

GE_GERICHTE ATAS/145/2026 vom 20. Februar 2026

GE Cour de justice, 2026-02-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_145_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/145/2026 du 20 février 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/145/2026 del 20 febbraio 2026

Erwägungen

E. 1.1

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 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, qui se réfère aux conditions générales pour l'assurance-maladie collective (ci-après : CGA), le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Selon l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. L'art. 17 al. 1 CPC consacre par ailleurs la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, la prestation caractéristique vise le versement d'indemnités journalières. Il s'agit d'une dette portable qui doit être exécutée au domicile de l'ayant droit, soit à Genève. L'art. 20 CGA énonce par ailleurs que le lieu de travail en Suisse est également reconnu comme for juridique en cas de litiges dans le cadre de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie souscrite par un employeur pour ses employés.

A/954/2025 - 10/16 - La chambre de céans est par conséquent également compétente à raison du lieu.

E. 1.3

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 1.4

La demande, qui répond par ailleurs aux exigences légales et de forme (art. 130 et 244 CPC), est par conséquent recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la demanderesse aux indemnités journalières sur la base du contrat d'assurance perte de gain conclu entre la défenderesse et l'employeur.

E. 2.1

La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). 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).

E. 2.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2).

E. 2.3

La LCA ne contenant aucune disposition spécifique à l'indemnité journalière en cas de maladie, le droit aux prestations se détermine d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2).

E. 2.4

En l'espèce, la police d'assurance perte de gain conclue en 2020 par l'employeur auprès de la défenderesse prévoit le versement d'une indemnité journalière pour le personnel en cas de maladie, à hauteur de 80% du salaire assuré durant 730 jours, après un délai d'attente de 60 jours. Ces éléments ne sont pas contestés.

E. 3

La défenderesse conteste, en revanche, l'existence d'un dommage. La demanderesse estime, pour sa part, que l'octroi des prestations n'était pas subordonné à l'existence d'une perte de gain.

A/954/2025 - 11/16 -

E. 3.1

En matière d'assurance privée, les parties peuvent convenir d'une assurance de personnes (dite aussi assurance de sommes) ou d'une assurance contre les dommages. La première se distingue de la seconde par sa nature non indemnitaire : il s'agit d'une promesse de capital indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit. En bref, on est en présence d'une assurance de personnes lorsque les parties n'ont subordonné la prestation de l'assureur - dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat - qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires ; on est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque la perte patrimoniale effective constitue une condition autonome du droit aux prestations. Lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalière forfaitaire en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, il s'agit d'une assurance de

sommes. Lorsque le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte effective sur le plan économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences économiques réelles du sinistre pour l'assuré, il s'agit d'une assurance contre les dommages (arrêt du Tribunal fédéral 4A_332/2010 et 4D_126/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2.3 et les références citées). Dans les assurances de sommes, la surindemnisation de l'ayant droit est possible et les prestations versées par un assureur social ne peuvent pas être imputées sur les allocations journalières dues par l'assureur privé, à moins que les conditions générales d'assurance ne prévoient exceptionnellement une telle imputation (ATF 133 III 527 consid. 3.2.5). Les assurances collectives sont, de par leur nature, conclues sous la forme d'assurances de dommage (Ivano RANZANICI, Les effets de l'incapacité de travailler pour cause d'une maladie successive à la résolution du contrat de travail, in Regards croisés sur le droit du travail : Liber Amicorum pour Gabriel AUBERT, 2015, p. 276).

E. 3.2

La distinction entre assurance de sommes et assurance de dommages a occupé de longue date la doctrine et la jurisprudence. L'assurance de sommes garantit une prestation prédéfinie lors de la conclusion du contrat, qui doit être versée si l'événement assuré survient, sans égard à ses conséquences pécuniaires et à l'existence d'un possible dommage. En revanche, dans une assurance contre les dommages, les cocontractants font de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations ; une telle assurance vise à compenser totalement ou partiellement un dommage effectif. Toute assurance vise à parer à d'éventuels revers de fortune. Le critère de distinction ne réside donc pas dans le but, mais bien dans les conditions de la prestation d'assurance (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; 104 II 44 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_367/2016 du 20 mars 2017 consid. 3.2 ; 4A_53/2007 du 26 septembre 2007 consid. 4.4.2). L'assurance de sommes permet à l'assuré de cumuler les prétentions en versement des indemnités journalières prévues par le contrat d'assurance avec d'autres prétentions découlant du même événement dommageable. La surindemnisation est

A/954/2025 - 12/16 - possible ; conformément à l'art. 96 LCA, les droits que l'ayant droit auraient contre des tiers en raison du sinistre ne passent pas à l'assureur (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; 133 III 527 consid. 3.2.5). L'assurance de dommages, en revanche, est gouvernée par le principe indemnitaire ; pour éviter le cumul, l'art. 72 LCA, dans sa teneur avant le 1er janvier 2022, a institué un droit de recours de l'assureur à l'encontre du tiers responsable (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_53/2007 précité consid. 4.4.2).

