



RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR CIVILE

CC 3/2015

Président Jean Moritz
Juges Philippe Guélat et Gérald Schaller
Greffière Nathalie Brahier

ARRET DU 21 JUILLET 2015

en la cause civile liée entre

A.
- représentée par Me Hubert Theurillat, avocat,

demanderesse,

et

X. Assurances

défenderesse.

CONSIDÉRANT

En fait:

A. A. (ci-après la demanderesse) était employée en qualité de secrétaire au sein de l'entreprise B. à _____ jusqu'au 30 septembre 2013, date à partir de laquelle ses rapports de travail ont pris fin.

L'employeur de la demanderesse avait souscrit une assurance-maladie collective d'indemnités journalières auprès de X.Assurances. L'indemnité journalière pour la demanderesse s'élevait à CHF 162.33.

Dès le 1^{er} octobre 2013, soit après la fin de ses rapports de travail, la demanderesse est passée de l'assurance-maladie collective d'indemnités journalières de l'employeur dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières selon la LCA auprès de la défenderesse, avec des indemnités journalières de CHF 150.- et un délai d'attente

de 30 jours (PJ 4 produite par la défenderesse), alors que ce délai était de 7 jours dans le cadre de l'assurance-maladie collective.

B. La demanderesse a été en incapacité de travail du 3 décembre 2012 au 20 janvier 2014 à 100%, puis du 21 janvier au 24 février 2014 à 50%. Par courrier du 15 octobre 2013, la défenderesse a informé la demanderesse qu'elle suspendait ses prestations d'indemnités journalières dès le 1^{er} novembre 2013 (PJ 10 Me Theurillat). Se fondant sur une décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton du Jura du 8 octobre 2013 rejetant la demande de mesures professionnelles et de rente AI de A., la défenderesse a considéré que cette dernière disposait d'une capacité de travail à 100% dans toute activité avec effet immédiat.

C. Face aux refus réitérés de la défenderesse de reprendre le versement des indemnités journalières, la demanderesse a ouvert action auprès de la Cour civile du Tribunal cantonal le 16 janvier 2015, concluant à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser un montant de CHF 15'989.50.- à titre d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} novembre 2013 au 24 février 2014, avec intérêts à 5% l'an dès le 24 février 2014.

La prétention de la demanderesse est calculée sur la base de 81 jours d'indemnités à 100% et 35 à 50% et d'un montant de CHF 162.33 l'indemnité journalière. La défenderesse a déposé son mémoire de réponse le 15 avril 2015. Elle conclut à l'admission de la demande dans le sens qu'elle doit payer à la demanderesse les indemnités journalières de l'assurance individuelle à raison de CHF 150.- par jour (délai d'attente de 30 jours), pour la période du 1^{er} novembre 2013 au 24 février 2014, majorées de 5% à calculer "à partir de quand" (sic), et au débouté de la demande pour le surplus.

Il ressort du mémoire de réponse que la défenderesse reconnaît devoir un montant de CHF 11'325.- en principal. Ce montant est calculé de la manière suivante : 58 jours à CHF 150.-, du 1^{er} novembre 2013 au 20 janvier 2014 pour une incapacité de travail à 100% - 23 jours d'attente (30 jours moins 7 jours) = CHF 8'700.-, et 35 jours à CHF 75.- du 21 janvier 2014 au 24 février 2014 pour une incapacité de travail à 50%, soit CHF 2'625.-. La défenderesse expose que la demanderesse a refusé la proposition de maintenir le montant de l'indemnité journalière à CHF 162.- prévue dans la couverture collective avec un délai d'attente de 7 jours et qu'elle a choisi la variante d'une indemnité journalière à CHF 150.- avec un délai d'attente de 30 jours à partir de la date du passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle le 1^{er} octobre 2013.

Dans sa réplique du 23 avril 2015, la demanderesse a admis que le montant de l'indemnité journalière qui lui était applicable était de CHF 150.-, mais a contesté l'application d'un délai d'attente en cas de transfert de l'assurance collective à

l'assurance individuelle. Elle a dès lors modifié ses conclusions en réclamant le paiement d'une somme de CHF 14'775.- en capital.

Par courrier du 7 mai 2015, la défenderesse a maintenu son point de vue concernant la prise en compte du délai d'attente. Les parties se sont encore exprimées sur ce point ultérieurement.

- D. Les parties ont par ailleurs informé la Cour civile qu'elles étaient d'accord de renoncer aux débats (art. 233 CPC).

