002. La poursuite de l'incapacité de travail était exclusivement due à des affections malades.

c) Il est vrai que l'incapacité de travail a fait l'objet d'une indemnisation de la part de l'assureur-accidents jusqu'au 30 avril 2002, soit jusqu'à ce que le demandeur sorte du cercle des assurés de la défenderesse. Cela étant, comme cela vient d'être démontré, le droit aux prestations est né avant cette date, au plus tard le 11 avril 2002, date à laquelle B. a constaté que les troubles présentés n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident.

Peu importe en réalité que le versement des indemnités ait été assumé par une institution tierce jusqu'à la fin du contrat de travail entre le demandeur et Y., dans la mesure où cela résulte en fin de compte du bon vouloir de l'assureur-accidents (qui aurait pu limiter ses prestations à une date antérieure) et que, de toute évidence, l'obligation de prester de la défenderesse était née pendant que le demandeur était encore membre du cercle des personnes assurées.

Dans ces circonstances, celui-ci a droit au versement de l'indemnité journalière à compter du 1^{er} mai 2002.

7. L'incapacité de travail totale du demandeur durant la période pour laquelle il requiert le versement d'indemnités journalières n'est pas contestée par la défenderesse. Cette incapacité est au demeurant étayée par de nombreuses pièces du dossier, ainsi que par la décision des organes de l'assurance-invalidité.

Par conséquent, il y a lieu de considérer que la demande est fondée est que la défenderesse est tenue de verser les indemnités journalières litigieuses, soit du 1^{er} mai 2002 au 31 octobre 2002.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :


1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

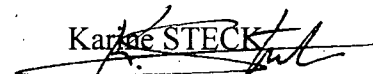
2. L'admet.
3. Condamne la défenderesse à verser au demandeur les indemnités journalières dues pour la période du 1^{er} mai 2002 au 31 octobre 2002, sur la base d'une incapacité de travail de 100 %.
4. Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme de 3'000 fr. à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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 (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 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'art. 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

La présidente



Brigitte LUSCHER



Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le **21 AVR. 2008**

M.-H. Uehlin

