

GE_GERICHTE A/2600/2014 vom 1. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2600_2014

FR: GE_GERICHTE A/2600/2014 du 1 mars 2016

IT: GE_GERICHTE A/2600/2014 del 1 marzo 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à Viry, France, p.a. B _____, à VERNIER demandeur contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA, sise route de Chavannes 35, Lausanne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1968, domicilié à Viry (Haute-Savoie / France), a effectué diverses missions temporaires au service de la société C _____ . SA (ci-après : C _____) entre le 15 mars 2004 et le 4 mars 2014 comme manutentionnaire, magasinier et cariste, en étant mis chaque fois au bénéfice de contrats de mission. Les deux dernières fois, l'assuré avait été mis au bénéfice de tels contrats du 20 novembre 2013 au 10 février 2014 en étant placé à la D _____ SA à Genève, à raison de 4 à 6 heures par jour, selon un contrat conclu pour une durée maximale de 6 mois mais ayant été résilié par la D _____ SA pour le 10 février 2014, et du 28 février au 4 mars 2014 pour l'entreprise E _____ à Cologny (GE), à raison d'environ 4 heures par jour. 2. En tant qu'employé de C _____, l'assuré était au bénéfice d'un contrat d'assurance collective destiné à couvrir le risque de la perte de salaire en cas de maladie selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1), conclu par C _____ auprès de la Zurich compagnies d'assurances SA (ci-après : la Zurich ou la défenderesse). Ledit contrat prévoyait deux groupes de personnes assurées, à savoir le groupe de personnes 1 comportant « l'ensemble du personnel soumis à la LPP et à la CCT location de services devant obligatoirement être assuré (AO) selon la loi fédérale sur l'assurance-accident (LAA) », et le groupe de personnes 2 comportant « l'ensemble du personnel non soumis à la LPP, mais soumis à la CCT location de services devant obligatoirement être assuré (AO) selon la loi fédérale sur l'assurance-accident (LAA) ». 3. Le 23 novembre 2013, l'assuré a consulté son médecin traitant, la doctoresse F _____, médecin à Saint-Julien-en-Genevois (Haute-Savoie / France), pour un autre motif médical que des lombalgies, mais lors de cette consultation, l'assuré a évoqué une lombalgie aiguë commune qu'il avait traitée efficacement par ibuprofène. L'examen médical pratiqué ce 23 novembre 2013 n'avait pas révélé de sciatalgie ; il n'avait pas été nécessaire de prescrire un arrêt de travail, et l'assuré n'avait pas à nouveau consulté ledit médecin pour cette douleur par la suite. 4. Le 17 mars 2014, l'assuré s'est rendu chez la Dresse F _____, en lui indiquant éprouver des douleurs depuis le 4 mars 2014, dernier jour de sa dernière mission temporaire. Ledit médecin a attesté qu'il nécessitait un arrêt de travail à compter du 17 mars 2014 jusqu'au 1 er avril 2014 inclus. Elle a prolongé cet arrêt de travail le 1 er avril jusqu'au 6 avril 2014 inclusivement. Elle fera de même à de réitérées reprises, jusqu'au 10 septembre 2014 inclusivement. 5. Le 2 avril 2014, C _____ SA a fait à son assurance-accident, la Caisse nationale suisse en cas d'accident (ci-après : SUVA), une déclaration d'accident, en indiquant qu'alors qu'il effectuait un déménagement, l'assuré

avait ressenti une douleur dans la fesse et qui descendait dans la jambe, et que cela semblait être une sciatique. ![/endif]>![if> 6. Le 14 avril 2014, l'assuré a indiqué à la SUVA que lors de sa dernière mission il avait ressenti une douleur, en partant du travail dans la matinée. Il faisait rarement des déménagements. Rien de particulier ne s'était produit (en particulier ni chute, ni glissade). La douleur s'était depuis lors accentuée jusqu'à devenir insupportable. Il n'avait pas d'antécédent à la partie du corps touchée. ![/endif]>![if> 7. Le 15 avril 2014, la Dresse F_____ a indiqué à la SUVA que l'assuré souffrait de lombo-cruralgies gauches non définitives. Des radiographies montraient une discopathie lombaire et une arthrose zygapophysaire. ![/endif]>![if> 8. Par courrier du 17 avril 2014, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle ne prendrait pas en charge l'évènement du 4 mars 2014, pour le motif que celui-ci ne représentait pas un accident ni une lésion corporelle assimilée à un accident, et elle l'a invité à déclarer le cas à son assurance-maladie. ![/endif]>![if> 9. Par une attestation du 26 avril 2014, la Dresse F_____ a certifié que la lombo-cruralgie gauche dont souffrait alors l'assuré était apparue suite à des travaux de port de charge intenses au travail le 4 mars 2014. ![/endif]>![if> 10. Par courrier du 8 mai 2014, C_____ a indiqué à l'assuré qu'en cas de maladie, l'assurance perte de gain – soit la Zurich – conclue ne versait d'indemnité qu'à partir du 3^{ème} jour d'arrêt de travail et uniquement lorsque le gain ou le salaire ne pouvait être acquis. Comme l'assuré avait effectué le nombre d'heures contractuel jusqu'au 4 mars 2014, dernier jour de sa mission temporaire, son incapacité de travail pour la période ayant débuté le 17 mars 2014 ne pouvait être prise en charge. ![/endif]>![if> 11. Par décision du 27 mai 2014, la SUVA a confirmé son courrier précité du 17 avril 2014, à savoir qu'il n'y avait ni accident ni lésion corporelle assimilée à un accident, et qu'en conséquence elle n'allouerait pas de prestations d'assurance pour le sinistre annoncé. Cette décision comportait l'indication de la voie de l'opposition dans un délai de 30 jours. L'assuré ne l'a pas contestée. ![/endif]>![if> 12. De son côté, par courrier du 27 mai 2014, la Zurich a indiqué à l'assuré que la couverture d'assurance était effective tant qu'il faisait partie du contrat, mais qu'étant donné que sa mission s'était terminée en date du 4 mars 2014 et que l'arrêt de travail avait débuté le 17 mars 2014, elle ne pouvait pas prendre en charge son incapacité de travail. Quant à une assurance individuelle, elle ne pouvait être proposée qu'à des personnes domiciliées en Suisse ou au Liechtenstein, ce qui n'était pas son cas. ![/endif]>![if> 13. Le 2 juin 2014, l'assuré a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) une « action de prise en charge et en paiement (indemnités journalières) » à l'encontre de la Zurich. ![/endif]>![if> 14. À la suite d'un entretien téléphonique avec la Zurich, cette dernière a indiqué à l'assuré, par un courriel du 10 juillet 2014, qu'elle acceptait de couvrir son cas et qu'elle allait retourner le dossier à son siège régional de Lausanne « pour la suite de gestion du dossier » et qu'en attendant un décompte d'indemnités journalières, elle lui versait un acompte de CHF 5'000.- à faire valoir sur les prestations qui lui seraient versées, en échange de quoi l'assuré s'engageait à retirer sa demande précitée auprès de la chambre des assurances sociales. ![/endif]>![if> 15. L'assuré a retiré ladite demande par courrier du 17 juillet 2014, et la chambre des assurances sociales a pris acte de ce retrait et rayé la cause du rôle par arrêt du 5 août 2014 (ATAS/888/2014 dans la cause A/1575/2015). ![/endif]>![if> 16. Dans l'intervalle, soit le 22 juillet 2014, la Zurich a invité l'assuré et son médecin traitant, la Dresse F_____, à remplir un questionnaire relatif au sinistre annoncé afin de procéder à l'examen de ce cas. ![/endif]>![if> 17. Le 24 juillet 2014, la Dresse F_____ a indiqué que le traitement médical avait débuté le 17 mars 2014 pour des lombo-sciatalgies

