

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1951/2014

ATAS/456/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

CENTRE A_____ SÀRL, société sise à GENÈVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

demanderesse

contre

AXA ASSURANCES SA, sise Général-Guisan-Strasse 40,
WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Michel BERGMANN

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. La société Centre A_____ Sàrl (ci-après : la société), ayant pour but l'exploitation d'un commerce de réparation, révision, location et vente de véhicules, a été créée en août 2012. Elle est gérée par Monsieur B_____. La société a repris le commerce exploité précédemment par Madame C_____ en raison individuelle depuis février 2000.

Dans ce contexte, la société a conclu de nouveaux contrats de travail avec les employés de la raison individuelle. En date du 28 septembre 2012, elle a ainsi établi un nouveau contrat de travail avec Monsieur D_____ (ci-après : l'assuré). Le salaire convenu était de CHF 5'300.-, versé treize fois par an.

2. En août 2012, AXA Assurances SA (ci-après : l'assurance) a adressé à la société une proposition d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, laquelle se référait aux conditions générales d'assurance (CGA) de juillet 2010. La proposition mentionnait dans l'aperçu des prestations une indemnité journalière en cas de maladie couvrant 80% du salaire AVS durant 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de trois jours et s'adressait à l'ensemble du personnel de la société, à l'exception de M. B_____.
3. La proposition précitée ayant été signée par la société en date du 14 août 2012, la police d'assurance n° 1-_____, reprenant ses termes, a été établie avec effet dès cette date.

Le feuillet joint, intitulé « Informations générales pour les personnes assurées », portant le numéro de police de la société, contenait entre autres une rubrique intitulée « Qu'est-ce qui n'est pas assuré », qui énumérait notamment certains types d'accidents et les maladies existant déjà au moment de l'entrée dans l'entreprise ou au début du contrat d'assurance, tant qu'elles provoquaient une incapacité de travail. Il était précisé que cette communication ne faisait pas partie intégrante du contrat d'assurance.

4. L'assuré est décédé le _____ 2014 des suites d'un cancer.
5. Le 2 juin 2014, la société a requis de l'assurance le paiement du salaire dû après le décès de l'assuré.
6. Par courrier du 5 juin 2014, l'assurance a répondu que les conditions d'assurance mentionnaient tous les risques qu'il était possible d'assurer. La police de la société, elle, ne couvrait que les indemnités journalières jusqu'au jour du décès. La couverture du salaire après décès constituait une garantie supplémentaire moyennant une surprime, non incluse dans la police de la société.
7. Le 10 juin 2014, la société a insisté en faisant valoir qu'elle avait conclu une assurance d'indemnités journalières et que les conditions générales y afférentes prévoyaient très clairement que le salaire après décès dû par l'employeur était

assuré. Elle a ajouté que si tel n'était pas le cas, les conditions générales auraient dû le spécifier expressément.

8. Le 24 juin 2014, l'assurance a confirmé son refus de verser le salaire dû après le décès de l'assuré.
9. Le 3 juillet 2014, la société a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre de l'assurance, dont elle a demandé qu'elle soit condamnée à lui verser, sous suite de dépens, un montant de CHF 11'483.35 avec intérêts à 5% l'an dès le 25 avril 2014.

La demanderesse souligne que l'assuré, décédé à la suite d'une maladie ayant entraîné le versement d'indemnités journalières par la défenderesse, était marié et père d'un enfant en formation. La demanderesse a indiqué avoir déjà versé un mois de salaire à l'épouse de feu l'assuré et avoir pour intention de s'acquitter prochainement du second mois de salaire dû. La demanderesse a rappelé que, selon la loi, le salaire à un employé est dû s'il a été occupé au moins cinq ans par l'employeur, condition réalisée en l'espèce, vu la reprise des contrats de travail.

La demanderesse soutient que les conditions générales relatives à l'indemnité journalière en cas de maladie prévoient le paiement du salaire dû après décès. Elle relève que la clause y relative est rédigée au présent et non au conditionnel. Elle en tire la conclusion que le salaire dû en cas de décès doit être versé par la défenderesse, puisque ses conditions générales ne précisent pas qu'il ne le sera que moyennant surprime.

10. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 10 septembre 2014, a conclu au rejet de la demande, sous suite de dépens.

La défenderesse précise qu'en l'occurrence, la police a été conclue par l'intermédiaire du frère du gérant de la demanderesse, qui était courtier en assurances, de sorte qu'elle n'a pas eu de contact direct avec cette dernière.

Elle répète que la couverture du salaire après décès n'est octroyée que moyennant surprime. Selon elle, le fait que cette couverture figure dans les conditions générales ne signifie pas pour autant qu'elle s'applique dans tous les cas. Les conditions énumèrent en effet les différentes prestations d'assurance proposées. Il convient toutefois de se référer à la police d'assurance pour déterminer lesquelles sont concrètement applicables. Elle en veut pour démonstration que le paiement de salaire après décès figure dans le chapitre des CGA relatif aux conditions particulières de l'assurance et que ses CGA contiennent en outre plusieurs dispositions rappelant que les personnes et prestations concrètement assurées dans le cadre du contrat d'assurance sont celles expressément mentionnées dans la police. Dans la partie introductive, les conditions générales énumèrent ainsi les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprises dans l'offre d'assurance et les prestations des autres assurances incluses. Une des dispositions des CGA spécifie que la défenderesse sert les prestations mentionnées dans la police pour les

conséquences économiques de l'incapacité de travail due à une maladie. Selon la défenderesse, les prestations assurées selon la police n°1_____ se limitaient uniquement aux indemnités journalières versées en cas de maladie en faveur de l'ensemble du personnel, à l'exception de M. B_____. Ni la demande d'offre ni la proposition d'assurance n'indiquaient que la demanderesse aurait souhaité bénéficier de cette garantie supplémentaire. Si tel avait été le cas, il en aurait été fait mention dans la police dans la rubrique « Récapitulation des prestations ».

A l'appui de sa position, la défenderesse a notamment produit :

- Un courriel rédigé le 11 juillet 2012 par M. B_____, courtier, apparemment adressé à un collaborateur de la défenderesse, sollicitant notamment une assurance « perte de gain maladie et LAA dès le 3^{ème} jour » ;
- La police caviardée d'une maison de retraite, mentionnant sous « Récapitulation des prestations » divers postes dont un intitulé « Assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie », contenant les sous-rubriques « Indemnité journalière » et « Paiement de salaire après décès ».

11. Le 6 octobre 2014, la demanderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle soutient que l'assureur répond de tous les risques assurés non exclus par le contrat de manière précise et non équivoque et qu'en l'espèce, l'échange de courriels entre le courtier et la défenderesse ne permet pas d'interpréter le contrat, si bien que cet élément est sans pertinence pour déterminer la volonté des parties.

Elle fait valoir qu'à la lecture de la proposition d'assurance et de la police d'assurance, on peut comprendre objectivement qu'une assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie a été conclue par la demanderesse pour l'ensemble du personnel, à l'exception du gérant ; aucune limitation, exclusion ou option non souscrite n'est indiquée dans la police d'assurance ou la proposition d'assurance. Elle en tire la conclusion qu'elle pouvait de bonne foi comprendre à la lecture des CGA, vu leur formulation potestative, que l'assurance pouvait inclure quatre modules optionnels : assurance-accidents obligatoire; assurance-accidents pour le chef d'entreprise et à titre complémentaire pour le personnel; assurance-accidents des clients; et assurance d'indemnité journalière en cas de maladie pour le chef d'entreprise et pour le personnel. Le paragraphe intitulé «Quelles prestations les autres assurances comprennent-elles» mentionne un certain nombre de prestations, sans que l'on sache auxquels des modules précités elles font référence. Selon le principe de la confiance et de la bonne foi, la demanderesse pouvait dès lors comprendre que ces prestations étaient incluses si elles figuraient dans les conditions générales.

Quant aux dispositions du chapitre « Assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie », elles ne contenaient aucune formulation potestative ou indication permettant de penser que certaines des prestations visées étaient optionnelles.

La demanderesse ajoute que, lors des discussions précontractuelles, la défenderesse n'a jamais mentionné que le paiement du salaire après décès était optionnel ou ferait l'objet d'une surprime.

