

GE_GERICHTE A/1880/2018 vom 2. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1880_2018

FR: GE_GERICHTE A/1880/2018 du 2 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/1880/2018 del 2 dicembre 2019

Erwägungen

E. 8

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GIROD demanderesse contre SWICA ORGANISATION DE SANTÉ, sise boulevard de Grancy 39, LAUSANNE défenderesse EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse) exploitait, en raison individuelle, le bar à café « B_____ », sis à Genève. Le 24 avril 2009, elle a conclu avec SWICA ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : SWICA) un contrat d'assurance collective d'indemnités journalières soumis à la loi sur le contrat d'assurance (LCA - police no. 941/_____/_____), prévoyant le versement d'indemnités journalières durant 730 jours, à l'issue d'un délai d'attente de 30 jours. 2. La demanderesse a annoncé à SWICA un premier arrêt maladie, dès le 10 septembre 2012. La doctoresse C_____, médecin généraliste, a attesté par courrier du 22 novembre 2012 l'existence d'un état anxio-dépressif sévère et de phobies sociales. 3. Mandaté par SWICA, la doctoresse D_____, psychiatre, auprès de la Clinique Corela, a rendu son rapport d'expertise le 8 juillet 2013. Elle n'a retenu qu'un trouble panique en phase de « rémission retardée », sans effet sur la capacité de travail. Compte tenu cependant d'une certaine fragilité psychique et d'un stress lié à la reprise du travail, l'expertise préconisait une reprise progressive, associée à un traitement anxiolytique-antidépresseur ainsi qu'à une psychothérapie cognitivo-comportementale. La capacité de travail a été évaluée à 50% dès le 21 mai 2012 et à 100% dès le 11 juin 2013. 4. SWICA, par lettre du 29 juillet 2013 à la demanderesse, a mis fin au versement des indemnités journalières. 5. La demanderesse a connu d'autres périodes successives d'incapacité de travail, mais SWICA, par courrier du 28 mai 2014, a suspendu ses prestations de manière provisoire le 12 février 2014. 6. A la requête de SWICA, deux rapports de surveillance ont été établis par un collaborateur de son service des fraudes en date des 31 mars et 10 mai 2015. Sur ces bases, SWICA, par courrier du 14 août 2015, a estimé que la demanderesse, ayant travaillé au moins à temps à temps partiel entre mars et mai 2015 alors qu'elle était en arrêt de travail à 100%, avait enfreint son obligation et, partant, invoqué une prétention frauduleuse. Le contrat d'assurance était « réputé dissout » dès le 10 septembre 2012, date du début de la maladie et aucune indemnité journalière n'était due. Compte tenu des explications fournies par l'assurée, SWICA renonçait à réclamer le remboursement des indemnités déjà versées (CHF 33'243.20) ainsi que celui de ses frais d'investigations (CHF 5'051.75). 7. Par requête du 15 juillet 2016, l'assurée a saisi la Cour de céans d'une demande « en constatation de l'existence d'un contrat d'assurance et en exécution de prestations » à l'encontre de SWICA (cause A/2424/2016). 8. Par arrêt du 19 octobre 2017 (ATAS/937/2017), la Cour de céans a déclaré irrecevable la demande de l'assurée, motif pris qu'elle n'avait pas pris de conclusions condamnatoires ni même chiffrées. Par arrêt du 11 janvier 2018 (4A _618/2017), le Tribunal fédéral a rejeté le recours de la demanderesse.

