

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3940/2011

ATAS/549/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 avril 2012

5<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame R\_\_\_\_\_ et l'enfant RA\_\_\_\_\_, représenté par  
sa mère Madame R\_\_\_\_\_ domiciliés à Genève, Monsieur  
S\_\_\_\_\_, domicilié à Stäfa, demandeurs

comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Serge  
FASEL

contre

VIVAO SYMPANY AG, sise Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Isabelle  
JAQUES défenderesse

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame R\_\_\_\_\_, ses fils RB\_\_\_\_\_, né en 1999, et RC\_\_\_\_\_  
S\_\_\_\_\_, né en 1991, étaient assurés en 2010, pour l'assurance-maladie de base et l'assurance-maladie complémentaire, auprès de VIVAO SYMPANY AG, laquelle appartient au groupe CSS. L'assurée et son fils cadet sont domiciliés à Genève, au moment de l'introduction de la présente demande, tandis que son fils aîné habite à Zurich.
2. Le 31 août 2010, le médecin-dentiste et orthodontiste, Madame T\_\_\_\_\_, établit un devis au montant de 7'620 fr. pour le traitement dentaire de l'enfant RB\_\_\_\_\_. Par la suite, elle adresse aux parents de celui-ci des notes d'honoraires aux dates et aux montants suivants: le 23 septembre 2010 de 1'061 fr. 40, le 26 octobre 2010 de 314 fr. 20, le 30 novembre 2010 de 833 fr. 90, le 30 novembre 2010 de 833 fr. 90, le 14 décembre 2010 de 1'274 fr. 50, le 21 février 2011 de 161 fr. et le 21 avril 2011 de 451 fr. 50. Le laboratoire dentaire X\_\_\_\_\_ facture le 21 avril 2011 la somme de 307 fr. 80. VIVAO SYMPANY a partiellement pris en charge 70% les traitements effectués en 2010, après déduction des prestations facturées au tarif privé du dentiste ("Privattarif Zahnarzt").
3. Par courrier électronique en allemand du 9 novembre 2010, Monsieur S\_\_\_\_\_, concubin de Madame R\_\_\_\_\_ et père de RB\_\_\_\_\_, communique à la CSS les dates de naissance de sa compagne et de ses enfants, ainsi que le genre de contrat et les franchises pour l'assurance obligatoire des soins souhaités par ces derniers, en vue d'une nouvelle offre de contrat par la CSS. Il la prie également de lui envoyer la lettre de résiliation.
4. Par courrier électronique en allemand du 10 novembre 2010, Monsieur S\_\_\_\_\_ relance la CSS et celle-ci lui répond le même jour qu'elle lui envoie volontiers les offres désirées (lesquelles ne sont toutefois pas jointes) et qu'elle enverra les prospectus par la poste.
5. Par courrier électronique en allemand du 11 novembre 2010, Monsieur S\_\_\_\_\_ remercie la CSS des offres et la prie de les modifier, soit de prévoir une franchise de 1'000 fr., au lieu de 300 fr., pour le fils aîné de sa compagne et de supprimer l'assurance-accidents de celle-ci, dès lors qu'elle est déjà assurée pour ce risque dans le cadre de son emploi.
6. Par courrier rédigé en allemand du 11 novembre 2010, Madame R\_\_\_\_\_ résilie, en son nom et ceux de ses enfants, « alle unsere Versicherungen nach KVG und VVG » pour le 31 décembre 2010. Elle précise que VIVAO SYMPANY recevra prochainement une attestation de la nouvelle assurance obligatoire des soins.