hyperalgiques gauches, et qu'une IRM avait montré une hernie discale foraminale L4-L5 gauche avec un conflit disco-radiculaire. Des fessologies gauches étaient apparues le 14 (recte 4) mars 2014 au travail. L'assuré avait présenté des épisodes de lombalgies aiguës sans sciatgie en 2013.!

18. Par courrier du 7 août 2014, la Zurich a indiqué à l'assuré que, selon les renseignements médicaux en sa possession, il avait déjà souffert de cette affection en 2013, avant son engagement chez C_____ en date du 20 novembre 2013, et que son incapacité de travail ayant débuté le 17 mars 2014, les prestations d'assurance lui étant dues seraient versées au maximum durant 28 jours, conformément aux conditions générales d'assurance (ci-après : CGC). Le versement de CHF 5'000.- qui lui avait été effectué le 11 juillet 2014 dépassait ainsi largement son droit de 28 jours. Aucune demande de remboursement ne lui serait faite, mais la Zurich ne pouvait prendre en charge la suite de son incapacité de travail. !

19. Dans une attestation médicale du 14 août 2014, la Dresse F_____ a certifié que l'assuré était venu la consulter le 23 novembre 2013 pour un motif médical autre que des lombalgies, et que, lors de cette consultation, il avait évoqué une lombalgie aiguë commune qu'il avait traitée efficacement par Ibuprofène. L'examen médical pratiqué n'avait pas retrouvé de sciatgie. Elle lui avait prescrit de l'Ibuprofène en cas de besoin. La douleur n'avait pas nécessité la prescription d'un arrêt de travail, et l'assuré n'avait pas reconsulté pour cette douleur par la suite. !

20. Par courrier du 20 août 2014, l'assuré a contesté cette décision de la Zurich, en relevant que l'affection qu'il avait ressentie en novembre 2013 ne l'avait nullement empêché d'effectuer une mission temporaire également très physique pour C_____ à La D_____ pour une durée de six mois à compter du 20 novembre 2013. Son médecin traitant affirmait qu'il n'y avait aucun lien entre son état de santé de novembre 2013 et son état de santé actuel, qui ne tenait en aucun cas à une maladie préexistante.!

21. Par courrier du 22 août 2014, la Zurich a indiqué à l'assuré que son médecin traitant, la Dresse F_____, avait confirmé à deux reprises dans ses rapports respectivement des 24 juillet et 14 août 2014, qu'il avait reçu un traitement en 2013 déjà en raison de ces problèmes de dos, et qu'en conséquence, selon l'art. 8 des CGC, son droit aux prestations était limité à quatre semaines. La Zurich disait ne pas être en mesure de revenir sur sa position et qu'en cas de procédure judiciaire, elle ne manquerait pas de faire valoir ses prétentions reconventionnelles en remboursement des indemnités versées en trop. !

22. Dans une attestation médicale du 28 août 2014, la Dresse F_____ a certifié qu'il n'y avait pas de lien confirmé entre les épisodes de lombalgies bénignes de l'assuré de novembre 2013 et la hernie discale L4-L5 gauche avec conflit disco-radiculaire dont il souffrait depuis le 17 mars 2014. !

23. Le 3 septembre 2014, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales d'une « action de reprise en charge et en paiement (indemnités journalières) » contre la Zurich, en concluant à la condamnation de cette dernière, sous suite de frais et dépens, d'une somme de CHF 17'790.50 (déduction déjà faite de l'acompte de CHF 5'000.- déjà versé par la Zurich) avec intérêt à 5% l'an à titre de solde des indemnités journalières pour la période du 17 mars au 10 septembre 2014, et d'accepter ainsi sa reprise en charge en tant que maladie initiale et non en tant que maladie préexistante, ainsi que d'appliquer l'art. 29 de la convention collective de travail pour le travail temporaire, à teneur duquel le travailleur avait droit, dans un délai de 90 jours après sa sortie de l'assurance collective, de continuer l'assurance en tant qu'assuré individuel. L'assuré contestait l'objection d'une maladie préexistante. Il était toujours en incapacité totale de travail. !