9. Par requête du 31 mai 2018, la demanderesse a saisi à nouveau la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre de SWICA, chiffrant ses prétentions de manière provisoire à CHF 48'800.-, soit 244 jours d'indemnités journalières à 200 CHF. Elle fait valoir en substance que les révélations faites sur la clinique CORELA et le retrait de son autorisation d'exploiter publiée dans la FAO du 21 février 2018 démontrent qu'elle a été victime des conclusions de l'expertise CORELA, fondement de la détermination de SWICA. En acceptant qu'elle soit contrainte de reprendre travail alors que sa situation de santé ne le permettait pas, SWICA a causé une aggravation de son état de santé. La demanderesse invoque le fait que par décision du 12 janvier 2018, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), se fondant sur le rapport d'expertise du Centre de psychothérapie et d'évaluation neuropsychiatrique du 25 novembre 2016 concluant à une incapacité de travail totale dans toute activité dès septembre 2014, lui a octroyé une rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2015. 10. Par réponse du 29 juin 2018, SWICA (ci-après : la défenderesse) a conclu principalement à l'irrecevabilité de la demande, se prévalant de l'autorité de la chose jugée suite à l'arrêt de la Cour de céans du 19 octobre 2017, confirmé par le Tribunal fédéral par arrêt 4A-618/2017. La demanderesse ne peut plus revenir devant la Cour de céans avec une demande semblable en chiffrant aujourd'hui ses conclusions. De plus, les 244 indemnités journalières qu'elle fait valoir sont prescrites, de même que toutes les prétentions qu'elle pourrait avoir pour 2013, 2014 et 2015. Subsidiairement, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens, la demanderesse ayant fait manifestement des déclarations mensongères concernant son état de santé et sa capacité de travail. Elle était en effet au moins partiellement en mesure de travailler et aurait dû en former ses médecins et SWICA. Dès lors, la défenderesse pouvait lui refuser l'octroi d'indemnités journalières. La défenderesse relève au surplus que par décision du 4 janvier 2014 entrée en force, l'OCAI a refusé de lui accorder une rente. Par conséquent, l'assurance-invalidité a reconnu l'expertise de la Dresse D_____ de la clinique CORELA, de même que la Cour de céans qui a l'entendue dans le cadre de la précédente procédure. La demanderesse n'a pas demandé la révision, qui serait d'ailleurs tardive, mais a déposé une nouvelle demande AI. Les experts de l'AI notent que la demanderesse était réticente à se faire traiter ; une problématique de dépendance a été mise en évidence. Le fait que la maladie de la demanderesse se soit prolongée peut s'expliquer par l'absence de mesures thérapeutiques et médicales. Or, si la guérison est retardée par le fait que l'assuré n'a pas suivi les prescriptions d'un médecin, l'assuré (recte : l'assurance) n'a pas en assumer les conséquences. Quoiqu'il en soit, si par impossible la Cour de céans devait considérer qu'il y a des prétentions non prescrites, SWICA ne compléterait seulement la rente AI CHF 1'572.-) à hauteur de l'indemnité assurée, soit en l'occurrence une indemnité journalière de CHF 79.80. Enfin, suite à la faillite déclarée en 2015 et 2016, le droit à des indemnités journalières fondées sur le contrat collectif s'est éteint de plein droit au plus tard le 29 juin 2016, date du dernier jugement de faillite, étant relevé que la demanderesse n'a pas demandé son droit au transfert dans l'assurance-individuelle dans les 90 jours depuis la faillite. De plus, selon la défenderesse, la demanderesse ne saurait prétendre à une perte de gain, dans la mesure où elle ne s'est plus acquittée des primes depuis avril 2015. La sommation étant restée sans effet, l'obligation de la défenderesse a été suspendue au 29 juin 2015. 11. Dans sa réplique du 1^{er} octobre 2018, la demanderesse a pris des conclusions préalables visant à la production des documents relatifs au versement des indemnités journalières dès le 10 septembre 2012, à l'apport de la cause A/2414/2016, à l'apport du dossier AI, à l'interrogatoire des parties et à l'audition des Dresses C_____ et

