

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 11 octobre 2010

Présidence de M. DIND

Juges : Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs

Greffier : M. Greuter

* * * * *

Cause pendante entre :

HOIRIE A. , demanderesse, dont le représentant est Me Christian Terrier, notaire à Pully, à savoir:

- B. , à Genève,
- C. , à Allaman, représentés par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne,
- D.

et

X. Assurances , défenderesse.

Art. 20, 21 et 45 al. 3 LCA

En fait :

A. a) Feu A. (ci-après: l'assurée), née le 27 décembre 1915, était assurée auprès de X. Assurances pour l'assurance obligatoire des soins. Elle a en outre souscrit auprès de celle-ci deux polices d'assurance complémentaire (Rr et Ss). Les primes mensuelles en 2006 étaient pour l'assurance de base de 418 fr. 30, pour Rr de 23 fr. et pour Ss. de 219 fr. Ces primes mensuelles étaient payables par trimestre avec échéance au premier jour de la période concernée.

Conformément à l'art. 1 des conditions générales des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents (CGA), éditées par la défenderesse en 1997, la loi sur le contrat d'assurance (LCA) est applicable en complément aux présentes conditions générales. Selon l'art. 2 ch. 1 CGA, l'assurance a pour objet la protection contre les conséquences économiques des maladies dans la mesure où elles ne sont pas couvertes par l'assurance obligatoire des soins, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Aux termes de l'art. 13 CGA, lorsque la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance reçoit une sommation de verser la prime dans un délai de quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation, laquelle lui rappelle les conséquences de son retard; si la sommation reste sans effet, le droit aux prestations est suspendu dès l'expiration du délai précité (ch. 1). Les frais de rappel, de sommation et de poursuites sont à la charge du preneur d'assurance (ch. 2). Aucune prestation ne sera payée pour les sinistres survenant pendant la durée de la suspension, même après le paiement ultérieur de la prime (ch. 3).

Selon l'art. 1 des conditions spéciales de l'assurance complémentaire R. des prestations particulières, classe r. (CSA R.), éditées par la défenderesse en 1997, dans les limites des présentes conditions, la caisse prend en charge les frais occasionnés par le traitement des maladies et des accidents. Aux termes de l'art. 5 CSA R. , dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, la caisse rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou par un tiers, lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin, d'une personne dûment autorisée ou d'une institution agréée par la caisse. Aux termes de l'art. 3 ch. 1 des conditions spéciales de l'assurance complémentaire

S. des frais d'hospitalisation, classes _____ (CSA S.), éditées par la défenderesse en 1997, sous réserve des dispositions contenues aux art. 4, 6 et 8 des présentes conditions, la caisse prend en charge la différence entre les prestations dues par l'assurance obligatoire des soins et les frais facturés par l'établissement hospitalier ainsi que les honoraires médicaux pour les soins fournis à l'hôpital.

b) Au 1^{er} juillet 2006, les primes mensuelles pour juillet, août et septembre 2006 n'avaient pas été payées. Le 16 août 2006, la défenderesse a adressé à l'assurée un document indiquant en rubrique "1^{er} RAPPEL LAMal, SOMMATION LCA". Selon ce document, l'assurée était débitrice de la défenderesse pour un montant de 1'978 fr. 80, à savoir 1'977 fr. 30 pour les primes mensuelles du 1^{er} juillet au 30 septembre 2006 additionné à 18 fr. 30 en tant que participation à des frais médicaux, auxquels 16 fr. 80 de restitution taxes environnementales devaient être déduites. Le décompte ne précise pas les montants dus au titre de l'assurance de base et des assurances complémentaires Rr. et Ss. Ce document indique que les catégories Rr./Ss. seront suspendues si les primes ne sont pas acquittées dans les quatorze jours à compter de l'envoi de la présente et que seul le paiement dans ce délai de l'entier de la somme due, y compris les frais, permettra d'éviter cette sanction.

