



## **EN FAIT**

1. Monsieur T\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né en 1984, a chuté, en date du 26 novembre 2006, dans un parc public de Madrid, chute qui avait notamment engendré une fracture du radius gauche. Il a subi une ostéosynthèse à l'Hôpital Alcornon en Espagne. Les suites de cet accident ont été prises en charge par une institution espagnole.
2. L'assuré est arrivé en Suisse le 18 janvier 2008 et a travaillé, en qualité d'aide de cuisine, dès le 4 décembre 2008 pour le restaurant le Gruyerien à Genève.

Il bénéficiait d'une assurance-maladie collective indemnité journalière, souscrite par l'employeur, auprès de la SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après l'assureur perte de gain).

La police d'assurance, datée du 4 octobre 2005, prévoyait, pour l'ensemble du personnel, une indemnité journalière en cas de maladie couvrant le 80% du salaire, pendant 720 jours, après un délai d'attente de 14 jours.

Cette police d'assurance se basait sur les Conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA, édition 2005, et sur les Conditions particulières d'assurance pour la restauration et l'hôtellerie pour le canton de Genève, édition 2005.

3. Par déclaration de sinistre du 23 mars 2009, l'employeur de l'assuré a fait annoncer à l'assureur-accidents un événement survenu en date du 30 janvier 2009. Il a notamment indiqué que l'assuré avait un problème récurrent au bras gauche et qu'il était en incapacité de travail depuis le 14 février 2009, incapacité qui allait probablement durer plus d'un mois.
4. Bien que l'annonce de sinistre ait été faite à l'assureur-accidents, c'est l'assureur perte de gain qui a versé à l'assuré des indemnités journalières dès le 14 février 2009.
5. Lors d'un entretien téléphonique du 29 avril 2009 avec un employé de l'assureur-accidents, l'assuré a expliqué qu'il avait soulevé quelque chose de plus lourd que d'ordinaire et qu'il avait ressenti, à ce moment-là, une douleur au niveau du poignet ou du coude, étant précisé qu'il aurait de l'eau dans le poignet ou le coude. D'après l'assuré, il s'agissait des suites d'un accident s'étant déroulé en 2006, mais il ne se rappelait plus quel assureur avait pris en charge cet accident. L'employé de l'assureur-accidents a déclaré que cet événement ne pourrait vraisemblablement pas être pris en charge, car soit le caractère accidentel de l'événement faisait défaut, soit il pouvait s'agir des suites d'un accident qui avait été couvert par un autre assureur-accidents, de sorte que celui-ci devrait le prendre en charge.

6. Par rapport du 19 mai 2009, un médecin de l'Unité de chirurgie de la main des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) a posé le diagnostic de cal vicieux du radius gauche et a constaté que les lésions étaient dues à un accident survenu en 2006. L'incapacité de travail était totale depuis le 26 février 2009. Le traitement allait vraisemblablement être terminé dans trois mois.
7. Lors d'un entretien téléphonique du 18 juin 2009, l'assuré a confirmé à un employé de l'assureur-accidents qu'il n'y avait pas eu d'événement accidentel et qu'il avait simplement soulevé quelque chose de plus lourd que d'ordinaire pour le mettre dans le lave-vaisselle (une planche en bois entre 8 et 10 kilogrammes) et c'est alors qu'il avait ressenti une douleur.
8. Le 23 juin 2009, un employé de l'assureur-accidents a informé l'assuré, lors d'une conversation téléphonique, que le cas n'allait pas être pris en charge, dans la mesure où il ne s'agissait pas d'un accident. De plus, attendu que l'assuré était assuré auprès du même assureur pour la perte de gain, son dossier serait transmis à la personne compétente pour traitement.
9. L'assuré a été licencié pour le 30 juin 2009.
10. Par pli du 3 juillet 2009, l'assureur-accidents a communiqué à l'assuré son refus de prendre en charge les suites de l'événement du 30 janvier 2009. En effet, d'une part, cet événement ne pouvait pas être qualifié d'accident, la condition de la cause extérieure extraordinaire n'étant pas réalisée et d'autre part, le fait de soulever une planche de 8 à 10 kilogrammes ne constituait pas un événement générant un risque de lésion accru, de sorte que les conditions pour admettre l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident n'étaient pas réalisées.