E_____. Elle a conclu à la condamnation de la défenderesse de payer le montant de CHF 53'652.-, sous réserve d'amplification, sous suite de frais et dépens, pour des incapacités de travail du 20 janvier au 31 août 2011, et dès le 10 septembre 2012. La demanderesse conteste l'autorité de chose jugée invoquée par la défenderesse : en déclarant la demande irrecevable, la Cour de céans a rendu une décision procédurale et non un jugement au fond. L'autorité de chose jugée est strictement limitée à l'objet du jugement. Le grief soulevé par la défenderesse doit être écarté. La demanderesse conteste l'exception de prescription soulevée par la défenderesse et soutient que le dépôt de l'action en conciliation du 29 février 2016 a eu pour effet d'interrompre la prescription, de même que le dépôt ultérieur de la première demande par-devant la Cour de céans. Ce n'est que le 14 août 2015 que la défenderesse a déclaré le contrat d'assurance dissous dès le 10 septembre 2012 et c'est contre cette détermination que la demanderesse a agi. La demanderesse conteste avoir fait des déclarations mensongères concernant son état de santé et sa capacité de gain et n'a nullement agi dans le but de tromper et de cacher quelque fait que ce soit à son assureur. Elle n'était pas en possibilité de travailler et ne l'a pas fait, sa présence légitime et occasionnelle dans son bar ne pouvant constituer une faute. Le déroulement des faits postérieurs à la décision litigieuse de la défenderesse a démontré que l'incapacité de travail était réelle et avérée. 12. Par ordonnance du 4 octobre 2018, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier AI de la demanderesse. Le CD a été communiqué aux parties. 13. Dans sa duplique du 2 novembre 2018, la défenderesse persiste dans ses conclusions. Elle produit les décomptes d'indemnités journalières versées à la demanderesse et relève que l'OCAI, par sa nouvelle décision, n'a admis une incapacité de gain partielle qu'à partir du 25 septembre 2014. 14. Par duplique du 16 novembre 2018, la demanderesse a requis des mesures probatoires et conclu au versement de 379 jours d'indemnités à CHF 131.50, soit au paiement du montant de CHF 49'838.50, sous réserve d'amplification. Elle relève pour le surplus que l'expertise CORELA sur laquelle la défenderesse s'est fondée a été contredite par les experts de l'assurance-invalidité. 15. Par décision du 5 décembre 2018, le Vice-président du Tribunal de première instance a mis la demanderesse au bénéfice de l'assistance juridique et limité l'octroi à 12 heures d'activité, forfait courriers/téléphones en sus. 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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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 1^{er} 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. En l'occurrence, l'art. 90 des CGA de SWICA pour l'assurance-maladie collective régissant l'indemnité journalière selon la LCA prévoit que pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, 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. En l'espèce, tant la demanderesse que la défenderesse ont leur domicile à Genève, de sorte que la chambre de

céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande. 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). 4. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir 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 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). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). 5. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la

jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves.

L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). En vertu de 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).

6. En premier lieu, la défenderesse soulève l'exception de chose jugée. a. En vertu de l'art. 59 al. 2 let. e CPC en relation avec l'art. 59 al. 1 CPC, le tribunal n'entre pas en matière sur la nouvelle demande lorsque le litige a déjà fait l'objet d'une décision entrée en force. Il s'agit là de l'effet de l'autorité de la chose jugée attachée à la décision qui est entrée en force de chose jugée formelle; la partie adverse doit soulever l'exception de l'autorité de la chose jugée (res judicata), mais le juge peut aussi en tenir compte d'office (art. 60 CPC). Pour que l'exception de l'autorité de la chose jugée soit admise, il faut que la prétention qui est invoquée dans le nouveau procès (ou qui est l'objet de la question préjudicielle qui doit y être tranchée) soit identique à celle qui a fait l'objet de la précédente décision. Cela nécessite de comparer le contenu de la décision revêtue de l'autorité de la chose jugée avec l'objet de la nouvelle demande. En principe, l'autorité de la chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif de la décision, qui a statué matériellement sur la prétention (ATF 121 III 474 consid. 4a). Toutefois, pour connaître le sens exact et la portée précise du dispositif de la décision, il faut souvent en examiner les motifs qui permettent de savoir quel a été l'objet de la demande et ce sur quoi le juge s'est réellement prononcé (ATF 116 II 738 consid. 2a in fine); en effet, lorsque le demandeur a réclamé une somme d'argent, il ne résulte pas du dispositif quelle prétention matérielle il a fait valoir. L'autorité de la chose jugée s'étend à tous les faits faisant partie de la cause, y compris les faits et preuves dont le juge n'a pas pu tenir compte parce qu'ils n'ont pas été allégués régulièrement et en temps utile (arrêt 4A_66/2016 du 22 août 2016 consid. 4.1.1; ATF 115 II 187 consid. 3b). L'autorité de la chose jugée est un principe de droit matériel, et non de procédure, pour toutes les prétentions de droit privé fédéral (arrêt 4A_568/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.2; ATF 121 III 474 consid. 2 et les arrêts cités). L'objet de la nouvelle demande est délimité par les conclusions et par le complexe de faits invoqué à l'appui de celles-ci; la cause juridique

