

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/28/2018

ATAS/1180/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 décembre 2018**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant avec demanderesse  
élection de domicile en l'étude de Maître Christian CANELA

contre

GENERALI ASSURANCES GÉNÉRALES SA, sise avenue défenderesse  
Perdtemps 23, NYON

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) a été engagée en qualité de concierge-nettoyeuse par l'entreprise B\_\_\_\_\_ Services Sàrl (ci-après : l'employeur) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013 pour une durée indéterminée.
2. L'employeur a conclu une police d'assurance perte de gain en cas de maladie auprès de Generali Assurances Générales SA (ci-après : l'assurance), police n° 1\_\_\_\_\_, valable du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2019.
3. Par courrier daté du 30 juin 2017, l'employeur a licencié l'assurée pour le 31 août 2017 pour des motifs économiques.
4. Par certificats des 18 et 25 juillet 2017, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté que l'assurée était en totale incapacité de travail du 18 juillet au 9 août 2017.
5. En date du 28 juillet 2017, l'employeur a informé l'assurance de l'incapacité de travail de l'assurée.
6. Le 28 juillet 2017, l'assurance a demandé à l'assurée de lui retourner signée une procuration, afin d'examiner son droit aux prestations.
7. Le même jour, l'assurance a écrit à l'employeur que son contrat faisait l'objet d'une cessation de couverture depuis le 24 mars 2017, en raison du non-paiement des primes. Il n'existait donc aucune couverture d'assurance au moment de l'incapacité de travail de l'assurée.
8. Le 10 août 2017, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a signé la carte maladie de l'assurance et indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis le 18 juillet 2017.
9. En date du 22 août 2017, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a rempli la carte maladie et attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 28 août 2017.
10. Dans un rapport médical intermédiaire du 15 septembre 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué avoir été consultée par l'assurée le 18 juillet 2017 pour la première fois. Elle a retenu les diagnostics de cervicalgies aiguës sur chroniques et d'anxiété, précisant que l'assurée avait déjà été traitée et en arrêt de travail pour la même affection en septembre 2016. La maladie annoncée était influencée par un accident de la voie publique survenu au mois de septembre 2016. L'incapacité de travail, de durée indéterminée et due à une maladie, était attestée du 18 juillet au 30 septembre 2017.
11. Par jugement du 7 décembre 2017, le Tribunal de première instance a prononcé la faillite de l'employeur.
12. Le 22 décembre 2017, la Cour de justice a accordé la suspension de l'effet exécutoire attaché au jugement précité.

13. En date du 5 janvier 2018, l'assurée, par l'intermédiaire d'un conseil, a déposé une demande en paiement par-devant la chambre de céans et conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que l'assurance soit condamnée à lui verser la somme de CHF 131'400.-, avec intérêt à 5% l'an depuis le 18 juillet 2018 (intérêt moyen).

La demanderesse a exposé qu'elle avait été engagée à temps complet pour un salaire net de CHF 180.- par jour et qu'elle était en incapacité totale de travail depuis le 18 juillet 2017. Elle a requis le versement des indemnités pour perte de gain couvrant 100% du salaire à partir du mois de septembre 2017 et la prise en charge par la défenderesse de ces indemnités pour le futur, tant qu'elle demeurerait en incapacité de travail, jusqu'à concurrence de la durée prévue contractuellement, soit 730 jours. La défenderesse n'ayant ordonné aucune mesure d'instruction médicale, elle était à ce stade forclosé pour réclamer une expertise ou tout autre moyen d'investigation.

Un collaborateur de la défenderesse lui avait déclaré par téléphone que cette dernière n'était plus liée à l'employeur en raison du non-paiement des primes de longue date, information qu'elle n'était pas en mesure de vérifier au vu du dossier, incomplet, que lui avait transmis la défenderesse. Cela étant, une éventuelle résiliation ne lui serait de toute façon pas opposable du fait de l'apparence de droit créée et entretenue pendant de très longues années par la défenderesse et l'employeur, étant précisé qu'elle n'avait jamais été informée que les relations contractuelles auraient expiré. Or, il incombait également à la défenderesse, conjointement avec l'employeur, de l'informer de la fin de la couverture d'assurance et de la possibilité de solliciter son transfert, en application des articles 3 LCA, 331 al 4 CO, 27 LPGA.

La demanderesse a notamment produit :

- son contrat de travail mentionnant un salaire mensuel brut de CHF 4'500.- par mois pour un taux d'occupation à 100%, versé treize fois l'an ; l'horaire de travail était défini à la demande et compris entre 6 heures et 18 heures ;
- copie d'un courrier daté du 25 octobre 2017, par lequel elle a rendu l'employeur attentif au fait que son licenciement lui avait été notifié le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et que la résiliation des rapports de travail ne pouvait donc survenir avant le 30 septembre 2017 ; cependant, elle était en incapacité de travail et les effets du congé étaient suspendus jusqu'au 18 juillet 2018 ; son salaire ne lui avait été versé que jusqu'au 31 août 2017, de sorte qu'elle réclamait le paiement de son salaire pour le mois de septembre 2017, ainsi que des explications concernant sa couverture par l'assurance perte de gain ;
- des certificats médicaux de la Dresse E\_\_\_\_\_ datés des 31 octobre et 30 novembre 2017, faisant état d'un arrêt de travail à 100% du 1<sup>er</sup> novembre 2017 au 8 janvier 2018.

