

GE_GERICHTE A/4069/2010 vom 6. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4069_2010

FR: GE_GERICHTE A/4069/2010 du 6 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE A/4069/2010 del 6 ottobre 2011

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur D _____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA demandeur contre CMBB CAISSE MALADIE SUISSE DU BOIS ET DU BÂTIMENT, sise rue du Nord 5, 1920 MARTIGNY défenderesse EN FAIT Monsieur D _____ (ci-après l'assuré), né en 1966, était employé par l'entreprise X _____ SA, à Thônex, en tant que poseur de sols. A ce titre, il était assuré pour la perte de gain en cas de maladie auprès de la CMBB CAISSE MALADIE SUISSE DU BOIS ET DU BÂTIMENT (ci-après: la CMBB), membre du GROUPE MUTUEL. Le 24 novembre 1997, l'assuré est tombé d'une échelle sur un chantier. La CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) a pris en charge l'incapacité de travail qui a découlé de cet accident jusqu'au 28 février 1999, date à laquelle elle a mis un terme à ses prestations, décision confirmée en dernier lieu par le Tribunal fédéral des assurances le 2 novembre 2000 (arrêt U 80/00). Le Tribunal fédéral a en substance retenu que les séquelles physiques n'entraînaient pas d'incapacité de travail au-delà du 28 février 1999. Quant aux troubles psychiques, de gravité tout au plus moyenne, ils n'engageaient pas la responsabilité de la SUVA puisqu'ils ne pouvaient trouver leur origine dans l'accident. Le 5 janvier 2001, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est alors retourné vers la CMBB à laquelle il a demandé de prendre en charge son incapacité de travail à compter du 1^{er} mars 1999. Estimant que le dossier n'était pas encore suffisamment instruit sur le plan médical et que cette lacune avait pour cause le comportement de l'assuré - qui refusait de se soumettre à l'expertise qu'elle avait ordonnée - la CMBB lui a nié le droit à des prestations d'assurance (décision du 17 avril 2002, confirmée sur opposition le 15 juillet suivant). Saisi par l'assuré, le Tribunal administratif - alors compétent - a, par arrêt ATA/170/2003 du 25 mars 2003, partiellement admis le recours et renvoyé la cause à la CMBB à charge pour cette dernière de procéder à une instruction complémentaire et de rendre une nouvelle décision. Parallèlement, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) qui, par décision du 7 juin 2002, lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité entière avec effet rétroactif au 1^{er} novembre 1998. Cette décision de l'OAI se basait une expertise pluridisciplinaire effectuée en 2001, qui concluait à une totale incapacité de travail en raison principalement d'une dépression sévère. L'assuré ne s'est pas présenté à la date prévue devant l'expert désigné par la CMBB. Il a expliqué son défaut par le fait qu'il considérait que les conditions formelles à la tenue de l'expertise proposée par la CMBB n'étaient pas réalisées. L'assurance a alors classé sans suite le dossier (décision du 31 octobre 2003, confirmée sur opposition le 2 février 2004). L'assuré a déféré la cause devant le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 15 juin 2004, à l'issue de laquelle les parties ont convenu que la CMBB annulerait ses décisions et