n'est pas déterminante, le juge appliquant le droit d'office (art. 57 CPC) (ATF 139 III 126 consid. 3.2.3; 136 III 123 consid. 4.3.1). Lorsque le demandeur réclame une somme d'argent, il faut se reporter aux motifs de la demande. L'identité entre la prétention tranchée dans la précédente décision et la prétention réclamée par la nouvelle demande, qui fonde l'exception de l'autorité de la chose jugée, ne doit pas s'entendre d'un point de vue grammatical, mais matériel (ATF 139 III 126 consid. 3.2.3 in fine; 123 III 16 consid. 2a). b. En l'espèce, la demande déposée par-devant la chambre de céans le 15 juillet 2016 et qui a donné lieu à l'arrêt du 19 octobre 2017 (ATAS7937/2017) portait sur « la constatation de l'exécution d'un contrat d'assurance et en exécution de prestations ». Faute cependant de prétentions chiffrées, la chambre de céans n'a pas examiné le fond et a déclaré la demande irrecevable, ce que le Tribunal fédéral a confirmé par arrêt du 11 janvier 2018 (4A_618/2017). La nouvelle demande introduite le 31 mai 2018 comporte des conclusions chiffrées en paiement d'indemnités journalières postérieures au 31 juillet 2013, à hauteur du montant de CHF 48'800.-, porté à CHF 49'838.50 dans les dernières conclusions. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'autorité de chose jugée de l'arrêt de la chambre de céans du 19 octobre 2017 ne se rapporte qu'aux conditions de recevabilité de l'action, étant relevé que la chambre de céans n'a tranché aucune prétention faute de conclusions chiffrées. Il n'y a par conséquent pas identité entre l'action en constatation de droit tranchée dans la précédente décision et la prétention réclamée par la nouvelle demande. Le grief de la défenderesse est ainsi mal fondé. 7. Dans un deuxième grief, la défenderesse invoque l'exception de prescription des prétentions que la demanderesse pourrait avoir postérieurement à la suspension des indemnités journalières au 31 juillet 2013, à savoir les 244 indemnités journalières qu'elle fait valoir pour les années 2013, 2014 et 2015. a. Selon l'art. 46 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. La créance peut ainsi se prescrire avant d'être exigible (Stephan FUHRER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht [cité ci-après: Privatversicherungsrecht], 2011, p. 394 ss nn. 15.7 ss). La LCA renvoie par ailleurs au Code des obligations pour toutes les questions qu'elle ne règle pas (art. 100 al. 1 LCA). Selon la jurisprudence, le moment déterminant - le fait d'où naît l'obligation - est celui où sont réunis tous les éléments constitutifs fondant le devoir de prestation de l'assureur. Il ne s'agit donc pas nécessairement de la survenance du sinistre, même s'il s'agit de la cause première de l'obligation d'indemniser, une prétention ne pouvant être atteinte par la prescription que si elle a déjà pris naissance. Il s'ensuit que la notion de "fait d'où naît l'obligation" varie selon les diverses catégories d'assurances et le type de prétention en cause. En outre, peu importe le moment où l'assuré en a eu connaissance, dès lors que le point de départ du délai de prescription est fixé de manière objective (ATF 139 III 418 consid. 3; arrêt 4A_228/2016 du 16 janvier 2017 consid 2.1). Pour déterminer le " fait d'où naît l'obligation ", soit le point de départ du délai de prescription, dans le cas concret, il faut donc analyser le contrat conclu par les parties pour en dégager tout d'abord le risque assuré, puis les éléments constitutifs qui doivent être réunis pour que l'assureur ait l'obligation d'indemniser l'assuré en raison de ce risque, sans égard aux déclarations et actes que doit faire la partie qui invoque une prétention (ATF 139 III 263 consid. 1.2 p. 265 s. et les références ; arrêt 4A_451/2015 du 26 février 2016 consid 4.1). Pour ce faire, il faut procéder à l'interprétation du contrat d'assurance, conformément aux principes développés par la jurisprudence. b. En l'espèce, le risque assuré est une incapacité de travail de 25% au moins donnant droit au versement d'indemnités journalières durant 730 jours, à l'issue d'un délai d'attente de 30 jours par année civile (cf. art.12 et 13 des CGA). Il résulte des pièces