14. Dans sa réponse du 5 mars 2018, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande en toutes ses conclusions.

S'agissant de sa relation contractuelle avec l'employeur, elle a exposé que ce dernier était assuré depuis le 27 mai 2010 auprès d'elle par une police d'assurance perte de gain en cas de maladie, n° 1\_\_\_\_\_. Le 27 septembre 2016, l'employeur avait signé une offre portant le n° 2\_\_\_\_\_, en vue du renouvellement de ladite police à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Le 5 octobre 2016, la défenderesse avait émis la police de remplacement pour l'assurance perte de gain n° 1\_\_\_\_\_, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Cette police prévoyait notamment que la prime était payable trimestriellement, avec une échéance principale au 1<sup>er</sup> janvier 2017. Les échéances trimestrielles étaient donc les 1<sup>er</sup> janvier, 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet et 1<sup>er</sup> octobre. Le 6 octobre 2016, la défenderesse avait envoyé à l'employeur le décompte de prime pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2017, prime trimestrielle qui aurait dû être payée jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017 au plus tard. La prime échue n'ayant pas été réglée, la défenderesse avait adressé un rappel à l'employeur le 6 février 2017, puis une sommation le 9 mars 2017, notifiée le lendemain. L'employeur disposait alors d'un ultime délai de 14 jours dès l'envoi de la sommation pour s'acquitter de la prime échue, délai qui était donc venu à échéance le 23 mars 2017. Par courrier du 27 mars 2017, l'assurance avait informé l'employeur que, la prime n'ayant pas été réglée, la couverture d'assurance avait été suspendue dès le 24 mars 2017. Les 31 mars et 26 mai 2017, la défenderesse avait envoyé à l'employeur le décompte de prime pour la période du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2017, respectivement du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2017. L'employeur ne s'étant jamais acquitté de la prime échue le 1<sup>er</sup> janvier 2017, pas plus que de celles échues les trimestres suivants, la couverture d'assurance était donc toujours suspendue lorsqu'avait débuté l'incapacité de travail de la demanderesse. Partant, le sinistre du 18 juillet 2017 n'était pas couvert.

La défenderesse a ensuite relevé que l'obligation d'informer les personnes assurées incombait à l'employeur, et non à l'assureur. Ce dernier n'avait pas connaissance de l'identité des assurés aussi longtemps qu'un cas de sinistre n'était pas survenu, de sorte qu'il lui serait impossible de les informer lui-même de la résiliation d'une police d'assurance ou de la suspension d'une couverture d'assurance. Les dispositions citées par la demanderesse, à savoir les articles 3 al. 3 LCA et 331 al. 4 CO mentionnaient uniquement l'employeur, et l'article 27 LPGA n'était pas applicable à l'assureur offrant des prestations fondées sur la LCA. Pour le surplus, le droit de passage dans l'assurance individuelle ne s'appliquait pas en cas de suspension de la couverture d'assurance puisque les assurés ne quittaient pas le cercle des assurés et qu'ils n'étaient pas considérés comme des chômeurs.

Concernant les arrêts de travail de la demanderesse, en l'état, l'incapacité de travail était attestée à raison de 100% du 18 juillet 2017 au 2 février 2018 et de 50% du 3 février au 4 mars 2018. Si le médecin traitant devait prolonger l'arrêt de travail au-delà de cette date, la défenderesse requerrait d'ores et déjà la mise en œuvre d'une expertise médicale, toute incapacité étant contestée. De plus, l'incapacité de travail qui avait débuté le 18 juillet 2017 n'était pas un cas de maladie, mais une

rechute de l'accident de septembre 2016, et devait donc être prise en charge par l'assureur-accidents. En effet le seul document comportant des précisions était le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2017 qui faisait état d'un traitement similaire et d'un arrêt de travail antérieur suite à un accident de la voie publique survenu en septembre 2016. Ce document suffisait à ébranler l'indication contenue dans les certificats d'arrêt de travail mentionnant une maladie, sans aucune explication. En tant que de besoin, la défenderesse sollicitait la production du dossier de la SUVA relatif à l'accident de 2016, l'audition de la Dresse C\_\_\_\_\_ et la mise en œuvre d'une expertise.

Puisque la demanderesse contestait la validité de son licenciement pour le 31 août 2017, elle avait vraisemblablement réclamé à l'employeur le paiement de son salaire au-delà de cette date, saisi la juridiction des Prud'hommes et produit une créance dans la faillite de l'employeur. Il lui incombait d'établir l'ensemble des prestations perçues au-delà du 18 juillet 2017.