recommencerait la procédure d'expertise dans le respect du droit d'être entendu. Cet accord a été entériné par le Tribunal cantonal par arrêt du 22 juin 2004. Par décision du 27 septembre 2005, confirmée sur opposition le 18 novembre 2005, la CMBB a constaté que l'instruction du dossier n'avait pas permis d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante un droit aux prestations et que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'avérait indispensable. Par courriers des 24 novembre 2005 et 21 novembre 2006, la CMBB a informé l'assuré qu'elle renonçait à se prévaloir de la prescription jusqu'au 31 décembre 2006, respectivement jusqu'au 30 novembre 2007, pour autant que la prescription ne soit pas déjà intervenue (pièces 12 demandeur et 64 défenderesse). Saisi d'un recours de l'assuré contre la décision sur opposition de la CMBB du 18 novembre 2005, le Tribunal cantonal l'a admis, par arrêt ATAS/252/2007 du 8 mars 2007, en ce sens qu'il a constaté que l'assuré avait été dans l'incapacité totale de travailler pour cause de maladie dès le 1^{er} mars 1999 et qu'il a renvoyé la cause à la CMBB, à charge pour cette dernière de fixer le montant des indemnités dues, tant du point de vue temporel et de la quotité qu'au regard d'une éventuelle surindemnisation. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral (cf. 9C_220/2007 du 7 avril 2008). En date du 7 mai 2008, la CMBB a informé l'assuré que son « service des assurances entreprises » était en train de procéder au calcul des indemnités dues et l'a enjoint à lui donner des précisions sur les prestations perçues d'autres organismes sociaux durant la période litigieuse (pièce 4 demandeur). Par courrier du 17 octobre 2008, la CMBB a transmis à l'assuré un décompte de prestations, duquel il résultait qu'en 1999, le salaire horaire de l'assuré avait été de 25 fr. 80 (soit un revenu de 55'005 fr. 60 pour 2'132 heures de travail). L'assurance précisait que, d'après le contrat-cadre, l'assuré avait droit au versement de 360 indemnités journalières à 80% du 1^{er} mars 1999 au 23 février 2000 - sous réserve d'un délai d'attente du 1^{er} au 2 mars 1999 -, puis à 360 indemnités journalières d'un montant de 20 fr., du 24 février 2000 au 17 février 2001. Il était relevé que la SUVA avait versé plus de 360 indemnités journalières. La CMBB a procédé à un calcul de surindemnisation, tenant compte des rentes de l'assurance-invalidité versées durant la période courant du 3 mars 1999 au 23 février 2000, de l'impôt à la source et des avances faites par l'Hospice général du 3 mars 1999 au 17 février 2001 et en a tiré la conclusion que l'assuré avait droit à un montant global de 27'169 fr. 99 (pièce 5 demandeur). En date du 24 octobre 2008, la CMBB a déclaré à l'assuré renoncer à se prévaloir de l'exception de la prescription jusqu'au 30 novembre 2008, renonciation qui était faite sans préjudice de la question litigieuse et qui n'était valable que pour autant que la prescription ne soit pas déjà intervenue (pièce 13 demandeur). Le 4 novembre 2008, l'assuré a sollicité de la CMBB le versement immédiat de la somme de 27'169 fr. 99 avec intérêts à 5% dès le 17 février 2001. Par ailleurs, il a manifesté son accord quant au montant de l'indemnité journalière de 120 fr. 60, mais contesté la diminution de l'indemnité journalière à 20 fr. après 360 jours, alléguant qu'une telle diminution au motif que la SUVA avait versé des indemnités journalières durant plus de 360 jours, n'était pas prévue (les certificats d'assurance se bornaient à mentionner une indemnité journalière de 80% du salaire après un délai d'attente de deux jours). L'assuré a également requis des informations concernant le calcul de surindemnisation effectué eu égard aux prestations versées par l'assurance-invalidité. A cet égard, l'assuré a relevé que, d'après les conditions particulières de l'assurance collective d'une indemnité journalière catégorie BE, lorsque l'indemnité journalière est réduite pour éviter la surindemnisation, la durée du droit aux prestations est prolongée proportionnellement à la réduction effectuée. En conséquence, il a demandé que le versement des indemnités journalières soit prolongé au-delà de 720 jours (pièce 6

