

GE_GERICHTE A/478/2016 vom 15. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_478_2016

FR: GE_GERICHTE A/478/2016 du 15 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/478/2016 del 15 dicembre 2016

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à VESENAZ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ demandeur contre VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise avenue de Cour 41, LAUSANNE défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1966, était employé auprès de B_____ architectes SA. A ce titre, il était assuré auprès de l'assurance perte de gain de l'employeur, la Vaudoise générale Compagnie d'assurances SA (ci-après : la Vaudoise), contrat qui est régi par la loi sur le contrat d'assurance.![endif]>![if> 2. A compter du 5 janvier 2015, l'assuré était en arrêt maladie à 100 %. ![endif]>![if> 3. Le 9 février 2015, l'employeur a annoncé à la Vaudoise l'incapacité de travail de son employé, en indiquant que son salaire était de CHF 12'800.- par mois, versé 13 fois l'an.![endif]>![if> 4. Le 30 mars 2015, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne, a émis le diagnostic d'état dépressif majeur en raison d'un mobbing depuis plusieurs mois. L'incapacité de travail perdurait pour une durée indéterminée. ![endif]>![if> 5. Le 17 mai 2015, le Dr C_____ a confirmé au médecin-conseil de la Vaudoise, le docteur D_____, spécialiste en médecine générale, que l'assuré souffrait d'un état dépressif majeur. L'évolution était progressivement favorable. Le traitement consistait en psychothérapie de soutien et d'antidépresseurs. Une reprise de travail pourrait être exigible dans quelques mois. Le pronostic était lentement favorable.![endif]>![if> 6. Le 1 er juin 2015, la Vaudoise a soumis le dossier à son médecin-conseil. Celui-ci a mentionné, sur le formulaire non signé y relatif, que l'assuré pourrait reprendre le travail à 50 % à partir du 1 er juillet et à 100 % à partir du 1 er septembre 2015.![endif]>![if> 7. Par courrier du 1 er juin 2015, la Vaudoise a informé l'assuré que son médecin-conseil lui recommandait d'envisager une reprise du travail à 50 % à partir du 1 er juillet 2015 et à 100 % dès le 1 er septembre 2015.![endif]>![if> 8. Le Dr C_____ a continué à certifier une incapacité de travail totale de l'assuré au-delà du 30 juin 2015.![endif]>![if> 9. Par courrier du 6 juillet 2015, l'employeur a mis un terme aux rapports de travail avec l'assuré pour le 31 octobre 2015. ![endif]>![if> 10. Le 8 juillet 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a informé la Vaudoise de la résiliation du contrat de travail et de ce qu'il était toujours en incapacité de travail, comme l'attestaient ses certificats médicaux, de sorte que son salaire devait être couvert par la Vaudoise jusqu'à la fin de son arrêt maladie, au plus tard jusqu'à la fin des rapports de travail.![endif]>![if> 11. Le 13 juillet 2015, la Vaudoise a indiqué à l'employeur que les indemnités journalières seront versées à 50 % dès le 1 er juillet 2015 et supprimées dès le 1 er septembre 2015.![endif]>![if> 12. Par courrier du 12 octobre 2015, le Dr C_____ a invité le médecin-conseil de la Vaudoise à convoquer l'assuré pour une expertise, afin de réévaluer sa situation, dès lors qu'il présentait toujours une affection médicale d'ordre psychologique qui l'empêchait de reprendre son activité professionnelle.![endif]>![if> 13. Le 26 octobre 2015, l'assuré s'est inscrit à

l'assurance-chômage pour le 1^{er} novembre 2015!

14. Dans son avis médical du 2 novembre 2015, le médecin-conseil de la Vaudoise a indiqué "Ok de non-entrée en matière et lettre VA [Vaudoise Assurances]".

15. Par courrier du 2 novembre 2015, l'assuré a fait part à la Vaudoise qu'il était toujours en arrêt de travail à 100 %, en raison d'un burnout après mobbing. Il s'est par ailleurs étonné que le simple courrier du 1^{er} juin 2015 fût considéré comme une décision, alors qu'il lui y était simplement recommandé de reprendre le travail dès le 1^{er} juillet suivant. Ce courrier ne l'enjoignait pas non plus à prendre contact avec la Vaudoise ou à lui faire part de ses éventuelles objections. Il était également surprenant que l'avis du médecin-conseil fût contraire à celui de son médecin traitant, alors que le premier ne l'avait jamais examiné.

16. Par courrier du 3 novembre 2015, la Vaudoise a informé le Dr C _____ qu'elle maintenait sa position, tout en précisant qu'il appartenait à son patient de s'inscrire au chômage dans les plus brefs délais. Elle l'a également confirmé à l'assuré, par lettre du 1^{er} décembre 2015.