E. 3.3

Lorsque l'assurance perte de gain pour maladie a été conclue sous la forme d'une assurance de dommage, la survenance du sinistre nécessite un dommage, soit en d'autres termes, une perte de gain (ATF 141 III 241 consid. 3.1). En revanche, la condition de la perte de revenus ne s'applique pas si l'assurance est une assurance de somme. En effet, dans l'assurance de somme, l'entreprise d'assurance s'engage à verser une indemnité journalière déterminée en cas de survenance du risque assuré, indépendamment de l'existence et de la quotité d'une perte patrimoniale effective provoquée par l'événement redouté¹⁰³⁹. Autrement dit, dans l'assurance de somme, l'indemnité journalière convenue d'avance entre les parties est versée en cas d'incapacité de travail, indépendamment de toute perte de revenus effective subie par la personne assurée (Lucile BONAZ, L'assurance perte de gain

maladie en droit suisse – Analyse croisée des modèles LAMal et LCA, 2024, n. 532).

E. 3.4

En l'espèce, selon l'édition 2008 des CGA, à laquelle renvoie la police d'assurance, l'assurance couvre les conséquences économiques d'un événement assuré, dont l'incapacité de travail consécutive à une maladie (art. 2 CGA). Cet élément n'est certes pas décisif, puisque le but d'une telle assurance vise de toute façon à parer à la perte financière découlant d'une maladie (ATF 119 II 361 consid. 4). Les conditions complémentaires pour l'assurance de l'indemnité journalière de maladie (ci-après : CC), édition 2008, auxquelles renvoie également la police d'assurance, contiennent toutefois des clauses typiques d'une assurance de dommages, fondée sur le principe de l'indemnisation. L'art. 1 CC prévoit en effet expressément que le versement des prestations d'assurance est subordonné à la condition qu'il existe une perte de gain (art. 1 CC), l'indemnité journalière étant déterminée dans chaque cas sur la base de la perte de gain effective subie (art. 6 al. 1 CC). Le salaire effectif de l'ayant-droit est ensuite déterminant pour le calcul des indemnités journalières, lesquelles sont calculées sur la base du dernier salaire AVS déclaré avant le début de l'incapacité de travail (art. 6 al. 1 CC). Qui plus est, l'art. 7 al. 2 CC prévoit que l'indemnité peut être réduite en cas de surindemnisation, ce qui plaide également en faveur d'une assurance de dommage. Enfin, le personnel assuré, et la demanderesse en particulier, n'a pas été nommément désignée dans la police d'assurance, laquelle mentionne un montant maximal assuré. Ainsi, sur la base de l'ensemble de ces éléments, il convient de retenir qu'il s'agit d'une assurance de dommage.

A/954/2025 - 13/16 -

E. 3.5

Ce résultat a pour conséquence que la demanderesse doit établir qu'elle a subi une perte de gain. L'approche contraire développée par l'intéressée dans ses écritures s'inscrit en porte-à-faux avec les conditions d'assurance et la jurisprudence constante, selon laquelle lorsque l'assurance perte de gain pour maladie a été conclue sous la forme d'une assurance de dommage, la survenance du sinistre nécessite un dommage, soit en d'autres termes, une perte de gain. Or, en l'occurrence, la demanderesse admet avoir résilié elle-même son contrat de travail au mois de juin 2020, avec effet au 31 octobre 2020. Or, l'intéressée ne conteste pas qu'elle a perçu son salaire jusqu'au terme des rapports de travail. Elle a même reconnu en audience avoir été rémunérée en vertu d'une clause de non-concurrence, en sus du versement de son salaire. La preuve d'une perte de gain couverte par la défenderesse n'est partant pas établie, si bien que la demanderesse ne peut prétendre au versement d'indemnités journalières. Pour ce motif déjà, la demande doit être rejetée.

E. 4

S'ajoute à cela que la demanderesse échoue à démontrer qu'elle a subi une incapacité de travail.

E. 4.1

L'assuré qui prétend au versement d'indemnités journalières doit établir l'existence d'une incapacité de travail à l'aune de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 III 241 consid. 3.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_76/2020 du 9 juin 2020 consid. 3.2 ; 4A_578/2018 du 25 novembre 2019 consid. 3 ; 4A_516/2014 du 11 mars 2015 consid. 4.1).

E. 4.2

En l'absence de disposition spéciale contraire, l'art. 8 du code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) répartit le fardeau de la preuve pour toutes les prétentions fondées sur le droit privé fédéral et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences d'un échec de la preuve. En conséquence, l'ayant droit est tenu de prouver les faits relatifs à la « justification de ses prétentions » (selon la note marginale de l'art. 39 LCA), à savoir l'existence d'un contrat d'assurance, la survenance du cas d'assurance et l'étendue de ses prétentions, 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. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (cf. ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 ; 130 III 321 consid. 3.1). Le degré de preuve ordinaire s'applique à l'incapacité de travail alléguée en lien avec la survenance du cas d'assurance. Par conséquent, la preuve est apportée lorsque le tribunal, en se fondant sur des éléments objectifs, est convaincu de l'exactitude d'une allégation de fait. Il suffit qu'il n'y ait plus de doutes sérieux quant à l'existence du fait allégué ou que les doutes qui subsistent éventuellement paraissent légers (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1).

