

# **GE\_GERICHTE ATAS/770/2015 vom 8. Oktober 2015**

GE Cour de justice, 2015-10-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_770\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_770_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/770/2015 du 8 octobre 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/770/2015 del 8 ottobre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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

### **E. 2**

a. 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.

A/2752/2013 - 10/19 - b. En l'espèce, l'art. 25.2 des CGA-C 1997 prévoit qu'en cas de contestation, l'ayant droit peut ouvrir action contre la défenderesse auprès des tribunaux compétents de son domicile en Suisse ou auprès de ceux du siège de la défenderesse à Lausanne. c. La demanderesse étant domiciliée à Genève, la chambre de céans est ainsi également compétente à raison du lieu.

### **E. 2.13**

CC 2009) et assure les maladies et accidents dus à des entreprises téméraires jusqu'à CHF 500'000.- par année civile (art. 2.14 CC 2009). e. Force est donc de constater l'existence d'un produit aux prestations en grande partie identique, mais présentant des différences de primes importantes avec l'assurance litigieuse. Que l'assurance hospitalisation myFlex Premium ne soit pas un produit équivalent à QUADRA+, comme le fait valoir la défenderesse, n'est en l'occurrence pas pertinent, puisqu'il suffit que le contrat soit "aussi équivalent que possible" (art. 156 al. 1 OS). En outre, l'âge avancé que présentent les assurés dans QUADRA+ et les explications contradictoires alléguées par la défenderesse, reconnaissant toutefois que ce produit n'est plus proposé aux nouveaux assurés, sont des critères propres à admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurance QUADRA+ est un portefeuille fermé au sens de l'art. 156 OS. Compte tenu de ce qui précède, la demanderesse est en droit de demander son transfert dans un produit aussi équivalent que possible, soit en l'occurrence l'assurance hospitalisation myFlex Premium. f. La défenderesse fait valoir que le produit myFlex Premium est proposé uniquement par CSS, soit une entité juridiquement distincte. g. On rappellera qu'aux termes de l'art. 156 al. 1 OS, si une entreprise d'assurance n'inclut plus de contrats d'assurance dans un portefeuille (portefeuille fermé), les preneurs d'assurance de ce portefeuille ont le droit de

conclure, en remplacement du contrat d'assurance en cours, un contrat aussi équivalent que possible intégré dans un portefeuille ouvert de l'entreprise d'assurance ou d'une entreprise d'assurance appartenant au même groupe d'assurance, pour autant que l'entreprise d'assurance ou l'entreprise du groupe exploite un tel portefeuille ouvert (al. 1). L'entreprise d'assurance doit informer sans délai les preneurs d'assurance concernés de l'existence de ce droit, ainsi que des couvertures d'assurance qu'elle offre dans des portefeuilles ouverts (al. 2). h. En l'occurrence, dans la mesure où QUADRA+ est, au degré de la vraisemblance prépondérante, un portefeuille fermé, force est de constater que la défenderesse aurait dû informer sans délai la demanderesse de son droit de conclure un contrat aussi équivalent que possible intégré dans un portefeuille ouvert de l'entreprise d'assurance ou d'une entreprise d'assurance appartenant au même groupe d'assurance. Par ailleurs, le produit myFlex Premium est proposé par CSS, soit une entreprise d'assurance appartenant au même groupe d'assurance que la

A/2752/2013 - 17/19 - défenderesse. De surcroît, celle-ci n'allègue pas qu'un autre produit pour l'hospitalisation à titre privé correspondrait mieux à QUADRA+. 9. Compte tenu de ce qui précède, dans la mesure où la défenderesse n'a pas rempli son obligation d'information à l'égard de la demanderesse, elle sera condamnée à mettre en œuvre le transfert de la demanderesse dans l'assurance hospitalisation myFlex Premium dès le 1er janvier 2012, étant précisé que l'âge et l'état de santé de la demanderesse à la conclusion du contrat en cours sont déterminants pour le passage au nouveau contrat (cf. art. 156 al. 3 OS). La défenderesse sera également condamnée à rembourser à la demanderesse la différence des primes payées en trop à compter du 1er janvier 2012.