Quant à la police de la maison de retraite, dont la demanderesse n'a du reste jamais eu connaissance auparavant, elle n'est pas pertinente pour interpréter le contrat entre les parties au présent litige. Le fait que la défenderesse doive se référer à une autre police démontre néanmoins le manque de clarté de l'exclusion du risque.

Enfin, la demanderesse, rappelant que la procédure est gratuite, argue qu'elle ne saurait être condamnée aux frais de la procédure, pas plus qu'aux dépens, lesquels ne peuvent être mis à la charge de l'assuré.

12. Par écriture du 17 novembre 2014, la défenderesse a également persisté dans ses conclusions.

La défenderesse soutient que la police d'assurance prévoyant le versement d'une indemnité journalière pendant 730 jours, après un délai d'attente de trois jours, on peut objectivement et de bonne foi comprendre que le risque couvert est celui des indemnités journalières en cas de maladie, non celui lié au paiement du salaire en cas de décès.

La défenderesse allègue que le fait que la disposition invoquée par la demanderesse soit rédigée au présent et non au conditionnel est normal, dès lors qu'elle s'applique automatiquement lorsque la police mentionne le paiement du salaire après décès parmi les prestations assurées.

Elle rappelle que la demanderesse était représentée par un courtier, qui a mené des discussions avec elle pour déterminer quelles assurances elle voulait souscrire. Ce courtier a demandé à la défenderesse une offre couvrant le versement d'indemnités journalières en cas de maladie, non le paiement du salaire aux survivants en cas de décès. Il connaissait parfaitement les produits offerts par la défenderesse et savait ou devait savoir que le fait que la police ne mentionne pas le paiement du salaire après décès signifiait que cette éventualité n'était pas couverte.

Quant à la question de savoir si la demanderesse a été informée ou non du fait que la couverture du paiement du salaire aux survivants en cas de décès était optionnelle, elle n'est pas pertinente, puisque la défenderesse n'a pas pris part à ces discussions ; un éventuel défaut d'information relèverait de la responsabilité du courtier.

13. La Cour de céans a entendu les parties en date du 5 février 2015.

La demanderesse a persisté dans ses conclusions, soulignant avoir déjà versé les deux mois de salaire dus aux survivants de l'assuré.

La défenderesse a également persisté dans ses conclusions.

A l'issue de l'audience, la cause a été 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 - 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 (LCA - RS 221.229.1).

Selon l'art. J1 al. 2 des conditions générales d'assurance « Assurance de personnes Professionnel » de la défenderesse dans leur édition de juillet 2010 (CGA), le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut ouvrir une action contre [la défenderesse] concernant les couvertures LCA au lieu de son domicile suisse, au lieu de son travail en Suisse ou à Winterthur.

En l'espèce, le siège de la demanderesse est à Genève.

Il y a lieu d'admettre que les assurances-maladies complémentaires le sont par rapport à l'assurance-maladie sociale - plus précisément à l'assurance obligatoire des soins - et qu'elles doivent permettre aux assurés de compléter, à la carte en quelque sorte, les prestations de cette assurance de base. Il y a assurances complémentaires à la LAMal lorsqu'il existe un lien matériel immédiat entre l'assurance en cause et l'assurance-maladie sociale, ou autrement dit lorsqu'il y a vocation à compléter le catalogue des prestations assurées selon la LAMal, comme c'est le cas par exemple des contrats collectifs perte de gain (ATAS/966/2010 consid. 2a). Tel est le cas en l'espèce, dès lors que la prestation litigieuse complète les indemnités journalières.

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

2. La LCA est applicable, comme cela ressort notamment de l'art. J2 des CGA.
3. La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés.

En vertu de l'art. 197 CPC, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances

complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas prévues en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. Selon le Tribunal fédéral, c'est par inadvertance manifeste que le législateur n'a pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladies complémentaires conformément à l'art. 7 CPC. Partant, la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6).

Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la demanderesse au paiement par la défenderesse d'un montant correspondant aux deux mois de salaire encore dus par l'employeur aux survivants de feu l'assuré après le décès de ce dernier.
5. Aux termes de l'art. 333 al. 1 du code des obligations (CO – RS 220), si l'employeur transfère l'entreprise ou une partie de celle-ci à un tiers, les rapports de travail passent à l'acquéreur avec tous les droits et les obligations qui en découlent, au jour du transfert, à moins que le travailleur ne s'y oppose.