24. Le 21 novembre 2014, la Zurich a adressé à la chambre des assurances sociales un mémoire de réponse à la demande de paiement et une demande

reconventionnelle. [endif]>[if> Selon l'art. 59 de la police d'assurance conclue entre C_____ et la Zurich, la couverture d'assurance cessait de produire ses effets à la fin du contrat de travail ou de la mission de l'ayant droit. La dernière mission de l'assuré s'était étendue du 28 février au 4 mars 2014, date à laquelle son contrat de mission temporaire avait pris fin. Il n'y avait d'incapacité de travail attestée médicalement qu'à partir du 17 mars 2014, soit au cours d'une période durant laquelle il n'était pas au bénéfice de la couverture d'assurance de la Zurich. L'assuré ne pouvait donc prétendre à aucun versement de la part de la Zurich. Non seulement il devait être débouté de toutes ses prétentions et conclusions, mais encore la Zurich faisait valoir à son encontre une demande reconventionnelle, tendant principalement à la restitution, pour cause d'enrichissement illégitime, de l'acompte de CHF 5'000.- qu'elle lui avait versé sans cause, et subsidiairement – envisageant l'hypothèse que, en raison d'une maladie préexistante, l'assuré pouvait prétendre à une indemnité journalière durant quatre semaines, et non de soixante jours – tendant à la restitution de la différence de CHF 2'580.80 entre les prétentions alors dues à l'assuré de CHF 2'419.20 et l'acompte de CHF 5'000.- lui ayant été versé. En tout état, les prétentions émises par l'assuré en paiement de CHF 17'790.50 étaient mal fondées. L'assuré appartenait aux salariés du groupe 2 visés par le contrat d'assurance collective conclu par C_____ avec la Zurich, et ne pouvait en aucun cas prétendre au versement d'indemnités journalières pour une période allant du 17 mars au 10 septembre 2014, soit une période largement supérieure à soixante jours. 25. Par mémoire du 5 janvier 2015, l'assuré a contesté qu'il faisait partie des salariés de C_____ du groupe 2, dès lors qu'il avait été soumis à la LPP et à la CCT location de services. Il avait travaillé pour C_____ au bénéfice d'un contrat de durée indéterminée de 2004 à 2014. Il n'y avait pas de maladie préexistante, pas de lien entre son état de santé du 23 novembre 2013 et son état de santé actuel. S'il s'était rendu la première fois chez son médecin le 17 mars 2014, la douleur était apparue dès le 4 mars 2014, suite à sa dernière mission temporaire, et s'était accentuée de jour en jour au point de devenir insupportable. La Zurich n'avait pas simplement accepté d'analyser sa demande de paiement, mais elle lui avait confirmé accepter couvrir son cas contre retrait de sa demande en justice. Il a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> 26. Par mémoire du 30 janvier 2015, la Zurich a souligné que l'assuré lui-même confirmait n'avoir été en arrêt de travail que depuis le 17 mars 2014, alors que son dernier contrat de mission temporaire avait pris fin le 4 mars 2014, en d'autres termes que son incapacité de travail avait débuté après la fin de son contrat de mission, soit alors que la couverture d'assurance avait déjà pris fin. L'assuré ne pouvait donc prétendre à aucune indemnité sur la base du contrat d'assurance. [endif]>[if> À titre subsidiaire, la contestation par l'assuré d'une maladie préexistante reposait uniquement sur l'avis de son médecin traitant, dont la valeur probante était formellement contestée par la défenderesse. L'assuré ne s'était pas déterminé sur la demande reconventionnelle formée par la Zurich, mais il avait confirmé que l'acompte de CHF 5'000.- lui avait été versé « en échange » du retrait de sa demande en justice. Le fait que l'assuré aurait appartenu au groupe 1 plutôt qu'au groupe 2 des assurés était sans incidence, dès lors que l'art. 59 du contrat ne faisait aucune distinction selon que les travailleurs appartenaient au groupe 1 ou au groupe 2, et l'art. 8 dudit contrat non plus dans l'hypothèse subsidiaire d'une maladie préexistante. La défenderesse persistait donc dans ses conclusions. 27. Le 6 octobre 2015, entendu comme témoin par la chambre des assurances sociales, Monsieur G_____, représentant de C_____, a expliqué que cette dernière concluait des contrats de location de services avec les entreprises dans lesquelles elle plaçait des travailleurs temporaires dont elle restait