La défenderesse a notamment produit :

- une copie de l'offre d'assurance perte de gain en cas de maladie, offre n° 71378419, signée par l'employeur le 27 septembre 2016 ;
- la police d'assurance perte de gain en cas de maladie n° 1\_\_\_\_\_, valable du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2019, laquelle prévoit le paiement trimestriel des primes d'assurance avec une échéance principale le 1<sup>er</sup> janvier, le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie à hauteur de 80% du salaire durant 730 jours après un délai d'attente de 14 jours par cas d'assurance, étant précisé que le risque accident n'est pas couvert ; la police renvoie aux conditions générales d'assurance (ci-après : les CGA), Form. 20'001 édition 2015 ;
- les CGA, édition 2015, dont l'art. 14.1 prévoit que les primes sont, pour chaque période d'assurance, payables à l'avance à l'échéance fixée dans le contrat ;
- une copie de la facture de primes pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2017 (CHF 12'719.90), adressée à l'employeur le 6 octobre 2016 ;
- le rappel de la facture relative aux primes du premier trimestre (CHF 12'719.90), envoyé par la défenderesse à l'employeur le 6 février 2017 ;
- la sommation du 9 mars 2017 concernant la facture de primes du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2017 (CHF 12'749.90, compte tenu des frais de sommation de CHF 30.-), mentionnant que si le montant dû n'était pas acquitté dans les 14 jours, la couverture d'assurance serait suspendue ; de plus, si le paiement de la prime en souffrance n'était pas poursuivi dans les deux mois après l'expiration du délai de 14 jours, la défenderesse était réputée avoir résilié le contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée ; si la défenderesse avait poursuivi le paiement de la prime ou l'avait accepté ultérieurement, son

obligation reprenait effet à partir du moment où la prime arriérée avait été acquittée avec les intérêts et les frais ;

- le suivi des envois de la Poste attestant que la sommation du 9 mars 2017 a été distribuée le 10 mars 2017 ;
  - un courrier de la défenderesse du 27 mars 2017 informant l'employeur que ce dernier était en cessation de couverture depuis le 24 mars 2017, faute d'avoir réagi à la sommation précitée, et l'invitant à régler la facture sans délai afin d'éviter une mise aux poursuites ;
  - la police n° 2\_\_\_\_\_, établie par la défenderesse le 31 mars 2017, mentionnant les mêmes prestations que la police précédente, avec un début de l'assurance fixé au 1<sup>er</sup> avril 2017, ainsi que la facture de primes y relative pour la période du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2017 ;
  - la police n° 3\_\_\_\_\_, établie le 26 mai 2017, mentionnant les mêmes prestations que la police précédente, avec un début de l'assurance fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2017, ainsi que la facture de primes y relative pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2017 ;
  - la carte maladie de la défenderesse, remplie par la Dresse E\_\_\_\_\_ les 22 août, 12 et 21 septembre, 10 et 31 octobre, 30 novembre 2017, 9 janvier et 2 février 2018, attestant d'une incapacité de travail à 100% jusqu'au 2 février 2018 et de 50% dès le 3 février 2018 ;
  - un certificat médical du 2 février 2018 de la Dresse E\_\_\_\_\_ aux termes duquel l'incapacité de travail était de 50% du 3 février au 4 mars 2018.
15. En date du 15 mars 2018, la défenderesse a transmis à la chambre de céans la carte maladie complétée par la Dresse E\_\_\_\_\_ suite à la consultation du 2 mars 2018. La capacité de travail de la demanderesse était totale depuis le 5 mars 2018.
16. Par écriture du 5 avril 2018, la demanderesse a persisté dans ses conclusions. Elle s'est déterminée sur les allégués de la défenderesse et a notamment admis que la couverture d'assurance avait été suspendue depuis le 24 mars 2017, la prime échue au 1<sup>er</sup> janvier 2017 n'ayant pas été payée (cf. « ad. 89 ; admis »). Elle a en revanche contesté que l'employeur ne se serait pas acquitté de ladite prime par la suite (cf. « ad. 91 : contesté »). Elle a requis la production par la défenderesse de l'intégralité de son dossier, dont tous les paiements effectués par l'employeur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ainsi que l'audition des organes de l'employeur, seules mesures permettant de donner foi à l'assertion de la défenderesse selon laquelle les primes des différents trimestres de 2017 n'auraient toujours pas été payées.
- La demanderesse a allégué n'avoir reçu son salaire que jusqu'au 31 août 2017. Elle a expliqué qu'elle avait assigné l'employeur devant la juridiction des Prud'hommes, que l'audience n'avait été appointée qu'au 15 mai 2018 et qu'il n'était pas impossible que ce procès soit suspendu. Par ailleurs, elle avait produit sa créance par-devant l'office des faillites de Genève.
-

L'événement survenu le 18 juillet 2017 n'avait pas pour cause unique, ni même prépondérante, l'accident dont elle avait été victime en 2016. De plus, les pièces produites par la défenderesse ne permettaient pas d'acquiescer la certitude que des conditions spéciales d'assurance couvrant d'autres occurrences de sinistre, notamment les accidents, aient été conclues. De surcroît, la défenderesse lui avait écrit le 28 juillet 2017 et entretenu une apparence de droit selon laquelle la couverture d'assurance n'était pas suspendue. La demanderesse devait être protégée dans la bonne foi à cet égard.