### **E. 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. 4**

Pour le surplus, la demande répond aux réquisits légaux de forme (art. 130, 244 CPC). Elle est donc recevable.

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit de la demanderesse à obtenir son transfert au 1er janvier 2012 dans l'assurance complémentaire hospitalisation myFlex Premium et à obtenir le remboursement des primes versées en trop avec un intérêt de 5% à compter du dépôt de la demande. Il s'agit en particulier de déterminer si l'assurance QUADRA+ est un portefeuille fermé.

### **E. 6**

a. Selon l'art. 31 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (loi sur la surveillance des assurances, LSA - RS 961.01), entrée en vigueur le 1er janvier 2006, le Conseil fédéral peut édicter des restrictions à la pratique de certaines branches d'assurance, pour protéger les assurés. L'art. 31 LSA doit être compris en relation avec les art. 1 al. 2 et 46 al. 1 let. f LSA. La première disposition définit la protection des assurés contre les abus comme l'un des buts de la LSA. La seconde norme précise que l'une

des tâches de la surveillance est de protéger les assurés contre les abus commis par des entreprises d'assurance ou des intermédiaires (ATF 136 I 197 consid. 4.1). En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurances privées du

## **E. 9**

novembre 2005 (OS – RS 961.011), également entrée en vigueur le 1er janvier 2006, qui contient des dispositions particulières à certaines branches d'assurance, et notamment l'art. 156 OS. Aux termes de cette disposition, si une entreprise d'assurance n'inclut plus de contrats d'assurance dans un portefeuille (portefeuille fermé), les preneurs d'assurance de ce portefeuille ont le droit de conclure, en remplacement du contrat d'assurance en cours, un contrat aussi équivalent que possible intégré dans un portefeuille ouvert de l'entreprise d'assurance ou d'une entreprise d'assurance appartenant au même groupe d'assurance, pour autant que l'entreprise d'assurance ou l'entreprise du groupe exploite un tel portefeuille ouvert (al. 1). L'entreprise d'assurance doit informer sans délai les preneurs d'assurance concernés de l'existence de ce droit, ainsi que des couvertures d'assurance qu'elle offre dans des portefeuilles ouverts (al. 2). L'âge et l'état de santé du preneur

A/2752/2013 - 11/19 - d'assurance à la conclusion du contrat en cours sont déterminants pour le passage au nouveau contrat (al. 3). b. Le Tribunal fédéral a jugé que l'art. 156 OS ne sort pas du cadre de la délégation de compétence prévue à l'art. 31 LSA, qu'il n'est pas contraire à l'égalité de traitement et ne viole pas la Constitution fédérale (ATF 136 I 197). L'art. 156 OS tend à protéger les preneurs d'assurances complémentaires âgés. Il s'agit d'éviter que ces assurés-là soient poussés à résilier leur assurance complémentaire à cause d'une augmentation massive des primes due au mécanisme du portefeuille fermé. Plus généralement, l'art. 156 OS vise à empêcher que les entreprises d'assurance puissent, par un système de portefeuilles fermés successifs (splitting), acquérir les bons risques, puis se débarrasser ultérieurement de ces assurés lorsque, de par leur âge, ils sont devenus de mauvais risques (ATF 136 I 197 consid. 4.3.1). L'assureur n'est astreint ni à conclure des contrats avec de nouveaux assurés, ni à accorder aux assurés actuels une couverture d'assurance fondamentalement différente. L'art. 156 OS n'impose donc pas de nouvelle relation contractuelle à l'entreprise d'assurance; le cas échéant, il l'oblige uniquement à corriger une détérioration de la situation contractuelle des assurés actuels au niveau des primes, péjoration que l'assureur a lui-même provoquée. Ainsi, l'art. 156 OS tend essentiellement à limiter la possibilité des entreprises d'assurance d'influer sur des relations contractuelles existantes au détriment de leurs assurés par le système du portefeuille fermé; l'obligation de conclure un nouveau contrat similaire au contrat actuel n'en est que le corollaire. En outre, la faculté des entreprises d'assurance de conclure des assurances complémentaires n'est nullement touchée par la disposition critiquée; les assureurs sont uniquement limités dans leur possibilité d'avantager ou de désavantager certaines catégories d'assurés par le biais des portefeuilles fermés (ATF 136 I 197 consid. 4.4.2). Ainsi, le but visé par l'art. 156 OS est de protéger les assurés âgés au bénéfice d'une assurance-maladie complémentaire contre le risque de devoir sortir d'une assurance devenue trop onéreuse. La possibilité doit être offerte à l'assuré de passer d'une assurance dans un portefeuille fermé à une assurance équivalente dans un portefeuille ouvert du même assureur ou du même groupe d'assureurs (ATF 136 I 197 consid. 4.4.4). c. Par arrêt du 18 novembre 2009, confirmé par le Tribunal fédéral, la chambre de céans, après avoir retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le portefeuille d'un assureur était fermé au sens de la loi,