L'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il était de la compétence de l'assureur-accidents qui avait pris en charge l'accident survenu en 2006 d'examiner son droit aux prestations, toutefois, si celui-ci n'entrait pas ou plus en matière, il serait alors de la compétence de l'assureur-maladie d'étudier son droit aux prestations.

11. Par pli du 7 août 2009, l'assureur perte de gain maladie a pris note de la fin des rapports de travail entre l'assuré et son employeur au 30 juin 2009, date à laquelle la couverture d'assurance et ses prestations cessaient également, conformément à ses Conditions générales d'assurance. Il a offert à l'assuré de conclure une assurance d'indemnités journalières individuelle SALARIA selon la LCA, ce qui lui permettrait, en cas d'acceptation de la proposition, de continuer à percevoir une allocation aussi longtemps que les conditions étaient remplies.
12. En date du 12 août 2009, l'assuré a sollicité son transfert en assurance individuelle dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009 aux conditions suivantes : indemnité journalière assurée de 101 fr. par jour dès le 15<sup>ème</sup> jour pour une prime mensuelle de 85 fr. 85.

13. L'assureur perte de gain maladie a établi, en date du 17 août 2009, une police d'assurance en faveur de l'assuré, valable dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, reprenant les conditions susvisées et précisant que la couverture d'assurance concernait uniquement la maladie. Les CGA 2009 étaient applicables.
14. Un rapport d'expertise du 31 août 2009 a été établi par le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en diabétologie et endocrinologie, suite à l'examen de l'assuré et à un entretien téléphonique avec le Dr B \_\_\_\_\_, médecin auprès de l'Unité de chirurgie de la main des HUG. Dans le cadre de l'anamnèse, le médecin a relevé que l'assuré avait subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse durant le mois d'octobre 2008, puis une intervention chirurgicale visant à le libérer d'un cal vicieux en date du 26 février 2009. En effet, suite à la mauvaise réduction de la fracture d'origine, l'assuré avait développé un cal vicieux au niveau du radius, de sorte que le Dr B \_\_\_\_\_ avait décidé de procéder à une ostéotomie transverse avec fixation par plaques. Il a retenu que l'opération du 26 février 2009 s'était soldée par un échec de consolidation, ce qu'il avait pu objectiver sur la radiographie du 17 août 2009. La capacité de travail de l'assuré était nulle en qualité d'aide de cuisine, en revanche, elle était entière dans une activité sans port de charges lourdes ou sollicitations répétées et énergiques du membre supérieur gauche. Cette capacité de travail pouvait être effective « dès le moment où il a consolidé de manière adéquate son ostéotomie transverse » (sic).
15. Par pli du 29 septembre 2009 adressé à l'assuré, l'assureur perte de gain a considéré qu'il résultait du rapport du Dr A \_\_\_\_\_ que ses atteintes étaient vraisemblablement des suites de l'accident du 26 novembre 2006, sorte qu'il l'invitait à déclarer son cas à l'assureur qui a pris en charge le cas d'accident initial. Ainsi, attendu qu'il ne s'agissait pas d'un cas de maladie, il a mis un terme au versement de ses prestations au 31 août 2009.
16. Par pli du 23 novembre 2009 adressé à l'assureur-accidents, l'assuré a déclaré que les suites de son accident initial avaient été prises en charge par la Sécurité sociale espagnole et a considéré que les suites de sa « rechute » devaient être à la charge de l'assurance-accidents suisse, en application du Règlement (CEE) 1408/71. Il requérait également la prise d'une décision susceptible de recours.
17. Le 8 février 2010, l'assuré, représenté par un conseil, a imparti à l'assureur perte de gain un délai au 19 février 2009 pour reprendre le versement des indemnités journalières d'accident. En effet, il ne pouvait pas être exigé d'un ressortissant de la Communauté européenne d'obtenir des prestations d'un assureur sis à l'étranger.
18. Par pli du 1<sup>er</sup> mars 2010, l'assuré a ajouté qu'il ne s'agissait pas d'un cas d'indemnité journalière mais d'un cas d'assurance-accidents.

