

GE_GERICHTE ATAS/332/2026 vom 21. April 2026

GE Cour de justice, 2026-04-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_332_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/332/2026 du 21 avril 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/332/2026 del 21 aprile 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). En l'espèce, la police d'assurance stipule que les Conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective d'indemnité journalière selon la LCA (édition 2023 ; ci-après : CGA) sont applicables et font partie intégrante de la police d'assurance, les dispositions de la LCA s'appliquant également.

A/2387/2025 - 6/29 - 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, l'art. 38 des CGA prévoit que le preneur d'assurance ou la personne assurée a le choix entre le for ordinaire et celui de son domicile en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 1.3

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

E. 2

La LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, le litige porte sur le droit à des indemnités journalières pour la période du 10 décembre 2024 au 11 janvier 2025, soit postérieurement au 31 décembre 2021. Par ailleurs, la dernière police d'assurance a été conclue entre l'employeuse du demandeur et la défenderesse postérieurement au 31 décembre 2021. Par conséquent, les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 3.1

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). En matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, le juge statue selon les règles de la procédure civile simplifiée (art. 243 al. 2 let. f CPC) ; la maxime inquisitoire sociale est applicable (art. 247 al. 2 let. a CPC). Si la demande n'est pas motivée, le tribunal la notifie au défendeur et cite les parties aux débats ; si la demande est motivée, le tribunal fixe un délai au défendeur pour se prononcer par écrit (art. 245 CPC). Lorsque les circonstances l'exigent, le

A/2387/2025 - 7/29 - tribunal peut tenir des audiences d'instruction (art. 246 al. 2 CPC). Que la demande soit motivée ou non, le tribunal ne peut en principe pas rendre une décision sur le fond sans avoir tenu une audience de débats principaux (Hauptverhandlung), qui est en principe publique (art. 54 CPC). Le droit fondamental à la tenue d'une audience publique est ainsi assuré. Cela étant, les parties peuvent d'un commun accord renoncer aux débats principaux (art. 233 CPC par renvoi de l'art. 219 CPC). La loi ne prescrivant aucune forme, une renonciation par actes concluants n'est pas exclue. Dans la mesure toutefois où des droits fondamentaux sont en cause (droit d'être entendu ; droit à la tenue d'une audience publique), une telle renonciation ne saurait être admise à la légère. En particulier, lorsqu'une partie n'est pas assistée par un avocat, le tribunal doit l'informer qu'il statuera sur le vu des écritures à moins qu'elle ne sollicite expressément une audience de débats dans un certain délai. Ces considérations valent spécialement pour les causes relatives à l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, où le juge doit établir les faits d'office, et a fortiori lorsque la cause est jugée par une instance cantonale unique au sens de l'art. 7 CPC. Une renonciation par actes concluants aux débats principaux doit être admise si les parties, représentées par des mandataires professionnels ou des collaborateurs de leur service juridique, ne requièrent pas expressément la tenue d'une audience de débats, après que la cour cantonale, dans le cadre de la procédure initiée par le dépôt de la demande, a recueilli les dernières observations des plaideurs (arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 2.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, toute assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, soumise à la LCA, doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (ATF 142 V 448 consid. 4.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_230/2016 du

E. 3.2

En l'espèce, les deux parties, représentées par des mandataires professionnels, n'ont pas expressément requis la tenue d'une audience de débats après le double échange d'écritures qui s'est achevé le 26 novembre 2025. Dans la mesure où elles n'ont pas formulé d'offres de preuves, ni demandé la tenue d'une audience de comparution personnelle ou de toute autre audience, elles pouvaient considérer que la cause allait être gardée à juger à l'issue de l'échange d'écritures, ce d'autant plus que le litige porte uniquement sur des questions juridiques. Partant, il doit être retenu que les parties ont renoncé, par actes concluants, aux débats principaux. 4. Le litige porte sur le droit du demandeur aux indemnités journalières à 80% de son salaire du 10 décembre 2024 au 11 janvier 2025.

A/2387/2025 - 8/29 - 5. 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).

5.1 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 ; 130 III 321 consid. 3.1 ; 129 III 18 consid. 2.6 ; 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 122 III 219 consid. 3c ; 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 ; 119 III 60 consid. 2c ; 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 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).