En droit:

1. Le litige portant en l'espèce sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, la Cour civile est compétente pour connaître de la demande en instance cantonale unique (art. 7 CPC et 4 al. 2 LiCPC).
2. Il convient de prendre acte que la défenderesse acquiesce aux conclusions de la demande à hauteur d'un montant en capital de CHF 11'325.- sur les CHF 14'775.- réclamés par la demanderesse dans ses conclusions modifiées le 23 avril 2015. Le montant de l'indemnité journalière et le dies a quo des intérêts ne sont pas contestés. Seule reste dès lors en litige la question de savoir si la défenderesse peut imputer un délai d'attente de 23 jours (30 jours de délai d'attente de l'assurance individuelle moins les 7 jours du délai d'attente appliqué dans l'assurance collective pris en compte dans le calcul de la défenderesse) sur les indemnités journalières auxquelles la demanderesse prétend.
3.
 - 3.1 Il est constant en l'espèce que le contrat d'assurance-maladie collective d'indemnités journalières passé entre l'ancien employeur de la demanderesse et la défenderesse est soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) (PJ 2 et 7 produites par la défenderesse) ; il en est de même du contrat d'assurance individuel d'indemnités journalières en cas de maladie passé entre la demanderesse et la défenderesse prenant effet à partir du 1^{er} octobre 2013 (PJ 4 et 8 notamment produites par la défenderesse).

Etant donné que la LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, le droit aux prestations se détermine en principe exclusivement d'après la convention des parties TF 4A_111/2010 du 12 juillet 2010 consid. 2 et ATF 133 III 185 consid. 2 cité).

- 3.2 Ainsi que le relève la défenderesse, le contrat d'assurance individuel d'indemnités journalières conclu avec la demanderesse prévoit un délai d'attente de 30 jours (PJ 3 à 6 produites par la défenderesse). Il convient d'examiner si cette clause contractuelle est applicable en l'espèce.

Selon la jurisprudence, lorsque le sinistre survient pendant la période de couverture de l'assurance collective d'indemnités journalières LCA, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles ; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3b et doctrine citée).

3.3

3.3.1 Se fondant en espèce sur l'arrêt précité, _____, la demanderesse affirme que le contrat d'assurance collective conclu entre son ancien employeur et la défenderesse ne contient pas de clauses particulières limitant ou supprimant le droit aux prestations après la fin de la période de couverture. A l'appui de cet argument, elle invoque le chiffre 5 des conditions générales (CGA) de ce contrat (PJ 7 produite par la défenderesse), lequel prévoit que la couverture d'assurance ne peut cesser de produire ses effets durant les interruptions de travail par suite de maladie ou d'accident. Puisqu'elle était en incapacité de travail au moment où son contrat de travail a pris fin, la demanderesse en déduit que la couverture d'assurance d'indemnités journalières collective a perduré jusqu'à ce qu'elle ait retrouvé une capacité de travail à 100%.

Pour sa part, la défenderesse s'appuie sur le chiffre 6 des CGA, lequel prévoit notamment qu'en cas d'incapacité de travail au moment du transfert, le droit aux prestations de l'assurance individuelle existe depuis cette date. La défenderesse soutient que le droit aux prestations de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie s'éteint à la sortie du cercle des assurés et qu'à compter de cette date, il existe un droit aux prestations de l'assurance individuelle ; si les prestations nouvellement assurées restent les mêmes que dans l'assurance collective elle demeurent inchangées à partir de la date du transfert, à moins que, comme en espèce, la couverture de l'assurance collective soit modifiée par une indemnité journalière réduite avec un délai d'attente de 30 jours dans le but d'économiser sur les primes.

3.3.2 Il est discutable que le chiffre 6 des CGA constitue le fondement d'une modification ou d'une suppression du droit aux prestations après la fin de la période de couverture de l'assurance collective. En principe, le fait que l'assuré a demandé son transfert dans l'assurance individuelle après avoir quitté le cercle des personnes assurées par l'assurance collective ne change rien à son droit de continuer d'obtenir des prestations après l'extinction de la couverture d'assurance collective pour un événement survenu pendant la période de couverture (cf. ATF 127 III 106 précité, consid. 3c).

Quoi qu'il en soit, l'argument de la demanderesse, en tant qu'il est tiré du chiffre 5 des CGA, est infondé, car la suppression du droit aux prestations après la fin de la période de couverture résulte clairement d'une autre disposition des CGA de l'assurance collective que celle invoquée par la défenderesse. Le chiffre 23 litt. f des CGA, intitulé "Sortie du cercle des assurés" prévoit qu'à l'expiration de la protection d'assurance, X. Assurances paie l'indemnité journalière pour les maladies survenues pendant la durée de l'assurance encore jusqu'à l'échéance de la durée convenue pour l'allocation des prestations, mais au plus tard jusqu'au début de l'octroi d'une rente selon la LPP (première phrase). La seconde phrase contient toutefois une clause d'exception qui énonce, en effet, que cette obligation d'allouer des prestations tombe si l'assuré a droit au libre passage ou fait usage de son droit de transfert dans l'assurance individuelle.