l'employeur et avec lesquels elle concluait des contrats de travail (de durée déterminée ou indéterminée), intégrant un contrat-cadre, dont la durée de validité correspondait cependant à celle des contrats de mission. Depuis le 1^{er} janvier 2012, il y avait une convention collective de travail pour la branche professionnelle considérée, à laquelle étaient soumis tant les travailleurs temporaires du groupe I (par ailleurs soumis à la LPP) que ceux du groupe II. Les deux dernières missions de l'assuré avaient duré respectivement du 20 novembre 2013 au 10 février 2014 (date d'échéance suite à la résiliation par la D_____ SA du contrat conclu initialement pour six mois, selon l'assuré), et du 28 février au 4 mars 2014, donc pour une durée déterminée. S'agissant de la couverture de la perte de gain pour cause de maladie, elle était au maximum de 60 jours pour les travailleurs temporaires dont le contrat de mission était d'une durée déterminée inférieure à 13 semaines, sauf pour ceux qui – à l'instar de l'assuré – étaient soumis dès le premier jour à la LPP, qui étaient au bénéfice d'une même couverture que les travailleurs temporaires dont le contrat de mission était de durée indéterminée ou pour au moins 13 semaines, à savoir 720 jours sur 900 jours consécutifs. En cas de maladie préexistante, la couverture était de 28 jours pour des travailleurs temporaires dont la mission était limitée au maximum à six mois, ainsi que l'indiquait l'art. 8 des CGC, repris dans le contrat-cadre. La couverture d'assurance n'était cependant donnée, en toute hypothèse, que pour des maladies s'étant déclarées durant une mission temporaire et attestées par certificat médical, ainsi que l'indiquait l'art. 59 des CGC et l'art. 11 d'un extrait des CGC remis le cas échéant au travailleur temporaire. Il y avait des possibilités – non accessibles toutefois à un travailleur temporaire domicilié, comme l'assuré, à l'étranger – d'obtenir une couverture en perte de gain maladie individuelle couvrant des périodes entre deux missions temporaires. L'assuré a confirmé être domicilié en France depuis des années, et n'avoir pour ce motif pas obtenu de la Zurich la couverture à titre individuel de sa perte de gain maladie hors périodes de mission temporaire. Il n'avait pas eu de maladie préexistante, les douleurs dorsales qu'il avait soignées lui-même par la prise d'un médicament à la fin de l'année 2013 étant survenues alors qu'il était en mission temporaire à la D_____ SA. Il était en arrêt de travail pour cause de maladie dès le 4 mars 2014, certes de façon attestée médicalement dès le 17 mars 2014, et il l'était toujours, en considérations des mêmes problèmes dorsaux, auxquels s'était ajoutée une dépression. Il était conscient des enjeux de la procédure, y compris de faire l'objet d'une demande reconventionnelle de la part de la Zurich, qu'il estimait non fondée. Il s'estimait toujours sous couverture de la Zurich pour sa perte de gain, et souhaitait que la cause soit jugée. Un délai au 28 octobre 2015 a été imparti aux parties pour mémoire après enquêtes. Les possibilités pour l'assuré de se faire assister ou représenter, voire d'obtenir l'assistance judiciaire, lui ont été indiquées. 28. Par mémoire après enquêtes du 22 octobre 2015, l'assuré a indiqué qu'il n'avait nullement été informé de son droit de passage dans l'assurance individuelle, si bien qu'à teneur de la loi, il était resté dans l'assurance collective ; la Zurich ne pouvait pas prévoir dans ses conditions générales d'assurances qu'il n'y avait pas de droit de passage dans l'assurance individuelle pour les personnes résidant hors de Suisse ; cela était scandaleux pour tous les frontaliers, qui cotiseraient sans jamais pouvoir prétendre à être indemnisé en cas de maladie. Il a produit un courriel (rédigé en allemand) qu'un collaborateur de la société H_____ AG (ci-après : H_____ AG), entreprise de consultation et de service indépendante située à Winterthur, avait adressé le 20 octobre 2015 à C_____ et à la Zurich, duquel il ressortait – selon lui – que son cas devait être pris en charge par la Zurich, dès lors que l'atteinte à son état de santé était survenue le 4 mars 2014, soit son dernier jour de travail. La Zurich s'était engagée à

prendre son cas en charge, puis, un mois plus tard, elle avait annulé sa couverture d'assurance en invoquant une maladie préexistante, alors qu'il ne s'agissait pas d'une maladie préexistante, ainsi que l'attestaient le fait qu'il était en mission à La D_____ et son médecin traitant. Son cas devait être repris en charge par la Zurich. ![endif]>![if> 29. Par mémoire après enquêtes du 28 octobre 2015, la Zurich a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré n'entrait pas dans le champ de couverture de la police d'assurance, contrat de droit privé. Le dernier contrat de mission conclu entre l'assuré et C_____ avait porté sur un travail de manutentionnaire à durée déterminée, sur une durée de trois jours comprise entre le 28 février et le 4 mars 2014. Sa dernière mission s'était ainsi achevée le 4 mars 2014. L'assuré s'était rendu le 1^{er} avril 2014 chez son médecin, qui avait attesté d'une incapacité de travail dès le 17 mars 2014 en raison d'intenses travaux de port de charges effectués le 4 mars 2014 ; l'assuré lui-même ne contestait pas que son incapacité de travail avait débuté le 17 mars 2014 ; sa demande tendait au paiement d'indemnités journalières à partir de cette date-ci, qui résultait par ailleurs de l'ensemble des documents qu'il avait remis tant à la SUVA qu'à la Zurich. D'après le contrat d'assurance liant C_____ et la Zurich, la couverture d'assurance débutait pour chaque travailleur le jour de son entrée au service de l'entreprise assurée et cessait de produire ses effets à la fin du contrat de travail ou de mission. La maladie n'était couverte que si elle se déclarait durant la mission temporaire, mais pas au-delà, et toujours sur la base d'un certificat médical. L'incapacité de travail alléguée par l'assuré était survenue après la fin du contrat de mission, soit en dehors de la période de couverture d'assurance. La Zurich l'avait expliqué d'emblée à l'assuré, après que la SUVA eut nié tout accident ou lésion assimilée à un accident et que l'assuré l'eut saisie d'une demande de prise en charge au titre de l'assurance perte de gain en cas de maladie. La Zurich l'avait aussi informé, le 27 mai 2014, que son passage dans l'assurance individuelle n'était pas possible dès lors qu'il était domicilié en France, et non en Suisse ou au Lichtenstein. L'assuré devait être débouté de toutes les conclusions de sa demande. Après le dépôt de sa demande en paiement du 2 juin 2014, la Zurich avait accepté d'analyser et faire analyser à son siège central si son cas devait être pris en charge et lui avait versé sans engagement un acompte de CHF 5'000.-, qui ne serait acquis à l'assuré que pour autant qu'il puisse prétendre au versement d'indemnités journalières d'un montant au moins équivalent. Après analyse du dossier, elle avait ensuite, le 7 août 2014, refusé de prendre le cas en charge, ce qu'elle avait ensuite confirmé, le 20 août 2014, en réservant tout droit quant à ses éventuelles prétentions reconventionnelles en remboursement des indemnités versées en trop. L'assuré avait bénéficié d'une prestation (soit le versement d'un acompte de CHF 5'000.-) en vertu d'une cause qui ne s'était pas réalisée, que la Zurich lui avait fournie alors qu'elle était dans l'erreur (pensant qu'après analyse du cas, des prestations d'assurances devraient être versées à l'assuré). Les prétentions reconventionnelles avaient été formées dans le délai de prescription d'un an. La demande reconventionnelle devait être admise. ![endif]>![if> 30. Dans des observations du 16 novembre 2015, l'assuré a objecté que son incapacité de travail avait débuté le 4 mars 2014, soit le dernier jour de son travail, alors qu'il avait ressenti des douleurs, qui s'étaient accentuées de jour en jour, si bien qu'il était allé chez le médecin le 17 mars 2014 seulement, mais avait obtenu un certificat médical attestant que son état de santé était dû à sa dernière mission du 4 mars 2014. La Zurich ne l'avait pas correctement informé de son droit de passer dans l'assurance individuelle ; la clause de ses conditions générales d'assurance excluant un tel passage en cas de résidence hors de Suisse ou du Lichtenstein n'était pas conforme au droit. La Zurich avait accepté de couvrir son cas. L'assuré a persisté