Elle devait également être protégée contre toutes les conséquences dommageables à ses intérêts pécuniaires résultant de la création d'un état de fait dangereux par la défenderesse. Cette dernière n'avait pas dénoncé les rapports contractuels avec l'employeur puisqu'en dépit de la suspension survenue le 24 mars 2017, elle avait requis le paiement des primes relatives aux deuxième et troisième trimestres de l'année 2017. Dès lors qu'une suspension de couverture ne constituait pas une extinction du contrat, il n'était pas du devoir de l'employeur d'en informer les collaborateurs. La défenderesse aurait donc dû alerter les autorités compétentes, en dénonçant le cas au Ministère public ou à l'OCIRT, ou encore en engageant une poursuite en vue de faillite. En s'abstenant de toute démarche, elle avait créé un état de fait dangereux, incompatible avec ses devoirs de diligence. Les éléments objectifs de l'article 159 CP avaient été réalisés et la défenderesse en était consciente, comme en attestaient ses divers courriers de relance et sa sommation du 9 mars 2017. Quand bien même la défenderesse ne serait pas tenue, par le juge pénal, pour complicité de cette violation de l'article 159 CP, une éventuelle impunité ne l'exonérerait pas encore automatiquement sur le plan civil de toute perspective de se voir également imputer les atteintes qui avaient été portées au patrimoine de la demanderesse, en vertu de l'article 53 al. 1 CO.

Pour le surplus, la demanderesse a maintenu ses offres de preuves personnelles, notamment l'audition de témoins, de ses médecins, cas échéant la réalisation d'une expertise. Elle a annexé à son écriture les documents suivants :

- ses fiches de salaires pour les mois de juin 2016 à août 2017 ; il en ressort qu'elle a perçu un salaire brut de CHF 4'500.- durant cette période et que l'employeur a prélevé des cotisations pour l'assurance perte de gain ;
- un courrier du 22 janvier 2018 adressé à l'office des faillites et tendant à la production d'une créance dans la faillite de l'employeur ;
- sa demande en paiement datée du 12 février 2018 par-devant le Tribunal des Prud'hommes ;
- une citation à une audience de conciliation le 15 mai 2018 dans la procédure l'opposant à l'employeur.

17. En date du 2 mai 2018, la défenderesse a dupliqué. Elle a rappelé qu'elle n'avait pas poursuivi le paiement de la prime échue au 1<sup>er</sup> janvier 2017 et ne l'avait pas

ultérieurement accepté car elle n'avait jamais été payée, de sorte que la couverture d'assurance n'avait jamais repris effet depuis la suspension du 24 mars 2017.

La défenderesse a nié l'existence de conditions spéciales d'assurance, lesquelles auraient dans le cas contraire été mentionnées dans la police d'assurance. L'offre d'assurance et la police d'assurance stipulaient expressément que le risque d'accident n'était pas couvert.

Elle a rappelé que la demanderesse avait admis, dans ses déterminations (ad. 83 à ad. 89 de sa réplique), la suspension de la couverture d'assurance depuis le 24 mars 2017. Cette admission constituait un aveu judiciaire et suffisait en soi à rejeter les prétentions de la demanderesse dans la mesure où elles étaient motivées par une incapacité de travail ayant débuté le 18 juillet 2017. Il appartenait à la demanderesse de prouver que les conditions nécessaires pour que la couverture d'assurance reprenne seraient remplies. Ce qu'elle n'avait pas fait. Il n'incombait pas à la défenderesse de démontrer que les primes des différents trimestres seraient restées impayées.

Quant à l'incapacité de travail ayant débuté le 18 juillet 2017, la demanderesse n'avait pas démontré qu'elle serait imputable à une maladie. Elle n'avait d'ailleurs apporté aucun élément nouveau dans sa duplique allant dans ce sens. Au contraire, elle avait indiqué que le sinistre du 18 juillet 2017 n'avait pas pour cause « unique », ni même « prépondérante », l'accident dont elle avait été victime en 2016, ce qui impliquait qu'elle admettait qu'il était pour le moins l'une des causes de son incapacité de travail. Pour cette raison également, les prétentions de la demanderesse devaient être rejetées.

Cela étant, si par impossible la chambre de céans devait considérer que la couverture d'assurance n'était pas suspendue lors de la survenance du sinistre le 18 juillet 2017 et que l'on était en présence d'une maladie assurée selon la police d'assurance perte de gain, l'indemnité journalière s'élèverait à CHF 128.20 et la demanderesse ne pourrait prétendre qu'au paiement de ladite indemnité à 100% du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 2 février 2018 et à 50% du 3 février au 4 mars 2018. Elle n'aurait ainsi droit qu'à CHF 21'794.-, sous déduction des montants qu'elle pourrait encore toucher de l'employeur ou dans le cadre de la faillite de ce dernier.

