

GE_GERICHTE ATAS/898/2015 vom 23. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_898_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/898/2015 du 23 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/898/2015 del 23 novembre 2015

Erwägungen

E. 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 – RS/GE 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 loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du

E. 2

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il

A/1046/2015 - 7/19 - 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'espèce, l'art. 90 des conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA de la défenderesse (CGA, version 2006) prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile suisse ou dans la principauté du Liechtenstein. La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 3

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. En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance. Partant, en tant que bénéficiaire de la couverture d'assurance souscrite par son employeur, la demanderesse est fondée à agir à l'encontre de la défenderesse. Sa demande a en outre été déposée dans le délai de deux ans susmentionné. Sa demande, qui répond aux réquisits de forme (art. 130 et 244 CPC), est donc recevable.

E. 4

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 (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 5

Le présent litige porte sur le droit de la demanderesse à des indemnités journalières à 100% du 1er décembre 2013 au 30 septembre 2014.

E. 6

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

A/1046/2015 - 8/19 - 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

E. 10

Il sied donc de déterminer en premier lieu le moment de la fin de couverture d'assurance.

E. 11

Dans le domaine de l'assurance couvrant le risque de la perte de gain en raison de la maladie, les parties peuvent librement choisir, soit de conclure une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal, soit de conclure une assurance d'indemnités journalières soumise à la LCA (arrêt du Tribunal fédéral 5C.41/2001 du 3 juillet 2001 consid. 2b/bb). Il convient de rappeler que lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67ss LAMal prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si

A/1046/2015 - 11/19 - et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours (ATF 125 V 106 consid. 3). Il en va différemment dans l'assurance privée selon la LCA, dans laquelle le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement,

aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3).

E. 12

En l'occurrence, la police d'assurance perte de gain maladie prévoit une indemnité journalière en cas de maladie couvrant 80% du salaire assuré, durant 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs, sous imputation d'un délai d'attente de trois jours par cas. Cette police se réfère aux CGA et aux conditions particulières d'assurance pour la restauration et l'hôtellerie (édition 2006). Aux termes de l'art. 21 CGA, l'indemnité journalière est versée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée de paiement des prestations. Sauf arrangements contractuels contraires, le droit aux indemnités s'éteint avec l'écoulement de la durée maximum de versement des prestations dans un cas de maladie, qu'il s'agisse des cas de maladies déjà survenus, ou de ceux qui surviendraient au futur. À teneur de l'art. 25 CGA, après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui incombe à l'assureur de verser des prestations s'éteint. L'art. 42 CGA précise que la couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré, lors de son départ de l'entreprise assurée ; à l'extinction du contrat ; lorsqu'il atteint l'âge de 70 ans ; en cas de séjour hors de Suisse et de la principauté du Liechtenstein, après 24 mois ; à l'épuisement du droit aux prestations. On soulignera que selon le Tribunal fédéral, une telle disposition est généralement valable et n'est pas une clause insolite (arrêt du Tribunal fédéral 4A_120/2008 du 19 mai 2008 consid. 2.2). La chambre de céans a au demeurant déjà admis qu'aux termes des CGA de la défenderesse, l'assuré qui ne fait plus partie du cercle des bénéficiaires et n'a pas sollicité son passage dans l'assurance individuelle ne peut pas prétendre aux indemnités journalières en cas de maladie (ATAS/1203/2011 du 6 décembre 2011 consid. 4 ; ATAS 422/2013 du 25 avril 2013 consid. 7).

A/1046/2015 - 12/19 -

E. 13

a. Il n'est plus contesté que le licenciement prononcé le 29 juillet 2013 est intervenu en temps inopportun, étant rappelé que la demanderesse était en incapacité totale de travail pour cause de maladie du 6 au 24 juin 2013 et dès le 26 juillet 2013, et que l'employeur devait le renouveler après la fin de la période de protection en respectant l'échéance stipulée dans le contrat. Bien que l'attention de l'employeur ait été clairement attirée sur ce point par la demanderesse (cf. courriers des 3 octobre 2013 et 1er avril 2014), il n'a pas renouvelé le congé à l'échéance de la période de protection. Au contraire, il lui a demandé quelles étaient ses intentions concernant une éventuelle reprise de travail (cf. courrier du 17 avril 2014), ce à quoi la demanderesse lui a répondu être toujours en incapacité de travail (cf. courrier du 7 mai 2014). Le 12 mai 2014, l'employeur lui a indiqué qu'il considérait qu'elle ne faisait plus partie de son personnel et qu'elle était libre de tout engagement puisqu'elle n'avait pas répondu à son précédent courrier. Il a donc clairement manifesté sa volonté de mettre fin