A/954/2025 - 14/16 -

E. 4.3

L'assurance perte de gain maladie couvre l'incapacité de travail causée par une maladie. Il s'agit donc d'un risque réunissant deux notions distinctes : l'incapacité de travail d'une part, et la maladie d'autre part. Cependant, ces deux événements ne se produisent pas nécessairement simultanément. Il peut arriver qu'une maladie se déclare sans entraîner immédiatement une incapacité de travail. L'enjeu est alors de savoir si le moment déterminant, pour analyser l'existence d'une couverture, est la survenance de l'incapacité de travail ou celle de la maladie (Lucile BONAZ, op. cit., n. 572). La doctrine majoritaire soutient que c'est la survenance de l'incapacité de travail, plutôt que de la maladie en tant que telle, qui constitue l'événement déterminant dans l'assurance perte de gain maladie pour évaluer la couverture. Cette position est étayée par une jurisprudence récente du Tribunal fédéral, qui rappelle que, dans ce type d'assurance, le sinistre est l'incapacité de travail résultant d'une maladie. Cette position est étayée par une jurisprudence récente du Tribunal fédéral, qui rappelle que, dans ce type d'assurance, le sinistre est l'incapacité de travail résultant d'une maladie (ATF 142 III 671 consid. 3.9 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_439/2021 du 25 janvier 2022 consid. 3). C'est donc la date de survenance de l'incapacité de travail qui est déterminante pour statuer sur l'existence d'une couverture d'assurance, et non pas la date d'apparition de la maladie en tant que telle (Lucile BONAZ, op. cit., n. 573).

E. 4.4

En l'occurrence, il n'est pas contesté qu'un méningiome bifrontal, soit une tumeur cérébrale, a été diagnostiqué le 30 octobre 2020 et qu'il s'agit d'une maladie au sens de l'art. 3 ch. 1 CGA. Il appert toutefois que, jusqu'au terme des relations le travail, la demanderesse ne s'est pas trouvée en incapacité de travail pour cause de maladie. Il ne ressort en effet d'aucune pièce au dossier qu'elle aurait été mise en arrêt de travail avant son départ effectif de la banque le 31 octobre 2020, la demanderesse ayant elle-même admis, par l'intermédiaire de son avocat, avoir travaillé jusqu'au terme de son contrat de travail (cf.

courriel de Me BRON du 19 avril 2024). Les médecins, en particulier la Dre G_____ (rapport du 13 juin 2024) et le médecin du SMR (rapports des 10 août 2023 et 5 mars 2024), s'accordent certes à dire que l'incapacité de travail de l'intéressée remonte au mois d'octobre 2020. Or, outre le fait que les documents médicaux précités ont été établis postérieurement au début de la période d'incapacité de travail, ils ne modifient pas le fait qu'aucun certificat d'arrêt de travail n'a été présenté à l'employeur durant les rapports de travail et que l'intéressée a concrètement travaillé à 100% jusqu'au terme de son contrat. C'est le lieu de rappeler que, selon le CC, le cas de maladie débute avec le certificat médical attestant de l'incapacité de travail (art. 2 al. 1 CC). Le preneur d'assurance, respectivement la personne assurée, doit justifier le droit à des prestations d'assurance par la présentation des certificats médicaux établissant le diagnostic complet (art. 10 al. 1 CG). Ainsi, le fait que la demanderesse ait présenté des symptômes de sa maladie avant la fin de ses

A/954/2025 - 15/16 - relations de travail ou qu'elle ait de facto subi une diminution de son activité en raison de la pandémie ne change rien au fait que, in casu, ces éléments n'ont pas conduit à un arrêt de travail, même partiel, durant les rapports de travail. La preuve de l'existence d'une incapacité de travail durant les rapports de travail (cf. art. 8 CG) n'a donc pas non plus été rapportée en l'occurrence. Partant, c'est à juste titre que la défenderesse a refusé de verser des indemnités journalières à la demanderesse. Au vu de ce qui précède, point n'est besoin d'examiner si, comme le soutient la défenderesse, une partie des prétentions de la demanderesse était déjà prescrite en application de l'art. 46 al. 3 LCA. Il n'y a pas lieu non plus de procéder à une expertise médicale judiciaire, la demande ayant été rejetée pour des questions essentiellement d'ordre juridique, qui ne relèvent pas du volet médical du dossier, lequel apparaît suffisamment étayé au vu des pièces au dossier.

E. 5

La demande est par conséquent mal fondée et sera rejetée. Bien qu'obtenant gain de cause, la défenderesse n'a pas droit à des dépens (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 - LaCC - E 1 05). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/954/2025 - 16/16 - 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.