L'assurée ne s'étant pas exécutée dans le délai précité, la défenderesse a, le 30 août 2006, suspendu son droit aux prestations d'assurance complémentaire pour le 31 août 2006.

Le 8 septembre 2006, l'assurée, par l'intermédiaire de son fils, s'est acquittée du montant réclamé de 1'977 fr. 30 en utilisant le bulletin de versement référencé correspondant aux primes LAMal et LCA d'octobre à décembre 2006.

Du 10 au 19 septembre 2006, l'assurée a été hospitalisée en division semi-privée à (l'hôpital) F.

Le 11 septembre 2006, la défenderesse a enregistré le paiement de la somme de 1'977 fr. 30 versé par le fils de l'assurée le 8 septembre 2006. Le 13 septembre 2006, elle a informé l'assurée que son droit aux prestations de l'assurance complémentaire avait été suspendu en raison du paiement tardif des

primes. Le 14 septembre 2006, suite à la réception d'une demande de garantie d'hospitalisation, elle a informé F. de cette suspension, précisant qu'elle ne prendra en charge que l'équivalent de l'hospitalisation en salle commune. Le 19 septembre 2006, la défenderesse a rectifié sa comptabilité et porté le paiement du 8 septembre 2006 en déduction des primes de juillet à septembre 2006.

La facture totale pour l'hospitalisation de l'assurée à F. du 10 au 19 septembre 2006 s'élevait à 20'890 fr. 55, que la défenderesse a pris en charge pour un montant de 7'209 fr. 55 et l'assurée pour un montant de 13'681 fr. 20.

B. a) Par demande du 15 octobre 2007, l'assurée a contesté la suspension des prestations d'assurance complémentaire. Elle allègue avoir connu de graves problèmes de santé en été 2006, qui l'avaient empêchée de gérer ses affaires. Elle soutient que le décompte joint au document du 16 août 2006 ne permettait pas de savoir quel montant était dû au titre de primes LAMal et quel montant était dû au titre de primes LCA, de sorte qu'il lui était impossible de savoir quelle somme d'argent payer afin d'éviter une suspension des prestations. Elle conclut à ce que la défenderesse soit reconnue débitrice d'un montant de 13'681 fr. 20, avec intérêts à 5% l'an dès le 25 avril 2007.

Dans sa réponse du 3 janvier 2008, la défenderesse conclut au rejet de la demande. Elle précise par ailleurs que, durant l'année 2006, elle était liée à F. par une convention d'hospitalisation concernant l'assurance complémentaire, laquelle introduit un système de forfaits par groupe de pathologie, sur lequel se base la facturation. Selon cette convention, elle aurait dû payer à F. la somme de 12'349 fr. 55 pour les frais d'hospitalisation semi-privée. Par conséquent, si la demande devait être admise, la défenderesse soutient que la somme due à l'assurée serait de 12'349 fr. 55 et non de 13'681 fr. 20.

Dans un second échange d'écritures, les parties ont maintenu leurs conclusions. L'assurée a en outre produit un certificat médical du Dr E.

, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, établi le 23 janvier 2008. On extrait ce qui suit de ce certificat médical:

"Diagnostic

> **Syndrome psycho-organique d'origine x:** (diagnostic différentiel: Mild cerebral impairment, Alzheimer, démence vasculaire, ...)

- > Etat dépressif
- > Status après AVC hémisphérique en novembre 1992
- > Status après ramollissement lenticulo-capsulaire en 1988
- > Status post-TPG droite en 1998 Hôp. de _____
- > S/p Fracture du bassin janvier 2007
- > Vertige d'origine indéterminée & trouble de la marche
- > Cardiopathie ischémique & hypertensive
- > Status après déficit cochléovestibulaire G en 97
- > Status post-TPG droite en 1991 Prof. G.
- > Polymyalgie rhumatisale diagnostiquée fin janvier 1998
- > Surcharge pondérale
- > Status post-néo du sein droit en 1981
- > Status après pancréatite aiguë en 1991 et 1992
- > Status après maladie de Horton en 84