aux rapports de travail. Cependant, il devait respecter le délai de congé d'un mois (art. 4 du contrat de travail et 6 de la Convention collective nationale de travail pour les hôtels, restaurants et cafés [ci-après CCNT, version 2012]). En effet, compte tenu de leur échange préalable de correspondances, l'employeur ne pouvait en aucun cas estimer que son employée était en demeure ou manquait à ses devoirs, étant rappelé que la demanderesse lui a régulièrement fait parvenir ses certificats médicaux (confirmations de quittance d'envoi recommandé des 15 mai, 18 juillet et 12 août 2014). Par conséquent, il y a lieu d'appliquer le délai et le terme corrects, soit un délai de congé d'un mois pour la fin d'un mois, et de fixer la fin des rapports de travail au 30 juin 2014. b. La chambre de céans observera encore que la demanderesse n'a pas fait valoir son droit de passage dans l'assurance individuelle dans les 90 jours suivant l'extinction du contrat. Le devoir d'information de l'assureur est réglé à l'art. 3 LCA. Selon le troisième alinéa de cette disposition, lorsque le contrat d'assurance est un contrat collectif conférant un droit direct aux prestations à des personnes autres que le preneur d'assurance, celui-ci est tenu de renseigner ces personnes sur les principaux éléments, les modifications et la dissolution du contrat. L'assureur met à la disposition du preneur d'assurance tous les documents nécessaires à cette fin. L'art. 331 al. 4 CO précise que l'employeur donne au travailleur les renseignements nécessaires sur ses droits envers une institution de prévoyance professionnelle ou en faveur du personnel ou envers un assureur. Si l'employeur enfreint cette obligation, il est tenu de réparer le dommage en découlant (à titre d'exemple, cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_186/2010 du 3 juin 2010). Les CGA ne dérogent pas à la loi sur ce point puisque l'art. 44 impose au preneur d'assurance d'informer les assurés des possibilités de transfert.

A/1046/2015 - 13/19 - Il découle de ce qui précède que c'était à l'employeur qu'incombait l'obligation d'informer la demanderesse de la fin de la couverture d'assurance et de la possibilité de solliciter son transfert et non à la défenderesse, laquelle n'avait pas de devoir d'information à l'égard de la demanderesse. Cette dernière ne prétend au demeurant pas qu'elle aurait demandé à être renseignée par l'assureur. c. Partant, la couverture d'assurance de la demanderesse a pris fin au 30 juin 2014 au plus tard, compte tenu de la résiliation des rapports de travail et de l'absence de transfert dans l'assurance-individuelle.

E. 14

Il s'agit donc d'examiner à présent si la défenderesse était fondée à mettre un terme à ses prestations avant cette date, eu égard à l'obligation de la demanderesse de diminuer le dommage.

E. 15

a. Aux termes de l'art. 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il y a péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation de manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). Selon la jurisprudence constante, bien que l'art. 61 LCA figure parmi les dispositions spéciales relatives à l'assurance contre les dommages, il exprime un principe général du droit des assurances, qui s'applique également à l'assurance des personnes et aux assurances de sommes, notamment à l'assurance d'indemnités journalières (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_304/2012 du 14 novembre 2012 consid. 2.2). L'obligation de réduire le dommage découlant de l'art. 61 LCA peut impliquer, dans le domaine de

l'assurance des indemnités journalières, l'obligation pour l'assuré de changer d'activité professionnelle, si cela peut raisonnablement être exigé de lui. L'assureur qui entend faire application de l'art. 61 al. 2 LCA doit inviter l'assuré à changer d'activité et lui impartir pour cela un délai d'adaptation approprié pour s'accommoder aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi : en règle générale, un délai de trois à cinq mois doit être considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 et les références). Le Tribunal fédéral a encore précisé que l'art. 61 al. 2 LCA ne permet pas à l'assureur de réduire ses prestations dans la perspective d'un changement d'activité purement théorique, qui n'est concrètement pas réalisable. Il y a lieu de procéder à une analyse concrète de la situation et se demander, en fonction de l'âge de l'assuré et de l'état du marché du travail, quelles sont ses chances réelles de trouver un emploi qui tient compte de ses limitations fonctionnelles. Il faut également examiner en fonction de la formation, de l'expérience et de l'âge de l'assuré, si un tel changement d'activité peut réellement être exigé de lui. La réduction de l'indemnité est en outre exclue s'il n'est en réalité pas possible de réduire le dommage par un changement d'activité professionnelle, une personne raisonnable - non couverte par une assurance - placée

A/1046/2015 - 14/19 - dans la même situation n'envisageant à l'évidence pas de changer d'activité dans ces conditions. Il faut que cette nouvelle activité permette effectivement à l'assuré de réaliser un revenu supérieur à celui qu'il peut encore obtenir en conservant son emploi. Une réduction de l'indemnité journalière au sens de l'art. 61 al. 2 LCA ne peut donc être admise lorsqu'elle se fonde exclusivement sur les conclusions d'une analyse médico-théorique (arrêt du Tribunal fédéral 4A_529/2012 du 31 janvier 2013 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_304/2012 du 14 novembre 2012 consid. 2.4). Le Tribunal fédéral a par ailleurs rappelé qu'il incombe à l'assureur, qui n'entend pas indemniser la totalité du dommage subi par l'assuré, de prouver que celui-ci a violé son devoir de réduire le dommage, conformément à l'art. 8 CC. Il appartient ainsi à l'assureur de démontrer que les mesures tendant à diminuer le dommage, qui n'ont pas été prises par l'assuré, pouvaient raisonnablement être exigées de celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 4A_304/2012 du 14 novembre 2012 consid. 2.3). Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, applicable par analogie en matière d'assurance d'indemnités journalières (arrêt du Tribunal fédéral 4A_111/2010 du 12 juillet 2010 consid. 3.1), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle capacité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. b. Selon l'art. 12 CGA, en cas d'incapacité de travail complète médicalement attestée, l'assureur verse l'indemnité journalière convenue dans le contrat. L'art. 16 CGA précise qu'on entend par incapacité de travail l'inaptitude partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail que l'on peut raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. Au bout de trois mois d'incapacité de travailler, l'exercice d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est envisagé, dans les limites de ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui. Conformément à l'art. 57 CGA, l'assuré incapable de travailler dans la profession qu'il exerçait jusque-là et qui ne peut pas être réinséré dans l'entreprise est tenu

de rechercher dans les trois mois un travail dans un autre domaine d'activité et de s'annoncer à l'assurance invalidité ainsi qu'à l'assurance chômage. L'art. 58 CGA précise que si la capacité de travail restante de l'assuré n'est pas exploitée, il sera tenu compte de l'obligation qui lui est faite de réduire l'étendue du dommage dans le calcul de son indemnité journalière.

A/1046/2015 - 15/19 - En outre, l'art. 59 CGA mentionne qu'à défaut d'annonce à l'assurance invalidité et à l'assurance chômage, l'assureur est autorisé à suspendre le versement des indemnités journalières. Les éventuelles allocations versées seront calculées en tenant compte des prestations qui auraient été accordées selon toute probabilité par ces assurances.

E. 16

En l'espèce, la défenderesse se réfère au rapport du Dr E_____ du

E. 18

Il convient également de se prononcer sur la valeur probante du rapport de la Dresse D_____ (reçu le 3 décembre 2013 par le service médical de la défenderesse), laquelle a signalé une aggravation de l'état dépressif suite à la réception des conclusions du rapport du Dr E_____. Depuis lors, la demanderesse pleurait tout le temps, était anxieuse, se dévalorisait et souffrait d'insomnie. Elle

A/1046/2015 - 16/19 - était terrorisée à l'idée de rencontrer à nouveau son employeur et une reprise de travail n'était pas possible pour l'instant. La chambre de céans constate que ce document ne contient pas d'anamnèse détaillée et ne mentionne pas les diagnostics retenus. De plus, le médecin traitant ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail dans un autre emploi. Partant, faute de rapport médical probant à cet égard, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer si, et cas échéant à partir de quand, la demanderesse a présenté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 19

Cela étant, cette question peut en l'état rester ouverte. En effet, il est rappelé que conformément à la jurisprudence précitée, l'assureur qui entend faire application de l'art. 61 al. 2 LCA doit inviter l'assuré à changer d'activité et lui impartir pour cela un délai d'adaptation approprié pour s'accommoder aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi : en règle générale, un délai de trois à cinq mois doit être considéré comme adéquat. Puisque, on l'a vu, l'art. 61 LCA est relativement impératif, l'art. 57 CGA est susceptible d'entrer en conflit avec cette disposition légale en tant qu'il limite à trois mois le délai pour « rechercher [...] un travail dans un autre domaine d'activité », s'annoncer à l'assurance-invalidité ainsi qu'à l'assurance-chômage. Par ailleurs, l'art. 57 CGA ne fixe pas le dies a quo du délai de trois mois. En l'occurrence, la défenderesse a oralement informé la demanderesse le 14 novembre 2013 qu'elle mettrait fin à ses prestations au 30 novembre 2013. Cet entretien téléphonique ne saurait être considéré formellement comme une invitation à entreprendre des démarches auprès de l'assurance-chômage, étant rappelé que l'art. 21 al. 4 LPG prévoit une mise en demeure écrite. En ce qui concerne le courrier du 15 novembre 2013, par lequel la défenderesse a indiqué à la demanderesse qu'elle estimait que sa capacité de travail était entière et l'a invitée à entreprendre les démarches nécessaires auprès de l'assurance-chômage, il apparaît quelque peu confus dans la mesure où la défenderesse se réfère, d'une part, aux conclusions du Dr E_____ et, d'autre part, à la

résiliation du contrat de travail. Cela étant, cette missive ne constitue à l'évidence pas une mise en demeure puisqu'aucun délai convenable n'a été imparti à la demanderesse et que cette dernière n'a pas été prévenue des conséquences juridiques d'un défaut d'inscription. Il en va de même des courriers subséquents, lesquels comportent de surcroît des informations inexacts puisque le courrier du 13 février 2014 mentionne que le congé est devenu effectif au 30 septembre 2013 et celui du 6 mars 2014 fait état d'une fin des rapports de travail au 30 novembre 2013, quand bien même l'employeur n'avait pas renouvelé le congé. La chambre de céans rappellera encore que la défenderesse, dans sa lettre du 6 mars 2014, a expressément déclaré à la demanderesse avoir mis fin à ses prestations en raison de la fin des rapports de travail, sans référence aucune à l'obligation de réduire le dommage. Par la suite, elle a fait valoir que la demanderesse aurait pu émarger à

A/1046/2015 - 17/19 - l'assurance-chômage (courrier du 15 avril 2014), sans pour autant la rendre attentive à son obligation de diminuer le dommage ni l'avertir des conséquences d'un défaut d'inscription. Dans ces conditions, force est de conclure que la défenderesse a omis de mettre formellement en demeure la demanderesse de diminuer le dommage, au besoin en changeant d'activité professionnelle ou en requérant des prestations de l'assurance- chômage. Elle ne lui a pas plus accordé un délai adéquat pour ce faire. Elle ne pouvait donc pas interrompre le versement de l'indemnité journalière au 30 novembre 2013.

E. 20

La demande est ainsi partiellement admise, en ce sens que la défenderesse devra verser à la demanderesse des indemnités journalières à 100% du 1er décembre 2013 au 30 juin 2014, date à laquelle les rapports de travail ont pris fin.

E. 21

En ce qui concerne le montant de l'indemnité journalière, la chambre de céans constate que, contrairement à ce que soutient la demanderesse, son contrat de travail fait état d'un revenu mensuel brut de CHF 3'400.-, sans mentionner de 13ème salaire. Rien ne permet donc de s'écarter du montant de l'indemnité journalière fixée par la défenderesse à CHF 89.40 (3'400.- x 12 / 365 x 80%). Cette dernière sera ainsi condamnée à verser à la demanderesse la somme de CHF 18'952.80 (CHF 89.40 x 212 jours).

E. 22

Enfin, en ce qui concerne les intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que 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. Ce délai n'a plus de raison d'être dès le moment où l'assureur conteste à tort son obligation. La prestation devient alors immédiatement exigible. L'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la créance. Aucun intérêt moratoire n'est dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure (Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). L'intérêt moratoire est fixé à 5% conformément aux art. 102 et 104 CO applicables par renvoi de l'art. 100 LCA. Conformément à l'art. 102 al. 1 CO, le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier. L'interpellation doit décrire la prestation à effectuer de manière suffisamment précise pour que le débiteur puisse reconnaître ce que le créancier exige. Si la prestation est pécuniaire, le montant doit en principe être chiffré (ATF 129 III 535). L'intérêt moratoire n'est dû que depuis le début de la demeure, c'est-à-dire le jour suivant la réception de l'interpellation du

débiteur - cas échéant le lendemain de la notification au débiteur de la demande en justice ou du commandement de payer (Luc THEVENOZ, in Commentaire romand, Code des obligations I, ad art. 104 CO, n. 9, p. 621).

A/1046/2015 - 18/19 -

E. 23

En l'occurrence, par courrier du 1er avril 2014, la défenderesse a formellement mis la demanderesse en demeure de verser les indemnités journalières. Certes, le montant n'a pas été chiffré, mais la prestation exigée, soit la poursuite du versement des indemnités journalières, est suffisamment précise. En partant du principe que ce courrier a été reçu le lendemain, les intérêts moratoires sont dus dès le 3 avril 2014. Étant donné toutefois que la demanderesse ne réclame le versement desdits intérêts qu'à compter du 1er mai 2014 au plus tôt et que la chambre de céans ne saurait statuer ultra petita, les intérêts moratoires de 5% sur la somme de CHF 18'952.80 ne seront dus qu'à partir du 1er mai 2014.

E. 24

Par conséquent, la défenderesse sera condamnée à payer à la demanderesse la somme de CHF 18'952.80 avec intérêts moratoires à 5% l'an à compter du 1er mai 2014.

E. 25

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

A/1046/2015 - 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.