17. Dans son avis médical du 30 novembre 2015, le médecin-conseil de la Vaudoise a indiqué ce qui suit: "Malgré la lettre du 02.11.15 de l'assuré VA, la lettre du 12.10.15 de son méd tt [médecin traitant], il n'y a aucune LF [limitation fonctionnelle] décrite susceptible de modifier ma/notre décision VA de non-entrée en matière à partir du 01.09.2015".

18. Par décision du 20 janvier 2016, l'office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'assuré apte au placement dès le 1^{er} jour contrôlé, soit dès le 1^{er} novembre 2015. Il a retenu que le recourant était capable de travailler à 50% dès le 14 décembre 2015 et qu'il avait déposé une demande de détection précoce auprès de l'assurance-invalidité, laquelle était toujours en cours. Cela étant, il devait être considéré comme apte au placement jusqu'à ce que cette assurance eût pris une décision, dès lors que la prise en charge provisoire des prestations incombait à l'assurance-chômage, si l'assuré était disposé et en mesure de prendre un emploi convenable correspondant à 20% au moins d'un emploi à plein temps.

19. Le 12 février 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une demande à l'encontre de la Vaudoise, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant au paiement de la somme de CHF 30'164.40 avec intérêts à 5 % à compter de la date moyenne du 15 décembre 2015, sous réserve d'une amplification de la demande en fonction de l'évolution de son état de santé et sous suite de dépens. Il a fait valoir qu'il avait été en incapacité de travail totale du 5 janvier au 13 décembre 2015, puis à 50 % à ce jour, ce qui était attesté par le Dr C _____. Néanmoins, la défenderesse n'avait versé les indemnités journalières à 100 % que jusqu'au 30 juin 2015, puis à 50 % dès le 1^{er} juillet 2015 jusqu'au 31 août 2015. La position de la défenderesse ne se fondait sur aucun élément médical sérieux, dès lors que l'interruption du versement des indemnités journalières avait été décidée en se fondant sur un avis de son médecin-conseil qui s'était prononcé sur dossier.

20. Dans sa réponse du 14 mars 2016, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, sur la base de l'avis de son médecin-conseil. Préalablement, la défenderesse a conclu à l'audition du médecin-conseil, à la mise en œuvre d'une expertise médicale et à la production de l'extrait du compte individuel du demandeur. Le Dr C _____ n'avait apporté aucun argument médical objectif justifiant la prolongation de l'incapacité de travail. Par ailleurs, le demandeur n'avait jamais été adressé à un médecin spécialiste en psychiatrie, ce qui contredisait la qualification grave du diagnostic. La motivation sommaire du médecin-traitant ne saurait ainsi avoir une valeur probante suffisante pour fonder un droit aux indemnités journalières. La défenderesse a fait enfin référence au profil LinkedIn du demandeur, selon lequel celui-ci exercerait actuellement une activité de comptable et responsable financier pour l'hôtel-pension « F _____ » à

