

# **FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20181218\_f\_ge\_o\_01 vom 18. Dezember 2018**

FINMA Versicherungsrecht, 2018-12-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/finma\\_versicherungsrecht\\_20181218\\_f\\_ge\\_o\\_01](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20181218_f_ge_o_01)

FR: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20181218\_f\_ge\_o\_01 du 18 décembre 2018

IT: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20181218\_f\_ge\_o\_01 del 18 dicembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 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 1er 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.

A/28/2018 - 11/19 - 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 1er 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.

## **E. 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.

## **E. 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 plaire 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

A/28/2018 - 12/19 - 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).

## **E. 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

A/28/2018 - 13/19 - 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).

## **E. 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).

## **E. 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).

A/28/2018 - 14/19 - 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, 2ème 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 ).

A/28/2018 - 15/19 - 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).

## **E. 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 1er janvier 2017 prévoit le paiement trimestriel des primes d'assurance avec une échéance principale le 1er janvier. Le 6 octobre 2016, la défenderesse a envoyé à l'employeur la facture de primes pour la période du 1er janvier au 31 mars 2017 (CHF 12'719.90), laquelle devait donc être honorée le 1er 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

A/28/2018 - 16/19 - 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.

#### **E. 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 1er avril au 30 juin et du 1er juillet au 30 septembre 2017 mentionnent un début d'assurance au 1er avril 2017, respectivement au 1er 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

A/28/2018 - 17/19 - des preuves, que de telles mesures probatoires ne sont pas utiles, qui plus est pour trouver la trace d'un non-paiement.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 12**

Eu égard aux éléments qui précèdent, la demande doit être rejetée.

#### **E. 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.

#### **E. 14**

La défenderesse conclut à l'allocation de dépens.

A/28/2018 - 18/19 - 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.

A/28/2018 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.