

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3989/2011

ATAS/680/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mai 2012

9<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

HELSANA ASSURANCES S.A., sise avenue de Provence 15,  
1007 Lausanne

demanderesse

contre

Monsieur K\_\_\_\_\_, domicilié au Grand-Saconnex,  
représenté par FORTUNA, Compagnie d'assurance de protection  
juridique

défendeur

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et  
Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur K\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré) a travaillé pour l'entreprise X\_\_\_\_\_ S.A. (ci-après l'employeur) en tant que consultant dès le 1<sup>er</sup> avril 2007. A ce titre, il était assuré pour la perte de gain en cas de maladie auprès de HELSANA ASSURANCES S.A. (ci-après l'assureur), sous le contrat collectif n° \_\_\_\_\_ (police Helsana Business Salary).
2. Le contrat d'assurance prévoyait en cas d'incapacité de travail pour maladie, le versement d'une indemnité journalière de 90% du salaire effectif pendant 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 60 jours.
3. Dès le 9 novembre 2009, l'assuré a été en incapacité de travail totale pour maladie pour une longue durée.
4. Dès la fin du délai d'attente, soit le 9 janvier 2010, l'assureur a versé les indemnités journalières en faveur de l'assuré.
5. L'employeur étant en retard dans le paiement des primes d'assurance, l'assureur lui a adressé des sommations en date des 21 mars, 19 juin et 18 juillet 2010.
6. Par courriel du 8 septembre 2010, l'assureur a informé l'assuré qu'en raison du non-paiement des primes par l'employeur, le versement des prestations était « bloqué » dès août 2010.
7. Par courriel du 22 septembre 2010, l'assureur a informé l'assuré du paiement des primes par l'employeur. Les indemnités journalières dues dès le 8 septembre 2010 allaient être versées sur son compte le 1<sup>er</sup> octobre 2010.
8. Par courriel du 27 septembre 2010, l'assureur a expliqué à l'assuré que le versement des prestations avait été « bloqué » pendant les trois périodes suivantes : du 29 janvier au 3 avril 2007, du 19 au 30 avril 2010 et du 19 juillet au 7 septembre 2010.
9. Par décompte de prestations du 28 septembre 2010, l'assureur a versé en faveur de l'assuré les indemnités journalières relatives à son incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2010.
10. Par courrier du 26 octobre 2010, l'assureur a informé l'employeur que les prestations, en principe suspendues du 19 juillet au 7 septembre 2010, avaient toutefois été versées directement à l'assuré. En revanche, la période de suspension du 19 au 30 avril 2010 n'avait pas été indemnisée.
11. Par « décision » du 16 février 2011, l'assureur a demandé à l'assuré la restitution du montant de 17'184 fr. 25 versé à tort pour la période du 19 juillet au 7 septembre

2010. En raison du non-paiement des primes d'assurance, le versement des prestations avait été « bloqué » pendant cette période. Après vérification, l'assureur avait constaté qu'en raison d'un problème informatique, les indemnités journalières pendant cette période d'incapacité de travail avaient toutefois été versées à tort à l'assuré.

12. Par courriel du 21 février 2011, l'assuré a contesté devoir la somme réclamée.
13. Vu l'échec de la tentative de conciliation faisant suite à la requête déposée le 24 juin 2011 par l'assureur contre l'assuré auprès du Tribunal de première instance, une autorisation de procéder a été délivrée le 14 novembre 2011 (N°APTPI/270/2011).
14. Par demande en paiement déposée auprès de la Cour de céans le 25 novembre 2011, l'assureur conclut à la condamnation de l'assuré au versement de la somme de 17'184 fr. 25, majorée d'un intérêt de 5% dès le 16 mars 2011. En raison du non-paiement des primes, des sommations avaient été adressées à l'employeur, avec un ultime délai de paiement au 4 juillet 2010. La créance demeurant toujours ouverte 14 jours plus tard, la demanderesse avait procédé à la suspension de ses prestations à compter du 19 juillet 2010 conformément à l'art. 20 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1) et à l'art. 32 des Conditions générales d'assurance pour l'assurance indemnités journalières collective, édition 2006 (ci-après CGA). C'était donc à tort qu'elle avait versé des indemnités journalières au défendeur pour la période du 19 juillet au 7 septembre 2010. Ce dernier était donc tenu de les restituer, en vertu des dispositions sur l'enrichissement illégitime.
15. Par réponse du 27 décembre 2011, le défendeur conclut au rejet de la demande. Il explique notamment que ce n'est que le 8 septembre 2010 qu'il avait appris que son employeur n'avait pas payé les primes d'assurance. Il lui paraissait injuste de devoir subir les conséquences imputables à son employeur. Par ailleurs, il ne s'était pas enrichi et selon lui, c'est volontairement que la demanderesse lui avait versé, en date du 1<sup>er</sup> octobre 2010, les montants qu'elle réclamait.
16. Par réplique du 27 janvier 2012, la demanderesse persiste dans ses conclusions. Elle fait valoir que le demandeur ne conteste pas avoir reçu la somme réclamée pour la période du 19 juillet au 7 septembre 2010, alors que la couverture d'assurance était suspendue. Il avait donc reçu un montant sans cause valable ou sur la base d'une erreur de la part de la demanderesse.
17. Par duplique du 15 février 2012, le défendeur a également persisté dans ses conclusions.
18. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la demanderesse, la Cour de céans a gardé la cause 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), 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.