Selon l'art. 338 al. 2 CO, l'employeur doit payer le salaire, à partir du jour du décès, pour un mois encore et, si les rapports de travail ont duré plus de cinq ans, pour deux mois encore, si le travailleur laisse un conjoint, un partenaire enregistré ou des enfants mineurs ou, à défaut, d'autres personnes en faveur desquelles il remplissait une obligation d'entretien.

Le salaire dû aux survivants selon l'art. 338 CO est un montant net, sans déduction de cotisations sociales. D'une manière générale, le montant de cette prestation est déterminé par tous les éléments qui constituaient le salaire, et notamment le 13^{ème} salaire (Rémy WYLER / Boris HEINZER, Droit du travail, 3^{ème} éd. 2014, p. 618).

En l'espèce, il n'est pas contesté que la demanderesse était tenue de s'acquitter de deux mois de salaire conformément à l'art. 338 al. 2 CO. En effet, compte tenu du transfert des rapports de travail intervenu lors de la création de la demanderesse, la condition temporelle prévue dans cette disposition est réalisée. L'assuré était de plus père d'un enfant en formation au moment de son décès.

6. Les CGA de la défenderesse prévoient notamment ce qui suit.

a) Dans la partie introductive « Votre assurance de personnes Professional », les assurances suivantes sont indiquées au point « Quelles assurances l'assurance de personnes Professional peut-elle comprendre ? » :

- assurance-accidents pour le chef d'entreprise et à titre complémentaire pour le personnel;

- assurance-accidents des clients et des visiteurs ainsi que du personnel non couvert par la LAA;
- assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie pour le chef d'entreprise et pour le personnel.

Il est précisé que les assurances concernées sont indiquées dans la proposition ou l'offre ainsi que dans la police.

Sous l'intitulé « Quels sont les événements assurés ? », il est indiqué que sont assurés les accidents et les maladies, en fonction de l'assurance, et que certains risques sont exclus, la liste mentionnant notamment les accidents causés intentionnellement et les maladies existant lors de l'entrée dans l'entreprise assurée ou au début du contrat d'assurance.

La rubrique « Quelles prestations les autres assurances comprennent-elles ? », figurant après la rubrique « Quelles prestations l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA comprend-elle ? », énumère :

- les frais médicaux en cas d'accident;
- les indemnités journalières (en cas de maladie à compter d'une incapacité de travail de 25 % minimum);
- l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maternité en complément à l'APG;
- la couverture de la négligence grave/des entreprises téméraires dans la LAA;
- le paiement de salaire après décès;
- la rente d'invalidité en cas d'accident;
- les rentes de survivants en cas d'accident;
- le capital en cas d'invalidité et de décès suite à un accident.

A la fin de la liste, il est précisé que les différentes prestations assurées sont indiquées dans les documents.

b) Les CGA sont divisées en 10 chapitres.

Les chapitres C, D, et E portent respectivement sur :

- les conditions particulières relatives à l'assurance-accidents pour le chef d'entreprise et à titre complémentaire pour le personnel;
- les conditions particulières relatives à l'assurance-accidents des clients et des visiteurs ainsi que du personnel non couvert par la LAA ;
- et les conditions particulières relatives à l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie pour le chef d'entreprise et pour le personnel.

L'art. E1 prévoit que [la défenderesse] sert les prestations mentionnées dans la police pour les conséquences économiques de l'incapacité de travail due à une maladie (al. 1). Ne sont pas assurés :

- les maladies déjà déclarées lors de l'entrée dans l'entreprise ou au début de l'assurance aussi longtemps qu'elles entraînent une incapacité de travail, à moins que [la défenderesse] ne doive accorder le maintien de la couverture d'assurance en raison d'une convention de libre passage entre les assureurs;
- les accidents;
- les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident, lesquelles sont couvertes par l'assurance en vertu de la LAA;
- les maladies provoquées par des radiations ionisantes.