7. Par courrier du 13 décembre 2010, la CSS confirme à VIVAO SYMPANY que ces derniers sont assurés auprès d'elle dès les 1<sup>er</sup> janvier 2011 et l'invite à confirmer par écrit à cette famille sa démission.
8. Par courrier électronique du 14 mars 2011, Monsieur S\_\_\_\_\_ indique à la CSS qu'il est dans une situation difficile en raison de la résiliation du contrat et la prie de confirmer l'erreur à VIVAO SYMPANY.
9. Par courrier électronique du 15 mars 2011, il explique à cette dernière avoir constaté fin 2010, que l'assurance de base pour sa femme et ses deux enfants avait fortement augmenté, de sorte qu'il a pris l'initiative d'appeler la CSS, afin d'établir une offre pour l'assurance de base uniquement. Un traitement chez l'orthodontiste étant en cours pour son fils RB\_\_\_\_\_, il était évident pour lui qu'il n'avait pas l'intention de résilier l'assurance complémentaire, ce que les échanges de courriers électroniques et de correspondances prouvent. Il a demandé à la CSS d'envoyer la lettre de résiliation de l'assurance de base par courrier électronique et a fait suivre cette lettre à sa femme qui habite le canton de Zurich, afin qu'elle la signe. Ils ne se sont alors pas rendu compte qu'il était écrit sur la lettre "KVG und VVG" et pensaient que seule l'assurance de base était concernée. Il supposait par ailleurs que CSS avait compris sa demande, dès lors qu'il avait reçu par écrit uniquement l'offre pour l'assurance de base. Enfin, il invite la CSS à prendre une décision par rapport à son cas.
10. Par courrier du 16 mars 2011, la CSS avise Monsieur S\_\_\_\_\_ qu'elle persiste à considérer que l'assurance de base et les assurances complémentaires ont été résiliées au 31 décembre 2010.
11. Le même jour, la CSS présente à Monsieur S\_\_\_\_\_ ses excuses pour sa fausse déclaration, selon laquelle elle a nié avoir établi la résiliation, erreur qui est due au fait que ce document n'était pas rédigé dans la forme habituelle. Elle souligne qu'un conseil téléphonique concernant sa famille a eu lieu au sujet des assurances LAMal et LCA. Comme il ressort de son courrier électronique du 9 novembre 2010, elle lui a également transmis les offres LAMal et LCA, ainsi que la lettre de résiliation. Par la suite, Monsieur S\_\_\_\_\_ s'est décidé seulement pour une affiliation à l'assurance-maladie obligatoire. Toutefois, la CSS estime que l'assuré est responsable de contrôler le contenu de la lettre de résiliation avant de la signer. Elle considère également que la résiliation auprès VIVAO SYMPANY est conforme, de sorte que les assurés dépendent du bon vouloir de cette caisse.
12. Après avoir reçu le 31 mars 2011 la facture du 21 février 2011 du médecin-dentiste, VIVAO SYMPANY fait savoir le 5 mai 2011 à la mère de RB\_\_\_\_\_ avoir constaté que celle-ci a démissionné de sa caisse, de sorte qu'il appartient à la nouvelle caisse-maladie de prendre en charge les frais de traitement.