du dossier que la demanderesse a présenté une incapacité de travail dès le 10 septembre 2012, de 100 % puis de 50% du 21 mai 2013 au 10 juin 2013. La défenderesse a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2013. Des incapacités de travail ultérieures ont été annoncées par la demanderesse. La défenderesse a suspendu provisoirement les prestations le 14 juillet 2015 et, suite à des rapports de surveillance, le 14 août 2015, elle a « dissout le contrat avec effet au 10 septembre 2012 », invoquant une prétention frauduleuse, renonçant toutefois à réclamer la restitution des indemnités déjà versées. En définitive, compte tenu de 351 indemnités journalières versées par la défenderesse, la demanderesse entend faire valoir le paiement de 379 indemnités journalières pour des incapacités de travail postérieures au 31 juillet 2013. Or, les indemnités journalières réclamées aujourd'hui par la demanderesse pour les années 2013, 2014 et 2015 sont prescrites, faute d'acte interruptif de prescription valable. En effet, contrairement à ce que la demanderesse soutient, ni la demande de conciliation portée devant le Tribunal de première instance, ni celle déposée devant la Chambre de céans le 15 juillet 2016 ne contenaient de conclusions tendant au paiement des indemnités journalières ; la demanderesse concluait uniquement à la constatation de l'existence du contrat d'assurance. Partant, la demanderesse ne saurait se prévaloir de l'interruption de la prescription. La chambre de céans constate au surplus que la demanderesse ne s'était pas acquittée du paiement des primes d'avril à mai 2015 dans le délai de 14 jours imparti par la sommation du 15 juin 2015, de sorte que l'obligation de la défenderesse a été suspendue au 29 juin 2015, étant rappelé que le 14 août 2015, la défenderesse a déclaré le contrat d'assurance « dissout ». Il est par ailleurs établi que la demanderesse n'a pas fait usage de son droit de passer dans l'assurance individuelle. Or, l'art. 25 des CGA de la défenderesse prévoit qu'après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation de verser des prestations s'éteint. Il a été déjà jugé qu'une telle clause conventionnelle est valable et ne constitue pas une clause insolite (ATF 4A_120/2008 du 19 mai 2008, consid. 2.2) ; voir aussi ATAS/1203/2011 et ATAS 1713/2012). Par conséquent, quoi qu'il en soit, la demanderesse ne peut faire valoir des prétentions au-delà du 29 juin 2015, voire du 14 août 2015 au plus tard, prétentions prescrites comme vu ci-dessus. 8. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée, dans la mesure où elle est recevable. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant**

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