Sont en revanche couvertes les atteintes à la santé consécutives aux traitements par rayons de maladies assurées, quand ces traitements sont ordonnés médicalement (al. 2).

Aux termes de l'art. E2, l'assurance couvre les salariés au sens de la LAVS mentionnés dans la police. Sont également assurés les salariés non couverts en vertu de la LAVS suite à l'accord bilatéral sur la libre circulation des personnes passé entre la Suisse et l'Union européenne (al. 1), ainsi que les personnes figurant nommément dans la police et bénéficiant d'un salaire annuel convenu définitivement (al. 2).

L'art. E3 règle le début et la fin de l'assurance. Son alinéa premier dispose que la couverture d'assurance prend effet pour tout salarié à la date de son entrée dans l'entreprise assurée, mais au plus tôt le jour où commence l'assurance comme indiqué dans la police. La couverture d'assurance commence au début de l'assurance pour les personnes qui figurent nommément dans la police et bénéficient d'un salaire annuel convenu définitivement.

L'art. E6 contient des dispositions relatives aux indemnités journalières pour le chef d'entreprise et les membres de sa famille qui collaborent à l'entreprise, tandis que l'art. E7 traite de l'indemnité journalière.

L'art. E8 précise que le salaire que le preneur d'assurance est tenu de verser aux survivants en vertu de l'art. 338, al. 2 CO est assuré (al. 1). Les prestations sont versées indépendamment d'une faute éventuelle de l'assuré (al. 2).

On notera qu'une disposition similaire figure au chapitre relatif à l'assurance-accidents pour le chef d'entreprise et à titre complémentaire pour le personnel (art. C9 al. 1).

c) Le chapitre G, dévolu aux primes, prévoit en son art. G2 que, lorsque plusieurs assurances ont été conclues dans le cadre de l'assurance de personnes Professional

et qu'un montant partiel seulement est versé au lieu des primes dues, ce montant est comptabilisé dans l'ordre suivant pour le paiement des primes :

- pour l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA (ch. 1) ;
- pour l'assurance-accidents pour le chef d'entreprise et à titre complémentaire pour le personnel (ch. 2) ;
- pour l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie pour le chef d'entreprise et pour le personnel (ch. 3) ;
- pour l'assurance-accidents des clients et des visiteurs et du personnel non couvert par la LAA (ch. 4).

7. 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 CO. 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 recherche 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).

Finalement, et de façon subsidiaire, 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).

Aux termes de l'art. 33 LCA, sauf disposition contraire de la loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi à la lecture des conditions générales; si l'assureur entendait apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombait de le dire clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées (ATF 133 III 675 consid. 3.3). Cette disposition est une concrétisation de l'adage *in dubio contra stipulatorem* (ATF 115 II 264 consid. 5a).

Ainsi, une disposition qui limite le risque assuré n'est valable que si elle exclut de l'assurance certains événements de manière précise et non équivoque. Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés (ATF 116 II 189 consid. 2a). Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai néanmoins qu'une clause d'exclusion doit être interprétée restrictivement (ATF 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.26/2004 du 14 avril 2004 consid. 3.1). 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 (ATF 117 II 609 consid. 6c/bb).

8. En l'espèce, il convient d'interpréter les CGA de la défenderesse à la lumière des principes qui précèdent.

L'argument de la défenderesse, selon lequel la demanderesse n'entendait pas conclure d'assurance couvrant le salaire à verser aux survivants ne convainc pas. En premier lieu, parce que, comme l'a relevé la défenderesse elle-même dans sa duplique du 14 novembre 2014, elle n'a pas été partie aux discussions entre la demanderesse et le courtier, de sorte que ses allégations quant à la volonté précontractuelle de l'entreprise relèvent de la simple spéculation. En second lieu, même à supposer que la demanderesse n'ait pas initialement eu l'intention de contracter une assurance couvrant ce risque, cela ne saurait suffire à libérer la défenderesse si l'on devait aboutir à la conclusion que la prestation litigieuse ressort de ses CGA.

Il convient ainsi d'examiner le sens objectif à donner aux CGA.

