

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/508/2014

ATAS/393/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mai 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Serge ROUVINET

demanderesse

contre

SYMPANY VERSICHERUNGEN AG, sise Peter Merian-Weg 4,
BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Isabelle JAQUES

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____1949, exerce une activité lucrative de traductrice indépendante. Elle est assurée depuis 2008 à titre individuel auprès de Sympany Versicherungen AG (ci-après : l'assureur) pour une assurance soumise à la loi sur le contrat d'assurance, prévoyant le versement d'indemnités journalières durant 730 jours, conformément au contrat-cadre de l'Association internationale des interprètes de conférence. Le montant de l'indemnité s'élève à 75% du salaire assuré, soit CHF 110'000.- par an, et le délai de carence est de 7 jours.
2. A compter du 28 septembre 2012, l'assurée a été en incapacité de travail, attestée par le Dr B_____, médecin généraliste, lequel a posé les diagnostics d'état dépressif moyen sans symptômes somatiques et de hernie discale L3-L4.
3. L'assureur a versé ses prestations dès le 4 octobre 2012, à l'issue du délai de carence.
4. Par certificat du 28 janvier 2013, renouvelé à diverses reprises, le docteur C_____, médecin auprès du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a confirmé la persistance d'une totale incapacité de travail.
5. Par rapport du 15 mai 2013, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et chef de clinique auprès des HUG, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et de trouble de la personnalité de type borderline (F33.2 et F60.31 selon la Classification internationale des maladies). L'incapacité de travail restait totale.
6. Par certificats datés des 25 mai 2013 et 5 août 2013, les docteurs E_____, chirurgien orthopédique et F_____, psychiatre, ont confirmé que l'assurée demeurait incapable de travailler.
7. Par courrier du 21 octobre 2013, l'assureur a informé l'assurée qu'il mettrait fin au versement des indemnités journalières le 31 octobre 2013, date à laquelle l'intéressée atteindrait l'âge de la retraite.
8. Le 5 novembre 2013, l'assurée a sollicité la reprise du versement des indemnités journalières. Elle manifestait le souhait de reprendre son activité professionnelle, ce que démontraient son affiliation à l'Association internationale des traducteurs et le paiement de sa prime d'assurance jusqu'à la fin de l'année. Elle faisait valoir que lorsqu'un assuré travaillait au-delà de l'âge de la retraite, ce qui serait son cas, la couverture d'assurance ne prenait fin qu'à l'âge de 70 ans, selon les conditions générales de son contrat.
9. Par pli du 19 novembre 2013, l'assureur a informé l'assurée qu'il résiliait son contrat d'assurance à compter du 31 décembre 2013, au motif qu'elle n'était pas domiciliée en Suisse.

10. Par courrier du 4 décembre 2013, l'assurée a rétorqué être domiciliée à Genève, attestation de l'Office cantonal de la population (OCP) certifiant de sa résidence depuis septembre 2013 à l'appui.
11. Par courriers des 11 et 19 décembre 2013, l'assurée a mis en demeure l'assureur de lui verser des indemnités journalières, le menaçant, à défaut, de saisir la justice.
12. Par courrier du 20 décembre 2013, l'assureur lui a répondu que seuls ceux qui continuaient à travailler au-delà de l'âge de la retraite pour le compte du preneur d'assurance avaient droit aux indemnités journalières, ce qui n'était pas son cas puisqu'elle était incapable de travailler depuis le 28 septembre 2012 et n'avait reçu aucune commande postérieurement au 31 octobre 2013. L'assurance se disait disposée à rembourser les primes d'assurance versées en novembre et décembre 2013.
13. Par plis des 24 décembre 2013 et 14 janvier 2014, l'assurée a persisté à réclamer le versement d'indemnités journalières et la reconduction de son contrat en 2014.
14. Le 15 janvier 2014, l'assurance lui a répondu qu'elle la considérait comme une propriétaire d'entreprise, non comme une travailleuse au sens de ses conditions générales.
15. Par acte du 19 février 2014, l'assurée a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre de l'assureur, concluant, sous suite de dépens, à ce que ce dernier soit condamné à lui verser CHF 25'317.60 avec intérêts à 5% l'an dès le 19 février 2014, puis CHF 226.05 par jour jusqu'à amélioration notable de sa capacité de gain ou épuisement des prestations prévues par sa police d'assurance.