Rappel Anamnestique

Cette patiente valétudinaire que je suis depuis près de 9 ans présente de nombreux problèmes de santé en particulier sur le plan vasculaire (plusieurs accidents vasculaires cérébraux). L'état général de Mme A. a beaucoup baissé depuis la fin de l'année 2005. Déjà dans le courant du printemps 2006, ma patiente souffrait de troubles mnésiques et de difficultés à gérer son quotidien. Sa capacité de discernement s'en trouvait donc altérée si bien que la famille a dû s'occuper de ses affaires administratives. Mme A. se trouve actuellement aux _____ (EMS) pour une durée indéterminée."

b) Le 2 septembre 2008, l'assurée est décédée, laissant comme seuls héritiers légaux et institués B., C. et D.

Par courrier du 17 décembre 2008, Me Anne-Sylvie Dupont, conseil de B. et C., a informé le tribunal que les trois héritiers avaient accepté la succession. Elle a en outre produit un certificat d'héritiers.

Le 26 février 2009, les trois héritiers ont convenu de désigner Me Christian Terrier, notaire, comme représentant de la communauté héréditaire de la succession de A.

Par courrier du 24 mars 2009, Me Terrier a confirmé à Me Dupont qu'elle pouvait poursuivre la présente procédure au nom de l'hoirie, qui ne procéderait cependant à aucune avance de frais.

Par courrier 15 avril 2009, le Dr E. a répondu comme suit aux questions suivantes:

"1. Depuis quand étiez-vous le médecin traitant de Mme A. ?

Depuis janvier 1998.

2. Pour quels types de problèmes vous consultait-elle habituellement?

Pour des problèmes de médecine générale: contrôles de la TA, problèmes hématologiques au sens large (polyarthrose, rhumatisme inflammatoire chronique, ...) ainsi que pour un soutien psychologique.

3. Dans un certificat médical que vous avez établi le 23.01.2008, vous mentionnez le diagnostic de syndrome psycho-organique d'origine X:

a. Confirmez-vous ce diagnostic?

Je confirme ce diagnostic.

b. Pouvez-vous décrire les manifestations de ce syndrome d'une manière générale?

La patiente présentait des troubles mnésiques ainsi que de la concentration et présentait par ailleurs des difficultés à exécuter des consignes complexes.

c. Pouvez-vous décrire les manifestations de ce syndrome chez Mme A. en particulier?

Concrètement la patiente avait des difficultés à mémoriser une succession de 4 ou 5 mots, et par ailleurs incapable de réaliser des repas, raison pour laquelle elle prenait les repas livrés à domicile déjà depuis 2005. Sa coordination n'était plus très bonne, et sa faculté de discernement était altérée.

d. A quel moment les premiers symptômes sont-ils apparus?

Dès la fin 2004, je notais un fléchissement des capacités cognitives et mnésiques de Mme A.

e. Quelle a été l'évolution de la maladie?

Dans le courant du printemps 2006, en raison de ses difficultés à se gérer au quotidien, ma patiente a dû faire appel à son entourage familial pour la gestion de ses affaires administratives.

f. En été 2006, sa capacité de discernement était-elle affectée?

Effectivement en été 2006, la faculté de discernement de Mme A. était affectée.

g. En été 2006, sa capacité de gérer ses affaires était-elle affectée? Sa capacité à gérer ses affaires était affectée aussi.

h. En particulier, Mme A. avait-elle, en été 2006, la faculté de comprendre la portée juridique d'un rappel envoyé par son assureur maladie assorti d'une menace de suspension de couverture en cas de non-paiement?

De manière corollaire on peut estimer que Mme A. n'avait plus la faculté de comprendre la portée juridique d'un rappel envoyé par son assureur maladie."