a ordonné le transfert d'une assurée dans un produit aux prestations largement identique avec effet rétroactif au 1er janvier 2008, l'assureur étant par ailleurs condamné au remboursement de la différence des primes payées en trop depuis le 1er janvier 2008 (ATAS/1404/2009 et ATF 136 I 1997). d. Le nombre de nouveaux contrats conclus durant une certaine période pour le portefeuille en question – et l'âge des assurés ainsi que le genre de risques –, constitue l'un des critères retenus par la FINMA pour admettre un portefeuille fermé. On peut également admettre un portefeuille fermé lorsqu'un assureur

A/2752/2013 - 12/19 - propose des produits aux prestations en grande partie identiques mais présentant des différences de primes importantes (Circulaire FINMA, 2008/25, obligation de renseigner – assureurs, p. 4). 7. a. En matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, le juge statue selon les règles de la procédure civile simplifiée et il établit les faits d'office (art. 243 al. 2 let. f, 247 al. 2 let. a CPC). b. 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). c. 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). Selon 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). 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

A/2752/2013 - 13/19 - 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). d. Le Tribunal fédéral a jugé, dans le cadre de l'art. 156 OS, que l'assuré supporte le fardeau de la preuve du fait que le

portefeuille d'assurance auquel il appartient est fermé. Cependant, seul l'assureur dispose des renseignements et documents nécessaires pour juger si l'assurance litigieuse fait partie d'un portefeuille fermé. Lorsque l'autorité cantonale invite formellement l'assureur à fournir ces éléments et que l'assureur n'y donne pas suite, il n'y a aucun arbitraire à apprécier ce refus de collaborer en défaveur de l'assureur et à limiter les exigences de preuve à la vraisemblance prépondérante (ATF 136 I 197 consid. 6.2). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a également jugé que la production par un assureur d'extraits statistiques informatisés à titre de preuve dans le cadre de l'art. 156 OS se justifie dès lors qu'il est requis de sa part qu'il donne le nombre de contrats d'assurance conclus (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_70/2009 du 1er mai 2009). 8. a. En l'occurrence, la demanderesse fait valoir que le contrat d'assurance QUADRA+ dont elle bénéficie constitue un portefeuille fermé. Elle demande son transfert dans l'assurance hospitalisation myFlex Premium avec effet rétroactif au 1er janvier 2012 et le remboursement des primes versées en trop avec un intérêt de 5% à compter du dépôt de sa demande. b. La défenderesse conteste que le produit d'assurance QUADRA+ soit un portefeuille fermé et allègue qu'un certain nombre de polices d'assurance QUADRA+ a été conclu entre 2012 et 2014. c. La chambre de céans relèvera que la défenderesse n'a produit aucune pièce démontrant le nombre de polices d'assurance QUADRA+ conclues qu'elle avance, et ce, malgré la demande de la chambre de céans de produire des extraits statistiques informatisés (courrier du 3 mars 2014). Par conséquent, la chambre de céans statuera en l'état du dossier, selon le degré de la vraisemblance prépondérante. La chambre de céans constate que les explications fournies par la défenderesse ne permettent pas de retenir que l'assurance QUADRA+ est un portefeuille ouvert. La défenderesse a en effet expliqué dans un premier temps que l'assurance QUADRA+ « est une assurance qui n'est plus spontanément proposée aux nouveaux assurés, mais si ceux-ci la veulent, ils peuvent bien évidemment en conclure une » (écriture du 28 août 2013). Ensuite, elle a indiqué que seules les personnes ayant été affiliées à cette assurance par le biais d'un contrat collectif, peuvent, lorsqu'elles quittent leur employeur, bénéficier de cette assurance à titre individuel (écriture du 16 avril 2014). Puis, la défenderesse a allégué que le produit litigieux ne pouvait pas être proposé à Mme C\_\_\_\_\_, employée de la banque, car elle avait fait sa demande après le 31 décembre 2013, soit après la résiliation du contrat collectif (écriture du 10 novembre 2014). La chambre de céans relèvera à cet égard que la demande de ce témoin a pourtant été faite au début de l'année