demandeur). Le 14 novembre 2008, la CMBB a procédé à un nouveau calcul des prestations en tenant compte d'un intérêt moratoire calculé dès le 1^{er} janvier 2003 et en renonçant, « à titre de bien plaie » à tenir compte de la rente servie par l'assurance-invalidité. A son courrier, l'assurance a joint un extrait du contrat-cadre intitulé « Assurance maladie collective Indemnité journalière » no 1.200./6, conclu entre elle, le SIB (syndicat industrie et bâtiment), le SYNA et le SIT (syndicat interprofessionnel des travailleuses et des travailleurs) et entré en vigueur le 1^{er} janvier 1999 (pièce 7 demandeur). En date du 3 décembre 2008, la CMBB a transmis à l'assuré une déclaration de renonciation à invoquer la prescription, datée du même jour, dont la teneur était la suivante : « sans reconnaissance d'aucune responsabilité, CMBB déclare renoncer, dans le cadre de l'affaire l'opposant à Monsieur D_____, à se prévaloir à l'égard de ladite personne de toute exception de prescription concernant les prétentions éventuelles que CMBB pourrait faire valoir à son encontre, et ce pour autant que ladite prescription ne soit pas d'ores et déjà acquise au jour de la première déclaration, soit le 8 décembre 2004. Cette renonciation sera valable jusqu'au 30 novembre 2009 » (pièce 3 défenderesse). Par courrier du 4 décembre 2008, l'assuré a demandé que des indemnités journalières de 90 fr. 40 (correspondant à 60% du salaire assuré) lui soient versées du 24 février 2000 au 17 février 2001, conformément à l'art. 7 du contrat-cadre que lui avait transmis la CMBB. Il a fait valoir que tant le Tribunal administratif que le Tribunal fédéral avaient considéré, dans leurs arrêts respectifs des 18 janvier et 2 novembre 2000, qu'il n'avait plus souffert des suites de l'accident à compter du 28 février 1999 - date à laquelle la SUVA avait mis fin à ses prestations et à compter de laquelle il fallait considérer que son affection relevait de l'assurance-maladie. En outre, l'assuré a demandé à la CMBB de lui confirmer que son décompte du 17 octobre 2008 comportait une erreur : selon lui, elle n'aurait pas dû déduire la rente versée par l'assurance-invalidité des indemnités journalières (pièce 8 demandeur). Par fax du 3 mars 2009, l'assuré a réclamé à la CMBB le versement de la différence de 70 fr. 80 par jour pour la période courant du 24 février 2000 au 17 février 2001, calculant que le montant lui restant dû s'élevait à 25'273 fr. 60 (70.40 x 359 jours) (pièce 9 demandeur). Le même jour, la CMBB a signalé faire suite à un entretien téléphonique avec le conseil de l'assuré concernant sa « renonciation à la prescription jusqu'au 30 novembre 2010 ». Elle a expliqué lui avoir transmis, en date du 3 décembre 2008 déjà, cette renonciation par fax et courrier. Elle a annexé à nouveau son courrier du 3 décembre 2008 ainsi que sa déclaration de renonciation à invoquer la prescription jusqu'au 30 novembre 2009, déclaration datée du même jour (pièce 4 défenderesse). Le 20 mai 2009, l'assuré, faisant référence à un courrier du 17 mars 2009 de la CMBB, a tout d'abord sollicité que celle-ci lui démontre que le contrat-cadre conclu entre elle et divers syndicats lui était effectivement applicable, étant rappelé que dans la décision du 18 novembre 2005, il était question du versement de 60% du salaire assuré durant la deuxième année. Par ailleurs, l'assuré demandait copie du contrat-cadre en vigueur au moment de l'accident (24 novembre 1997). Enfin, il demandait à la CMBB de se prononcer sur la question des intérêts moratoires dus sur le montant de 36'991 fr. 80 déjà versé, qui correspondait à des indemnités journalières dont certaines remontaient au 1^{er} mars 1999 (pièce 10 demandeur). Le 29 octobre 2010, l'assuré, faisant référence au courrier de la CMBB du 3 mars 2009, a demandé à l'intéressée de renouveler sa renonciation à se prévaloir de la prescription pour une année encore, soit jusqu'au 30 novembre 2011 (pièce 5 défenderesse). Le 23 novembre 2010, la CMBB a remis à l'assuré une déclaration de renonciation à invoquer la prescription jusqu'au 30 novembre 2011, tout en précisant qu'elle considérait cette prescription comme d'ores et déjà acquise (pièce 6