Dans des déterminations du 13 mai 2009, le conseil des demandeurs a indiqué que "ce n'[était] qu'en été 2006 que ses enfants [s'étaient] rendus compte

que leur mère n'était désormais absolument plus capable de gérer ses affaires seule et qu'ils ont donc pris la main."

En droit :

1. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente dans le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 1 DTAs-AM [décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie; RSV 173.431]). Sont applicables les règles de procédure prévues pour l'action de droit administratif (cf. JdT 2009 III 43; art. 106 ss LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]).

En l'espèce, les conclusions de la demande et celles de la réponse sont recevables à la forme.

2. Le litige porte sur la prise en charge des frais relatifs à l'hospitalisation de l'assurée du 10 au 19 septembre 2006. La question est, en particulier, de savoir si c'est à bon droit que la défenderesse a suspendu, le 31 août 2006, la couverture d'assurance complémentaire de l'assurée.

a) Selon l'art. 20 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1), lorsque la prime n'est pas 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). Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (al. 3).

Selon la jurisprudence (TF 5C_258/2001 du 8 mai 2002; 5C_20/2002 du 25 avril 2002), la sommation doit être adressée au débiteur de la prime (Hasenböhler, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, N. 18 ad art. 20 LCA; Roelli/Keller, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz

über den Versicherungsvertrag, vol. I, p. 339 ch. 2). Elle est réputée reçue lorsqu'elle entre dans la sphère de puissance du débiteur (ou de son représentant), lequel supporte le risque de ne pas en avoir effectivement pris connaissance (Thévenoz, Commentaire romand, Code des obligations I, N. 19 ad art. 102 CO et les références citées).

En outre, la sommation doit indiquer le montant de la ou des primes dont l'assureur exige le paiement; certains auteurs sont d'avis que si le montant mentionné dans la sommation dépasse celle de la prime échue, la sommation est sans effet (Hasenböhler, op. cit., N. 39 ad art. 20 LCA et les citations). De plus, l'assureur doit rappeler au débiteur toutes les conséquences du retard, à savoir, d'une part, la suspension de la couverture d'assurance à partir de l'expiration du délai légal (art. 20 al. 3 LCA; Hasenböhler, op. cit., N. 42 ad art. 20 LCA et les citations) et, d'autre part, le droit de l'assureur de se départir du contrat, respectivement la fiction de résiliation (art. 21 al. 1 LCA; TF 5C_20/2002 du 25 avril 2002, consid. 2).

b) Aux termes de l'art. 45 LCA, lorsqu'une sanction a été stipulée pour le cas où le preneur d'assurance ou l'ayant droit violerait l'une de ses obligations, cette sanction n'est pas encourue s'il résulte des circonstances que la faute n'est pas imputable au preneur ou à l'ayant droit (al. 1). L'insolvabilité du débiteur de la prime n'excuse pas le retard dans le paiement de celle-ci (al. 2). Lorsque le contrat ou la loi fait dépendre de l'observation d'un délai un droit qui découle de l'assurance, le preneur ou l'ayant droit qui est en demeure sans faute de sa part peut, aussitôt l'empêchement disparu, accomplir l'acte retardé (al. 3). Est en demeure sans sa faute, celui qui a été empêché d'agir pour des raisons objectives qui ne lui sont pas imputables (ATF 115 II 88, consid. 4; 84 II 556, consid. 9).

En cas d'intervention d'un tiers dans la gestion des affaires du débiteur, l'art. 101 CO, qui s'applique par renvoi de l'art. 100 al. 1 LCA, dispose que celui qui, même d'une manière licite, confie à des auxiliaires, tels que des personnes vivant en ménage avec lui ou des travailleurs, le soin d'exécuter une obligation ou d'exercer un droit dérivant d'une obligation, est responsable envers l'autre partie du dommage qu'ils causent dans l'accomplissement de leur travail. La notion d'auxiliaire de l'art. 101 CO est plus large que celle de l'art. 55 CO. En effet, il suffit que le débiteur ait conscience qu'une personne – qui n'a pas à être un représentant du débiteur au sens des art. 32 ss CO – participe à l'exécution de l'une de ses obligations et qu'il ne

s'y oppose pas pour que les conditions de l'art. 101 al. 1 CO soient réalisées. En somme, ce n'est que lorsque le débiteur n'a pas connaissance de l'intervention du tiers ou qu'il s'y oppose que cette disposition est inapplicable (cf. Thévenoz, op. cit., N. 6 et 18 ad art. 101 CO et les références citées).