19. Par décision du 9 juillet 2010, l'assureur-accidents a refusé toute prestation à l'assuré pour les suites de l'événement du 30 janvier 2009, confirmant intégralement le contenu de son courrier du 3 juillet 2009.
20. Par pli du 30 juillet 2010, l'assuré a persisté à affirmer qu'il avait subi un accident et que l'assureur-accidents était tenu de lui verser des prestations au sens de la LAA. Il sollicitait dès lors la prise d'une décision sur opposition.
21. Par pli du 17 janvier 2011, l'assuré a communiqué plusieurs documents à l'assureur-accidents, dont le compte-rendu opératoire du 26 février 2009, qui attestait du fait qu'il avait subi, le jour même, une ostéotomie transverse du radius gauche et que le diagnostic retenu était celui de cal vicieux rotatoire du radius gauche.
22. Par décision sur opposition du 21 mars 2011, l'assureur-accidents a confirmé sa décision de refus de prestations du 9 juillet 2010, retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.

Il a tout d'abord constaté que dans la mesure où l'accident survenu en 2006 n'était pas un accident professionnel, il n'avait pas à prendre en charge ses suites actuelles (art. 52 et 61 par. 5 du Règlement (CEE) no 1408/71). De plus, il a estimé qu'aucune prescription contenue dans l'Accord entre la Confédération suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la libre circulation des personnes, n'était applicable au cas d'espèce. Quant à la Convention du 21 septembre 1959 entre la Suisse et l'Espagne sur la sécurité sociale qui règle les conditions auxquelles les ressortissants espagnols ont droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants suisse, elle était également inapplicable.

Par ailleurs, l'événement du 30 janvier 2009 ne constituait pas un accident, dès lors que la condition du facteur extérieur extraordinaire n'était pas réalisée, attendu que l'assuré n'avait fait que soulever une planche en bois pesant entre 8 et 10 kilogrammes. Ses suites n'étaient ainsi pas à sa charge. Il a rappelé à l'assuré que l'assureur perte de gain lui avait versé des indemnités journalières du 28 février au 31 août 2009.

23. Par acte du 6 mai 2011, l'assuré interjette recours contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents, concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, en relation avec l'accident intervenu le 26 novembre 2006, sous suite de dépens. Subsidiairement, il requiert le versement de prestations perte de gain maladie suite à l'événement survenu le 30 janvier 2009 et à la condamnation de l'assureur perte de gain maladie à lui verser des indemnités journalières d'un montant de 101 fr. par jour d'incapacité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009, sous suite de dépens.

Il rappelle que l'assureur-accidents et l'assureur perte de gain maladie, lesquels sont une même entité, lui avaient refusé des prestations, le premier considérant que l'événement du 30 janvier 2009 n'était pas un accident et le second que ses atteintes n'étaient pas dues à une maladie, mais aux suites de l'accident du 26 novembre 2006. Quoi qu'il en soit, cette entité doit prêter, d'après lui, que ce soit en qualité d'assureur-accidents ou d'assureur perte de gain maladie. Il précise qu'en application a contrario de l'art. 7 let. a des conditions générales d'assurance de l'assureur perte de gain maladie, seuls les cas donnant droit à une indemnité de la LAA sont exclus de l'assurance, de sorte que cet assureur doit prêter.

24. Invité à se déterminer, l'assureur perte de gain maladie conclut, dans sa réponse du 3 juin 2011, au rejet de la demande en paiement. Il considère, eu égard au rapport du Dr A\_\_\_\_\_, que l'incapacité de travail du demandeur dès le 14 février 2009 est en relation avec l'accident survenu le 26 novembre 2006 et non avec l'événement non accidentel du 30 janvier 2009. Partant, attendu qu'il n'indemnisait que la perte de gain survenue suite à une maladie (art. 2 et 3 CGA), il était en droit de refuser de verser de plus amples prestations et pourrait solliciter du demandeur la restitution du trop versé.
25. Par réplique du 30 juin 2011, le recourant soutient qu'il n'est pas envisageable que ni l'assureur-accidents ni l'assureur perte de gain ne soit tenu de lui servir des prestations. En effet, le fait que l'assureur-accidents le renvoie auprès de l'institution espagnole qui a couvert l'accident de 2006 constitue, d'après lui, une discrimination proscrite par l'art. 3 du Règlement (CEE) no 1408/71. De plus, il se prévaut également de l'art. 35 al. 3 dudit Règlement, lequel concerne les affections préexistantes.
26. Par duplique du 20 juillet 2011, l'assureur perte de gain persiste dans ses conclusions. Il invoque que le Règlement (CEE) no 1408/71 n'est pas applicable dans ses relations avec le demandeur, celles-ci étant uniquement régies par le contrat soumis à la LCA. Il n'existe qui plus est aucune obligation de prêter du fait que l'assureur-accidents n'intervient pas.
27. Sur requête de la Cour de céans, le Dr B\_\_\_\_\_ déclare, dans un rapport du 20 janvier 2012, que le recourant a été vu pour la première fois à l'Unité de chirurgie de la main le 28 juillet 2008. Actuellement, il rapporte des douleurs persistantes depuis l'intervention chirurgicale, lesquelles étaient déjà présentes avant celle-ci, eu égard à la radio-ulnaire distale. Les douleurs sont de caractère mécanique, se manifestent une à deux fois par jour et sont liées aux efforts prolongés. Le diagnostic est celui de cal vicieux rotatoire du radius gauche entraînant des douleurs à la radio-ulnaire distale après une fracture du radius gauche en 2006. D'après le médecin, l'accident du 26 novembre 2006 a provoqué de manière certaine les atteintes présentes le 30 janvier 2009 et cela a toujours été clair. Par ailleurs, il constate que le scanner de contrôle du 4 septembre 2009 met en