La demanderesse explique qu'incapable de travailler depuis septembre 2012, elle reprendra son activité professionnelle dès que son état de santé le lui permettra.

Elle souligne que des mandats de traduction lui ont été proposés en novembre, décembre 2013 et janvier 2014 par le Bureau international du travail (BIT), l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) et l'Organisation maritime internationale (OMI), mais qu'elle n'a pas pu les accepter en raison de son état de santé.

Elle ajoute avoir payé ses cotisations auprès de l'Association internationale des traducteurs de conférence (AITC) et ses primes d'assurance à la défenderesse jusqu'au 31 décembre 2013.

16. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 2 mai 2014, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande, sollicitant en outre l'audition des Drs B_____ et F_____.

Premièrement, la défenderesse soutient que la demanderesse aurait dû continuer à travailler régulièrement au-delà de l'âge AVS pour que la couverture d'assurance perdure, ce qui ressort de ses conditions générales. Selon elle, admettre que cette couverture soit maintenue dès qu'un assuré envisage de reprendre son travail

reviendrait à indemniser un risque de perte salariale, alors que le but de l'assurance perte de gain est de couvrir une perte concrète. En l'occurrence, une reprise du travail à 100% paraît incertaine, vu l'incapacité de travail ayant duré plus de 18 mois, laissant supposer que la demanderesse ne pourra de toute manière plus obtenir de revenu équivalent à son gain assuré.

Deuxièmement, la défenderesse reproche à l'assurée d'avoir violé son obligation de diminuer le dommage en omettant de s'annoncer à l'assurance-invalidité, ce qui l'a empêchée de percevoir une rente d'invalidité depuis le mois d'octobre 2013. Elle en tire la conclusion qu'elle était fondée à mettre un terme aux prestations et au contrat une fois l'âge de la retraite atteint.

17. Dans sa réplique du 4 juin 2014, la demanderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle explique avoir pu reprendre son activité professionnelle suite à une récente amélioration de son état de santé et avoir d'ailleurs reçu des propositions de traductions de l'AIEA et de l'OIT pour la période de juin à août 2014, qu'elle compte accepter, étant précisé que chaque contrat ne sera signé que le premier jour du mandat. Enfin, elle fait remarquer que ses activités de traductrice lui rapportent un salaire mensuel nettement supérieur au gain assuré, soit CHF 13'404.- selon le barème de l'AITC.

A l'appui de ses dires, la demanderesse a notamment produit :

- un certificat du Dr B_____ du 16 mai 2014, attestant d'une amélioration de son état de santé permettant une reprise du travail dès le 15 juin 2014 ;
- un certificat du Dr F_____, daté du 22 mai 2014, attestant d'une capacité de travail de 50% dès juin 2014 et d'une reprise envisageable à 100% dès juillet 2014.

18. Le 3 juillet 2014, la défenderesse a dupliqué en persistant dans ses conclusions.

La défenderesse relève que la demanderesse ne produit aucun contrat la liant à l'OIT ou à l'AIEA et considère que la reprise d'une activité professionnelle n'est donc pas prouvée, pas plus que la perception d'un revenu supérieur au gain assuré.

Elle ajoute que, même si une telle reprise était démontrée, deux mandats ponctuels ne sauraient être assimilés à un travail régulier au sens de ses conditions générales.

Enfin, elle maintient que l'assurée a violé son obligation de diminuer le dommage en ne s'annonçant pas à l'assurance-invalidité, alors que son incapacité de travail a duré plus d'une année.