Concernant la prétendue responsabilité délictuelle de la défenderesse, la chambre de céans n'était pas compétente et de telles prétentions devaient être déclarées irrecevables. À titre superfétatoire, la défenderesse a exposé qu'elles étaient infondées car en présence d'un dommage purement économique, la théorie de l'interdiction de la création d'un état de fait dangereux n'avait aucune portée propre et ne pouvait suffire à fonder l'illicéité en l'absence d'une violation d'une norme protectrice. Or, l'article 159 CP ne réprimait que le comportement de l'employeur, et non celui d'un quelconque tiers. On ne pouvait lui reprocher de ne pas avoir dénoncé le cas au Ministère public car elle ignorait si l'employeur opérait ou non une retenue sur le salaire de ses employés pour le financement des primes de

l'assurance perte de gain en cas de maladie. En outre, il n'existait aucune obligation de dénoncer une infraction à charge de personnes physiques ou morales de droit privé. Pour le surplus, les conditions de l'existence d'un dommage et du lien de causalité n'étaient pas non plus réalisées puisque la demanderesse n'avait pas apporté à la preuve que son incapacité de travail serait due à une maladie et que la situation n'aurait pas été différente si la défenderesse avait intenté une poursuite contre l'employeur ou dénoncé le cas au Ministère public ou à l'OCIRT.

18. Le 12 juin 2018, la demanderesse a produit un rapport du 29 mai 2018 de la Dresse E\_\_\_\_\_. Cette dernière a indiqué que la demanderesse, qu'elle suivait depuis 2014, souffrait de fibromyalgie depuis 2008. Dans le contexte d'un stress énorme lié au travail au mois de juillet 2017, elle avait présenté une récurrence aiguë de la maladie l'empêchant de travailler totalement du 18 juillet 2017 au 2 février 2018, puis partiellement jusqu'au 4 mars 2018. Les douleurs intenses et multifocales dont souffrait la demanderesse n'étaient en aucun cas liées à l'accident de la voie publique du 12 septembre 2016 qui n'avait causé que des douleurs cervicales. Le dossier accident avait été clos le 10 janvier 2017 et n'avait pas été rouvert depuis lors.

19. Le 6 juillet 2018, la défenderesse a contesté la cause de l'incapacité de travail et requis l'apport du dossier de la SUVA relatif à l'accident de septembre 2016, l'audition de la Dresse C\_\_\_\_\_ et une expertise. S'agissant des prétentions fondées sur la responsabilité délictuelle, la demanderesse avait déposé une plainte pénale à son encontre pour une violation des articles 8 LPD et 1 OLPD, sur laquelle le Ministère public n'était pas entré en matière. Nul doute que si la demanderesse avait également été persuadée des reproches qu'elle se permettait de formuler à cet égard, elle n'aurait pas hésité à déposer également une plainte pour instigation ou complicité de violation de l'article 159 CP.

La défenderesse a transmis à la chambre de céans l'ordonnance de non-entrée en matière (P/392/2018) rendue par le Ministère public le 20 mars 2018. Il en ressort notamment que les éléments constitutifs d'une violation des articles 8 LPD et 1 OLPD n'étaient pas réunis dès lors que la défenderesse avait fait droit à la demande de la demanderesse et lui avait transmis de manière exhaustive les informations sollicitées par son courrier du 13 novembre 2017.

20. Copie de cette écriture a été communiquée à la demanderesse le 9 juillet 2018.

21. La chambre de céans a ordonné une audience débats le 4 décembre 2018.

La demanderesse a indiqué qu'elle persistait à vouloir faire entendre les organes de l'employeur s'agissant du paiement ou du non-paiement des primes 2017 à l'assureur, ainsi que la Dresse C\_\_\_\_\_, mais qu'elle renonçait à la production de l'intégralité du dossier assureur.

Elle a par ailleurs informé la chambre de céans qu'une ordonnance de suspension avait été rendue trois semaines auparavant environ, par le Tribunal des Prud'hommes jusqu'à droit connu dans le cadre de la présente procédure.

La défenderesse a quant à elle confirmé demander l'apport du dossier SUVA et l'audition de la Dresse C\_\_\_\_\_.

22. Les parties ont été informées le 6 décembre 2018 que la cause était 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), 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 (LCA - RS 221.229.1).

Selon la police d'assurance n° 2236304.2004, le contrat est régi par les CGA, lesquelles renvoient expressément à la LCA (art. 24.2 CGA).

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

b. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1<sup>er</sup> janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 25 CGA prévoit que le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit ont le choix entre le for ordinaire ou celui de leur domicile en Suisse.

La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

c. L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, la demanderesse a été couverte contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré, qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA ; ATF 141 III 112 consid. 4.3).

Par conséquent, la demanderesse possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

d. 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 rappelé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité.

e. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé.