A/2752/2013 - 14/19 - 2013, puisque la proposition d'assurance myFlex qu'elle a reçue est datée du 5 février 2013 (pièce 16 chargé demanderesse). Enfin, la défenderesse a également allégué que le produit QUADRA+ est uniquement proposé aux entreprises (écriture du 20 juin 2014) raison pour laquelle Mme C\_\_\_\_\_ n'avait pas pu recevoir une proposition concernant ce produit (écriture du 10 novembre 2014). Malgré les explications peu claires et contradictoires apportées par la défenderesse, la chambre de céans retiendra néanmoins que la défenderesse reconnaît que le produit QUADRA+ est une assurance qui "n'est plus proposée aux nouveaux assurés" et que ceux-ci ne peuvent pas s'affilier individuellement à cette assurance ce que les témoignages écrits apportés par Mmes C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ viennent d'ailleurs corroborer. d. La défenderesse fait valoir que le produit QUADRA+ est proposé aux entreprises dans le cadre de contrats collectifs et que le nombre de contrats d'affiliation à cette assurance indiqué dans son courrier du 20 mars 2014 doit être interprété dans ce contexte (écriture du 16 avril 2014). La question de savoir si l'affiliation à QUADRA+ par le biais de contrats collectifs permettrait de retenir que ce portefeuille n'est

pas fermé au sens de l'art. 156 OS, peut, en l'état, rester ouverte pour les motifs qui suivent. On rappellera que les chiffres allégués par la défenderesse n'ont pas été établis par des pièces justificatives, malgré la demande de la chambre de céans. Par ailleurs, quand bien même des polices d'assurance QUADRA+ auraient encore été conclues à compter de 2012, force est de constater que ce portefeuille a subi une baisse considérable du nombre de ses assurés depuis lors : - 40.6% entre le 1er janvier 2011 et le 1er janvier 2014. Qui plus est, selon les informations fournies par la défenderesse, l'âge moyen des assurés encore affiliés à ce portefeuille, supérieur à 50 ans, augmente chaque année depuis 2012. Partant, ce ne sont pas des assurés jeunes et en bonne santé qui sont venus, le cas échéant, compléter le portefeuille QUADRA+ depuis 2012. A ces éléments s'ajoute l'existence d'une assurance aux prestations en grande partie identique avec le produit QUADRA+. En effet, en comparant les CSA 2001 de l'assurance QUADRA+ et les CC 2009 de l'assurance hospitalisation myFlex Premium variante 2, la chambre de céans constate que les prestations proposées par ces deux produits sont en grande partie identiques, avec toutefois des différences significatives concernant certains montants pris en charge - myFlex Premium étant souvent plus favorable aux assurés - alors que les primes pour ce produit sont nettement plus basses que celles de QUADRA+ privé : ainsi, pour une assurée née en 1963, la prime s'élevait en 2012 à CHF 415.30 selon QUADRA+ (police d'assurance de la demanderesse du 25 septembre 2011, sans déduction d'un rabais; pièce 4 chargé demanderesse) et à CHF 231.30 selon l'hospitalisation myFlex Premium variante 2 (écriture de CSS du 20 mars 2014).