19. Les 10 juillet et 11 août 2014, la demanderesse a notamment produit :

- deux contrats aux termes desquels l'AIEA et le BIT la chargent d'effectuer des traductions du 30 juin au 29 août et du 2 juillet au 15 octobre 2014 ; le premier prévoit une rémunération mensuelle de USD 11'088.20, le second, des rémunérations forfaitaires de CHF 19'051.- et 2'952.- pour la traduction d'un rapport et de son résumé ;

- un accord du 11 février 1991 entre le Comité consultatif des Nations Unies et l'AITC, portant sur les conditions de travail des traducteurs recrutés à court terme.

20. Par écriture du 22 août 2014, la défenderesse a persisté derechef dans ses conclusions.

Elle soutient que la demanderesse ne travaillait pas régulièrement au moment où elle a atteint l'âge de la retraite, puisqu'elle n'a repris son activité que le 30 juin 2014.

Elle ajoute que, si contre toute attente, un droit au maintien des indemnités journalières devait être reconnu, celui-ci devrait être fixé conformément à ses conditions générales, lesquelles prévoient que les assurés qui continuent à travailler après l'âge de l'AVS ont droit à 180 indemnités au total. Comme 399 indemnités journalières ont déjà été versées à la demanderesse jusqu'à l'âge de la retraite (54% de 730 jours), elle ne lui resterait devoir que 82 indemnités (46% de 180 jours).

21. Les 15, 19 septembre et 13 octobre 2014, la demanderesse a produit diverses pièces, notamment un contrat conclu avec la Commission économique des Nations Unies, dont il résulte qu'elle a été mandatée pour réaliser des traductions en Ethiopie du 8 septembre au 31 octobre 2014 pour une rémunération de USD 11'651.- bruts.

22. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 13 novembre 2014.

À cette occasion, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.

La demanderesse a allégué qu'elle réside en Suisse depuis 2013 et a repris son travail à 100% en juillet 2014, suite à une amélioration de son état de santé.

Elle a expliqué que les traducteurs de conférence sont regroupés au sein de l'association AITC et que leurs conditions de travail sont régies par un accord avec les Nations Unies. Ils sont regroupés en trois catégories : les membres actifs – dont elle fait partie –, les membres associés et les retraités.

La demanderesse a relaté avoir traversé non seulement une dépression mais avoir également rencontré des problèmes dorsaux pour lesquels elle a dû être hospitalisée à cinq reprises entre novembre 2012 et novembre 2014 et être opérée trois fois entre mars 2013 et mars 2014.

Pour le surplus, elle a allégué avoir considéré qu'il était inutile de s'annoncer à l'AI puisque la fin du délai de carence serait survenu peu de temps avant l'âge de l'AVS ; de surcroît, elle souhaitait reprendre une activité professionnelle.

Depuis la reprise de son activité, en juillet 2014, elle a travaillé successivement pour l'AIEA, la Commission économique pour l'Afrique, l'OIT puis de nouveau pour l'AIEA, laquelle l'a mandatée jusqu'en février 2015. Les offres qui lui sont adressées dans le cadre de l'accord AITC ont valeur contractuelle, en ce sens que le

traducteur a droit à l'entier de la rémunération si le mandataire se rétracte dans les 30 jours précédant le début du contrat.

Interrogée sur son lieu de domicile, la demanderesse a répondu que son adresse principale était à Genève, l'adresse française figurant dans l'annuaire de l'AITC correspondant à une résidence secondaire ; ces adresses avaient été interverties dans l'annuaire 2014, mais en réalité, elle a toujours été domiciliée fiscalement à Genève.

23. Par écriture du 27 novembre 2014, la défenderesse s'est engagée à rembourser à son assurée les primes versées en novembre et décembre 2013, encaissées par erreur.
24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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).

L'assurance en cause dans le litige soumis à la Chambre de céans est une assurance perte de gain en cas de maladie et d'accident soumise à la LCA. La compétence à raison de la matière de la Chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b. S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 13 des conditions générales de l'assurance perte de salaire selon la LCA, édition 2008 (ci-après : les CGA), prévoit qu'en cas de litige découlant du contrat d'assurance, sont compétents au choix soit le tribunal du domicile suisse du demandeur, soit celui de son lieu de travail en Suisse, soit celui du siège de l'assureur.