évidence un trait de fracture encore visible attestant d'une non-consolidation du radius, ce qui explique qu'une capacité de travail de 100% n'a été retenue que dès le 2 mars 2010, étant précisé que la radiographie de contrôle du 2 décembre 2011 montre que le foyer d'ostéotomie est complètement consolidé. Les limitations fonctionnelles du recourant concernent essentiellement le port de charges de la main gauche et les efforts prolongés de caractère mécanique.

28. Par écriture du 17 février 2012, l'assureur perte de gain maintient ses conclusions. En effet, les périodes d'incapacité de travail du recourant sont en relation avec l'accident du 26 novembre 2006. Or, attendu que seule la perte de gain en cas de maladie était assurée par l'intermédiaire de l'employeur, et non le risque accident, l'assureur perte de gain n'indemnise pas la perte de gain pour les suites d'un accident. Le recourant l'a d'ailleurs expressément admis dans son courrier du 1<sup>er</sup> mars 2011 (recte 2010).
29. Par acte du 22 février 2012, le recourant persiste dans ses conclusions, en précisant, requérir à titre principal, des prestations de l'assurance-accidents en relation avec l'accident du 26 novembre 2006, et en particulier des indemnités journalières du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 2 mars 2010, et à titre subsidiaire, réclamer à l'assureur perte de gain une indemnité journalière de 101 fr. du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 2 mars 2010, soit un montant total de 18'483 francs. Il admet que ses séquelles, soit ses douleurs et sa perte de mobilité, sont consécutives à l'accident intervenu en 2006 et soutient qu'il a indiscutablement présenté une incapacité de travail du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 2 mars 2010. Par ailleurs, il invoque que d'après les art. 3 et 13 al. 2 let. a du Règlement (CEE) 1408/71, la législation applicable en matière de sécurité sociale est déterminée par le lieu de l'activité lucrative et non par le lieu de l'accident. Dès lors, dans la mesure où il exerce une activité lucrative en Suisse et qu'il est couvert pour les accidents par un assureur-accidents suisse, celui-ci doit également intervenir pour l'accident survenu en Espagne. Il ajoute qu'à supposer qu'un Suisse ait subi un accident en 2006 en Espagne alors qu'il était assuré en Suisse, il aurait droit aujourd'hui aux prestations de l'assurance-accidents. Il ne peut ainsi en aller différemment pour lui, attendu que la résidence en Suisse n'est pas exigée par le Règlement (CEE) no 1408/71.
30. En date du 16 mars 2012, la Cour de céans a informé les parties que la cause serait gardée à juger le 30 mars 2012.

### **EN DROIT**

1. D'après la police d'assurance-maladie collective indemnité journalière datée du 4 octobre 2005, l'art. 1 let. b des Conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA de la SWICA, édition

2005 (ci-après CGA) et l'art. 13 des Conditions particulières d'assurance pour la restauration et l'hôtellerie de la SWICA, édition 2005 (ci-après CPA), l'assurance en cause dans le présent litige est soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1).

2. a) L'art. 90 des CGA prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent choisir le for ordinaire ou celui de son domicile suisse ou dans la principauté du Liechtenstein.

Les élections de for sont admissibles en vertu de l'art. 17 du Code de procédure civile, du 19 décembre 2008 et entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (CPC ; RS 272), par renvoi de l'art. 46a de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1), même si cet article n'a pas été modifié en conséquence.