13. Par courrier du 10 mai 2011, les assurés font savoir à VIVAO SYMPANY, par l'intermédiaire de leur conseil, qu'une erreur essentielle au sens de la loi s'est glissée dans leur lettre de résiliation du 11 novembre 2010, dès lors qu'ils n'avaient l'intention de résilier que l'assurance-maladie obligatoire. Ils demandent dès lors de leur confirmer que les assurances complémentaires sont toujours en vigueur et que cette caisse prendra en charge notamment les coûts relatifs au traitement dentaire. Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2011, les assurés réitèrent leur demande.
14. Par courrier du 12 juillet 2011, cette dernière caisse leur confirme la résiliation des assurances-maladie obligatoires et complémentaires les concernant, dès lors que la lettre de résiliation mentionnait expressément ces deux assurances.
15. Le 10 août 2011, elle maintient que les assurances complémentaires ont été résiliées et refuse de reconnaître que cette résiliation était entachée d'une erreur au sens de la loi, dans la mesure où elle ne pouvait comprendre qu'il s'agissait d'une erreur et où celle-ci est insuffisamment documentée et motivée.
16. Par demande postée le 18 novembre 2011, l'assurée et ses fils, dont le cadet est représenté par sa mère, réclament à VIVAO SYMPANY, par l'intermédiaire de leur conseil, le paiement de la somme de 2'087 fr. 30, ainsi que la constatation de la validité des assurances-maladie complémentaires les concernant, sous suite de dépens. Ils font valoir que c'est la CSS qui s'est chargée de rédiger une lettre de résiliation des contrats conclus avec la défenderesse. Cette lettre mentionnait les abréviations « KVG et VVG ». Or, les assurés n'ont pas compris la signification de ces abréviations. De ce fait, ils ne se sont pas rendu compte que la lettre de résiliation concernait également l'assurance-maladie complémentaire. Ils pensaient par ailleurs de bonne foi que le document préparé par la CSS respectait ce qui avait été convenu, soit une résiliation de l'assurance de base. La demanderesse n'a jamais eu l'intention de résilier l'assurance-maladie complémentaire, dès lors que son fils suivait un traitement orthodontique couvert par l'assurance complémentaire de la défenderesse. Les frais non pris en charge par l'assurance s'élèvent à ce jour à 2'087 fr. 30. Les demandeurs estiment dès lors que la déclaration unilatérale de résiliation est affectée d'un vice de volonté, en ce qu'elle concerne les assurances-maladie complémentaires, de sorte qu'ils sont en droit d'invalider cette résiliation, Ils font par ailleurs valoir avoir un intérêt important et immédiat à la constatation que les assurances complémentaires sont toujours en vigueur dès lors qu'ils se trouvent dans une situation d'incertitude concernant leurs droits vis-à-vis de la défenderesse. Enfin, les demandeurs demandent que l'instance soit dénoncée à la CSS, au cas où la Cour de céans devrait considérer que les demandeurs n'étaient pas en droit d'invalider la résiliation des contrats d'assurance-maladie complémentaire, dans la mesure où cette situation serait de la responsabilité de la CSS qui a rédigé une lettre de résiliation contrairement aux instructions reçues des demandeurs.

17. Dans sa réponse du 11 janvier 2012, la défenderesse conclut au rejet de la demande, par l'intermédiaire de son conseil, sous suite de dépens. Elle conteste que les demandeurs n'avaient pas la volonté de résilier les assurances-maladie complémentaires et fait valoir que ce n'est qu'ultérieurement, lorsqu'ils se sont rendu compte qu'une nouvelle assurance complémentaire ne prendrait pas en charge le traitement orthodontique de l'un des assurés, qu'ils ont voulu invalider la résiliation des assurances complémentaires. Par ailleurs, les demandeurs avaient également reçu de la CSS des offres concernant les assurances complémentaires. La défenderesse souligne que le compagnon de l'assurée maîtrise l'allemand, comme il ressort de l'échange de ses courriers électroniques avec la CSS. Occupant un poste de « external asset manager » à la banque Z\_\_\_\_\_, il doit être considéré comme étant rompu aux affaires et parfaitement à même d'en saisir la portée. La demanderesse était en outre précédemment domiciliée dans le canton de Zürich et maîtrise donc également la langue allemande. Il en va de même du fils aîné de celle-ci. Du courrier électronique de la CSS du 14 mars 2011 ressort que le compagnon de la demanderesse a scrupuleusement examiné les offres d'assurance de la CSS et ne lui a pas indiqué qu'il s'opposait à la conclusion d'assurances-maladie complémentaires auprès de cette caisse. La défenderesse conclut de ces pièces que les demandeurs avaient manifesté leur intérêt à conclure des assurances complémentaires auprès de la CSS et qu'ils avaient la conscience et la volonté de résilier leurs contrats conclus avec la défenderesse. Celle-ci se prévaut aussi du fait que les demandeurs avaient déjà résilié dans le passé leurs polices d'assurances-maladie obligatoires et complémentaires en même temps. A l'appui de cette affirmation, elle produit une résiliation de l'assurance-maladie adressée à la caisse SANSAS le 9 novembre 2009, sur un formulaire pré-imprimé, sur lequel sont cochées les résiliations des assurances de base et des assurances complémentaires. Cette résiliation était également rédigée en allemand. De ce fait, la défenderesse n'était pas surprise lorsqu'elle a reçu la lettre de résiliation des polices d'assurances obligatoires et complémentaires. Elle estime dès lors que la preuve d'une erreur essentielle n'est pas apportée, tout en précisant qu'il appartient à la partie qui entend se prévaloir d'une erreur de démontrer qu'elle voulait déclarer autre chose que ce qu'elle a déclaré.
18. Le 27 février 2012, la défenderesse produit son dossier complet, à la demande de la Cour de céans.
19. Par écriture du 16 mars 2012, les demandeurs amplifient leurs conclusions et requièrent la condamnation de la défenderesse au paiement de la somme de 4'676 fr. Ils font valoir avoir reçu une nouvelle facture de 2'588 fr. 70 du médecin-dentiste, concernant des soins dentaires donnés à RA\_\_\_\_\_, facture qui est également couverte par le contrat d'assurance-maladie complémentaire.