dans les conclusions de sa demande. 31. La cause a été gardée à juger.

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), 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 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 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).

Selon les conditions générales du contrat (ci-après : CGC) conclu entre C_____ et la Zurich, intégrées à la police d'assurance, l'assurance collective perte de gain en cas de maladie ici applicable est régie par la LCA (art. 43 CGC). La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Sauf disposition contraire de la loi, le for est, pour les actions dirigées contre une personne physique, celui de son domicile, et, pour les actions dirigées contre une personne morale, celui de son siège (art. 10 al. 1 let. a et 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. 100 CGC prévoit que pour tout litige découlant du contrat, le preneur d'assurance ou l'ayant droit aux prestations peut choisir comme for Zurich en tant que siège principal de la Zurich ou le lieu de la succursale de la Zurich en relation matérielle avec le contrat. Il appert et n'est d'ailleurs pas contesté que la présente demande a été formée à un for prévu par les CGC, et donc que la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande, y compris pour la demande reconventionnelle (art. 14 CPC).

3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable prévue par l'art. 197 CPC lorsque le canton du for a prévu – comme le canton de Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ) – une instance cantonale unique en vertu de l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011).

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 est une maxime inquisitoire sociale, non absolue. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323

consid. 4.1 non publié ; 130 III 321 consid. 3.1 ; 129 III 18 consid. 2.6 ; 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; 119 III 60 consid. 2c ; 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

5. 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 ; 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.3). 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. Le contrat que la Zurich et C_____ ont conclu pour la couverture du risque perte de gain en cas de maladie est un contrat de droit privé soumis à la LCA et, partant, aux CGC et à la police d'assurance dans toute la mesure où ces normes contractuelles sont compatibles

avec la LCA. Il couvre les travailleurs employés par C_____, notamment ceux que celle-ci place dans des entreprises en concluant avec eux des contrats de mission, de durée indéterminée ou déterminée. [endif]>[if> Il n'est pas contesté que le demandeur a effectué différentes missions temporaires au service de C_____ entre le 15 mars 2004 et le 10 février 2014 en tant que manutentionnaire, magasinier ou cariste, en particulier, les deux dernière fois, du 20 novembre 2013 au 10 février 2014 à la D_____ SA à Genève, à raison de 4 à 6 heures par jour, selon un contrat conclu pour une durée maximale de 6 mois mais ayant été résilié par la D_____ SA pour le 10 février 2014, et du 28 février au 4 mars 2014 pour l'entreprise E_____ à Cologny (GE), à raison d'environ 4 heures par jour. 7. a. Selon l'art. 58 phr. 1 CGC, la couverture d'assurance prévue par ledit contrat prend effet pour chaque travailleur le jour de son entrée au service de l'entreprise assurée. D'après l'art. 59 CGC, elle cesse de produire ses effets à la fin du contrat de travail ou mission. [endif]>[if> La couverture d'assurance est calquée sur la période de l'engagement effectif du travailleur, soit, pour un travailleur temporaire, sur celle de sa mission au service de l'entreprise dans laquelle il est placé. L'art. 58 phr. 2 CGC le souligne en prévoyant que, pour les personnes atteintes d'une incapacité de travail, l'assurance n'entre en vigueur qu'au moment où elles reprennent le travail en plein conformément à leur contrat de travail. L'art. 59 CGC in fine mentionne d'ailleurs bien, en visant manifestement la situation des travailleurs temporaires, la fin de la mission. L'art. 48 CGC précise que l'assurance s'étend aux conséquences de maladies que les personnes assurées subissent pendant la durée de la couverture d'assurance. b. En l'espèce, l'incapacité de travail subie par le demandeur n'est attestée médicalement qu'à partir du 17 mars 2014, ainsi que le médecin traitant du demandeur l'a certifié explicitement à plusieurs reprises, en particulier les 17 mars, 1 er avril, 15 avril, 13 juin et 28 août 2014. Le demandeur lui-même ne conteste pas que son incapacité de travail a débuté le 17 mars 2014, et sa demande en paiement tend d'ailleurs au versement d'indemnités journalières à partir de cette date. Cette dernière figure aussi dans la déclaration de sinistre LAA faite à la SUVA le 2 avril 2014. La mission du demandeur avait pris fin le 4 mars 2014. L'incapacité de travail du demandeur étant survenue à compter du 17 mars 2014, donc au-delà de la période de couverture d'assurance, la défenderesse déduit des dispositions contractuelles précitées que le demandeur n'avait aucun droit à des indemnités journalières. Le demandeur objecte que la cause de son incapacité de travail réside dans un événement survenu le 4 mars 2014, soit le dernier jour de sa dernière mission et de surcroît dans l'accomplissement de sa mission. La question posée est donc celle de savoir s'il suffit, pour que naisse le droit à des prestations prévues par l'assurance conclue (en l'occurrence l'assurance collective pour perte de gain en cas de maladie), que la maladie soit contractée pendant la période durant laquelle la couverture d'assurance produit ses effets ou s'il faut à cette fin que les symptômes de la maladie considérée se manifestent durant cette période (à savoir, s'agissant d'une telle assurance, l'incapacité de travail justifiant le cas échéant le versement d'indemnités journalières). 8. Selon l'art. 5 CGC, il faut entendre par maladie, au sens de l'assurance, toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Cette définition est la même que celle que l'art. 3 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) donne de la maladie. [endif]>[if> Selon la jurisprudence, du fait de la multiplicité des manifestations possibles de maladies, il est difficile de cerner avec exactitude la notion de maladie ; aussi faut-il déterminer si un assuré souffre d'une maladie au regard des particularités du cas, en tenant par ailleurs compte qu'il