Au cas particulier, la demanderesse a quitté le cercle des assurés de l'assurance collective lors de la fin de ses rapports de travail avec son ancien employeur, soit le 30 septembre 2013, et a été assurée à titre individuel à partir du 1er octobre 2013. Dès cette date, elle a été transférée dans l'assurance individuelle, de telle sorte que la défenderesse était, en principe, libérée de son obligation de verser les prestations convenues au titre de l'assurance collective.

3.4 Ce qui précède ne signifie pas pour autant que le droit aux prestations de la demanderesse doit être déterminé dans les limites prévues par le contrat d'assurance individuelle, en particulier qu'un délai d'attente de 30 jours, respectivement de 23 jours après imputation des 7 jours d'attente déjà subis lorsque la demanderesse était couverte par l'assurance collective, soit applicable en espèce.

3.4.1 Dans le cas où l'incapacité de travail subsiste au moment du transfert dans l'assurance individuelle ou dans le cas de rechutes dans les 365 jours après le transfert, le chiffre 6 des CGA prévoit que les jours pour lesquels des indemnités journalières ont été allouées à partir du "présent contrat" (i.e. : d'assurance-maladie collective), sont imputés sur la durée des prestations de l'assurance individuelle.

Cette clause vise ainsi l'hypothèse d'un sinistre s'étant produit sous l'assurance collective et d'une incapacité de travail, consécutive à cet événement, qui se poursuit après le transfert dans l'assurance individuelle. Dès lors que les indemnités versées en vertu de l'assurance collective sont directement imputées sur la durée des prestations offertes par l'assurance individuelle, un délai d'attente ne peut plus intervenir dans l'intervalle. Le principe de continuité du versement des prestations résultant de l'imputation de celles déjà allouées sur la durée du droit aux prestations de l'assurance individuelle interdit que le même événement donne lieu à un second délai d'attente affectant le droit aux prestations.

Cela étant, le délai d'attente de 30 jours imposé dans la police d'assurance individuelle à la demanderesse ne s'applique qu'en cas de nouveau sinistre. C'est donc la survenance d'un nouveau cas d'assurance dans le cadre de la couverture individuelle qui peut donner lieu à un délai d'attente de 30 jours, et non la poursuite

d'une incapacité de travail lors du passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle. Cette règle est du reste implicitement corroborée par le chiffre 3.2 des conditions générales de l'assurance individuelle d'indemnités journalières en cas de maladie (cf. PJ 8 produite par la défenderesse), lequel prévoit notamment que le délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail attesté médicalement.

3.4.2 On relèvera également que si la demanderesse n'avait pas contracté une police d'assurance individuelle après la rupture de ses rapports de travail avec l'employeur ayant souscrit une assurance collective, elle aurait eu droit au versement des prestations offertes par celle-ci, même après l'expiration de la couverture et aux conditions prévues par l'assurance collective, c'est-à-dire sans nouveau délai d'attente et avec une indemnité journalière de CHF 162.-, jusqu'à l'échéance de la durée convenue pour l'allocation des prestations, ceci en vertu du chiffre 23 litt. f première phrase des CGA de l'assurance collective dont la teneur a été indiquée ci-dessus, et aussi en application de la jurisprudence (cf. consid. 3 b de l'ATF 127 III 106 précité). La situation de la demanderesse ne saurait être péjorée par le fait qu'elle a contracté une assurance individuelle.

4. Il suit de ce qui précède que la défenderesse ne saurait imposer à la demanderesse un délai d'attente de 30 jours, respectivement de 23 jours en l'espèce du fait de son transfert dans l'assurance individuelle

La demande doit dès lors être admise.

La procédure est gratuite (art. 114 litt. e CPC). La défenderesse qui acquiesce partiellement à la demande et qui succombe pour le surplus doit être condamnée aux dépens de la demanderesse (art. 106 al.1 CPC).

PAR CES MOTIFS

LA COUR CIVILE

prend acte

de l'aquiescement partiel de la défenderesse ;

condamne

la défenderesse à verser à la demanderesse le montant pour lequel elle n'a pas acquiescé;
partant,

dit que

la défenderesse doit verser à la demanderesse un montant total de CHF 14'775.- avec intérêt à 5% dès le 24 février 2014;

dit

qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires ;

condamne

la défenderesse à payer les dépens de la demanderesse taxés à CHF 3'500.-, débours et TVA compris;

informe

les parties des voies et délais de recours selon avis ci-après.

Porrentruy, le 21 juillet 2015