Ces élections de for sont admissibles en vertu de l'art. 17 CPC, par renvoi de l'art. 46a LCA, même si cet article n'a pas été modifié suite à l'entrée en vigueur du CPC.

La demanderesse étant domiciliée à Genève, à tout le moins depuis le 1^{er} septembre 2013, la Chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la demande.

c. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III

558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

d. Pour le surplus, la demande en paiement du 19 février 2014 respecte les conditions légales et formelles (130 et 244 CPC). Partant, elle est recevable.

2. Le litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse à des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2013, date à laquelle la défenderesse a mis fin au versement des dites indemnités.
3. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (ATF non publié 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 CC, en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; arrêt du Tribunal fédéral 4A_491/2008 du 4 février 2009 consid. 3.1). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, elle ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4; ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

4. a. Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe,

le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1).

b. Selon l'art. 8 du code civil (CC ; RS 210), le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa), qui ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (ATF 130 III 321 consid. 3.3). Il y a vraisemblance prépondérante lorsqu'il est possible que les faits pertinents se soient déroulés différemment, mais que les autres possibilités ou hypothèses envisageables n'entrent pas raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.2). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

c. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

5. La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2).

La police d'assurance perte de gain pour les entreprises conclue par les parties en 2008 prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident couvrant 75% du salaire assuré pendant 730 jours, à l'expiration d'un délai de carence de 7 jours.

Sont assurées les personnes physiques mentionnées dans la police d'assurance qui sont soumis à l'AVS et qui n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus respectivement qui étaient déjà employés par le preneur d'assurance au moment d'atteindre l'âge AVS et disposaient de leur pleine capacité de travail. Les frontaliers sont assurés aux mêmes conditions (art. 2.2.1 CGA). Sont également couverts, dans la mesure où la police d'assurance les mentionne nommément et avec un montant de salaire fixe : a. le propriétaire de l'entreprise ; b. son conjoint, ses enfants ou ses parents qui travaillent dans l'entreprise mais ne sont pas mentionnés dans la comptabilité des salaires (art. 2.2.3 CGA).

Est réputée maladie au sens des conditions générales toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident, qui exige un examen ou un traitement médical et qui provoque une incapacité de travail (art. 8.1.1 CGA).

Il y a incapacité de travail lorsque, en raison d'une maladie ou d'un accident, la personne assurée n'est plus en mesure, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative qui peut raisonnablement être exigée d'elle. Il y a incapacité partielle de travail lorsque le degré de l'incapacité de travail est de 25% au moins (art. 8.1.4 CGA). L'allocation des indemnités journalières est subordonnée à la présentation d'un certificat médical attestant l'incapacité de travail (art. 8.1.5 CGA).

6. Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au code des obligations (CO; RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO) (arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 132 III 268 consid. 2.3.2). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2002 du 17 septembre 2002 consid. 3.1). On s'en tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé (ATF 118 II 342 consid. 1a). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble. Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (arrêt du Tribunal fédéral non publié 5C.44/2004 du 21 mai 2004 consid. 2.1). 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). La jurisprudence a nuancé le principe selon lequel il y aurait lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. On ne peut ériger en principe qu'en présence d'un "texte clair", on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b).

Enfin, et de façon subsidiaire, on rappellera que lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel"; ATF 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 3.1). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6). Il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (ATF 126 V 499 consid. 3b).

7. Aux termes de l'art. 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2).

L'art. 21 al. 4 LPGA prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Cette disposition, inspirée par la

jurisprudence rendue en application de l'art. 61 LCA, est une concrétisation du principe de la bonne foi également applicable aux assurances privées. Ainsi, on attend d'un assureur versant des indemnités journalières à un assuré avant de considérer que ce dernier n'est plus incapable de travailler qu'il en informe l'assuré et continue de servir les prestations pendant le délai nécessaire pour reprendre une activité. Le Tribunal fédéral a considéré qu'un tel avertissement était également nécessaire si l'assureur entendait mettre un terme à ses prestations parce que l'assuré ne s'était pas soumis à un traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral 4A_79/2012 du 27 août 2012 consid. 5.1 et 5.4).