s'agit d'une notion juridique ne se recoupant pas forcément avec la notion médicale de la maladie (ATF 124 V 118 consid. 3b ; 116 V 240 consid. 3a ; 116 IV 128 consid. 2a). Il est cependant admis que la notion de maladie englobe la menace concrète d'une atteinte à la santé ou de la péjoration d'une atteinte à la santé existante, pour autant, cependant, qu'il y ait effectivement un état morbide (ATF 124 V 118 consid. 6b ; 118 V 117 consid. 7c ; Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, in Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, éd. par Ghislaine FRÉSARD/Bettina KAHIL-WOLFF/Stéphanie PERRENOUD, p. 63 n. 89 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 6 ss ad art. 3). Il n'est donc pas exclu que, contrairement à l'analyse qu'en fait la défenderesse, la couverture d'assurance ne puisse être écartée pour le motif que l'incapacité de travail ne se serait manifestée qu'ultérieurement, pour le cas où il faudrait admettre que le demandeur serait tombé malade le 4 mars 2014 déjà. La question peut toutefois rester ouverte en l'espèce. 9. a. En effet, il n'est pas établi que l'incapacité de travail du demandeur attestée médicalement dès le 17 mars 2014 remonte au 4 mars 2014, en particulier qu'il y ait déjà eu à ce moment-là un état morbide. Sans doute le médecin traitant du demandeur a-t-il indiqué, le 26 avril 2014, que la lombo cruralgie gauche dont celui-ci souffrait était apparue suite à des travaux de port de charge intenses au travail le 4 mars 2014, et, le 22 juillet 2014, que des fessologies gauches étaient apparues chez le demandeur le 4 mars 2014 au travail. Toutefois, non seulement ledit médecin n'a pas ausculté le demandeur avant le 17 mars 2014, si bien que ses affirmations ne sauraient valoir guère plus que celles du demandeur lui-même, mais encore il a affirmé, les 14 et 28 août 2014, que « la hernie discale L4-L5 gauche avec conflit disco-radicaire dont (le demandeur) souffrait depuis le 17 mars 2014 » était sans lien avec les lombalgies bénignes que le demandeur lui avait dit, le 23 novembre 2013, avoir ressenties et traitées lui-même en prenant de l'ibuprofène et qui n'avaient pas été retrouvées à l'examen médical pratiqué le 23 novembre 2013. C'est dans la perspective qu'un accident était survenu le 4 mars 2014 – ainsi qu'il a été envisagé initialement que cela avait été le cas – que lesdites attestations ont été établies. Or, la notion même de maladie est exclusive de celle d'accident (cf. art. 5 CGC et art. 3 al. 1 LPGA), et, à teneur de la décision de la SUVA du 27 mai 2014 (que le demandeur n'a pas contestée, alors qu'il savait que la défenderesse n'entendait pas prendre en charge le sinistre annoncé), il n'y a pas eu d'accident. Même une erreur dans l'appréciation de cette question ne saurait amener à devoir admettre qu'il y aurait maladie à prendre en charge par la défenderesse. Il faut en outre relever que, selon l'art. 67 CGC traitant des obligations lors d'un cas d'assurance, lorsqu'un événement assuré qui donnera probablement droit à des prestations d'assurance est survenu, il faut faire appel aussi rapidement que possible à un médecin autorisé à pratiquer et veiller à ce que les soins adéquats soient prodigués, et il faut informer immédiatement la défenderesse de l'événement en question et se soumettre aux mesures d'investigation qu'ordonnerait la défenderesse. Le demandeur n'a pas satisfait à ces obligations, qui visent notamment à prévenir des situations d'incertitude quant à la prise en charge d'événements. En l'occurrence, si maladie il y a eu, elle est survenue alors que le demandeur n'était plus couvert par l'assurance collective perte de gain en cas de maladie fournie par la défenderesse. Et s'il s'agissait en réalité d'un accident (question que la chambre de céans ne saurait examiner plus avant), il ne serait pas appréhendé par la couverture d'assurance fournie par la défenderesse. b. En tout état, compte tenu de l'art. 59 CGC précité, si tant est qu'elle serait née encore le 4 mars 2014, la couverture d'assurance n'en aurait pas moins cessé aussitôt de produire ses effets, dès le 5 mars 2014, lendemain du dernier jour de la

mission du demandeur, alors qu'en l'occurrence celui-ci n'était pas encore en incapacité de travail. Dans l'ATF 127 III 106, le Tribunal fédéral a certes jugé que dans l'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation, contrairement à l'assurance – facultative – collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal, et qu'en conséquence 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. Il a toutefois réservé les clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture. Or, ledit art. 59 CGC doit précisément être compris comme une clause supprimant le droit aux prestations une fois que le contrat de travail ou la mission a pris fin.