5.2 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

A/2387/2025 - 9/29 - 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 ; 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 ; 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.3). 5.3 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). En ce qui concerne la survenance d'un sinistre assuré, le degré de preuve nécessaire est en principe abaissé à la vraisemblance prépondérante (en lieu et place de la règle générale de la preuve stricte ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Le défendeur conserve toutefois la possibilité d'apporter des contre-preuves ; il 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.4).

A/2387/2025 - 10/29 - Cependant, dans un arrêt du 31 août 2021, le Tribunal fédéral a modifié la jurisprudence précitée, en ce sens que l'existence d'un cas d'assurance constitué par une incapacité de travail est désormais soumise au degré de preuve de la preuve stricte (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 in fine). 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). Cette précision de jurisprudence concerne le droit matériel et est donc directement applicable (ATF 146 I 105 consid. 5.2.1), y compris au présent litige. 5.4 Le fardeau de l'allégation suit le fardeau de la preuve (ATF 132 III 186 consid. 4). Une allégation de fait ne doit pas contenir tous les détails. L'obligation d'alléguer est remplie lorsque les parties évoquent dans leurs contours essentiels et d'une manière conforme aux usages les faits tombant sous le coup des dispositions déterminantes (ATF 136 III 322 consid. 3.4.2). Un exposé complet des faits est réputé concluant. En effet, dans l'hypothèse de sa véracité, il entraîne la conséquence juridique à laquelle conclut la partie (arrêt du Tribunal fédéral 4A_478/2024 du 4 décembre 2024 consid. 4.1.2). 5.5 L'art. 222 al. 2 2ème phrase CPC impose au défendeur d'exposer dans sa réponse quels faits allégués dans la demande sont reconnus ou contestés (ATF 144 III 519 consid. 5.2.2.1). Si un fait allégué est admis, il y a aveu judiciaire, c'est-à-dire la reconnaissance en cours de procès d'un fait défavorable à celui qui le fait, que la partie adverse peut lui opposer. L'aveu judiciaire d'un fait supprime la nécessité de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4A_268/2021 du 18 mai 2022 consid. 4.1). Lorsqu'une partie admet expressément un fait allégué par l'autre, le juge ne peut s'en écarter ou interpellier la partie désavantagée par cette admission que si l'inexactitude de l'allégué ressort clairement des pièces du dossier (arrêt du Tribunal fédéral

4A_360/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.2). Une détermination formulée « Rapport soit à la pièce » n'équivaut pas à une contestation de l'allégué correspondant (cf. arrêts du Tribunal fédéral 5A_326/2021 du 8 juin 2022 consid. 3.3 et 4A_243/2018 du 17 décembre 2018 consid. 4.3.2). 5.6 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,

A/2387/2025 - 11/29 - 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. 6

septembre 2016 consid. 1 ; 4A_680/2014 du 29 avril 2015 consid. 2.1 ; 4A_47/2012 du 12 mars 2012 consid. 2 ; 4A_118/2011 du 11 octobre 2011 consid. 1.3 et les références).

E. 6.1

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). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au CO. Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la « réelle et commune intention des parties », le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO) (arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance ; ATF 132 III 268 consid. 2.3.2). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2002 du 17 septembre 2002 consid. 3.1). On s'en tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé (ATF 118 II 342 consid. 1a). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat ; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble. Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (arrêt du Tribunal fédéral 5C.44/2004 du 21 mai 2004 consid. 2.1). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de

cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2). La jurisprudence a nuancé le principe selon lequel il y aurait lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. On ne peut ériger en principe qu'en présence d'un « texte clair », on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO que le sens d'un texte, même clair,

A/2387/2025 - 12/29 - n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b).

E. 6.2

L'art. 33 LCA dispose que sauf disposition contraire de la loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Cette disposition concrétise l'adage in dubio contra stipulatorem qui veut que, de façon subsidiaire, soit lorsqu'il subsiste un doute sur le sens des dispositions rédigées par l'assureur, telles que les conditions générales préformulées, celles-ci sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës (in dubio contra stipulatorem ; « Unklarheitsregel ») (ATF 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 3.1). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration ; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons (« zweideutig ») et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6). Il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (ATF 126 V 499 consid. 3b).