8. a. En l'espèce, la défenderesse a versé des indemnités journalières, à l'issue du délai de carence, du 5 octobre 2012 jusqu'au 31 octobre 2013 sur la base d'une incapacité de travail complète attestée médicalement.

S'appuyant sur ses conditions générales, la défenderesse invoque que l'assurée ne travaillait pas régulièrement au moment où elle a atteint l'âge de la retraite, en octobre 2013, puisque la reprise de son activité professionnelle n'est établie qu'à partir du 30 juin 2014 et durant trois mois et demi seulement. La défenderesse en tire la conclusion que la couverture d'assurance et le droit aux indemnités journalières ont pris fin au 31 octobre 2013.

b. Selon l'art. 6.2 CGA, « la couverture d'assurance de la personne assurée prend fin : [...] b. lors de son départ à la retraite ; c. lorsqu'elle a atteint l'âge de 70 ans révolus en cas de maintien de son activité après l'âge de la retraite ; d. par épuisement définitif du droit aux prestations ; e. en cas d'interruption de travail sans droit au salaire ; la couverture d'assurance ne s'interrompt pas durant les interruptions de travail pour cause de maladie, d'accident ou de service dans l'armée suisse, la protection civile ou le service civil ».

c. La Chambre de céans constate que la demanderesse a repris son activité professionnelle de traductrice le 30 juin 2014, comme en témoignent ses différents contrats avec l'AIEA, le BIT et la Commission économique des Nations unies, ainsi que ses déclarations, convaincantes, faisant état de mandats jusqu'en février 2015 au moins. La défenderesse ne conteste plus cette reprise mais invoque désormais sa faible durée et le fait qu'elle ne soit intervenue qu'après que la demanderesse a atteint l'âge de l'AVS, ce qui exclurait le maintien de la couverture d'assurance.

Ces arguments ne sont toutefois pas déterminants au regard du texte clair de l'art. 6.2 let. c CGA, lequel ne subordonne la poursuite de la couverture d'assurance qu'au maintien de l'activité lucrative après l'âge de la retraite. Or, cette condition doit être considérée comme remplie, compte tenu de l'activité exercée sans interruption et de manière régulière par l'assurée, à tout le moins pendant huit mois dès le 30 juin 2014.

Bien que la défenderesse allègue le contraire, on précisera que les revenus perçus par l'assurée depuis sa reprise d'activité ne sont manifestement pas inférieurs au

salaires assurés, eu égard aux rémunérations prévues dans ses contrats avec l'AIEA, le BIT et les Nations Unies.

Il est vrai qu'en raison de son état de santé, l'assurée a temporairement cessé de travailler du 28 septembre 2012 au 29 juin 2014, avant de reprendre son activité professionnelle. Cependant, on ne saurait considérer avec la défenderesse que cette incapacité transitoire entraîne la fin de la couverture d'assurance, puisque la condition prévue par l'art. 6.2 let. c CGA est réalisée et que les conditions générales d'assurance disposent de surcroît que la couverture est prolongée en cas d'incapacité de travail (cf. notamment art. 6.2 let. e et 8.2.3 CGA). Admettre avec la défenderesse que la couverture d'assurance a pris fin à l'âge de 64 ans reviendrait au demeurant à adopter une solution inéquitable, dans la mesure où l'assurée aurait très vraisemblablement travaillé à ce moment-là si son état de santé ne l'en avait empêchée.

Partant, la Chambre de céans retiendra que la couverture d'assurance a perduré au-delà de l'âge de la retraite, contrairement à ce que soutient la défenderesse.

9. a. Il convient à présent de se prononcer sur la durée du droit aux indemnités journalières.