10. a. Le demandeur prétend qu'il n'a pas été informé correctement de son droit à passer dans l'assurance individuelle, la clause des CGC excluant un tel passage en cas de résidence hors de Suisse ou du Lichtenstein n'étant selon lui pas conforme au droit. Selon l'art. 63 CGC, lorsqu'elles ne font plus partie du cercle des assurés ou en cas de dissolution du présent contrat, les personnes domiciliées en Suisse ou dans la Principauté du Lichtenstein ont le droit de passer dans l'assurance individuelle de la Zurich ; elles doivent faire valoir ce droit de passage dans les 90 jours suivant le moment où elles quittent le cercle des assurés, la dissolution du contrat ou la fin du versement des prestations.

b. L'assurance collective couvrant la perte de gain en cas de maladie qui – comme en l'espèce – est soumise à la LCA ressortit avant tout au droit privé contractuel et est donc régie par le principe de l'autonomie de la volonté. La question de la conformité au droit communautaire européen de l'exclusion du passage dans l'assurance perte de gain individuelle aux personnes domiciliées à l'étranger a néanmoins été soulevée dans un récent article de doctrine (Jacques-André SCHNEIDER/Anne TROILLET, Assurance perte de gain maladie collective selon la LCA et situations transfrontalières, SZS 2013 p. 251 ss). Pour ces auteurs, à teneur de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681) et de ses annexes, les prestations d'assurance perte de gain en cas de maladie qui sont offertes aux travailleurs frontaliers doivent être équivalentes à celles qui sont offertes à un travailleur local ; à défaut, il y aurait une différence de traitement contraire à l'art. 9 de l'Annexe I ALCP. Des conditions générales d'une assurance perte de gain pour maladie régies par la LCA qui limiteraient ou excluraient le droit aux prestations du travailleur en raison de sa nationalité ou de son lieu de résidence seraient susceptibles de constituer une discrimination, respectivement directe ou indirecte, incompatible avec le principe de non-discrimination posé par l'art. 2 ALCP. De telles clauses seraient nulles de plein droit. L'employé disposerait d'une prétention envers son employeur, tendant à ce que ce dernier compense la différence entre les prestations percevables en vertu du contrat d'assurance et celle que percevrait, en vertu du même contrat, un travailleur suisse et/ou domicilié en Suisse. Une voie d'action de l'employé envers l'assureur serait envisageable. C'est à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) qu'il appartiendrait d'intervenir auprès des entreprises d'assurances privées qui continueraient à se servir de conditions générales d'assurance portant atteinte au droit communautaire, afin qu'elles rectifient la situation dans un sens conforme au droit. En conclusion, il serait souhaitable que le processus continu d'adaptation du droit suisse et de la conception juridique suisse aux exigences du droit bilatéral de la

libre circulation entraîne la fin de la discrimination considérée. Dans un arrêt du 23 décembre 2009 (ATF 135 III 640) portant sur la possibilité, pour un travailleur intérimaire, de passer à l'assurance perte de gain individuelle une fois que les rapports de travail ont pris fin et qu'il a quitté le cercle des personnes affiliées à l'assurance collective, le Tribunal fédéral n'a certes pas abordé cette question de conformité au droit communautaire européen. Il importe cependant de relever qu'il a estimé que le libre passage d'une assurance à une autre ne constituait pas un « salaire ». Lorsqu'existait une convention collective de travail instituant un régime dérogatoire au sens de l'art. 324a al. 4 de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (CO - RS 220) – soit la couverture par une assurance d'indemnités journalières du salaire que l'employeur serait normalement tenu, selon l'art. 324a al. 1 CO, de verser à un travailleur malade pendant un temps limité –, il fallait un accord des parties sur les points essentiels, au nombre desquels ne figurait pas un éventuel libre passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle. En conclusion, le Tribunal fédéral a jugé que la cour cantonale avait violé le droit fédéral en mettant à la charge de l'employeur du travailleur intérimaire une disposition conventionnelle de garantir à ce dernier le libre passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle ; le travailleur intérimaire ne pouvait prétendre à la réparation du dommage qu'il aurait subi pour n'avoir pas bénéficié d'indemnités journalières en cas de maladie faute d'avoir pu demander son transfert dans l'assurance individuelle. c. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant si la limitation que prévoit l'art. 63 CGC du droit de passage dans l'assurance individuelle est conforme ou non à l'ALCP et ses annexes. En effet, non seulement – quoi qu'il en soit de cette question – un droit d'action du travailleur à l'encontre de l'assureur apparaît des plus douteux, mais aussi et surtout le demandeur a reçu des informations, au demeurant conformes audit art. 63 CGC, quant à un passage dans l'assurance individuelle, ne serait-ce que par la précision qu'un tel passage ne pouvait lui être proposé du fait qu'il n'était pas domicilié en Suisse ou au Lichtenstein, et il n'a pas fait valoir un droit de passage dans le délai de 90 jours prévu par cet art. 63 CGC, le cas échéant en contestant l'avis qu'il ne disposerait pas d'un tel droit en étant domicilié en France. Le demandeur apparaît au surplus avoir disposé des CGC, traitant notamment du passage dans l'assurance individuelle. D'ailleurs, dans sa première demande à la chambre de céans, du 2 juin 2014, il a cité cette exclusion du droit de passage dans l'assurance individuelle, sans en contester la validité. d. Contrairement à ce qu'il prétend (sans du tout motiver son avis), le demandeur n'est pas resté dans l'assurance collective au bénéfice de laquelle il se trouvait durant ses missions de travailleur temporaire, assurance régie par la LCA (et non les art. 67 ss LAMal, ni par la LPGA). Et aucune assurance individuelle n'a été conclue entre le demandeur et la défenderesse. La défenderesse ne saurait donc être tenue de lui verser des prestations, et ce même si la restriction considérée figurant à l'art. 63 CGC devait s'avérer incompatible avec l'ALCP et ses annexes. 11. La prétention du demandeur au versement d'indemnités journalières pour la perte de gain liée à la maladie dont il a souffert, qui l'a rendu incapable de travailler dès le 17 mars 2014, n'est donc pas fondée. La demande principale doit être rejetée. 12. a. La défenderesse a conclu reconventionnellement à la restitution, pour cause d'enrichissement illégitime, de l'acompte de CHF 5'000.- qu'elle lui avait versé sans cause, et subsidiairement – envisageant l'hypothèse qu'en raison d'une maladie préexistante, l'assuré pouvait prétendre à une indemnité journalière durant quatre semaines, et non soixante jours – tendant à la restitution de la différence de CHF 2'580.80 entre les prétentions qui seraient alors dues à l'assuré, de CHF 2'419.20, et l'acompte de CHF 5'000.- lui ayant été versé. b.