La demande du 5 janvier 2018 par laquelle la demanderesse sollicite le paiement de CHF 131'400.- à titre d'indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017 a été déposée dans le délai de deux ans susmentionné.

f. La présente demande répond aux exigences légales et de forme (art. 130 et 244 CPC).

g. Elle est donc recevable.

2. La contestation porte sur l'obligation de la défenderesse de verser à la demanderesse la somme de CHF 131'400.- à titre d'indemnités journalières en lien avec son incapacité de travail ayant débuté le 18 juillet 2017.
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 chambre de céans 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), 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 ; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure

---

probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il 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 et 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. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales

---

n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

5. Conformément à l'art. 20 LCA, si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordé par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation doit rappeler les conséquences du retard (al. 1). Si la prime est encaissée chez le débiteur, l'assureur peut remplacer la sommation écrite par une sommation verbale (al. 2). Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (al. 3). L'art. 93 de la présente loi demeure réservé (al. 4).

En vertu de l'art. 21 LCA, si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'art. 20 de la présente loi, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée (al. 1). Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais (al. 2).

6. a. La LCA contient une réglementation spéciale sur les conséquences du retard dans le paiement des primes. Elle déroge en faveur de l'assureur au régime commun de la demeure en ce sens que, à l'expiration du délai fixé au débiteur pour s'exécuter, non seulement l'assureur a le choix de poursuivre le paiement de la prime en souffrance ou de se départir du contrat, mais encore son obligation est suspendue ; si l'assureur ne se départit pas du contrat - la résiliation étant présumée si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'art. 20 LCA -, son obligation ne reprend effet qu'à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais.

La suspension de la couverture d'assurance a été prévue par la loi pour tenir compte des particularités de l'assurance : le recouvrement juridique de la prime n'est pas compatible avec la nature de l'exploitation de l'assureur, lequel doit pouvoir compter sur le paiement ponctuel des primes, et il conduirait l'assureur à reporter les pertes dues aux mauvais payeurs en adaptant le tarif des primes pour l'ensemble des assurés. C'est pour sauvegarder d'une manière convenable les intérêts du débiteur face aux conséquences économiques rigoureuses, sans équivalent dans le droit commun, que représente la suspension de la couverture d'assurance, que le législateur a rompu avec le système de la demeure suivant le droit commun - en vertu duquel l'interpellation du débiteur n'aurait même pas été nécessaire, s'agissant d'une dette échue à un terme fixe (art. 108 ch. 3 CO) - en prescrivant l'envoi d'une sommation répondant à des exigences strictes quant à sa forme et quant à son contenu (ATF 128 III 186 consid. 2d et les références).

b. La suspension prévue à l'art. 20 al. 3 LCA affecte l'obligation de l'assureur comme telle. La loi n'en limite nullement l'effet à une période déterminée, notamment pas à la période afférente à la prime en souffrance. Il s'ensuit que la suspension ne prend fin qu'après paiement de la dette qui a fait l'objet de la sommation. Dès lors, l'échéance d'une nouvelle prime ne saurait faire cesser la suspension, qui continue aussi longtemps que l'assuré est en demeure. Le paiement d'une prime subséquente ne saurait non plus avoir pour conséquence que la garantie de l'assureur soit remise en vigueur, la loi n'accordant cet effet qu'au paiement de la prime arriérée. On ne peut pas davantage déduire de l'acceptation par l'assureur de la prime nouvelle qu'il serait réputé renoncer au bénéfice de la suspension de garantie pour la période antérieure au paiement ou d'une façon générale. L'assureur est tenu d'accepter le paiement régulier de la prime nouvelle (art. 91 CO), qu'il n'a pas le droit de refuser, à moins qu'il n'entende se départir du contrat, ce à quoi on ne saurait l'obliger. Un tel paiement ne libère que partiellement le débiteur, savoir pour la prime afférente à la période d'assurance postérieure. La demeure subsiste pour le solde, avec tous les effets que la loi attache à la sommation comminatoire de l'art. 20 LCA (ATF 103 II 204 consid. 5b).

c. La mise en demeure prévoit des conditions strictes, impératives pour l'assureur. Les exigences de la demeure sont l'exigibilité de la prime, la sommation et le défaut de paiement malgré une sommation en bonne et due forme correctement notifiée (Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2<sup>ème</sup> éd. 2011, n° 715).