En l'occurrence, les prestations versées, dont la restitution est réclamée, ont été accordées sur la base d'un contrat d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, complémentaire à la LAMal, et soumis à la LCA. La compétence à raison de la matière de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Le défendeur étant domicilié à Genève, la Cour est également compétente à raison du lieu (art. 10 al. 1 let. a et art. 17 CPC, art. 38 CGA).

- 1.1 La demanderesse a requis une audience de tentative préalable de conciliation - facultative en l'espèce (cf. ATAS/577/2011 du 31 mai 2011) - qui a échoué. Elle a ensuite déposé la demande dans le délai légal de trois mois à compter de la délivrance de l'autorisation de procéder (art. 209 al. 3 CPC).

Pour le surplus, la demande répond aux réquisits légaux de forme (art. 130, 244 CPC). Elle est donc recevable.

- 1.2 La procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC), et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

2. Le litige porte sur la question de savoir si le défendeur - qui a reçu des indemnités journalières versées par la demanderesse en raison d'une incapacité de travail totale - doit restituer les indemnités journalières versées du 19 juillet au 7 septembre 2010.

3. a) Les prestations versées, dont la restitution est réclamée, ont été accordées sur la base du contrat d'assurance indemnités journalières collective, lequel est soumis à la LCA.

En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord 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 qui relèvent de la liberté contractuelle des parties hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnité journalière (ATF 124 V 201 consid. 3d; ATAS/1104/2006). 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; 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c).

En application de l'art. 100 LCA, les dispositions du CO sont applicables pour tout ce qui n'est pas réglé par celle-ci. Par conséquent, les art. 62 et ss du CO relatifs aux obligations résultant de l'enrichissement illégitime sont applicables au cas d'espèce. En effet, selon la jurisprudence, l'obligation de restituer l'indu se fonde en premier lieu sur les dispositions des lois spéciales qui la prévoient et, à défaut, sur les règles générales de l'enrichissement illégitime au sens des art. 62 à 67 CO (ATF 115 V 115 consid. 3b et les références).

Aux termes de l'art. 62 al. 1 et 2 CO, celui qui, sans cause légitime, s'est enrichi aux dépens d'autrui, est tenu à restitution. La restitution est due, en particulier, de ce qui a été reçu sans cause valable, en vertu d'une cause qui ne s'est pas réalisée, ou d'une cause qui a cessé d'exister.

b) La question de savoir si le défendeur avait droit ou non aux prestations litigieuses dépend du contrat d'assurance en vertu duquel elles ont été versées. La demanderesse, qui ne conteste pas que le défendeur a été en incapacité de travail totale du 19 juillet au 7 septembre 2010, fait valoir que pendant cette période, son obligation de verser les prestations était suspendue en raison du non-paiement des primes par l'employeur.

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'effectuer le paiement dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation, laquelle doit rappeler les conséquences du retard (art. 20 al. 1 LCA); si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (art. 20 al. 3 LCA).

Si l'assureur n'a pas poursuivi le recouvrement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'art. 20 al. 1 LCA, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée (art. 21 al. 1 LCA); en revanche, s'il 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, y compris les intérêts et les frais (art. 21 al. 2 LCA).

Les prescriptions des art. 20 et 21 LCA ne peuvent pas être modifiées conventionnellement au détriment du preneur ou de l'ayant droit (art. 98 LCA). L'art. 32 CGA prévoit également un délai de 14 jours dès l'expédition de la mise en demeure pour régler le montant dû. Si la mise en demeure reste sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulé le délai de mise en demeure.