Champex en Valais. [endif]>[if> 21. Dans sa réplique du 5 avril 2016, le demandeur a persisté dans ses conclusions. et a amplifié ses conclusions pour réclamer à la défenderesse le paiement de la somme de CHF 41'040.- avec intérêts à 5 % à compter de la date moyenne du 15 décembre 2015, dans la mesure où, à ce jour, il présentait toujours une incapacité de travail à 50 %. Les appréciations du Dr D_____ étaient particulièrement sommaires et arbitraires. Par ailleurs, il était suivi depuis le 26 janvier 2016 par un psychiatre, le docteur E_____, avec une fréquence hebdomadaire, en raison d'une symptomatologie dépressive. Quant au profil LinkedIn, il était notoire que ce réseau social constituait un outil indispensable pour se repositionner sur le marché du travail. Dès lors qu'il bénéficiait d'indemnités de chômage à 50 %, il était aussi normal qu'il mette en avant ses meilleurs atouts et non pas son incapacité de travail. [endif]>[if> 22. Le demandeur a joint à sa réplique le courrier du 18 mars 2016 du Dr C_____ à son conseil, dans lequel ce médecin a attesté que le demandeur souffrait d'un état dépressif majeur suite à du mobbing pratiqué depuis plusieurs mois. Il lui avait prescrit un traitement antidépresseur et une psychothérapie chez le Dr E_____. L'évolution était lentement favorable permettant une reprise de travail à 50 % depuis le 14 décembre 2015. Le pronostic était réservé et à voir avec le médecin psychiatre.[endif]>[if> 23. Le demandeur a également produit avec ses dernières écritures le certificat du 5 avril 2016 du Dr E_____, attestant suivre le demandeur depuis le 26 janvier 2016 à une fréquence hebdomadaire en raison d'une symptomatologie dépressive qui était survenue, d'après l'anamnèse, dans les suites d'un burnout subi en décembre 2014 dans le contexte de son travail.[endif]>[if> 24. Dans sa duplique du 27 avril 2016, la défenderesse a persisté dans ses conclusions, en reprenant pour l'essentiel son argumentation antérieure. Elle a par ailleurs relevé que son courrier du 1 er juin 2015 n'avait fait l'objet d'aucune réaction de la part du Dr C_____ pendant plus de quatre mois. Sa contestation n'était par la suite pas suffisamment motivée et la reprise du travail avait été confirmée par son médecin-conseil. Concernant le suivi auprès d'un psychiatre, il n'avait débuté qu'en date du 26 janvier 2016, soit plus d'une année après le début de l'incapacité de travail. La défenderesse a par ailleurs constaté que le demandeur indiquait sur le profil LinkedIn qu'il exerçait, depuis janvier 2003, une activité de comptable et de responsable financier, de sorte qu'il y avait lieu de s'interroger sur l'évolution de sa capacité de travail dans cette activité.[endif]>[if> 25. A la demande de la chambre de céans, le demandeur a versé à la procédure le 24 mai 2016 les décomptes d'indemnités journalières de l'assurance-chômage pour les mois de décembre 2015 et janvier 2016, tout en précisant que l'office cantonal de l'emploi l'avait déclaré apte au placement dès le 1 er novembre 2015 et accepté l'octroi provisoire des indemnités de chômage, en raison de sa capacité de travail partielle et de sa demande de détection précoce déposée auprès de l'assurance-invalidité en date du 12 mai 2015.[endif]>[if> 26. Il ressort des décomptes de la caisse cantonale genevoise de chômage (CCGC) que le demandeur a bénéficié des indemnités de chômage à 100% entre décembre 2015 et avril 2016.[endif]>[if> 27. Par écriture du 26 juillet 2016, la défenderesse a persisté dans ses conclusions, tout en mettant en exergue que le demandeur avait été déclaré apte au placement par l'OCE à 100% dès le 1 er novembre 2015.[endif]>[if> 28. Le 25 août 2016, le demandeur a produit le décompte des indemnités de chômage pour novembre 2015, établi le 24 février 2016, ainsi que le rectificatif établi le 4 août 2016. Il a amplifié sa demande en paiement d'un montant de CHF 17'647.20 pour la période du 1 er novembre au 13 décembre 2015, ainsi que de CHF 52'531.20 pour la période du 14 décembre 2015 au jour de ses écritures. Il était toujours en incapacité de travail à 50%. Au demeurant, s'il avait été déclaré apte au placement par