Si l'on se réfère à la partie introductive citée ci-dessus, force est de constater que les différents types d'assurances régies par les CGA se limitent aux produits suivants :

- assurance-accidents pour le chef d'entreprise et à titre complémentaire pour le personnel;
- assurance-accidents des clients et des visiteurs ainsi que du personnel non couvert par la LAA ;
- assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie pour le chef d'entreprise et pour le personnel.

Cette liste ne mentionne pas d'assurance spécifique concernant le « Paiement de salaire après décès », ce qui laisse supposer qu'il ne s'agit pas d'un risque séparé, devant faire l'objet d'une couverture distincte.

En revanche, le paiement du salaire après décès figure au nombre des prestations inventoriées sous la rubrique « Que comprennent les autres assurances ? » – la notion d'« autre » assurance s'entendant ici par opposition à l'assurance-accidents obligatoire, qui fait l'objet du paragraphe précédent. Le verbe « comprendre » est défini par le site www.larousse.fr comme « faire entrer, compter quelqu'un, quelque chose dans un ensemble, un total ou, en parlant de cet ensemble, les contenir, les englober, les inclure ». Ainsi, une indication aux termes de laquelle une prestation donnée est comprise dans une assurance doit objectivement être interprétée en ce sens que cette prestation en fait partie, sans qu'il soit besoin de souscrire une couverture en sus pour en bénéficier.

Cette analyse est corroborée au plan systématique par le fait que la disposition relative à la prise en charge du montant dû en vertu de l'art. 338 CO figure dans le chapitre régissant les conditions de l'indemnité journalière en cas de maladie. Une disposition analogue est insérée dans le chapitre sur l'assurance-accidents complémentaire. Dès lors que chacun de ces chapitres détaille toutes les spécificités

relatives à la catégorie d'assurance à laquelle ils se rapportent, les différentes prestations qui y sont énumérées apparaissent comme un ensemble inclus dans ladite assurance, et non comme un catalogue d'options que le preneur d'assurance peut librement combiner.

Une analyse littérale de la clause litigieuse renforce cette appréciation. En effet, comme le souligne à juste titre la demanderesse, son libellé ne subordonne pas le versement du salaire dû après le décès à une condition particulière, et notamment pas à la nécessité de conclure une couverture supplémentaire, ou même de s'acquitter d'une surprime. Certes, les indemnités journalières pour le chef d'entreprise et sa famille sont également réglées dans ce chapitre et doivent pourtant faire l'objet d'une assurance spécifique. Cependant, les CGA distinguent à plusieurs reprises ces deux catégories d'assurance d'indemnités journalières, ce qui ne laisse aucun doute sur le fait qu'il s'agit de couvertures distinctes. Par ailleurs, la police de la demanderesse exclut expressément le chef d'entreprise en l'espèce, alors qu'elle ne précise pas que le paiement du salaire après décès n'est pas couvert.

Au demeurant, la défenderesse semble implicitement admettre que le caractère optionnel de l'assurance du salaire dû après décès ne ressort pas clairement des CGA, puisqu'elle soutient qu'il appartenait au courtier d'informer la défenderesse sur ce point.

Enfin, aucune des autres clauses des CGA ne permet de renverser cette interprétation. En effet, aucune disposition ne stipule que le paiement du salaire après le décès doit faire l'objet d'une garantie particulière, ou que ce risque n'est pas couvert par l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie – ni d'ailleurs par l'assurance-accidents complémentaire. En particulier, les précisions contenues à l'art. G2 confirment qu'une seule prime est due par type d'assurance, ce qui tend également à exclure la nécessité de s'acquitter de surprimes pour bénéficiaire de l'intégralité du catalogue de prestations mentionnées pour chacune des assurances. Seul l'art. E1 al. 1, qui prévoit que la défenderesse sert les prestations mentionnées dans la police pour les conséquences économiques de l'incapacité de travail due à une maladie, pourrait laisser supposer que le paiement du salaire selon l'art. 338 CO doit faire l'objet d'une mention expresse dans la police. Or, ladite police renvoie aux CGA. Au vu de l'interprétation qu'il convient de donner à ces dernières, selon laquelle le versement du salaire après décès est inclus dans l'assurance d'indemnités journalières, on peut considérer que la référence à cette seule assurance dans la police inclut la couverture de ce risque sans qu'une liste détaillée des prestations qui y sont incluses soit nécessaire. De plus, la notion de « prestations mentionnées » peut être comprise en référence à la durée des indemnités journalières servies, étant rappelé que les CGA ne règlent pas ce point. Partant, ce seul article n'est pas suffisamment précis pour considérer que la prestation litigieuse en l'espèce est exclue, faute de mention explicite dans la police.