Dans la mesure où le demandeur est domicilié dans le canton de Genève, les tribunaux genevois sont compétents à raison du lieu.

b) Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la LCA.

La compétence à raison de la matière de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

c) A raison de la forme, la demande en paiement, qui comporte un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions légales (130 et 244 CPC).

Une demande portant sur les assurances-maladie complémentaires, comme en l'espèce, n'est pas soumise à une tentative de conciliation (cf. ATAS/577/2011 du 31 mai 2011).

Enfin, la procédure simplifiée est applicable (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour de céans établit les faits d'office (247 al. 2 let. a CPC).

3. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 2 mars 2010, d'un montant total de 18'483 francs.

La valeur litigieuse est ainsi de 18'483 francs.

4. a) En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en

principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006).

La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). A cet égard, les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante ; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a).

b) En l'espèce, la police d'assurance-maladie collective indemnité journalière conclue entre la SWICA et l'ancien employeur du demandeur prévoit, pour l'ensemble du personnel, une indemnité journalière en cas de maladie couvrant le 80% du salaire, pendant 720 jours, après un délai d'attente de 14 jours.

La police d'assurance fait référence aux CGA et aux CPA de la SWICA.

Au terme des CGA, la couverture d'assurance est destinée à protéger l'assuré des conséquences économiques de la maladie et de la maternité dans le cadre des prestations convenues (art. 2). Est considérée comme une maladie toute atteinte à la santé physique ou psychique non consécutive à un accident exigeant un examen ou un traitement médical ou entraînant une incapacité de travailler (art. 3). Sont assurés les personnes, ou groupes de personnes, définies dans le contrat qui travaillent dans l'entreprise assurée et n'ont pas encore accompli leur 70<sup>e</sup> année (art. 5 1<sup>ère</sup> phrase). Pour autant qu'une assurance complémentaire contre les accidents ait été convenue, la SWICA garantit aussi une couverture d'assurance contre les conséquences économiques d'accidents (art. 85). Sont assurés les accidents professionnels, les lésions corporelles assimilables à des accidents, les maladies professionnelles et les accidents non professionnels survenus, respectivement causés pendant la durée contractuelle de la présente assurance complémentaire. La notion d'accident, de lésion corporelle assimilable à un accident et de maladie professionnelle, telles qu'elles sont déterminantes pour la loi

fédérale sur l'assurance-accidents obligatoire (LAA), sont applicables (art. 86). 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 (art. 38 1<sup>ère</sup> phrase).

D'après l'art. 4 CPA, le personnel était assuré par une assurance indemnité journalière maladie selon la LCA, en cas de maladie et de maternité pendant 10 semaines.

5. En l'occurrence, il résulte clairement de la police d'assurance collective du 4 octobre 2005 que le demandeur était assuré contre le risque maladie et non contre le risque accident. C'est d'ailleurs également ce que prévoit la police d'assurance du 17 août 2009 conclue directement entre le demandeur et l'assureur perte de gain.

Or, le Dr B\_\_\_\_\_ retient, dans son rapport du 20 janvier 2012, que le diagnostic est celui de cal vicieux rotatoire du radius gauche entraînant des douleurs à la radio-ulnaire distale après une fracture du radius gauche en 2006, que c'est l'accident du 26 novembre 2006 qui a provoqué de manière certaine les atteintes présentes le 30 janvier 2009 et que cela a toujours été clair.

Partant, dans la mesure où le demandeur n'est pas assuré pour la perte de gain dans l'hypothèse où ses atteintes sont de nature accidentelle, il n'a pas droit à des indemnités journalières de l'assureur perte de gain, étant rappelé que celui-ci a toutefois versé des indemnités journalières du 14 février au 31 août 2009 alors même qu'il n'y était pas tenu.

Pour le surplus, même dans l'hypothèse où une assurance complémentaire accidents avait été conclue, le demandeur ne serait pas couvert contre les conséquences de l'accident de novembre 2006, attendu que cet accident est survenu avant qu'il n'ait entrepris, en date du 4 décembre 2008, une activité lucrative auprès de son ancien employeur (art. 38 et 86 CGA).

6. La demande doit dès lors être rejetée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14). Lorsque la valeur litigieuse minimale de 30'000 francs n'est pas atteinte, le recours n'est recevable que si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 let. a 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, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La valeur litigieuse des conclusions pécuniaires est en l'espèce, au sens de la LTF, inférieure à 30'000 fr.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le