c) Conformément à l'art. 21 al. 2 LCA, lorsque l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais.

Le paiement est effectif à partir du moment où le créancier dispose effectivement du montant dans ses comptes et peut en tirer profit, autrement dit quand la bonification est valablement intervenue même si celui-ci n'en est pas encore averti (Tercier, Le droit des obligations, 3^e éd., p. 200, N. 1003). Cette solution résulte du fait que les dettes d'argent sont des dettes portables et que, partant, le débiteur doit apporter la prestation au domicile ou au siège commercial du créancier (art. 74 al. 2 ch. 1 CO). L'obligation y relative n'est dès lors régulièrement exécutée qu'une fois la somme d'argent en cause à disposition du créancier. Dans l'hypothèse où le débiteur recourt à un auxiliaire, le mode de paiement ne doit pas être moins avantageux pour le créancier qu'une remise d'espèces (cf. ATF 119 II 232, consid. 2).

S'agissant de la reprise de l'obligation de l'assureur, elle ne déploie pas d'effets rétroactifs. L'assureur ne peut être tenu pour responsable des cas d'assurance survenus durant la suspension de son obligation (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2^e éd., p. 275). La suspension frappe tous les cas dont l'événement originel, également assuré, survient avant le rattrapage (CJ GE RBA III n° 80).

3. Deux principaux motifs sont invoqués par la demanderesse pour justifier son droit. Le premier a trait aux critères formels stricts que la sommation doit satisfaire (cf. infra consid. 3a). En second lieu, la demanderesse estime avoir été empêchée de se conformer à la sommation sans faute de sa part (cf. infra consid. 3b).

a) La demanderesse soutient que la sommation du 16 août 2006 ne satisfait pas les critères formels stricts reconnus par la jurisprudence. Elle considère

que le montant de la prime due selon la LCA doit être mentionné avec exactitude. Or, selon elle, tel n'est pas le cas en l'espèce, la sommation n'indiquant qu'un montant unique trois fois supérieur au total des primes LCA dues. Elle considère au demeurant, s'appuyant sur la jurisprudence, qu'en raison de cette seule différence entre le montant requis et le total des primes LCA dues, la sommation est irrégulière. De son côté, la défenderesse soutient que la connaissance du montant exact dû peut découler de divers documents. Or, tel est le cas en l'espèce, puisqu'il suffisait à l'assurée de consulter les bordereaux de primes ainsi que sa police d'assurance pour savoir exactement quel montant relevait de l'assurance complémentaire.

En l'espèce, la sommation du 16 août 2006, portant sur un montant de 1'978 fr. 80, indique, d'une part, que les primes d'assurance n'avaient pas été réglées en temps voulu et, d'autre part, sous "rappel des dispositions légales", que les catégories Rr. et Ss. seraient suspendues en cas de non-paiement de la prime dans les quatorze jours dès l'envoi de la sommation, la caisse pouvant en outre résilier les contrats d'assurance complémentaire. Par ailleurs, le relevé de compte annexé à la sommation fait notamment la mention suivante: "Emission primes du 01.07.06 au 30.09.06, échéance 01.07.06, 1'977 fr. 30". Il convient également de retenir qu'un avis de prime, produit par la demanderesse, donne le détail des primes LAMal et LCA, soit 418 fr. 30 pour la prime LAMal mensuelle nette, respectivement 23 fr. pour la prime mensuelle nette Rr. et 219 fr. pour la mensuelle nette Ss. Dans ces circonstances, le montant des primes LCA dues était aisément déterminable, sans qu'il fût nécessaire de les préciser en détail dans la sommation. Le grief de la demanderesse relatif à l'absence de mention spécifique dans la sommation du montant des primes LCA tombe ainsi à faux.