Contrairement à ce qu'elle prétend, la défenderesse n'a pas accepté – après que le demandeur eut déposé, le 2 juin 2014, sa première demande en paiement – d'analyser et faire analyser à son siège central si son cas devait être pris en charge, et elle n'a pas versé sans engagement au demandeur un acompte de CHF 5'000.-, qui ne serait acquis à ce dernier que pour autant qu'il puisse prétendre au versement d'indemnités journalières d'un montant au moins équivalent. Il résulte sans ambiguïté du courriel que la défenderesse a envoyé le 10 juillet 2014 au demandeur que cette dernière a accepté de couvrir le cas du demandeur et qu'un décompte d'indemnités journalières serait établi. Il était acquis que des prestations seraient servies au demandeur, même si leur montant, voire leur fondement juridique exact restait à préciser. Le retour du dossier au siège régional de Lausanne de la défenderesse n'intervenait que « pour la suite de gestion du dossier », mots derrière lesquels ne pouvait être discernée l'hypothèse d'une remise en question du droit du demandeur à des prestations. Telle n'était pas seulement la compréhension que le demandeur, en toute bonne foi, pouvait avoir des termes de ce courriel (dont la défenderesse elle-même n'allègue pas qu'ils n'auraient pas correspondu à l'échange intervenu par téléphone), mais aussi celle qu'en a alors eue la défenderesse elle-même. Il n'est d'ailleurs pas vraisemblable que la défenderesse aurait accepté de verser un tel acompte au demandeur alors qu'elle n'aurait pas été convaincue que celui-ci avait droit à des prestations de sa part, au moins à hauteur de ce montant de CHF 5'000.-. Elle a alors même imaginé – après avoir, le 27 mai 2014, pensé et lui avoir même indiqué qu'elle n'avait pas à prendre en charge son incapacité de travail – que les prestations qui seraient dues au demandeur pourraient être supérieures à ce montant, ainsi que l'expriment les mots « acompte de CHF 5'000.- (à faire valoir sur les prestations) » qu'elle a utilisés dans ce courriel. Elle n'a formulé aucune réserve à cet égard, et n'a en particulier pas fait la moindre allusion à une quelconque éventuelle restitution de tout ou partie dudit acompte. Preuve en est qu'elle est parvenue à la conclusion, le 7 août 2014, que le demandeur avait droit à des indemnités journalières durant 28 jours, d'une part, et qu'elle lui a alors dit, au surplus inconditionnellement, qu'aucun remboursement ne lui serait demandé du fait que le montant dû était finalement moindre que celui de l'acompte versé, d'autre part. L'échange obtenu du demandeur, à savoir le retrait de sa demande du 2 juin 2014, ne pouvait à l'évidence n'avoir qu'une importance mineure pour une aussi grande compagnie d'assurances que la défenderesse, à laquelle on ne saurait prêter la crainte de faire l'objet d'une action en justice telle que celle que le demandeur avait intentée à son encontre. Aussi faut-il retenir qu'il y a eu un accord minimal des parties, résultant de manifestations de volontés réciproques et concordantes, portant sur le versement d'en tout état CHF 5'000.- au demandeur (art. 1 CO). La défenderesse ne prétend pas et ne saurait prétendre de bonne foi qu'elle a conclu cet accord en étant sous l'empire d'une erreur essentielle, ni à l'évidence d'un dol ou d'une crainte fondée (art. 23 ss CO). c. Il s'ensuit que si le demandeur n'avait pas droit à des prestations de la défenderesse, il ne s'est pas pour autant enrichi sans cause valable à hauteur de CHF 5'000.-, mais bien en vertu de l'accord valablement précité passé entre lui et la défenderesse. Il n'y a pas place à l'application des dispositions sur l'enrichissement illégitime invoquées par la défenderesse. Les demandes reconventionnelles (principale et subsidiaire) de la défenderesse doivent être rejetées. 13. Selon l'art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et autres lois fédérales en matière civile du 28 novembre 2010 (LaCC - E 1 05), il n'est pas prélevé de frais judiciaires, ni alloué de dépens à la charge de l'assuré, dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire prévue par la LAMal. Il n'y a pas non plus lieu d'allouer des dépens au demandeur, d'autant plus

qu'il n'est pas représenté par un conseil. * * * * * 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.