Selon la jurisprudence, la sommation doit indiquer le montant de la ou des primes dont le paiement est exigé, ainsi que le délai de paiement de 14 jours. Elle doit en outre annoncer les conséquences de la demeure de manière explicite, claire et complète. L'assureur ne peut pas se contenter de mentionner la suspension de la couverture d'assurance (art. 20 al. 3 LCA) ; il doit notamment aussi évoquer la possibilité de se départir du contrat et la présomption découlant de l'art. 21 al. 1 LCA. Un simple renvoi aux articles 20ss. LCA est insuffisant, tout comme le renvoi aux règles correspondantes des conditions générales d'assurance (ATF 138 III 2 consid. 4.2). Peu importe que l'assureur ait annexé à la sommation les dispositions de la LCA et que l'assuré soit représenté par un avocat. En effet, l'art. 20 LCA exige que l'assureur lui-même expose à l'assuré toutes les conséquences de la demeure ; il ne peut donc pas partir du principe que l'avocat de l'assuré va faire cette tâche à sa place (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 3.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_397/2010 du 28 septembre 2010 consid. 4.4). La sommation qui n'informe pas correctement le débiteur des conséquences de la demeure est irrégulière ; elle ne saurait déployer les effets qu'elle omet de mentionner (ATF 138 III 2 consid. 4.2 i.f. ; ATF 128 III 186 consid. 2b et 2f ; arrêt du Tribunal fédéral du 14 septembre 2015 consid. 3.2.2).

---

En tant qu'acte juridique unilatéral comportant l'exercice d'un droit formateur, la sommation est sujette à réception et il appartient à l'assureur de le prouver (art. 8 CC ; Franz HASENBÖHLER, in *Kommentar zum Schweizerisches Privatrecht*, 2001, n° 24 ad art. 20 LCA ; Benoît CARRON, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, 1997, p. 62 n° 181 et p. 63 n° 184). C'est donc à l'assureur qui entend obtenir la suspension de son obligation d'établir que la sommation a été notifiée au preneur d'assurance. À défaut d'une telle preuve, notamment par le fait qu'elle aurait été adressée sous pli simple, il est admis que le contrat a continué de déployer ses effets, car s'il appartient au preneur d'établir les faits générateurs d'obligations pour l'assureur, il incombe principalement à celui-ci de prouver les faits de nature à le libérer. Vu les conséquences rigoureuses qu'elle entraîne pour le preneur d'assurance, la réception de la sommation ne doit pas être admise facilement (HASENBÖHLER, *op. cit.*, n° 25 ad art. 20 LCA). Même en cas de pli recommandé, l'assureur doit prouver qu'un avis de retrait a bien été déposé à l'intention du destinataire (BRULHART, *op. cit.*, n° 715).

d. La demeure a pour effet que l'obligation de prêter de l'assureur est suspendue dès la fin du délai de sommation (arrêt du Tribunal fédéral 5C.284/2001 du 20 décembre 2001 consid. 2a et 2b). Cela signifie que le contrat reste en vigueur, mais qu'en cas de sinistre, l'assureur n'est pas tenu au versement de ce que le contrat prévoit, alors même qu'il conserve son droit à la prime. Le fait que la suspension n'intervienne qu'en cas de demeure qualifiée du preneur, au terme du délai de grâce, est important : un sinistre survenant pendant le délai de 14 jours ou un éventuel délai plus long donné par l'assureur n'autorise pas ce dernier au refus de sa prestation, quand bien même il ne parviendrait pas à recouvrer la prime (BRULHART, *op. cit.*, n° 717). Ainsi, par la suspension de l'obligation de couverture d'assurance, l'assureur se soustrait à l'obligation de répondre d'un sinistre survenu après le délai de mise en demeure et jusqu'au moment où la prime aura été acquittée avec les intérêts et les frais (Jean-Benoît MEUWLY, *La durée de la couverture d'assurance privée*, 1994, p. 31-32). Tous les frais relatifs à la notification, aux poursuites, aux coûts supplémentaires de gestion de dossier doivent être entièrement remboursés en sus de la prime, pour que l'assurance soit remise en vigueur (BRULHART, *op. cit.*, n° 717).

7. En l'espèce, l'art. 14.1 CGA stipule que les primes sont, pour chaque période d'assurance, payables à l'avance à l'échéance fixée dans le contrat. La police d'assurance perte de gain en cas de maladie n° 22363034-2004, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017 prévoit le paiement trimestriel des primes d'assurance avec une échéance principale le 1<sup>er</sup> janvier.

Le 6 octobre 2016, la défenderesse a envoyé à l'employeur la facture de primes pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2017 (CHF 12'719.90), laquelle devait donc être honorée le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Faute de paiement, la défenderesse, par courrier du 9 mars 2017, a dûment sommé l'employeur de payer les primes échues pour les mois de janvier à mars 2017, dans le délai de 14 jours fixé par

l'art. 20 al. 1 LCA. Elle a expressément averti l'employeur des conséquences du retard, soit de la suspension de la couverture d'assurance et du droit de l'assureur de résilier le contrat. Cette sommation, laquelle mentionne également le montant des primes qui est exigé, informe correctement l'employeur des conséquences de la demeure. Elle est donc valable.

La défenderesse a établi que cette sommation, adressée par pli recommandé, a été distribuée à l'employeur le 10 mars 2017, de sorte que le délai de 14 jours est arrivé à échéance le 24 mars 2017. Faute de paiement dans ce délai, le contrat a été automatiquement suspendu le 24 mars 2017, ce qui n'est au demeurant pas contesté par la demanderesse.