E. 7

En l'espèce, la police d'assurance du 18 décembre 2023, valable du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2026, prévoit que les CGA sont applicables et font partie intégrante de la police d'assurance. Par ailleurs, les dispositions de la LCA s'appliquent également. Selon l'art. 10 al. 1 CGA, sont notamment assurées les personnes ou groupes de personnes mentionnées dans la police, travaillant pour le compte de l'entreprise assurée et qui n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus. Il convient d'examiner en premier lieu si le demandeur était employé par l'employeuse durant la période litigieuse. Il ressort des pièces produites par le demandeur que ce dernier a effectué différentes missions temporaires au service de son employeuse entre le 3 septembre 2024 et le 29 septembre 2025 en tant que planificateur électricien. Ainsi, selon les décomptes de salaires des mois de septembre, octobre, novembre et décembre 2024, puis janvier et février 2025, ainsi qu'à teneur de deux contrats de missions, l'intéressé a été affecté auprès de la société C _____ SA du 3 septembre au 8 décembre 2024, puis du 13 janvier au 28 février 2025 (cf. pièces n° 1a, 10, 11, 12 et 13 – demandeur). Il ressort toutefois d'une attestation du 29 septembre 2025, établie par un responsable de l'entreprise D _____ SA que le

A/2387/2025 - 13/29 - demandeur a travaillé au sein de cette entreprise dans le cadre d'un premier contrat de mission débuté en septembre 2024 et a poursuivi, à l'issue de ce contrat, son activité professionnelle au sein de cette même société sans interruption « jusqu'à ce jour », soit jusqu'au 29 septembre 2025 à tout le moins (cf. pièce n°15 – demandeur). Par conséquent, même si l'activité déployée au sein de D_____ SA ne fait pas l'objet d'un contrat de mission versé au dossier de la procédure, la fusion entre C_____ SA et D_____ SA dès juillet 2024 et la teneur de l'attestation du 29 septembre 2025 susmentionnée permettent de retenir que le demandeur a travaillé pour cette dernière entité de septembre 2024 à septembre 2025 et donc que les rapports de travail avec l'employeuse ont duré à tout le moins jusqu'à cette date. La défenderesse a, au demeurant, admis que le demandeur avait travaillé au sein de C_____ SA, et donc au service de l'employeuse, jusqu'au 20 décembre 2024, soit jusqu'à une date postérieure à la date alléguée de début de son incapacité de travail le 10 décembre 2024 (cf. mémoire de duplique, p. 5). Enfin, à teneur du formulaire intitulé « annonce de maladie / attestation perte de gain » du 11 décembre 2024, l'employeuse du demandeur a indiqué que le contrat de travail conclu avec celui-ci était de durée indéterminée. Au vu de ces éléments, la chambre de céans retiendra que le demandeur a démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante requise, avoir été employé par l'employeuse sans interruption durant la période litigieuse du

E. 10

décembre 2024 qui correspond à la date du début de l'incapacité de travail, même si le diagnostic de dysphorie de genre a été posé par le Dr E_____ en mars 2024 (cf. rapport du Dr E_____ du 12 mars 2024 ; pièce 2a – demandeur). Par ailleurs, selon la jurisprudence fédérale, il suffit que le sinistre survienne pendant la période de couverture pour que l'assureur soit tenu de verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles, la seule limite que connaisse la couverture résidant non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (ATF 127 III 106 consid. 3b). Au surplus, il convient de relever que, s'agissant de l'allégué de fait n°7 du demandeur (« [le demandeur] a été en arrêt maladie du 10 décembre 2024 au

E. 10.1

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 une perte de gain. En d'autres termes, conformément à l'art. 8 CC, la personne assurée doit établir au degré de la vraisemblance prépondérante que son incapacité de travailler pour cause de maladie lui a causé une perte de gain, c'est-à-dire un dommage (ATF 141 III 241 consid. 3.1). Autrement dit, elle doit établir avec