A/2752/2013 - 15/19 - Les quelques différences entre les deux produits concernent notamment les dispositions suivantes : - myFlex Premium prévoit qu'avant de commencer un traitement stationnaire, l'assuré peut choisir dans quelle division il entend se faire soigner et paie pour cela, en fonction de la division choisie, la participation aux coûts annuelle mentionnée dans la police (art. 2.2 CC 2009); - myFlex Premium prévoit une prise en charge de toutes les prestations pour les examens diagnostiques et les traitements médicaux à l'étranger (art. 2.1 CC 2009). Selon QUADRA+, en cas de traitement d'urgence à l'étranger, la défenderesse prend en charge, en complément aux prestations de la LAMal, le solde des frais de traitement en ambulatoire et hospitalier. En cas d'hospitalisation d'urgence, la garantie est allouée pour une durée maximale de 60 jours par cas (art. 14 CSA 2001); - pour les traitements planifiés à l'étranger, myFlex Premium paie CHF 500'000.- au maximum par année civile (art. 2.1 CC 2009); QUADRA+ prend en charge CHF 1'000.- par jour pendant une durée maximale de 30 jours par année civile (art. 5 CSA 2001); - myFlex Premium prévoit la prise en charge de cures balnéaires et de cures de convalescence combinées au maximum CHF 160.- par jour jusqu'à maximum CHF 4'000.- par année civile (art. 2.8 CC 2009); QUADRA+ prévoit la prise en charge de cures de convalescence en Suisse jusqu'à CHF 60.- par jour pendant 28 jours maximum par année civile et des cures balnéaires jusqu'à CHF 60.- par jour pendant minimum 14 jours (art. 10 et 11 CSA 2001); - myFlex Premium prévoit la prise en charge des coûts de séjour et du premier examen du nouveau-né en bonne santé pendant 60 jours à partir de la naissance et tous les frais en cas de nouvelle hospitalisation de la mère dans les

## **E. 10**

a. Enfin, la demanderesse conclut au versement d'un intérêt moratoire de 5% à compter du dépôt de la demande, soit le 28 août 2013. b. La LCA ne contient pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO.

Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). 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 (ATF 103 II 102 consid. 1a). Une interpellation est une déclaration, expresse ou par acte concludant, adressée par le créancier au débiteur par laquelle le premier fait comprendre au second qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Luc THEVENOZ, Commentaire romand, Code des obligations I, 2ème éd. 2012, n. 17 ad art. 102). A défaut d'une telle interpellation, l'intérêt moratoire n'est dû, en cas d'ouverture d'une action en justice, que dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1). c. En l'espèce, à défaut d'une interpellation, il y a lieu de relever que la demande en paiement a été transmise à la défenderesse le 30 août 2013, de sorte que l'on peut admettre que cette dernière l'a reçue le lendemain. Les intérêts moratoires, de 5%, courent ainsi dès le 31 août 2013 et non dès le 28 août 2013 comme l'a conclu la demanderesse.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise. La défenderesse sera condamnée à mettre en œuvre le transfert de la demanderesse dans l'assurance hospitalisation myFlex Premium avec effet rétroactif au 1er janvier 2012 et à lui rembourser la différence des primes payées en trop à partir du 1er janvier 2012, avec un intérêt moratoire de 5% à compter du 31 août 2013.

#### **E. 12**

Bien qu'obtenant partiellement gain de cause, la demanderesse n'a pas droit à l'octroi de dépens, en l'absence de conclusion allant dans ce sens (art. 105 CPC; ATF 139 III 334 consid. 4.3).

A/2752/2013 - 18/19 -

#### **E. 13**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/2752/2013 - 19/19 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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