Ainsi, eu égard tant au contexte qu'à la disposition prise isolément, les CGA de la défenderesse doivent objectivement être comprises en ce sens que le salaire dû après décès est une prestation couverte par l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Si la défenderesse entendait faire dépendre le versement de cette prestation d'une surprime, il lui appartenait de le stipuler clairement dans les CGA. A défaut d'avoir prévu de manière univoque la non-inclusion de ce risque dans l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, elle en supporte les conséquences.

Quant à la police d'assurance d'une autre cliente produite par la défenderesse, elle ne lui est d'aucun secours. En effet, en vertu du principe de la relativité des conventions, elle ne saurait s'en prévaloir, dès lors que la demanderesse n'y est pas partie.

9. En conséquence de ce qui précède, la défenderesse devra s'acquitter du montant dû par l'employeur en vertu de l'art. 338 al. 2 CO. La demande est admise.

La demanderesse a chiffré sa prétention à CHF 11'483.35. Ce montant, qui correspond à deux mensualités de CHF 5'300.- et au 13^{ème} salaire calculé *pro rata temporis*, est conforme au droit du travail.

10. S'agissant des intérêts, la Cour de céans relève ce qui suit.

Les CGA ne prévoient aucun terme pour l'exigibilité des prestations. 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.

Les conséquences de l'exigibilité des prestations se déterminent d'après le droit des obligations, par renvoi de l'art. 100 LCA (Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 301).

Selon l'art. 102 CO, le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1). Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (al. 2).

L'écoulement du délai de quatre semaines prévu à l'art. 41 LCA ne suffit pas à considérer que le jour d'exécution est expiré. En effet, l'art. 102 al. 2 CO exige une convention entre les parties afin de fixer le jour de l'exécution, alors que le délai de quatre semaines repose sur la loi. De plus, le terme de l'obligation ne peut être déterminé avec précision puisqu'on ne peut savoir à l'avance quand ce délai de quatre semaines commence à courir, le point de savoir si l'assureur dispose de tous les documents étant sujet à interprétation. Ainsi, la doctrine majoritaire considère qu'une interpellation est nécessaire pour que l'assureur soit en demeure (Jürg NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, n. 20 ad art. 41). 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 consid. 3.2.2). Une interpellation est une déclaration, expresse ou par acte concludant, adressée par le créancier au débiteur par laquelle le premier fait comprendre au second qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Luc THÉVENOZ, Commentaire romand, Code des obligations I, 2^{ème} éd. 2012, n. 17 ad art. 102).

Le taux de l'intérêt moratoire s'élève à 5 %, conformément à l'art. 104 al. 1 CO. L'intérêt moratoire est fixé à 5 % conformément aux art. 102 et 104 CO. Il n'est dû que depuis le début de la demeure, c'est-à-dire le jour suivant la réception de l'interpellation du débiteur (THEVENOZ, Code des obligations, 2003, n. 9 ad art. 104 CO).

En l'espèce, si la demanderesse a sollicité le versement de la somme due par la défenderesse le 2 juin 2014, ce n'est que dans son courrier du 10 juin 2014 qu'elle a clairement et de manière reconnaissable interpellé la défenderesse, l'avertissant qu'elle saisirait la Cour de céans à défaut de paiement. Cette correspondance doit ainsi être considérée comme une mise en demeure. Partant, c'est dès le lendemain de sa réception, dont on peut admettre qu'elle est survenue le 11 juin 2014, que les intérêts commencent à courir.

11. La demanderesse, représentée par un conseil, obtenant gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 2'600.- à titre de dépens, TVA et débours inclus. 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).

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.
3. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse CHF 11'483.35 avec intérêts à 5% l'an dès le 12 juin 2014.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de CHF 2'600.- à titre de dépens.
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). 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 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