A/2387/2025 - 24/29 - vraisemblance prépondérante que si elle n'était pas malade, elle exercerait une activité lucrative. Cela implique donc de se poser, dans chaque cas d'espèce, la question suivante : le travailleur exercerait-il ou non une activité lucrative s'il n'était pas malade ? Ce n'est en effet que dans l'affirmative que tant l'assurance d'indemnités journalières pour cause de maladie que l'assurance-chômage allouent des prestations (arrêt du Tribunal fédéral 4A_417/2023 du 1er octobre 2024 consid. 6.1). L'art. 2 ch. 3 CGA prévoit que l'assurance indemnité journalière en cas de maladie est une assurance de dommages. Selon l'art. 13 CGA, outre les conditions de l'existence d'une incapacité de travail attestée médicalement (ch. 2), le droit aux indemnités journalières en cas de maladie

est ouvert en cas de perte de gain justifiable (ch. 1). À teneur de l'art. 7 ch. 3 CGA, l'incapacité de gain est définie comme la diminution de tout ou partie des possibilités de gain d'un individu dans son domaine d'activité, cela sur un marché du travail équilibré, cette diminution étant imputable à une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique persistant même après les traitements et mesures de réadaptation susceptibles d'être exigés de lui. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour évaluer l'existence d'une incapacité de gain, laquelle n'est reconnue que si elle n'est objectivement par surmontable (art. 7 LPGA).

E. 10.2

En l'espèce, le demandeur a démontré avoir présenté une incapacité de travail, constitutive d'une maladie et attestée médicalement, du 10 décembre 2024 au 11 janvier 2025, soit pendant une période durant laquelle il travaillait au service de son employeuse (cf. ci-dessus). Il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que s'il n'avait pas été malade durant cette période, il aurait exercé une activité lucrative. C'est par ailleurs en raison de son incapacité de travail entière due à la maladie pendant la période susvisée que le demandeur a subi une incapacité de gain.

E. 10.3

Il s'agit donc d'examiner ci-après l'étendue et la quotité du droit aux indemnités journalières.

E. 10.3.1

La police d'assurance collective d'indemnité journalière selon la LCA, conclue entre l'employeuse et la défenderesse, distingue deux groupes de personnes assurées, à savoir le « groupe de personnes 1 » comportant « les travailleurs temporaires dont le salaire brut ne dépasse pas le maximum selon la SUVA, qui sont soumis à une CCT étendue ou soumis obligatoirement LPP et qui ne sont pas au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'AVS », pour lesquelles la prestation assurée est de 80% du salaire assuré pendant 720 jours en l'espace de 900 jours sous déduction du délai d'attente de 2 jours par cas. Quant au « groupe de personnes 2 », dont font partie « les travailleurs temporaires dont le salaire brut ne dépasse pas le maximum selon la SUVA, qui sont soumis exclusivement à la CCT étendue pour la location de services et non soumis LPP et qui ne bénéficie

A/2387/2025 - 25/29 - pas d'une rente de vieillesse de l'AVS », la prestation assurée est aussi de 80% du salaire assuré, mais sa durée est de 60 jours en l'espace de 360 jours sous déduction du délai d'attente de 2 jours par cas. Comme la police d'assurance, le contrat de travail cadre conclu entre le demandeur et l'employeuse, prévoit que les prestations s'élèvent à 80% du salaire moyen pour autant que l'empêchement de travail soit au moins de 25%. À l'échéance d'un délai d'attente de 2 jours, le droit suivant prend naissance : pour les collaborateurs temporaires avec entreprises soumises à une CCT étendue et ceux soumis à la LPP, la durée des prestations est de 720 jours sur 900 ; pour tous les autres, la durée des prestations est de 60 jours sur 360 (art. 8a du contrat de travail cadre). À teneur de ce contrat de travail cadre, la convention collective étendue de la branche du travail temporaire fait partie intégrante du contrat cadre et s'applique aussi lorsqu'une entreprise de mission est soumise à une autre CCT étendue (art. 1 du contre de travail cadre). Selon l'art. 9 du contrat de travail cadre, sont soumis à l'assurance obligatoire de la LPP les [collaborateurs temporaires] qui ont plus de 17 ans et reçoivent un salaire annuel supérieur à CHF 22'050.-. Les [collaborateurs temporaires] au bénéfice d'une durée de contrat indéterminée ou de

contrats qui ont été conclus pour une période de plus de 3 mois ou des [collaborateurs temporaires] avec obligation d'entretien d'enfants doivent être affiliés à la LPP dès le premier jour. En cas de prolongation d'un contrat préexistant, à plus de 3 mois, le [collaborateur temporaire] doit être affilié à la LPP dès que la prolongation a été convenue [...].