La demanderesse estime avoir droit à 730 indemnités depuis la survenance de son incapacité de travail, alors que, pour sa part, la défenderesse soutient n'en devoir que 82 tout au plus. La défenderesse explique avoir versé 399 indemnités à l'assurée jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de la retraite, ce qui représente 54% de 730 jours et en tire la conclusion que seuls 46% de 180 jours seraient encore dus, soit 82.

b. L'art. 8.4.6 CGA stipule que « les personnes assurées qui, après avoir atteint l'âge de l'AVS, continuent à travailler régulièrement pour le compte du preneur d'assurance ont droit à l'indemnité journalière assurée durant 180 jours au total, mais tout au plus jusqu'à l'âge de 70 ans révolus. La même réglementation est également valable pour le propriétaire de l'entreprise [...] ».

c. Eu égard à sa formulation générale, la Chambre de céans estime que l'art. 8.4.6 CGA doit s'appliquer tant aux incapacités de travail survenues postérieurement à l'âge de la retraite qu'aux incapacités de travail qui, comme en l'espèce, sont en cours lorsque l'assuré atteint l'âge de l'AVS. Faute de précision correspondante, cette disposition ne peut être comprise dans le sens où elle ne s'appliquerait qu'aux cas d'assurances survenus après l'âge de l'AVS. Les deux parties le reconnaissent d'ailleurs implicitement, puisqu'elles se prévalent de cette disposition dans le cas particulier, qui concerne une incapacité de travail en cours lorsque l'assurée a atteint l'âge de la retraite.

L'art. 8.4.6 CGA étant applicable, on ne saurait suivre la demanderesse lorsqu'elle soutient avoir droit au versement des indemnités journalières pendant 730 jours. En effet, cette solution reviendrait à faire abstraction de la règle précitée, qui limite à 180 jours les indemnités journalières versées dès l'âge de la retraite. Il n'y a pas lieu

non plus de fixer la durée des prestations restantes selon le calcul proposé par la défenderesse, lequel ne trouve aucune assise dans le contrat et ses conditions générales.

La Chambre de céans constate que l'assurée bénéficiait d'un solde d'indemnités journalière excédant 180 jours lorsqu'elle a atteint l'âge de la retraite, le 12 octobre 2013. Toutefois, l'art. 8.4.6 CGA plafonne la durée des prestations dès l'âge de l'AVS et conformément à celui-ci, la demanderesse n'a droit qu'à 180 indemnités journalières à compter du 12 octobre 2013 (cf. également arrêt du Tribunal cantonal vaudois AMC 10/09 - 1/2012 du 30 novembre 2011, consid. 4b). Après déduction des 20 indemnités qu'elle a déjà perçues du 12 au 31 octobre 2013, l'assurée a donc encore droit au versement d'un solde de 160 indemnités journalières.

10. Enfin, la défenderesse reproche à l'assurée d'avoir violé son obligation de diminuer le dommage en omettant de s'annoncer à l'assurance-invalidité, ce qui l'aurait empêchée de bénéficier d'une rente entière d'invalidité dès le mois d'octobre 2013. Elle se prévaut de l'art. 8.5.1 des CGA, stipulant qu'il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance pour les suites d'accidents et de maladies professionnelles devant être couvertes par un autre assureur.

En premier lieu, la Chambre de céans constate qu'aucune mise en demeure formelle n'a été adressée à la demanderesse. En effet, il ne ressort du dossier aucune injonction fixant un délai à l'assurée pour s'annoncer auprès de l'assurance-invalidité et l'avertissant des conséquences juridiques d'un défaut d'inscription.

En second lieu, la défenderesse ne rend pas vraisemblable qu'une inscription à l'assurance-invalidité aurait notablement diminué son dommage. En effet, même si l'AI avait reconnu à l'assurée le droit à une rente dès le 1^{er} octobre 2013, à l'issue du délai de carence d'un an, ce droit aurait quoi qu'il en soit pris fin un mois plus tard, le 1^{er} novembre 2013, date à partir de laquelle l'assurée pouvait prétendre une rente de l'AVS (art. 30 LAI).