Le grief, selon lequel la sommation serait irrégulière, car le montant indiqué est trois fois supérieur à celui des primes LCA dues, ne convainc pas. En effet, le montant indiqué correspond au total des primes LAMal et LCA dues et non pas uniquement les primes LCA. Compte tenu de l'avis de prime, produit par la demanderesse, ainsi que du relevé annexé à la sommation, il convient de constater que le montant indiqué correspond bien au total des primes LAMal et LCA dues pour un trimestre. Ce montant ne prête dès lors pas le flanc à la critique.

Au vu de ce qui précède, la sommation n'est entachée d'aucun vice de forme, de sorte que, sur ce point, elle est conforme au droit.

b) La demanderesse soutient en outre que l'assurée ne s'est pas pliée à la sommation sans faute de sa part, celle-ci souffrant de troubles mnésiques qui altérerait sa capacité de discernement, selon le certificat médical du Dr E. , et qu'elle a accompli l'acte retardé immédiatement après que l'empêchement a disparu, de sorte que l'inobservation du délai comminatoire ne peut lui être reprochée. La défenderesse fait, elle, valoir que l'art. 45 LCA ne trouve pas application en l'espèce, la sommation n'étant pas soumise à un délai. Au demeurant, elle soutient que si la sommation est soumise au principe de la réception, il n'est pas nécessaire qu'elle soit remise au destinataire lui-même. Par ailleurs, est réputé parvenir dans la sphère d'influence du destinataire un courrier dont a pu prendre connaissance un tiers normalement habilité à le faire, ce qui est le cas en l'espèce, le fils de l'assurée ayant pris en charge la gestion des affaires de celle-ci.

En l'espèce, le fils de l'assurée ayant exécuté le paiement faisant l'objet de la sommation, il ne fait ainsi aucun doute que celle-ci est parvenue à l'assurée (sphère de puissance). Le fait que l'assurée ait été en incapacité de comprendre la portée juridique de la sommation importe peu, le risque de ne pas en prendre effectivement connaissance lui revenant.

Cela étant, il convient d'examiner la question de l'empêchement sans faute de la part de l'assurée (art. 45 al. 3 LCA). Il ressort d'un certificat médical du 24 janvier 2008 du Dr E. ainsi que des réponses de ce médecin en date du 15 avril 2009 qu'à la date de l'envoi de la sommation, l'assurée, en l'occurrence le preneur d'assurance, présentait depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois, un état de santé déficient qui l'empêchait de gérer elle-même ses affaires administratives. Dans ces circonstances, ses enfants, de leur propre initiative, ont pris en charge la gestion de ses affaires administratives depuis le printemps 2006 déjà, soit plusieurs semaines, voire mois, avant l'envoi de la sommation. Il convient ainsi d'examiner dans quelle mesure leur comportement, en particulier le non-paiement des primes dans le délai fixé par la sommation, peut être imputé à l'assurée. Compte tenu des pièces versées au dossier, particulièrement des réponses données par le Dr E. le 15 avril 2009 et des déterminations des demandeurs du 13 mai 2009, il apparaît tout au plus vraisemblable que l'assurée avait connaissance de la prise en charge de ses affaires par ses enfants et qu'elle ne s'y était pas opposée, voire qu'elle aurait sollicité leur aide. Dans ces circonstances, les enfants ont agi en tant qu'auxiliaires au sens de l'art. 101 CO, de sorte que leur

comportement peut être imputé à l'assurée. Par conséquent, le retard non excusable dans le paiement du montant réclamé dans la sommation par le fils de l'assurée peut être opposé à celle-ci. L'assurée ne peut dès lors se prévaloir de l'art. 45 al. 3 LCA pour remédier au à la violation du délai fixé dans la sommation.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la défenderesse a suspendu la couverture d'assurance complémentaire pour le 31 août 2006.

c) Il convient d'examiner enfin la question de la reprise de la couverture d'assurance complémentaire ensuite du versement du 8 septembre 2006 de l'entier du montant réclamé dans la sommation, porté en compte de la défenderesse le 11 septembre 2006.