défenderesse). Par acte du 26 novembre 2010, l'assuré (ci-après le demandeur), représenté par un conseil, a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - d'une demande en paiement par la CMBB de la somme de 25'273 fr. 60, avec intérêts à 5% dès le 1^{er} janvier 2003, sous suite de dépens (ci-après la défenderesse). Le demandeur soutient en premier lieu que ses prétentions ne sont pas prescrites, dans la mesure où son droit aux indemnités journalières pour cause de maladie a été constaté définitivement par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 8 mars 2007, confirmé par arrêt du Tribunal fédéral du 7 avril 2008. Il fait remarquer qu'avant même que ces arrêts ne soient rendus, la défenderesse a renoncé - le 21 novembre 2006 - à se prévaloir de la prescription et a renouvelé régulièrement cette renonciation, la dernière fois en date du 23 novembre 2010. Quant au fond, le demandeur maintient en substance avoir droit, du 24 février 2000 au 17 février 2001, à une indemnité journalière correspondant à 60% du salaire assuré, ce que la défenderesse aurait du reste admis dans sa décision sur opposition du 18 novembre 2005. Le demandeur conteste l'applicabilité du contrat-cadre « Assurance maladie collective Indemnité journalière », invoqué par la défenderesse, alléguant qu'il n'appartient à aucun des trois syndicats signataires et que ce contrat n'est entré en vigueur qu'en 1999, alors que son accident remonte à 1997 et que la période déterminante pour les indemnités journalières débute le 24 février 2000. En tout état de cause, le demandeur conteste l'interprétation faite par la défenderesse de l'art. 7 dudit contrat-cadre. Il allègue que le Tribunal cantonal a considéré que sa totale incapacité de travail n'était pas due à un état de stress post-traumatique mais à une dépression sévère à moyenne, excluant de la sorte le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail. Il en tire la conclusion qu'il souffre depuis lors d'un état maladif, sans relation avec l'accident pour lequel la SUVA a versé des prestations et qu'il aurait donc droit à des indemnités journalières correspondant à 60% du salaire assuré durant 360 jours, même si le contrat-cadre invoqué devait s'appliquer. Le demandeur conclut à ce que la différence entre le montant qui lui est dû (90 fr. 70) et celui qui lui a été versé (20 fr.) - soit 70 fr. 40 durant 359 jours, du 24 février 2000 au 17 février 2001 - lui soit versée avec intérêts à 5% dès le 1^{er} janvier 2003. Invitée à se déterminer, la défenderesse, par réponse du 3 janvier 2011, a conclu à l'irrecevabilité de la demande. Elle fait valoir que la prescription a été atteinte le 30 novembre 2009 puisque, dans son courrier du 3 mars 2009, elle s'est bornée à relever que la renonciation à la prescription jusqu'au 30 novembre 2009 était toujours valable, sans s'engager à y renoncer une nouvelle fois. Selon la défenderesse, l'assuré avait ainsi jusqu'au 30 novembre 2009 pour agir en justice. La défenderesse soupçonne le demandeur d'en avoir d'ailleurs été conscient puisqu'il a déposé sa demande trois jours après ses observations relatives à l'acquisition de la prescription et ce, alors même qu'il avait expressément sollicité une prolongation jusqu'au 30 novembre 2011. Selon la défenderesse, ses renonciations successives n'ont eu qu'un effet suspensif et non interruptif, ainsi que le démontre le fait qu'elle a toujours mentionné un délai clair et fixe. En date du 13 janvier 2011, le demandeur a répliqué qu'en acceptant d'interrompre la prescription en date du 28 novembre 2008, la défenderesse avait fait courir un nouveau délai de deux ans arrivant à échéance le 28 novembre 2010, de sorte que sa demande du 26 novembre 2010 est intervenue en temps utile. Il soutient qu'en tout état de cause, le courrier du 3 mars 2009 de la défenderesse devait être compris, selon les règles de la bonne foi, comme une acceptation de prolonger la renonciation à invoquer la prescription jusqu'au 30 novembre 2010, puisque c'était ce qui lui avait été demandé de faire et qu'à aucun moment, la défenderesse n'a refusé cette demande dans son courrier du 3 mars 2009. Sur requête de la Cour de céans, les parties ont

toutes deux produit, en date du 1^{er} juin 2011, de nouvelles pièces, soit en particulier les certificats d'assurance 1999 à 2001 ainsi que les conditions particulières de l'assurance collective d'une indemnité journalière du Groupe Mutuel, catégorie BE. Invité par la Cour de céans à faire part de ses remarques, le demandeur n'a pas utilisé le délai qui lui a été imparti. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) que 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). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi donnée, que le contrat d'assurance perte de gain, à la base du présent litige, soit régi par la LCA ou la LAMal. Le litige porte sur le montant des indemnités journalières dues au demandeur du 24 février 2000 au 17 février 2001. Il convient cependant de déterminer, en premier lieu, si le contrat d'assurance perte de gain liant les parties est soumis aux dispositions de la LCA ou à celles de la LAMal. En effet, les dispositions applicables quant à la procédure et au fond dépendent de la qualification du contrat litigieux. a) Selon l'art. 324a al. 1 CO, si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des raisons inhérentes à sa personne, telles que notamment la maladie, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois. Pendant la première année de service, l'employeur est tenu de payer le salaire de trois semaines (art. 324a al. 2 CO). Il peut toutefois être dérogé aux prescriptions précitées par accord écrit, contrat-type de travail ou convention collective à condition que des prestations au moins équivalentes soient accordées au travailleur (art. 324a al. 4 CO). Il arrive ainsi fréquemment que l'employeur choisisse de conclure une assurance couvrant le risque de la perte de gain en raison de la maladie, sous la forme d'une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal ou d'une assurance d'indemnités journalières soumise à LCA (cf. ATF non publiés 4A_563/2008 du 10 février 2009, consid. 1, et 5C.41/2001 du 3 juillet 2001 consid. 2b/bb). b) Lorsque l'employeur choisit de conclure une assurance indemnités journalières collective selon la LAMal, il s'engage par le biais d'un contrat d'assurance de droit public comme cela est unanimement admis par la doctrine (BRULHART, Quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau régime de la LAMal, in : LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997 [cité ci-après : LAMal-KVG], p. 741; KIESER, Die Stellung der Nichterwerbstätigen in der freiwilligen Taggeldversicherung [Artikel 67 ff. KVG], in : LAMal-KVG, p. 613; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, p. 113; EUGSTER, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in : LAMal-KVG, p. 551). Dans un tel cas, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) trouvent application (art. 1 LAMal ; cf. également ATF non publié 4A_563/2008 du 10 février 2009, consid. 1). En