Par surabondance, on relèvera que l'art. 11.1.1 CGA stipule qu'« il n'existe pas d'obligation [de l'assureur] de fournir des prestations dans la mesure où il existe un droit à des prestations à l'égard de tiers ». Or, selon la jurisprudence, la formule « a droit » implique sinon un versement effectif, au moins que le droit à une prestation soit reconnu. On ne peut tirer de cette expression que l'assuré devrait solliciter toutes les prestations qu'il pourrait peut-être obtenir et encore moins que l'assureur pourrait, sans qu'aucune démarche n'ait été faite auprès de l'assurance concernée, déduire le montant de prestations dont on ne sait pas en définitive si elles auraient été accordées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_561/2012 du 23 janvier 2013, consid. 3). Pour le surplus, la défenderesse ne se prévaut pas, à juste titre, d'une quelconque violation de l'art. 156 CO.

Le grief tiré du défaut d'inscription à l'assurance-invalidité sera donc écarté.

11. La Chambre de céans disposant de tous les éléments nécessaires pour statuer sur le droit de l'assurée à des indemnités journalières de la part de la défenderesse,

l'audition sollicitée des Drs B_____ et F_____ est rejetée, par appréciation anticipée des preuves.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, la défenderesse doit être condamnée au paiement de 160 indemnités journalières correspondant à la période du 1^{er} novembre 2013 au 9 avril 2014.

L'indemnité journalière s'élève à CHF 226.05, de sorte que la demanderesse a droit au versement d'un montant de CHF 36'168.– au total (160 x 226.05).

13. a. S'agissant enfin des intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention.

Ce délai n'a plus de raison d'être dès le moment où l'assureur conteste à tort son obligation. La prestation devient alors immédiatement exigible. L'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la créance. Aucun intérêt moratoire n'est dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure (Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). L'intérêt moratoire est fixé à 5% conformément aux art. 102 et 104 CO applicables par renvoi de l'art. 100 LCA. Conformément à l'art. 102 al. 1 CO, le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier. L'interpellation doit décrire la prestation à effectuer de manière suffisamment précise pour que le débiteur puisse reconnaître ce que le créancier exige. Si la prestation est pécuniaire, le montant doit en principe être chiffré (ATF 129 III 535).

L'intérêt moratoire n'est dû que depuis le début de la demeure, c'est-à-dire le jour suivant la réception de l'interpellation du débiteur - cas échéant le lendemain de la notification au débiteur de la demande en justice ou du commandement de payer (Luc THEVENOZ, in Commentaire romand, Code des obligations I, ad art. 104 CO, n. 9, p. 621).

Les CGC applicables en l'espèce ne prévoient pas de disposition particulière à cet égard.

- b. En l'occurrence, la défenderesse a mis fin, par courrier du 21 octobre 2013, aux indemnités journalières de la demanderesse avec effet au 31 octobre 2013, rendant les prestations exigibles dès cette date.

Par courriers des 5 novembre et 24 décembre 2013, la demanderesse a sollicité la reprise du versement des indemnités journalières. Toutefois, comme ses interpellations ne sont pas chiffrées, alors même qu'elles concernent une prétention pécuniaire, elles ne peuvent être qualifiées de mise en demeure au sens de l'art. 102 CO. Il sera dès lors retenu que c'est dans sa demande en paiement, adressée à la défenderesse le 20 février 2014 et vraisemblablement reçue le

lendemain, que l'assurée a chiffré pour la première fois ses prétentions, de sorte que l'intérêt moratoire de 5% est dû dès le 22 février 2014.

14. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC).

La demanderesse, représentée par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte que la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 6'300.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à 26 de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]; art. 84 et 85 du RTFMC), au vu de la valeur litigieuse.

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. L'admet partiellement.
3. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse la somme de CHF 36'168.-, plus intérêts à 5% l'an dès le 22 février 2014.
4. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse une indemnité de CHF 6'300.- à titre de dépens, TVA et débours inclus.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b 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 greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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