Tout d'abord, on doit déterminer à quel moment la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais. Il ressort des pièces que le fils de l'assurée a effectué le versement de la somme demandée dans la sommation le 8 septembre 2006 et que cette somme a été portée en compte de la défenderesse le 11 septembre 2006. Compte tenu du fait que les dettes d'argent sont des dettes portables, que leur paiement est opéré dans le lieu où le créancier est domicilié à l'époque du paiement (art. 74 al. 2 ch. 1 CO) et que le recours par le débiteur à un auxiliaire ne doit pas être moins avantageux pour le créancier qu'une remise d'espèces, il convient de retenir que la dette est régulièrement exécutée lorsque le créancier peut disposer de la somme d'argent. En l'espèce, cela signifie que le montant réclamé dans la sommation est payé une fois qu'il est à la disposition de la défenderesse, en l'occurrence, compte tenu du mode de paiement auquel le fils de l'assurée a recouru, une fois que les comptes de la défenderesse ont été bonifiés de ce montant, soit le 11 septembre 2006.

C'est ainsi à partir du 11 septembre 2006 que les obligations de l'assureur relatives aux polices d'assurance complémentaire ont repris effet (art. 21 al. 2 LCA). Cette date étant postérieure à l'hospitalisation de l'assurée, qui avait eu lieu le 10 septembre 2006, soit à une date où la couverture d'assurance était encore suspendue, les obligations résultant des polices d'assurance complémentaire étaient encore également s'agissant de la prise en charge des coûts liés à cette hospitalisation. Dès lors, la défenderesse n'a pas à prendre en charge les prestations

liées à l'hospitalisation tel que le prévoit les art. 2 ch. 1 CGA, 5 CSA R. et
3 CSA S.

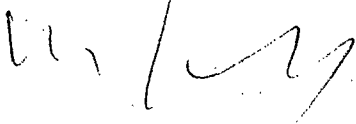
Au vu de ce qui précède, c'est avec raison que la défenderesse a
refusé de prendre en charge le montant de 13'681 fr. 20, lequel correspond aux frais
non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

5. En définitive, la demande doit être rejetée. Les parties n'ont pas à
supporter de frais de procédure (art. 85 al. 3 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004
sur la surveillance des entreprises d'assurance; RS 961.01]). Les demandeurs
n'obtenant pas gain de cause et la défenderesse n'étant pas assistée par un
mandataire professionnel, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 LPA-VD).

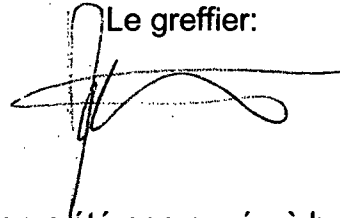
**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. La demande est rejetée.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:



Le greffier:



Du 13 OCT. 2010

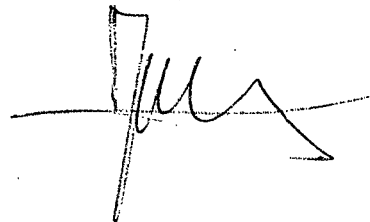
Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos,
est notifié à:

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour B. et C.),
- D.
- Me Christian Terrier, représentant de la communauté héréditaire de A.
- X. Assurances

par l'envoi de photocopies.

La valeur litigieuse n'atteignant pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal, Chambre des recours, dans les dix jours dès sa notification, en déposant au greffe de la Cour des assurances sociales, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Le greffier:



PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL

Le greffier:

