

GE_GERICHTE A/1713/2012 vom 25. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1713_2012

FR: GE_GERICHTE A/1713/2012 du 25 avril 2013

IT: GE_GERICHTE A/1713/2012 del 25 aprile 2013

Regeste

; ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ; ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ; ASSURANCE COLLECTIVE ; LOI FÉDÉRALE SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE ; SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE ; FIN; RAPPORTS DE SERVICE ; ASSURANCE INDIVIDUELLE ; OBLIGATION DE RENSEIGNER ; RESPONSABILITÉ DE DROIT PRIVÉ ; COMPÉTENCE RATIONE MATERIAE ; ABUS DE DROIT ; PRESCRIPTION | Dans le cadre d'une demande en paiement d'indemnités journalières (assurance collective selon la LCA), la Chambre des assurances sociales n'a pas la compétence (art. 7 CPC a contrario) pour trancher les prétentions accessoires en réparation du dommage pour violation du devoir d'information par l'employeur puisqu'une telle demande est fondée sur la responsabilité civile de l'art. 331 al. 4 CO et non sur le droit des assurances privées et qu'il s'agit donc d'un litige sans lien avec l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie. La Cour a jugé que l'assurance - qui se prévalait, dans une demande reconventionnelle, de l'extinction de la couverture d'assurance et réclamait le remboursement des prestations versées à tort - ne commettait en l'occurrence pas d'abus de droit. | LCA 3; CPC 7; CC 2; CO 100

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.04.2013 A/1713/2012

; ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ; ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ; ASSURANCE COLLECTIVE ; LOI FÉDÉRALE SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE ; SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE ; FIN; RAPPORTS DE SERVICE ; ASSURANCE INDIVIDUELLE ; OBLIGATION DE RENSEIGNER ; RESPONSABILITÉ DE DROIT PRIVÉ ; COMPÉTENCE RATIONE MATERIAE ; ABUS DE DROIT ; PRESCRIPTION | Dans le cadre d'une demande en paiement d'indemnités journalières (assurance collective selon la LCA), la Chambre des assurances sociales n'a pas la compétence (art. 7 CPC a contrario) pour trancher les prétentions accessoires en réparation du dommage pour violation du devoir d'information par l'employeur puisqu'une telle demande est fondée sur la responsabilité civile de l'art. 331 al. 4 CO et non sur le droit des assurances privées et qu'il s'agit donc d'un litige sans lien avec l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie. La Cour a jugé que l'assurance - qui se prévalait, dans une demande reconventionnelle, de l'extinction de la couverture d'assurance et réclamait le remboursement des prestations versées à tort - ne commettait en l'occurrence pas d'abus de droit. | LCA 3; CPC 7; CC 2; CO 100

A/1713/2012 ATAS/422/2013 (3) du 25.04.2013 (LCA) , REJETE Descripteurs : ; ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ; ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ; ASSURANCE COLLECTIVE ; LOI FÉDÉRALE SUR LE CONTRAT

D'ASSURANCE ; SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE ; FIN;
RAPPORTS DE SERVICE ; ASSURANCE INDIVIDUELLE ; OBLIGATION DE
RENSEIGNER ; RESPONSABILITÉ DE DROIT PRIVÉ ; COMPÉTENCE RATIONE
MATERIAE ; ABUS DE DROIT ; PRESCRIPTION Normes : LCA 3; CPC 7; CC 2; CO
100 Résumé : Dans le cadre d'une demande en paiement d'indemnités journalières
(assurance collective selon la LCA), la Chambre des assurances sociales n'a pas la
compétence (art. 7 CPC a contrario) pour trancher les prétentions accessoires en réparation
du dommage pour violation du devoir d'information par l'employeur puisqu'une telle
demande est fondée sur la responsabilité civile de l'art. 331 al. 4 CO et non sur le droit des
assurances privées et qu'il s'agit donc d'un litige sans lien avec l'assurance complémentaire à
l'assurance-maladie. La Cour a jugé que l'assurance - qui se prévalait, dans une demande
reconventionnelle, de l'extinction de la couverture d'assurance et réclamait le
remboursement des prestations versées à tort - ne commettait en l'occurrence pas d'abus de
droit. En fait

EN DROIT RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR
JUDICIAIRE A/1713/2012 ATAS/422/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances
sociales Arrêt du 25 avril 2013 En la cause Monsieur C_____, domicilié à Lugrin,
FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André
SCHNEIDER demandeur et défendeur reconventionnel contre SWICA
ASSURANCE-MALADIE SA, sise boulevard de Grancy 39, LAUSANNE défenderesse et
demanderesse reconventionnelle EN FAIT 1. Monsieur C_____ (ci-après
l'assuré), né en 1947, a travaillé en tant que tôleier-isoleur dès 1983 pour le compte de
X_____ SA. Son revenu mensuel était de 8'720 fr., versé 13 fois par an. A ce titre,
l'assuré bénéficiait d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie conclue par
son employeur avec SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après l'assurance). 2.
Le Dr L_____, médecin traitant de l'assuré, a attesté d'une totale incapacité de travail
du 7 janvier jusqu'au 31 mars 2010. 3. Le Dr M_____, spécialiste en chirurgie
orthopédique, a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 16 mai 2010 - en raison d'un traumatisme
à l'épaule droite -, puis jusqu'au 10 novembre 2010 - en raison d'une impotence
fonctionnelle de l'épaule droite (cf. certificats des 1 er avril, 10 mai, 19 juillet et 13
septembre 2010). 4. A la demande de l'assurance, le Dr N_____, spécialiste FMH
en rhumatologie, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 2 juin 2010, le médecin a relevé
que l'intéressé avait été licencié sans motif particulier en janvier 2010 et que l'état dépressif
consécutif à cette situation avait réduit sa capacité de travail à néant depuis le 7 janvier
2010. L'expert a relaté que l'assuré se plaignait d'une altération douloureuse de la mobilité
de l'épaule droite depuis 5 à 6 ans, les douleurs étant aggravées par les travaux de force, le
port de charges et les mouvements répétitifs. Dans un premier temps, ces douleurs ne
l'avaient pas empêché de poursuivre son activité professionnelle mais les symptômes
s'étaient intensifiés en janvier 2010. La médication et la physiothérapie avaient cependant
permis d'améliorer progressivement la situation. L'éventualité d'une intervention
chirurgicale avait été écartée. Les douleurs ne se manifestaient pas au repos mais lors de
certains mouvements (habillage, déshabillage et port de charges, par exemple). L'assuré ne
pouvait pas non plus se coucher sur le côté droit et rapportait une diminution de force et une
fatigabilité du membre supérieur droit. Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré, l'expert a
résumé son dossier médical : des examens radiologiques réalisés en janvier 2010 mettaient
en évidence un remaniement scléro-géodique du trochiter et de l'acromion ainsi qu'une
arthrose acromio-claviculaire et une petite omarthrose ; une imagerie par résonance
magnétique (IRM) pratiquée le 12 février 2010 révélait une rupture transfixiante complète

des tendons sous et sus-épineux avec rétraction des moignons tendineux, une amyotrophie des corps musculaires des sous et sus-épineux et un remaniement dégénératif de l'acromio-claviculaire avec de discrets signes inflammatoires des berges de l'articulation. A l'issue d'un examen clinique complet, le Dr N_____ a retenu les diagnostics d'omalgies droites chroniques et de status après rupture des tendons des sus et sous-épineux de l'épaule droite et omarthrose. Les documents d'imagerie montraient une altération douloureuse de l'épaule droite dans un contexte bien réel de trouble dégénératif et d'atteinte de la coiffe des rotateurs. L'expert préconisait la poursuite des mesures conservatrices qui amélioreraient lentement les symptômes et permettaient déjà de préjuger d'une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} septembre 2010 dans l'activité de tôlier-isoleur, étant précisé que, vu l'importance de l'atteinte, la capacité de travail ne pourrait être augmentée dans ce domaine. La capacité de travail était en revanche entière - et ce, dès le jour de l'expertise - s'agissant d'une activité légère excluant les travaux de force et les mouvements répétitifs impliquant le membre supérieur droit. 5. Le 1^{er} juillet 2010, un inspecteur de l'assurance s'est entretenu avec l'assuré. Ce dernier a déclaré que son moral allait nettement mieux et qu'il avait "digéré son licenciement". Il continuait les traitements pour son épaule et poursuivait ses recherches d'emploi dès la fin du mois d'août. L'assuré a rapporté que l'expert lui avait expliqué qu'il admettrait une aptitude de 50% après l'été. L'inspecteur a pour sa part indiqué que l'assurance retenait une capacité de travail entière après 30 jours d'aptitude à 50%. 6. Par courrier du même jour, l'assurance a informé l'assuré qu'elle considérait, conformément aux conclusions du Dr N_____, qu'il avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} septembre 2010 et de 100% dès le 1^{er} octobre 2010 ; dès lors, sa participation financière prendrait fin le 30 septembre 2010. 7. Dans un rapport du 16 septembre 2010, le Dr M_____ a indiqué que l'épaule droite de l'assuré s'était stabilisée. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale, vu la destruction massive de la coiffe des rotateurs. L'assuré avait « hyper sollicité » son épaule gauche et une arthro-IRM confirmait une rupture importante sans rétraction avec un tendon de bonne qualité. Il y avait lieu d'entamer un travail de rééducation, voire de réparation de la coiffe des rotateurs. L'arrêt de travail se poursuivait. 8. Le 20 septembre 2010, l'employeur de l'assuré a informé ce dernier et l'assurance que la résiliation des rapports de travail était reportée au 31 juillet 2010 en raison de la maladie de l'intéressé. 9. Il ressort du décompte de prestations établi par l'assurance le 4 octobre 2010 qu'elle a versé 7'453 fr. 50 de prestations du 1^{er} au 30 septembre 2010, ce qui correspond à 30 indemnités journalières pleines (248 fr. 45) calculées sur un gain assuré de 113'358 fr. 05. 10. Le 7 octobre 2010, le Dr O_____, médecin-conseil de l'assurance, a émis l'avis que la capacité à exercer une activité adaptée avait été pleinement recouvrée le 1^{er} octobre 2010, date à compter de laquelle l'assuré pouvait rechercher un travail tout en suivant son traitement de physiothérapie. 11. Par courrier du 19 octobre 2010, l'assurance a informé l'assuré qu'elle maintenait les termes de son courrier du 1^{er} juillet 2010. 12. Le 26 octobre 2010, l'assurance a adressé à son assuré un autre courrier dans lequel elle a soutenu l'avoir informé de son obligation d'entreprendre une reconversion professionnelle. Elle a relevé avoir en effet adressé au Dr M_____ une copie du rapport du Dr N_____, dont il ressortait que l'assuré était apte à exercer une autre profession. Dès lors, elle considérait avoir à bon droit mis un terme à ses prestations le 30 septembre 2010. Elle ajoutait que la diminution de salaire entre une nouvelle activité exercée à 100% et l'ancienne représentait une perte de gain inférieure à 25% n'ouvrant pas droit à des prestations. 13. Le 27 octobre 2010, l'assurance a rectifié son décompte pour la période du 1^{er} au 30 septembre 2010 en

tenant compte d'une capacité de travail de 50% et a reconnu à l'assuré le droit à 30 indemnités de 124 fr. 25, soit 3'727 fr. 50. 14. Dans un certificat du 10 novembre 2010, le Dr M_____ a attesté d'une totale incapacité de travail jusqu'au 10 janvier 2011, justifiée par l'impotence fonctionnelle des deux épaules. L'arrêt de travail a régulièrement été prolongé par la suite. 15. Le 16 décembre 2010, le Dr M_____ a reproché au médecin-conseil de l'assurance de n'avoir pas pris en considération la problématique de l'épaule gauche et a demandé une réévaluation de la capacité de travail de son patient. 16. Le 15 février 2011, le Dr N_____ a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré. Il a complété l'anamnèse déjà réalisée en juin 2010 et résumé les nouveaux documents médicaux. Selon l'assuré, les symptômes à l'épaule droite s'étaient quelque peu amendés dans les mois suivant la première expertise, principalement s'agissant de la mobilité. Au repos et sans activité professionnelle, il ne pouvait toutefois juger de la persistance des symptômes dans le travail. Il bénéficiait désormais d'une prise en charge du côté gauche amenant une amélioration progressive. Il n'avait pas de douleurs spontanées à droite mais des douleurs exacerbées lors de l'élévation du bras au-dessus de l'horizontale et lors de certains mouvements du quotidien, par exemple pour servir un verre à table. Les symptômes à gauche étaient similaires, mais de moindre intensité, avec une meilleure mobilité qu'à droite. Après un nouvel examen clinique, le Dr N_____ a retenu les diagnostics d'omalgies droites chroniques et de status après rupture des tendons des sus et sous-épineux de l'épaule droite et omarthrose, et de status après rupture des tendons des sus et sous épineux et désinsertion du tendon sous-scapulaire de l'épaule gauche. Hormis la diminution de l'amplitude articulaire constatée à l'épaule gauche, l'examen clinique était superposable à celui réalisé en juin 2010. L'expert a estimé que les limitations fonctionnelles ne modifiaient pas son appréciation de la capacité de travail (soit 50% comme tôlier-isoleur dès le 1^{er} septembre 2010 et 100% dans une activité adaptée). En effet, l'altération douloureuse de la mobilité de l'épaule gauche n'avait qu'une incidence modeste dans l'appréciation de la capacité de travail. 17. Par courrier du 9 mars 2011, l'assurance, se référant à ces conclusions, a informé l'assuré qu'elle estimait qu'il avait recouvré dès le 1^{er} septembre 2010 une capacité de 50% en tant que tôlier-isoleur et de 100% dans une activité adaptée. 18. Le 4 avril 2011, le Dr M_____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès cette date. 19. A compter de cette même date, l'assuré a retrouvé un emploi à 50 % en tant que tôlier-isoleur auprès de Y_____, pour un salaire mensuel brut de 4'360 fr., le droit au 13^{ème} salaire étant déterminé par la convention collective de travail (CCT) applicable. 20. Le 7 juin 2011, l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OAI) a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations. L'OAI se référait à l'avis de son service médical, lequel avait estimé qu'aucun diagnostic n'avait de répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, demeurée entière dans l'activité de contremaître. 21. Par courrier du 22 juin 2011, l'assuré, par le biais son mandataire, a mis l'assurance en demeure de lui verser des indemnités journalières complètes du 1^{er} septembre 2010 au 4 avril 2011 et de 54 % dès le 4 avril 2011. Il l'a également invitée à renoncer à exciper de la prescription. L'assuré faisait valoir que ses limitations fonctionnelles importantes altéraient sa capacité de gain. Il demandait à ce qu'il soit également tenu compte de son âge. Il alléguait avoir réussi, grâce à ses efforts, à retrouver un emploi dont il a fait remarquer qu'il ne lui permettait de réaliser qu'un revenu annuel de 52'320 fr., correspondant à 46% de son revenu antérieur (113'358 fr. 05). Enfin, il reprochait à l'assurance de ne pas lui avoir versé, du 1^{er} octobre 2010 au 1^{er} avril 2011, les indemnités journalières entières dues selon la

jurisprudence pour la reconversion dans une autre profession. 22. Par courrier du 29 juin 2011, l'assurance a répondu qu'elle considérait que les limitations fonctionnelles rencontrées n'étaient pas très importantes et que la recherche d'un nouvel emploi était parfaitement exigible de l'assuré. Elle a confirmé renoncer à soulever l'exception de prescription jusqu'au 31 décembre 2012, pour autant qu'elle ne fût pas déjà intervenue. Pour le reste, l'assurance a rappelé avoir versé des indemnités journalières d'un montant total de 55'157 fr. du 7 janvier au 30 septembre 2010. Elle a précisé que la police d'assurance conclue par l'ancien employeur de l'intéressé prévoyait des indemnités durant 730 jours à 80 % en cas de maladie, après un délai d'attente de 30 jours. Au 1^{er} octobre 2010, il restait un solde de 463 jours de prestations. L'assurance a soutenu que le délai de trois mois - du 1^{er} juillet au 30 septembre 2010 - accordé à l'assuré pour changer d'emploi était conforme à la jurisprudence. Quant à la perte de gain alléguée, l'assurance a relevé que seule la capacité de travail était indemnisée. En définitive, elle a campé sur sa position du 1^{er} juillet 2010. 23. Le 4 juillet 2011, l'assuré a exigé que des indemnités journalières lui soient versées durant cinq mois au moins pour sa reconversion. 24. L'assurance a répondu par courrier du 25 juillet 2011. Invoquant l'obligation de réduire le dommage ancrée dans ses conditions générales, elle a considéré qu'un délai de trois mois était suffisant pour permettre à l'assuré de s'annoncer auprès de l'assurance-chômage. 25. Par courrier du 22 août 2011, l'assuré a relevé que c'était la première fois que l'assurance invoquait l'obligation d'entreprendre une reconversion professionnelle. Il a fait valoir que, selon la jurisprudence, cette obligation suppose que certaines conditions soient remplies, dont il a estimé qu'elles ne l'étaient pas en l'espèce, de sorte qu'il avait droit à l'intégralité des indemnités journalières du 1^{er} septembre 2010 au 3 avril 2011. Dès le 4 avril 2011, des indemnités journalières partielles de 54 % étaient dues. 26. Le 17 octobre 2011, le Dr M _____ a attesté que l'état de santé de l'assuré était compatible avec la reprise d'une activité professionnelle à 100 % dès le 3 octobre 2011. 27. A la demande de l'assuré, l'assurance lui a confirmé par courrier du 15 février 2012 qu'elle reconnaissait la compétence de la Cour de céans pour statuer sur le litige. 28. Le 1^{er} juin 2012, l'assuré a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement concluant, sous suite de dépens, au versement par l'assurance: - de 45'963 fr. 25 pour la période du 1^{er} septembre 2010 au 3 avril 2011, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juin 2012, - de 22'613 fr. 50 pour la période du 4 avril au 2 octobre 2011, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juin 2012, - subsidiairement, de 45'601 fr. 25 pour la période du 1^{er} septembre 2010 au 2 octobre 2011, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juin 2012. Le demandeur retient que la défenderesse, dans son courrier du 1^{er} juillet 2010, n'a pas tenu compte du fait que la capacité de travail différait en fonction du type d'activité exercée, qu'elle ne l'a pas informé de son obligation de se reconvertir et qu'elle ne lui a pas non plus imparti un délai à cet effet. Ce n'est que le 9 mars 2011 qu'elle a fait état d'une capacité de travail distincte selon l'activité exercée, en affirmant par ailleurs que cette capacité était entière non plus dès le 1^{er} octobre mais dès le 1^{er} septembre 2010, date à laquelle le demandeur soutient qu'il était encore dans l'incapacité totale de travailler. Il allègue n'avoir recouvré une pleine capacité de travail qu'à compter du 3 octobre 2011. Il explique avoir pris sa retraite le 1^{er} février 2012, après avoir travaillé à un taux d'activité de 50% pendant près d'une année. Le demandeur soutient qu'un changement de profession n'est exigible d'un assuré que pour autant que ce dernier en ait été averti et que l'assurance lui ait imparti un délai de 3 à 5 mois à cet effet. Le caractère exigible d'une reconversion commande une pesée des intérêts en présence, tenant compte, notamment, de l'âge et des capacités d'adaptation de l'intéressé ainsi que de la question de savoir si augmentation notable de la capacité de travail peut être

espérée, étant précisé qu'une retenue particulière s'impose chez les assurés ayant exercé durant des années la même profession. S'agissant plus particulièrement de son cas, le demandeur relève que les conditions générales de la défenderesse, si elles prévoient un délai de trois mois pour changer d'activité en cas d'incapacité de travail dans la profession exercée jusque-là, ne précisent pas quand ce délai commence à courir. En l'espèce, ce n'est que le 25 juillet 2011 que la défenderesse a invoqué expressément l'obligation de l'assuré de réduire le dommage par un changement de profession. Le demandeur ajoute qu'on ne saurait exiger une reconversion de sa part, alors qu'il avait exercé la même profession durant plus de 40 ans et qu'il ne lui restait plus qu'une année avant la retraite. Se référant aux certificats établis par ses médecins, le demandeur conclut à une totale incapacité de travail du 7 janvier 2010 au 3 avril 2011. Il demande que soit reconnu son droit : - à des indemnités pleines du 1^{er} septembre 2010 au 3 avril 2011 (53'416 fr. 75 [215 jours x 248 fr. 45]), ce qui conduit à un montant litigieux de 45'963 fr. 25, une fois déduits les 7'453 fr. 50 déjà versés par la défenderesse pour le mois de septembre 2010, - à des indemnités partielles du 4 avril au 2 octobre 2011 (22'613 fr. 50 [182 jours x 124 fr. 25]). Si la Cour devait admettre une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} septembre 2010 dans l'activité habituelle, le total des indemnités journalières partielles de 124 fr. 25 dues du 1^{er} septembre 2010 au 2 octobre 2011 serait de 49'347 fr. 25, dont il faudrait déduire les 3'726 fr. correspondant à la moitié des indemnités journalières versées par la défenderesse en septembre 2010. 29. Dans sa réponse du 21 juin 2012, la défenderesse a invoqué l'irrecevabilité de la demande faute de requête de conciliation préalable. Quant au fond, elle a conclu, sous suite de dépens, au rejet de la demande et, reconventionnellement, au versement de 3'726 fr. avec intérêts dès le 21 juin 2012 - montant correspondant aux indemnités entières que la défenderesse estime avoir versées à tort au demandeur du 1^{er} au 30 septembre 2010 et dont elle réclame la restitution. La défenderesse estime qu'elle serait également en droit de réclamer le remboursement des prestations indûment versées dès le 1^{er} août 2010 faute de passage du demandeur dans l'assurance individuelle et se réserve le droit d'augmenter ses conclusions sur ce point. La défenderesse rappelle que le demandeur était assuré par l'intermédiaire de son employeur. Or, ses conditions générales contiennent une clause conventionnelle supprimant le droit aux prestations au-delà de la couverture d'assurance. Les rapports de travail ayant pris fin le 31 juillet 2010, le droit aux prestations fondé sur le contrat collectif s'est éteint de plein droit à cette date. Le demandeur n'ayant pas demandé son transfert dans l'assurance individuelle, il ne peut faire valoir de prétention à ce titre. Pour le reste, la défenderesse fait valoir que le rapport du Dr N_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante et que l'on doit dès lors admettre que le demandeur était capable, dès le 1^{er} septembre 2010, d'exercer à 50% son ancienne activité et à 100 % une activité adaptée. La défenderesse soutient que le demandeur ayant été informé des conclusions du Dr N_____ lors de l'entretien du 1^{er} juillet 2010, cela lui laissait trois mois pour se reconvertir. Enfin, elle fait remarquer que l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. 30. Le demandeur a répliqué en date du 31 août 2012, en persistant dans ses conclusions et en concluant au rejet de la demande reconventionnelle. Le demandeur allègue tout d'abord qu'une demande en paiement introduite dans le cadre d'un litige relevant d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie n'est pas subordonnée à une tentative de conciliation. S'agissant de la demande reconventionnelle, il soutient qu'elle relève de l'abus de droit dès lors que la défenderesse savait qu'il avait été licencié et qu'elle n'a jamais fait valoir auparavant que le droit aux prestations se serait éteint en raison de la fin des rapports de travail. La défenderesse a d'abord fondé son refus de prêter sur l'obligation de réduire le dommage et

d'entamer une reconversion. Elle ne s'est jamais prévalu de l'extinction du contrat de travail pour mettre un terme à ses prestations et elle a continué à instruire le cas, éveillant ainsi chez lui une confiance légitime en adoptant la même position pendant près de deux ans. Le demandeur en tire la conclusion qu'il pouvait légitimement considérer que le régime légal habituel - versement d'indemnités journalières à 80 % pendant 730 jours par cas de maladie - serait appliqué. Il ajoute qu'en l'absence de clauses conventionnelles supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation dans l'assurance privée. Le demandeur ajoute qu'en tout état de cause, la défenderesse avait un devoir d'information et devait à ce titre tenir à disposition du preneur d'assurance tous les documents nécessaires. Il rappelle qu'en matière d'assurance-accidents, l'assureur peut être tenu responsable d'une violation par l'employeur de son propre devoir d'information, lequel découle également des règles de la bonne foi. Or, en l'occurrence, la défenderesse a eu de nombreux contacts avec le demandeur après la fin des rapports de travail. Les parties ont ainsi entretenu un rapport d'obligation durable entraînant une relation de confiance particulière, au vu de laquelle il se justifie, selon le demandeur, de reconnaître à la défenderesse une obligation accessoire d'information. Elle devait dès lors le renseigner sur la cessation de la couverture d'assurance. La violation de ce devoir accessoire d'information entraînant pour elle l'obligation de réparer le dommage subi par le cocontractant, dommage que le demandeur chiffre à 68'576 fr. 75 - montant des indemnités qu'il ne peut faire valoir dès lors qu'il n'a pas été informé de son droit de demander son transfert dans l'assurance individuelle. 31. Le 25 septembre 2012, la défenderesse a dupliqué en persistant dans ses conclusions. La défenderesse conteste toute obligation légale d'informer la personne assurée sur son droit au transfert dans l'assurance individuelle. Selon elle, il appartenait à l'ancien employeur du demandeur de le faire. La défenderesse relève que les obligations en matière d'assurances privées ne sont pas comparables celles valables en assurance-accidents et qu'elle ne saurait donc être tenue à réparation. Au surplus, la défenderesse estime qu'elle ne saurait être privée du droit d'invoquer la fin du contrat de travail en raison du fait qu'elle a instruit - par erreur - l'incapacité de travail postérieure à cette date. La défenderesse ajoute qu'une clause limitant le droit aux prestations à la période de couverture n'est pas insolite, selon la jurisprudence. Pour le surplus, elle maintient que le délai de reconversion de trois mois figurant dans ses conditions générales est conforme à la jurisprudence et répète que l'OAI est parvenu à la même conclusion puisqu'il a rejeté la demande de l'assuré. 32. Par écritures du 5 octobre puis du 24 octobre 2012, le demandeur a persisté dans ses conclusions. Il reprend en substance l'argumentation développée dans ses précédentes écritures au sujet de l'abus de droit, du devoir d'information en lien avec la bonne foi et du délai de reconversion professionnelle. Enfin, il fait valoir que la défenderesse ne peut se prévaloir du refus de l'OAI dès lors que les conditions d'octroi des prestations d'invalidité ne sont pas identiques à celles régissant le versement d'indemnités journalières. 33. Par écritures du 12 octobre puis du 6 novembre 2012, la défenderesse a également persisté dans ses conclusions. Elle répète que c'est par erreur qu'elle n'a pas invoqué la fin du contrat de travail pour nier le droit aux prestations, qu'elle n'a aucun devoir d'information et que le délai de trois mois octroyé au demandeur est conforme à la jurisprudence. Elle ajoute qu'il est également conforme, selon la jurisprudence, de se référer à l'incidence des troubles en matière d'assurance-invalidité lorsqu'il s'agit de se prononcer sur le droit aux indemnités journalières en cas de maladie. EN DROIT 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; RSG E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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 (LCA; RS 221.229.1). L'art. 90 des conditions générales de l'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA, édition 2006 (ci-après CGA) prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile (en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein). Les élections de for sont admissibles en vertu de l'art. 17 CPC, par renvoi de l'art. 46a de la LCA - même si cet article n'a pas été modifié en conséquence. En l'espèce, la défenderesse a admis la compétence de la Cour de céans pour statuer sur le litige dans son courrier du 15 février 2012. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LCA est applicable à l'assurance dont il est question ici, comme cela ressort de l'art. 1 let. b des CGA. 3. La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. En vertu de l'art. 197 CPC - en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011 -, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité ad hoc. L'art. 198 CPC prévoit cependant des exceptions, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). En revanche, les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale - conformément à l'art. 7 CPC -, ne figurent pas au nombre des exceptions à l'art. 198 CPC. Le Tribunal fédéral a cependant jugé qu'il s'agissait-là d'une inadvertance manifeste. Partant, il n'y a pas lieu de procéder à une tentative de conciliation dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6). Il ressort de ce qui précède qu'en l'espèce, tant la demande que la demande reconventionnelle, déposées dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, sont recevables. 4. Le litige porte, d'une part, sur le droit du demandeur à des indemnités journalières du 1^{er} septembre 2010 au 2 octobre 2011, d'autre part, sur le droit de la défenderesse au remboursement de la moitié des pleines indemnités versées du 1^{er} au 30 septembre 2010. 5. Selon l'art. 3 CGA, est considérée comme une maladie toute atteinte à la santé physique ou psychique non consécutive à un accident exigeant un examen ou un traitement médical ou entraînant une incapacité de travailler. L'art. 12 CGA dispose qu'en cas d'incapacité de travail complète médicalement attestée, [la défenderesse verse] l'indemnité journalière convenue dans le contrat. Conformément à l'art. 13 CGA, en cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail. 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 l'assuré. 6. Aux termes de l'art. 21 CGA, l'indemnité journalière est allouée 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 maladie déjà survenus ou de ceux qui surviendraient au futur. L'art. 24 CGA précise que les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 25 % comptent comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations. En vertu de l'art. 25 CGA, après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui [...] incombe [à la défenderesse] de verser des prestations s'éteint. Selon l'art. 42 CGA, 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. En cas de sortie du groupe des assurés ou d'extinction du contrat, l'assuré domicilié en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein a le droit de passer dans l'assurance individuelle (art. 43 CGA). Il doit pour cela faire valoir son droit de passage par écrit dans les 90 jours. Cette disposition s'applique également aux personnes au chômage au sens de l'art. 10 LACI. Les frontaliers sont assimilés aux assurés résidant en Suisse, pour autant qu'ils soient domiciliés aux environs immédiats de la frontière. Aux termes de l'art. 44 CGA, le preneur d'assurance est tenu de fournir suffisamment à l'avance à la personne qui sort du cercle des assurés des informations sur le droit de passage dans l'assurance individuelle et le délai à observer. S'il existe une incapacité de travail au moment du passage, les indemnités journalières versées sur la base du contrat collectif sont déduites de la durée des prestations de l'assurance individuelle (art. 47 CGA). Les prestations de l'assurance individuelle versées pour des maladies existant au moment du transfert et ayant entraîné une incapacité de travailler dans les 180 jours à compter dudit transfert sont imputées à l'assurance collective. 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, étant précisé - à l'art. 58 CGA - que si la capacité de travail restante de l'assuré n'est pas exploitée, il en sera tenu compte dans le calcul de son indemnité journalière. 7. Il s'agit en premier lieu d'examiner si le demandeur peut prétendre les prestations de la défenderesse en vertu de l'assurance collective d'indemnités journalières. Il convient de rappeler que lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67ss de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) 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 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 (Jean-Benoît MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 185). 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). En l'espèce, les CGA contiennent une telle clause conventionnelle : l'art. 25 CGA prévoit la suppression du droit aux prestations lorsque cesse la couverture d'assurance, liée ici à la résiliation des rapports de travail (cf. art. 42 CGA). On soulignera que, selon le Tribunal fédéral, une telle disposition est généralement valable et n'est pas une clause insolite (ATF non publié 4A_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 2.2). La Cour 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 des indemnités journalières en cas de maladie (ATAS/1203/2011 du 6 décembre 2011, consid. 4). Il en découle que le demandeur n'avait pas droit aux prestations au-delà du 31 juillet 2010, date à laquelle le contrat de travail et la couverture d'assurance ont pris fin. 8. Il convient d'examiner si le demandeur a droit aux prestations en vertu de l'assurance individuelle et en particulier si la défenderesse a violé son devoir d'information. 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 du code des obligations (CO ; RS 220) 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. ATF non publié 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. Certes, dans le domaine des assurances sociales, l'art. 27 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). L'art. 27 LPGA est étroitement lié au principe constitutionnel d'après lequel les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément au principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 de la Constitution [Cst; RS 101]). Un renseignement erroné ou l'omission de renseigner l'assuré en violation de l'art. 27 LPGA peuvent, dans certaines circonstances, justifier l'octroi d'un avantage contraire à la loi, en vertu du droit constitutionnel à la protection de la bonne foi ancré à l'art. 9 Cst. Tel pourra être le cas, par exemple, si un assureur a connaissance du fait que l'assuré s'apprête à adopter un comportement qui pourrait remettre en cause le droit aux prestations et s'abstient de l'en informer en temps utile (ATF non publié 8C_627/2009 du 8 juin 2010, consid. 5.2). Cependant, l'assureur offrant des prestations fondées sur la LCA n'a pas la qualité d'autorité, de sorte que les dispositions de la LPGA ne sont pas applicables

(ATF non publié 5C.41/2001 du 3 juillet 2001, consid. 2b/bb). Il ressort de ce qui précède que c'était au preneur d'assurance - soit, ici, l'employeur de l'assuré - qu'incombait l'obligation d'informer le demandeur de la fin de la couverture d'assurance et de la possibilité de solliciter son transfert et non à la défenderesse, qui n'avait, elle, pas de devoir d'information à l'égard du demandeur. Le grief de violation du devoir de renseigner invoqué par le demandeur à l'égard de la défenderesse est donc infondé. 9. Le demandeur invoque également la violation par la défenderesse du devoir accessoire d'information lié à la responsabilité contractuelle et soutient qu'il a droit à la réparation du dommage qui lui a ainsi été causé. On peut se demander si les dispositions régissant la responsabilité contractuelle sont applicables dès lors que les parties n'avaient précisément pas de rapports contractuels en l'espèce, à tout le moins au-delà du 31 juillet 2010. En effet, si, dans une relation personnelle étroite extracontractuelle, les parties assument des devoirs réciproques d'information et de diligence analogues aux devoirs précontractuels - autrement dit, des obligations légales déduites de l'art. 2 CC -, la responsabilité qui découle de leur violation est une responsabilité similaire à la responsabilité précontractuelle (Ariane MORIN, Commentaire romand I, 2^{ème} éd. 2012, n. 152 ad art. 1 CC). La responsabilité pour renseignement inexact est ainsi rattachée à la responsabilité fondée sur la confiance. Cette forme juridique consiste à imputer une responsabilité déduite des règles de la bonne foi à celui qui a créé une situation de confiance à laquelle une autre personne peut se fier (ATF 121 III 350 consid. 6c). Partant, in casu, la réparation d'un dommage devrait le cas échéant vraisemblablement s'analyser à la lumière des conditions permettant de retenir une telle responsabilité. Ces questions doivent toutefois rester ouvertes en l'espèce. En effet, dans la mesure où la demande en réparation se fonde sur la responsabilité civile et non sur la police d'assurance ou les CGA, il ne s'agit pas d'un litige en lien avec les assurances complémentaires, de sorte que la Cour de céans n'est pas compétente pour statuer sur ce point en vertu de l'art. 7 CPC a contrario. Ce défaut de compétence est confirmé par l'application, par analogie, de la jurisprudence rendue en matière de prévoyance professionnelle. Ainsi, il a été jugé que la question de savoir si une caisse de pension avait violé son obligation d'informer un assuré qui ne bénéficiait plus, alors, d'une couverture d'assurance, n'était pas de la compétence du juge habilité à statuer sur les litiges en matière de prévoyance professionnelle dès lors que le dommage consécutif à une telle violation ne relevait pas de la prévoyance professionnelle mais de la responsabilité des institutions de prévoyance, dont le juge désigné à l'art. 73 de la loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP; RS 831.40) n'avait pas à connaître (RSAS 1998 p. 133 consid. 4b ; ATFA non publié B 93/03 du 27 avril 2004, consid. 2.3). Les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont en effet pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement juridique autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant de celui-ci (ATF 128 V 41 consid. 1b). Le même raisonnement s'impose en l'espèce, dès lors que la réparation éventuelle du dommage se fonde non sur le droit des assurances privées mais sur le régime de la responsabilité civile. Il convient dès lors de renvoyer le demandeur à agir en réparation du dommage devant le Tribunal de première instance, compétent, en application de l'art. 86 LOJ, pour tous les actes de la juridiction civile contentieuse ou non contentieuse que la loi n'attribue pas à une autre autorité judiciaire ou administrative. Eu égard à ce qui précède, la demande en réparation du dommage est déclarée irrecevable. 10. Il y a encore lieu d'examiner si, comme l'allègue le demandeur, la défenderesse commet un abus de droit en invoquant l'extinction de la couverture d'assurance alors qu'elle ne s'en est pas prévalu avant le dépôt de la demande. A

teneur de l'art. 2 al. 2 du code civil (CC; RS 210), l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. La règle prohibant l'abus de droit permet au juge de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste (ATF 134 III 52 consid. 2.1). L'existence d'un abus de droit se détermine selon les circonstances concrètes du cas, en s'inspirant des diverses catégories mises en évidence par la jurisprudence et la doctrine (ATF 129 III 493 consid. 5.1). L'emploi dans le texte légal du qualificatif "manifeste" démontre que l'abus de droit doit être admis restrictivement. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 135 III 162 consid. 3.3.1). L'exercice d'un droit peut en effet se révéler abusif si l'attitude de la partie qui agit contredit son comportement antérieur et que des attentes légitimes de l'autre partie s'en trouvent déçues. Le comportement de celui qui accepte d'abord de conclure une convention et qui, par la suite, en considération de règles impératives, excipe de l'invalidité de cette même convention, n'est cependant constitutif d'abus de droit que si des conditions particulières sont réalisées. Il faut par exemple que ce cocontractant ait proposé lui-même la convention contraire aux règles impératives, dans son propre intérêt et en connaissance de l'invalidité, de sorte qu'il a acquis un droit de façon déloyale. La partie qui reproche à l'autre un abus de droit doit prouver les circonstances particulières qui, dans le cas concret, autorisent à retenir que l'invalidité de la convention est invoquée de façon abusive (ATF 133 III 61 consid. 4.1). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que l'assurance qui avait promis de payer les indemnités journalières à une assurée après épuisement des droits de celle-ci envers une autre assurance, puis accepté la résiliation du contrat d'assurance sans attirer son attention sur les conséquences que cela entraînait sur son droit à de telles indemnités, ne commettait pas d'abus de droit en ne tentant pas de l'en dissuader (ATF non publié 4A_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 3.2). A la lumière des précisions amenées par la jurisprudence, on ne saurait admettre que les conditions pour retenir un abus de droit sont réalisées en l'espèce. Force est de constater en particulier que la défenderesse a un intérêt tout à fait tangible à invoquer la cessation de la couverture d'assurance. S'agissant de son attitude prétendument contradictoire, on peut certes s'étonner du fait que la défenderesse n'ait jamais soulevé ce moyen avant le dépôt de l'action - ce qui résulte d'une erreur selon son écriture du 25 septembre 2012 - ; il n'en demeure pas moins que la défenderesse n'a jamais garanti au défendeur le versement de prestations de sorte qu'on ne peut considérer ses nouveaux arguments comme un revirement de position contraire à la bonne foi. Enfin, il est essentiel de souligner que, conformément à l'art. 43 CGA, c'est au plus tard 90 jours après la fin de son contrat de travail, soit le 29 octobre 2010, que le demandeur aurait pu demander à passer dans l'assurance individuelle. Ce n'est donc pas en raison de l'expertise complémentaire ordonnée par la défenderesse en février 2011, des informations qu'elle a données le 29 juin 2011 sur le solde de prestations ou encore de la reconnaissance de la compétence de la Cour de céans ressortant de sa correspondance du 15 février 2012 que le demandeur a été empêché de prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de ses intérêts, puisqu'il était à ce moment déjà déchu de son droit de requérir son transfert dans l'assurance individuelle. Autrement dit, ce n'est pas la position adoptée par la défenderesse qui a causé le défaut de couverture, si bien que celle-ci peut invoquer la fin des rapports d'assurance sans que l'on puisse y voir un abus de droit. 11. La défenderesse conclut reconventionnellement à la restitution des indemnités entières qu'elle a versées à tort au demandeur du 1^{er} au 30 septembre 2010. a) Compte tenu du défaut de couverture

d'assurance, les indemnités journalières ont effectivement été versées à tort, sans qu'il soit besoin d'examiner si le rapport du Dr N_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Aux termes de l'art. 100 al. 1 LCA, le contrat d'assurance est régi par le droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la loi. Ce renvoi vaut notamment pour la répétition de la prestation induue (Olivier CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000 p. 470 et les références). La restitution se fonde donc sur l'enrichissement illégitime. En particulier, le délai de prescription de la prétention en répétition de l'indu est régi par l'art. 67 al. 1 CO (ATF non publié 4A_53/2010 du 29 avril 2010, consid. 2.6). Conformément à cette disposition, l'action pour cause d'enrichissement illégitime se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance de son droit de répétition, et, dans tous les cas, par dix ans dès la naissance de ce droit. Cela étant, le point de savoir si la défenderesse a agi en temps utile doit être laissé ouvert en l'espèce. En effet, conformément à l'art. 142 CO, également applicable par renvoi de l'art. 100 CO, qui dispose que le juge ne peut suppléer d'office le moyen résultant de la prescription, la prescription n'a pas à être examinée d'office faute d'avoir été soulevée par le demandeur (ATF non publié 4C.314/1992 du 11 décembre 2001, consid. 2). Il s'en suit que le demandeur devra restituer à la défenderesse le montant de 3'726 fr., correspondant à la moitié des indemnités versées du 1^{er} au 30 septembre 2010. b) La défenderesse conclut également au versement d'intérêts sur ce montant. L'art. 104 al. 1 CO précise que le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5 % l'an, même si un taux inférieur avait été fixé pour l'intérêt conventionnel. L'intérêt moratoire 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 (Luc THÉVENOZ, Commentaire romand du Code des obligations I, 2^{ème} éd. 2012, n. 9 ad art. 104 CO; ATF non publié 5C.177/2005 du 25 février 2006, consid. 6.1). En l'espèce, la demande reconventionnelle a été notifiée au demandeur le 2 juillet 2012 ; il l'a reçue le 4 juillet 2012. Ce n'est dès lors qu'à partir du lendemain, soit le 5 juillet 2012, que les intérêts moratoires sont dus sur le montant de 3'726 fr. 12. Eu égard à ce qui précède, la demande doit être rejetée dans la mesure où elle est recevable et la demande reconventionnelle admise. La défenderesse, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ A la forme : 1. Déclare la demande et la demande reconventionnelle recevables en tant qu'elles portent sur le versement d'indemnités journalières. 2. Déclare la demande de réparation du dommage irrecevable. Au fond : 3. Rejette la demande principale. 4. Admet la demande reconventionnelle. 5. Condamne le demandeur à verser à la défenderesse la somme de 3'726 fr., assortie d'intérêts de 5 % dès le 5 juillet 2012. 6. Dit que la procédure est gratuite. 7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SÉCHAUD La Présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent

arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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