- 
20. Par écriture du 11 avril 2012, la défenderesse persiste dans ses conclusions et s'en rapporte à justice quant à la recevabilité de l'augmentation des conclusions des demandeurs.
  21. Sur ce, la cause est gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 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 1er 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 loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Sa compétence matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. a) L'assurance complémentaire à l'assurance-maladie, objet de la procédure, est soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), dont l'art. 46a renvoie, en ce qui concerne le for, à la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Cette loi a toutefois été abrogée avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011, à la suite de l'entrée en vigueur du Code de procédure civile (CPC; RS 291).

Aux termes de l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. Selon l'art. 32 al. 1 let. a CPC, pour les litiges portant sur les contrats avec des consommateurs, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur. Les consommateurs ne peuvent renoncer aux fors légaux avant la naissance du litige ou par acceptation tacite, en vertu de l'art. 35 al. 1 let. a CPC.

L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

b) En l'espèce, la question de savoir si la présente cause constitue un litige concernant un contrat conclu avec des consommateurs au sens de l'art. 32 CPC, comme le soutiennent les demandeurs, peut rester ouverte. En effet, le for légal pour ce genre de litiges et le for élu selon les CGA se situent tous les deux dans le canton de Genève. En effet, l'art. 8.3 des conditions générales d'assurances (ci-après CGA) prévoit qu'en cas de contestations, est compétent le tribunal des assurances sociales du canton dans lequel est domicilié la personne assurée, respectivement le tiers recourant.

Toutefois, seule la demanderesse et son fils mineur RC\_\_\_\_\_ (ci-après demandeurs I et II) sont domiciliés dans ce canton. Par conséquent, la Cour de céans est uniquement compétente *ratione loci* pour la demande de ces derniers,

mais non pas pour celle de son fils majeur RA\_\_\_\_\_ (ci-après: demandeur III) qui est domicilié dans le canton de Zurich. La demande de celui-ci est donc irrecevable.

3. La demande respecte les conditions de forme et de recevabilité prescrites par le CPC.

Elle n'est pas soumise à une tentative préalable de conciliation (ATAS/557/2011 du 31 mai 2011).

Concernant l'amplification des conclusions du demandeur II, il sied de constater que la prétention nouvelle relève de la même procédure et qu'elle présente un lien de connexité avec les autres prétentions, s'agissant d'une prestation découlant du même contrat d'assurance. Partant, la modification de la demande doit être admise (art. 227 al. 1 let. a CPC).

4. Le litige porte sur la question de savoir si les demandeurs I et II ont valablement invalidé pour cause d'erreur la résiliation de leurs assurances complémentaires.
5. En vertu de l'art. 23 CO, le contrat n'oblige pas celle des parties qui, au moment de le conclure, était dans une erreur essentielle. Les art. 23 ss CO s'appliquent également aux actes juridiques unilatéraux (ATF 102 Ib 115 consid. 2a p. 118). L'art. 24 al. 1 ch. 4 CO prévoit notamment que l'erreur est essentielle lorsque l'erreur porte sur des faits que la loyauté commerciale permettait à celui qui se prévaut de son erreur de considérer comme des éléments nécessaires du contrat. Le contrat entaché d'erreur est tenu pour ratifié lorsque la partie qu'il n'oblige point a laissé s'écouler une année sans déclarer à l'autre sa résolution de ne pas le maintenir (art. 31 al. 1 CO). Le délai court dès que l'erreur a été découverte (art. 31 al. 2 CO).

L'erreur de base (art. 24 al. 1 ch. 4 CO) concerne des faits que la partie dans l'erreur considère subjectivement comme nécessaires et qui, objectivement, selon la loyauté commerciale, forment un élément essentiel du contrat. Subjectivement, il faut que l'erreur soit telle que la victime, si elle avait connu la réalité, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux conditions où elle l'a fait. Puisque la motivation reste invisible à l'extérieur, la bonne foi exige que le partenaire ait au moins pu se rendre compte de l'importance que les faits avaient pour la partie dans l'erreur (Bruno SCHMIDLIN, in Commentaire romand du Code des Obligations I, Bâle 2003, ad art. 23-24, no 32ss, p. 158ss). L'erreur peut aussi consister en la méconnaissance d'une situation juridique (ATF 127 V 301 consid. 3c).

Celui qui se prévaut de l'art. 24 al. 1 ch. 4 CO doit prouver qu'il était dans l'erreur et qu'il considérait les faits, objet de son erreur, comme des éléments nécessaires du contrat (arrêt du Tribunal fédéral 5C.60/2001 du 16 août 2001 consid. 3c).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que la résiliation par courrier du 11 novembre 2010 portait tant sur les assurances obligatoires de soins que les assurances complémentaires des demandeurs I et II. Ceux-ci estiment toutefois s'être trompés et de ne pas avoir compris que la lettre de résiliation se rapportait également aux assurances complémentaires. Ils font ainsi valoir avoir résilié par erreur leurs assurances-maladie complémentaires.

a) Les demandeurs ont invalidé cette déclaration de résiliation par courrier du 10 mai 2011. Partant, l'invalidation est survenue dans le délai légal d'une année.

b) L'erreur portant sur la résiliation d'un contrat déterminé doit être considérée comme essentielle, subjectivement et objectivement, selon la loyauté commerciale.

Cela étant, il convient d'examiner si les demandeurs ont réussi à établir qu'ils étaient dans l'erreur, en résiliant le 11 novembre 2010 leurs assurances-maladie complémentaires.

Les demandeurs font valoir à cet égard que, du fait que le demandeur II suivait un traitement dentaire qui n'était pas terminé en 2010, ils n'avaient aucun intérêt à mettre fin à l'assurance complémentaire qui couvre ces coûts.

Ce fait est incontestable et ressort du dossier. Ainsi, en 2010 et en 2011, le médecin dentiste a établi plusieurs factures, lesquelles ont été transmises à la défenderesse. Celle-ci les a prises en charge, conformément aux conditions générales de l'assurance complémentaire concernée. Cela étant, il convient d'admettre qu'il n'était a priori pas dans l'intérêt des demandeurs de résilier l'assurance complémentaire "plus", laquelle couvre les traitements dentaires des enfants (cf. art. 5.2 des conditions générales relatives aux assurances "plus" et "premium"). Cependant, par la lettre de résiliation du 11 novembre 2010, la demanderesse I a également résilié cette assurance.

Par ailleurs, la lettre de résiliation mentionnait les abréviations « KVG » pour Krankenversicherungsgesetz (LAMal) et « VVG » pour Versicherungsvertragsgesetz (LCA). Or, la demanderesse I, ainsi que son compagnon qui s'est chargé de l'échange de correspondances avec la défenderesse, ne sont pas des juristes, de sorte que ces abréviations ne leur étaient que difficilement compréhensibles. Par ailleurs, du moins la demanderesse n'est pas de langue maternelle allemande, même si elle était à l'époque domiciliée à Zurich. Certes, elle avait précédemment déjà résilié les assurances-maladie de base et complémentaires auprès de l'assurance-maladie SANSAN moyennant un formulaire rédigé en allemand. Cependant, il convient de relever, d'une part, qu'il était précisé sur ce formulaire « Grundversicherung nach KVG » et « Zusatzversicherungen nach VVG ». Ce formulaire était donc plus explicite que la lettre de résiliation que CSS a fait parvenir aux demandeurs. Il paraît dès lors vraisemblable que la demanderesse

n'a pas compris ces abréviations, de sorte qu'elle n'a pas pu se rendre compte du fait que la résiliation portait également sur les assurances complémentaires.