8. L'obligation de la défenderesse ne peut reprendre effet qu'à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée.

La défenderesse allègue n'avoir reçu aucun versement de la part de l'employeur suite à sa sommation du 9 mars 2017, ce que conteste la demanderesse.

Contrairement à ce que soutient la demanderesse, il n'incombait pas à la défenderesse de démontrer que l'employeur ne s'est pas acquitté de la prime échue et de prouver ainsi que la suspension de la couverture a perduré. Aucun élément ne permet raisonnablement de douter de la véracité des allégations de la défenderesse, selon lesquelles l'employeur n'aurait pas honoré la facture de primes à la base de la suspension. La demanderesse ne fait d'ailleurs état d'aucune circonstance propre à faire naître des doutes sérieux sur l'exactitude des déclarations de la défenderesse quant à la persistance de la suspension pendant la période d'incapacité de travail. Il n'est donc pas question d'exiger de la défenderesse qu'elle démontre l'absence de paiement des factures de primes arriérées, ce qui constitue une preuve négative. On relèvera en outre que la défenderesse a indiqué à l'employeur le 28 juillet 2017 que l'incapacité de travail de la demanderesse n'était pas couverte en raison du non-paiement des primes et de la suspension du contrat depuis le 24 mars 2017. Nul doute que l'employeur n'aurait pas manqué de contester la position de la défenderesse s'il s'était effectivement acquitté des primes, dès lors qu'il était encore tenu au versement du salaire de la demanderesse dont les rapports de travail n'avaient pas encore pris fin. En outre, les factures de primes relatives aux périodes du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin et du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2017 mentionnent un début d'assurance au 1<sup>er</sup> avril 2017, respectivement au 1<sup>er</sup> juillet 2017. Or, si la défenderesse avait accepté le paiement des primes en souffrance après la suspension, ce qui aurait mis fin à cette dernière, elle n'aurait selon toute vraisemblance pas mentionné un début d'assurance à la date d'échéance de la nouvelle facture.

Dans ces circonstances, il ne se justifie pas de procéder à l'audition d'un organe de l'employeur ou de requérir la production de pièces comptables de la part de la défenderesse. La chambre de céans considère en effet, par appréciation anticipée

des preuves, que de telles mesures probatoires ne sont pas utiles, qui plus est pour trouver la trace d'un non-paiement.

9. Eu égard à ce qui précède, force est de constater que l'incapacité de travail de la demanderesse est survenue durant la période de suspension de la couverture d'assurance.
10. La demanderesse fait encore valoir une violation du devoir d'information par la défenderesse quant au défaut de couverture.

Toutefois, lorsqu'une maladie ne peut être indemnisée en raison de la suspension de la couverture d'assurance résultant du défaut de paiement de la prime, l'employé perd tous ses droits contre l'assureur et ne peut en particulier pas invoquer qu'il n'a pas été informé des conséquences de la demeure : bien qu'il acquière un droit direct contre l'assureur du fait de l'assurance collective (art. 72 LCA), il n'en devient pas pour autant preneur et n'a ainsi aucun droit à des informations spécifiques (Olivier SUBILIA, Les divers empêchements de travailler, Panorama en droit du travail, Rémy Wyler 2009, p. 109).

Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que c'est au preneur d'assurance d'informer ses employés d'une suspension de la couverture d'assurance. Il a également reconnu la responsabilité d'un employeur lorsque la couverture d'assurance n'est pas conforme à ce qui a été convenu par les parties (arrêt du Tribunal fédéral 5C.41/2001 du 3 juillet 2001 consid. 2h et les références).

Par conséquent, la défenderesse ne peut être tenue responsable d'un défaut d'information quant à la suspension de la couverture d'assurance, obligation qui incombait à l'employeur.

11. Enfin, la demanderesse invoque une responsabilité délictuelle de la défenderesse.  
Elle fait ainsi valoir des prétentions qui ne ressortent pas à la LCA, mais au droit pénal (art. 159 CP), voire au droit des obligations (art. 41ss CO). Ces prétentions ne relèvent pas de la compétence matérielle de la chambre de céans mais de celle du juge pénal, voire du juge civil, que la demanderesse est libre de saisir le cas échéant.

Dès lors, il n'appartient pas à la chambre de céans de se prononcer sur les prétentions en question.

12. Eu égard aux éléments qui précèdent, la demande doit être rejetée.
13. Vu l'issue du litige, la question de savoir si l'incapacité de travail de la demanderesse qui a débuté le 18 juillet 2017 est due à l'accident de 2016 ou à une maladie peut demeurer ouverte.

Il ne sera donc pas fait suite à la demande de la défenderesse tendant à l'apport du dossier de la SUVA.

14. La défenderesse conclut à l'allocation de dépens.

L'art. 95 al. 3 let. b CPC prévoit que les dépens comprennent le défraiement d'un représentant professionnel.

Or, la défenderesse n'est pas représentée. Qui plus est, le droit cantonal prévoit qu'il n'est pas alloué de dépens à la charge de l'assuré dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire, comme cela ressort de l'art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile (LaCC – E 1 05).

Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond dans les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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