substance, en matière d'assurance facultative d'indemnités journalières soumises à la LAMal, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGa). Ces décisions peuvent par la suite être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGa). Les décisions sur opposition sont ensuite sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGa). Le juge ne peut ainsi être saisi valablement d'un recours avant que n'ait été rendue la décision que l'assuré entend contester (RCC 1988 p. 487 consid. 3b). Le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée (art. 24 al. 1 LPGa). Pour sauvegarder ce délai de péremption de cinq ans, l'assuré doit uniquement avoir fait sa demande de prestations auprès de l'assureur (KIESER, ATSG-Kommentar, édition 2009, p. 345, no 20 ad art. 24). c) Lorsque l'employeur décide de conclure un contrat d'assurance d'indemnités journalières soumis à la LCA, il s'engage par le biais d'un contrat de droit privé. Dans un tel cas, aucune décision ne doit être rendue et en cas de contestation, l'assuré doit saisir le Tribunal des assurances compétent d'une demande en paiement dans un délai de deux ans (art. 46 LCA). En effet, selon l'art. 85 al. 1 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA), les contestations de droit privé entre assureur et assuré ressortissent au juge. Ainsi, à la différence du régime établi pour les assurances sociales, l'assureur n'a aucun pouvoir de trancher lui-même les contestations par ses propres décisions (cf. not ATF non publié 4A_563/2008 du 10 février 2009, consid. 2). Toutefois, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation, ce eu égard à l'art. 46 LCA. a) En l'espèce, le demandeur soutient que le contrat d'assurance le liant à la défenderesse était soumis à la LCA. Il produit à l'appui de sa demande : des certificats d'assurance des années 1999 à 2001, se référant à des contrats collectifs nos 2242.0 et 2242.1, conclus avec la Fédération des entreprises romandes (FER) ; il résulte desdits certificats que le demandeur était le preneur d'assurance et qu'il s'agissait d'une assurance « selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) » (pièces 18 à 20 demandeur) ; les conditions particulières de l'assurance collective d'une indemnité journalière, catégorie BE, faisant notamment référence aux art. 69 al. 2 et 74 al. 2 LAMal (art. 10 ch. 5 et 18 ch. 4 des conditions) (pièce 17 demandeur). Le demandeur estime en revanche que le contrat-cadre « Assurance maladie collective Indemnité journalière » no 1.200./6, conclu entre la défenderesse et divers syndicats et entré en vigueur le 1^{er} janvier 1999, ne lui est pas applicable. b) Si la question de savoir si ledit contrat-cadre s'applique entre les parties peut rester ouverte, force est de constater que les certificats d'assurance et les conditions particulières précités se réfèrent expressément à la LAMal, de sorte qu'il ne fait aucun doute que l'assurance perte de gain conclue entre les parties est bien soumise à cette loi et non à la LCA, laquelle n'est nullement mentionnée dans les différents documents transmis par les parties à la Cour de céans. Cette conclusion est confirmée par le fait que des décisions et décisions sur opposition ont déjà été rendues par la défenderesse en relation avec les prétentions du demandeur, que les arrêts du Tribunal administratif du 25 mars 2003 et du Tribunal cantonal des assurances sociales du 8 mars 2007 font application de la LAMal et que les parties ont expressément déterminé, à plusieurs reprises, que l'assurance d'indemnités journalières était fondée sur la LAMal (cf. not. pièces 28, 29 et 31 défenderesse). b) Partant, dans la mesure où le contrat d'assurance conclu par la défenderesse est soumis à la LAMal, le demandeur n'est pas légitimé à saisir la Cour de céans d'une demande en paiement. En effet, il lui incombe de solliciter de la défenderesse

une décision formelle soumise à opposition, puis cas échéant, une décision sur opposition, avant de saisir la Cour de céans. La demande en paiement déposée par le demandeur en date du 26 novembre 2010 doit ainsi être déclarée irrecevable, la Cour de céans n'étant pas compétente pour trancher un tel litige en l'absence de décision et de décision sur opposition. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Déclare la demande en paiement irrecevable. Dit que la procédure est gratuite. 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 SECHAUD La présidente Karine STECK 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.