E. 10.3.2

Selon les décomptes de salaire du demandeur figurant au dossier, celui-ci n'était pas soumis à la LPP pendant la période litigieuse. L'affiliation à la LPP n'était pas obligatoire dans le cas du demandeur dès lors que son contrat de travail conclu en septembre 2024 était d'une durée déterminée de trois mois. La question de savoir quand la prolongation du contrat a été convenue entre le demandeur et l'employeuse, rendant l'affiliation à la LPP obligatoire au sens de l'art. 9 CGA, peut toutefois souffrir de rester ouverte dès lors que l'intéressé n'a pas allégué de date précise, mais s'est limité à indiquer que le contrat de mission conclu en septembre 2024 avait été reconduit oralement (cf. allégué de fait n°2) et que cette prolongation avait été tacite (cf. allégué de fait n°20). La date de prolongation dudit contrat, d'une durée supérieure à trois mois, ne ressort par ailleurs pas des pièces produites par le demandeur qui échoue ainsi à en apporter la preuve.

E. 10.3.3

Au vu de ces éléments, il sera retenu que la durée des prestations est de 60 jours en l'espace de 360 jours, sous déduction du délai d'attente de 2 jours.

E. 10.4.1

Selon l'art. 18 ch. 2 CGA, si le gain est soumis à de fortes fluctuations (par exemple salariés à l'heure, employés temporaires, personnes rémunérées à la commission, auxiliaires occupés irrégulièrement), l'indemnité journalière est

A/2387/2025 - 26/29 - calculée comme suit : le salaire AVS perçu au cours des douze derniers mois précédant l'incapacité de travailler [...] est converti en un salaire annuel, puis divisé par 365. Les indemnités journalières calculées sont versées pour chaque jour de l'année civile (art. 18 ch. 7 CGA).

E. 10.4.2

En l'espèce, le demandeur allègue avoir perçu un salaire mensuel brut de CHF 4'382.95 pour le mois de septembre 2024, de CHF 5'066.75 pour le mois d'octobre 2024 et de CHF 4'442.95 pour le mois de novembre 2024 (cf. pièces n°10, 11 et 12 – demandeur), ce qui ressort également de la pièce intitulée « compte de salaire 2024 » produite par la défenderesse (cf. pièce n°61). Cette dernière n'ayant pas contesté les montants susvisés, ceux-ci seront admis pour le calcul de l'indemnité journalière. Le salaire annuel s'élève ainsi à CHF 55'570.60 ($[\text{CHF } 4'382.95 + \text{CHF } 5'066.75 + \text{CHF } 4'442.95 / 3] \times 12$) et le montant de l'indemnité journalière entière (100%) à CHF 152.24 ($\text{CHF } 55'570.60 / 365$). Les prestations s'élevant à 80% du salaire moyen, l'indemnité journalière doit être retenue à hauteur de CHF 121.79 ($\text{CHF } 152.24 \times 80\%$). Compte tenu du délai d'attente de deux jours, le montant total des indemnités journalières pour la période du 10 décembre 2024 au

E. 10.5

Le demandeur a requis que les prestations dues du 10 décembre 2024 au

E. 10.5.1

Selon l'art. 41 al. 1 LCA, la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Les « renseignements » au sens de l'art. 41 LCA visent des questions de fait, qui doivent permettre à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré (cf. l'intitulé de l'art. 39 LCA). Ils correspondent aux devoirs de déclaration et de renseignement institués par les art. 38 et 39 LCA (ATF 129 III 510 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_58/2019 du 13 janvier 2020 consid. 4.1 ; 4A_489/2017 du 26 mars 2018 consid. 4.3 ; 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.5). Cela étant, lorsque l'assureur conteste à tort son obligation, la créance devient exigible dès ce moment, le délai de réflexion de quatre semaines prévu par l'art. 41 LCA étant privé de sens (arrêt du Tribunal fédéral 4A_122/2014 du