A cela s'ajoute que les demandeurs n'étaient plus dans le délai contractuel de résiliation stipulé dans les conditions générales d'assurance applicables aux assurances complémentaires. En effet, selon l'art. 5.1.1 des dispositions générales (Gemeinsame Bestimmungen), lesquelles s'appliquent aux assurances complémentaires sauf disposition contraire en vertu de l'art. 1.4, le contrat d'assurance complémentaire doit être résilié au plus tard le 30 septembre pour le 31 décembre. La lettre de résiliation étant datée du 11 novembre 2010, elle ne respectait donc pas ce délai. Ce fait constitue également un indice que l'intention des demandeurs n'était pas de résilier les assurances complémentaires, dès lors qu'ils étaient hors délai pour que cette résiliation prenne effet à la fin de l'année en cours. La défenderesse a néanmoins accepté cette résiliation, ce qui était dans son intérêt, puisqu'un traitement dentaire coûteux était en cours.

Au vu de ces éléments, la Cour de céans estime qu'il est établi que les demandeurs étaient dans l'erreur en résiliant leurs assurances complémentaires, dès lors que cela n'était pas dans leur intérêt et de surcroît hors délai. Par conséquent, ils ont invalidé valablement la résiliation de ces assurances par courrier du 10 mai 2011 de leur conseil. Il doit donc être constaté que celles-ci sont toujours en vigueur.

7. Les demandeurs concluent à la condamnation de la défenderesse au paiement de la somme de 2'087 fr. 30 et de 2'588 fr. 70. Cependant, dans la mesure où la défenderesse a conclu au rejet de la demande, elle ne s'est pas prononcée sur l'étendue de la prise en charge de ces factures. Or, dans ses décomptes de remboursement antérieurs, elle a procédé à des déductions en raison de prestations facturées au tarif privé du médecin-dentiste. L'instruction n'a cependant pas porté sur le bien-fondé des prestations facturées, ainsi que sur le tarif. De surcroît, seuls 70% des prestations sont remboursés, aux termes de l'art. 5.2 des conditions générales relatives aux assurances "plus" et "premium".

Dans ces conditions, il y a lieu de renvoyer la cause à la défenderesse afin qu'elle détermine l'étendue des prestations à rembourser, dont il conviendra également de déduire les primes d'assurances dues pour 2011 et 2012.

8. Cela étant, la demande sera partiellement admise.
9. Dans la mesure où la défenderesse succombe largement, elle sera condamnée à verser aux demandeurs une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la demande du demandeur III irrecevable.
2. Déclare la demande des demandeurs I et II recevable.

**Au fond :**

3. Admet la demande des demandeurs I et II partiellement.
4. Constate que les contrats complémentaires "plus natura" et "hospita allgemein" de la demanderesse, ainsi les contrats "plus" et "hospita allgemein" du demandeur II sont toujours en vigueur en 2011 et que la résiliation de ceux-ci a été valablement invalidée.
5. Condamne la défenderesse à rembourser aux demandeurs les factures en suspens qui font l'objet de la présente procédure, dans le cadre des conditions générales stipulées dans le contrat et sous déduction des primes d'assurance dues pour les assurances complémentaires.
6. Renvoie la cause à la défenderesse afin qu'elle calcule le montant des frais dentaires à sa charge concernant les factures faisant l'objet de la présente procédure.
7. Condamne la défenderesse à verser aux demandeurs la somme de 1'500 fr. à titre de dépens.
8. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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