La LCA déroge ainsi en faveur de l'assureur au régime commun de la demeure (art. 107 ss CO) en ce sens que, à l'expiration du délai imparti au débiteur pour

s'exécuter, l'assureur a non seulement le choix de poursuivre le paiement de la prime en souffrance, mais encore son obligation est suspendue. C'est pour sauvegarder convenablement les intérêts du débiteur face aux conséquences économiques rigoureuses de la suspension de la couverture d'assurance que le législateur a rompu avec le système de la demeure suivant le droit commun, en prescrivant l'envoi d'une commination qui réponde à des exigences strictes quant à sa forme et à son contenu. La sommation doit être adressée au débiteur de la prime. Elle doit, notamment, indiquer le montant de la ou des primes dont l'assureur exige le paiement. 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 et, d'autre part, le droit de l'assureur de se départir du contrat, respectivement la fiction de résiliation (ATF 128 III 186 consid. 2).

S'agissant de la suspension de l'obligation de l'assureur, il convient de préciser encore que dès la fin du délai de grâce donné au débiteur, les effets de l'assurance sont suspendus. Cela signifie que le contrat reste en vigueur, mais en cas de sinistre, l'assureur n'est pas tenu au versement de ce que le contrat prévoit, alors même qu'il conserve son droit à la prime. Le fait que la suspension n'intervienne qu'en cas de demeure qualifiée du preneur (en l'occurrence au terme du délai de grâce) est important : un sinistre survenant pendant le délai de 14 jours (ou d'un éventuel délai plus long donné par l'assureur) ne permet aucunement à l'assureur de refuser le versement de sa prestation, quand bien même ce dernier ne parviendrait finalement pas à disposer de la prime (BRULHART, Droit des assurances privées, p. 255, n° 563). Ainsi, par la suspension de l'obligation de couverture d'assurance, l'assureur se soustrait à l'obligation de répondre d'un sinistre survenu après le délai de mise en demeure (MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, p. 31).

c) Selon l'art. 15. 1 CGA, l'obligation de verser des prestations commence après écoulement du délai d'attente mentionné dans la police. Ce délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, au plus tôt cependant trois jours avant le début du traitement médical.

S'agissant de la durée des prestations, les CGA stipulent que l'assureur verse l'indemnité journalière par sinistre pendant la durée de prestations mentionnée dans la police, avec déduction du délai d'attente convenu. Après épuisement de la durée maximale des prestations pour un sinistre, la personne assurée a épuisé toutes les prestations pour le sinistre en question. Une éventuelle capacité de travail résiduelle demeure assurée (art. 17. 1 et 17.3 CGA).

4. En l'occurrence, au vu des pièces caviardées produites par la demanderesse, la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer si la sommation dont elle se prévaut remplit les exigences strictes de forme et de contenu prévues par la loi.

Quoi qu'il en soit, et compte tenu de ce qui sera exposé ci-après, cette question peut demeurer indécise.

En effet, quand bien même la sommation remplirait toutes les conditions entraînant la suspension de la couverture d'assurance du 19 juillet au 7 septembre 2010, cette suspension n'autoriserait toutefois pas la demanderesse à refuser le versement des indemnités journalières au défendeur.

Conformément à la jurisprudence et à la doctrine précitées, la demanderesse peut se soustraire à l'obligation de verser des prestations pour autant que le sinistre soit survenu après le délai de mise en demeure. En d'autres termes, seule est suspendue la couverture d'assurance et non pas le droit aux prestations né d'un événement assuré survenu avant la suspension.

Or, en l'occurrence, il n'est pas contesté, ni contestable, que l'incapacité de travail du défendeur, à savoir l'événement assuré ouvrant droit aux prestations de la part de la demanderesse, est survenu le 9 décembre 2009, soit avant la période de suspension litigieuse, du 19 juillet au 7 septembre 2010.

Par conséquent, la demanderesse ne peut réclamer la restitution des prestations versées au défendeur pendant la période précitée.

Mal fondée, la demande doit donc être rejetée.

5. Le défendeur obtenant gain de cause, la demanderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 16, 17 et 18 de la loi d'application du code civil et du code des obligations, du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05] ; art. 84 et 85 du Règlement fixant le tarif des frais en matière civile, RS E 1 05.10).

Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant 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. Condamne la demanderesse à verser au défendeur une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Maryse BRIAND

La présidente

Florence KRAUSKOPF

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