E. 10.5.2

En l'espèce, l'employeuse du demandeur a adressé à la défenderesse une « annonce de maladie/attestation perte de gain », datée du 11 décembre 2024, faisant état d'une incapacité de travail entière pour maladie dès le 10 décembre 2024 (cf. pièce n°53 – défenderesse). Il apparaît toutefois que, jusqu'à la réception du rapport du Dr F_____ du 24 janvier 2025, la défenderesse n'était pas encore en mesure d'apprécier le bien-fondé des prétentions du demandeur. C'est en effet seulement à réception de ce rapport médical que la défenderesse a été en mesure de prendre connaissance du diagnostic retenu et de la durée de l'incapacité de travail. Or, à la suite de la réception du rapport médical susvisé, la défenderesse a informé le demandeur, par pli du 10 février 2025, de son refus définitif de prendre en charge le cas, refusant ainsi, à tort, d'allouer les prestations réclamées. Par conséquent, une interpellation de la part du demandeur n'était pas nécessaire, en vertu d'une application analogique de l'art. 108 ch. 1 CO. Le fait que la première interpellation de la défenderesse par le demandeur soit intervenue par courrier du 3 mars 2025 (réclamation du paiement des indemnités journalières pour la période du 10 décembre 2024 au 11 janvier 2025) n'est donc pas pertinent pour la détermination du dies a quo des intérêts moratoires. Il conviendrait donc de retenir, en principe, que les intérêts moratoires commencent à courir le lendemain de la notification à la défenderesse du rapport du Dr F_____ du 24 janvier 2025. Le demandeur ayant toutefois conclu au versement d'intérêts moratoires dès le 31 janvier 2025 seulement, la chambre de céans rappellera que le principe de disposition ancré à l'art. 58 al. 1 CPC interdit au juge de statuer ultra petita.

E. 10.5.3

Au vu de ce qui précède, le dies a quo des intérêts moratoires est le 31 janvier 2025. 11. En conséquence, la demande en paiement est admise, en ce sens que la défenderesse sera condamnée à verser au demandeur le montant de CHF 3'775.49 à titre d'indemnités journalières selon la LCA pour la période du 10 décembre 2024 au 11 janvier 2025, avec intérêts à 5% dès le 31 janvier 2025.

A/2387/2025 - 28/29 - 12. Le demandeur, représenté par un conseil, obtient gain de cause, de sorte qu'il a droit à des dépens. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b CPC). À Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). La valeur litigieuse, telle que définie par les dernières conclusions du demandeur, s'élève à CHF 3'775.76, ce qui correspond à des dépens de CHF

943.94 selon l'art. 85 al. 1 RTFMC (correspondant à 25% de CHF 3'775.76). Il convient d'ajouter à ce montant la TVA de 8.1%, d'un montant de CHF 76.46, ainsi que les débours de 3%, soit CHF 28.32, de sorte que le montant total est de CHF 1'048.72, arrondi à CHF 1'050.- (art. 25 et 26 al. 1 LaCC ; art. 84 et 85 RTFMC). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/2387/2025 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 11

janvier 2025 soient versées avec un intérêt à 5% l'an dès le 31 janvier 2025. Ni la police d'assurance ni les CGA ne stipule de terme pour l'exigibilité des indemnités journalières.

E. 16

décembre 2014 consid. 3.5). Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). L'intérêt moratoire de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation, ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du

A/2387/2025 - 27/29 - Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1).

Toutefois, lorsque l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, on admet, par analogie avec l'art. 108 ch. 1 CO, qu'une interpellation n'est pas nécessaire ; l'exigibilité et la demeure sont alors immédiatement réalisées (arrêts du Tribunal fédéral 4A_16/2017 du 8 mai 2017 consid. 3.1 ; 4A_122/2014 consid. 3.5 ; 4A_206/2007 du 29 octobre 2007 consid. 6.3 ; 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 6.1 in fine). Un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102 consid. 1a). La demeure ne déploie toutefois ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance (ATAS/304/2023 du 3 mai 2023 consid. 11.1 et la référence).

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