l'OCE, ce n'était qu'en raison de son incapacité de travail partielle et de sa demande de détection précoce déposée auprès de l'assurance-invalidité. Il s'agissait d'un cas d'application des règles de coordination entre l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité et ne signifiait pas qu'il disposait d'une pleine et entière capacité de travail. Par ailleurs, le 3 août 2016, la CCGC l'avait informé que son incapacité de travail du 1^{er} novembre au 13 décembre 2015 à 100 % ne lui donnait droit qu'à 30 jours civils d'indemnités et qu'il avait ainsi perçu en trop les indemnités de chômage du 1^{er} décembre au 13 décembre 2015. Les indemnités versées en trop seront compensées avec les indemnités dues à venir. A l'appui de ses dires, le demandeur a annexé le courrier dans ce sens de la caisse. En outre, dès lors que le salaire reçu au moment de la survenance de l'incapacité de travail était déterminant, aux termes des CGA de la défenderesse, il y avait lieu d'interroger l'employeur sur le montant du salaire déclaré pour 2015. Enfin, le demandeur a mis en exergue que les indemnités journalières de l'assurance-maladie qui représentaient une compensation de la perte de gain, étaient déduites de l'indemnité de chômage aux termes de la loi sur l'assurance-chômage, de sorte que les indemnités journalières de la défenderesse prévalaient sur les indemnités que lui versait l'assurance-chômage. 29. Dans ses écritures du 16 septembre 2016, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. En ce que le demandeur requérait que l'employeur soit interrogé sur le montant du salaire déclaré pour 2015, elle a rappelé que le calcul du gain assuré respectivement de l'indemnité journalière n'avait fait l'objet d'aucune opposition de la part du demandeur durant toute la procédure, de sorte que ce fait devait être considéré comme accepté. Quant à la problématique de l'assurance-chômage, la défenderesse a estimé qu'elle était sans pertinence, la seule question litigieuse étant celle de savoir si le demandeur disposait d'une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} juillet 2015 et de 100 % dès le 1^{er} septembre 2015. 30. Par écritures du 7 octobre 2016, le demandeur a produit les certificats d'incapacité de travail de 50% dès le 14 décembre 2015, le dernier certificat étant daté du 15 septembre 2016. Il a par ailleurs amplifié sa demande en concluant au paiement de CHF 79'002.-, avec intérêts à 5% à compter de la date moyenne du 15 décembre 2015, pour la période du 1^{er} novembre 2015 au jour de ses écritures, sous réserve d'une nouvelle amplification de la demande et de la détermination de son salaire cotisant, sous suite de dépens. 31. A la demande de la chambre de céans, le demandeur a produit le 7 octobre 2016 copie des certificats d'incapacité de travail pour la période du 15 décembre 2015 à ce jour et a amplifié sa demande en paiement de CHF 79'002.-, sous suite de dépens, dès lors que son incapacité de travail perdurait à ce jour, avec intérêts à 5% à compter de la date moyenne du 15 décembre 2015. Il a par ailleurs maintenu ses conclusions préalables. 32. Entendu en date du 10 novembre 2016 par devant la chambre de céans, le demandeur a déclaré ce qui suit : « Je suis toujours en incapacité de travail à 50 %. Mon état de santé s'améliore très lentement. Je fais des recherches d'emploi pour un emploi à 50 %, mais sans succès à ce jour. Je ne me vois pas reprendre le travail à 100 % actuellement. A titre de traitement médicamenteux, je prends le Cipralax au dosage de 20 mg par jour. Je vois mon psychiatre une fois par semaine et une personne qui pratique la médecine chinoise une fois par mois. Je vois également mon généraliste une fois par mois, car c'est lui qui gère la prescription du Cipralax, choix qui a été confirmé par mon psychiatre. Mon généraliste fait également régulièrement des check-up en lien avec le burn out dont je souffre. » Le demandeur a par ailleurs produit le dernier certificat d'incapacité de travail du Dr C_____ du 4 novembre 2016, certifiant une incapacité de travail à 50 % du 14 décembre 2015 pour une durée indéterminée, ainsi qu'un rapport de la même date du

Dr E_____. Parallèlement, il a amplifié sa demande en paiement de CHF 85'978.-. Quant à la défenderesse, elle a fait défaut à cette audience. 33. Selon le rapport de ce dernier médecin, il suivait le recourant en psychothérapie depuis le 26 janvier 2016 à une fréquence hebdomadaire en raison d'une symptomatologie dépressive survenue des suites d'un burn-out subi en décembre 2014 dans le contexte de son travail. Le recourant présentait actuellement une symptomatologie anxio-dépressive avec aboulie, asthénie marquée, lenteur psychomotrice, angoisse en situations, baisse d'énergie et de la capacité de concentration, ainsi que tristesse fréquente. Sa capacité de travail était de 50 %.

34. Par écriture du 29 novembre 2016, le demandeur s'est déterminé sur l'art. 8.2 CGA et a transmis la note de frais et honoraires de son conseil pour l'activité déployée dans la présente procédure.

35. Le 1^{er} décembre 2016, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.

36. Sur ce, 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 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).

En l'occurrence, les parties sont liées par un tel contrat. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'espèce, l'art. 23 des conditions générales d'assurance (CGA) relatives à l'assurance-maladie collective perte de salaire, édition du 1^{er} mai 2009, prévoit que la Vaudoise reconnaît la compétence des tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit. Le demandeur ayant son domicile dans le canton de Genève, la chambre de céans est aussi 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. S'agissant de l'objet du litige, le recourant a demandé initialement les indemnités perte de gain dès le 1^{er} septembre 2015 au 12 février 2016, puis a amplifié sa demande pour réclamer des indemnités perte de gain à compter du 1^{er} novembre 2015 jusqu'au 10 novembre 2016, date à laquelle il a amplifié pour la dernière fois ses conclusions à l'audience du même jour devant la chambre de céans.

Selon l'art. 227 al. 1 let. a CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et qu'elle présente un lien de connexité avec la dernière prétention. En l'occurrence, il convient d'admettre que les prétentions nouvelles du demandeur, formées après l'introduction de sa demande, relèvent de la même problématique, à savoir son droit aux indemnités perte de gain durant son incapacité de travail à compter de novembre 2015. Cela étant, il convient d'admettre que le recourant est habilité à amplifier sa demande, de sorte que l'objet du litige comprend le droit aux indemnités perte de gain à compter du 1^{er} novembre 2015 au 4 novembre 2016, date du dernier certificat d'arrêt de travail à 50 % du Dr C_____.

5. Aux termes de la police d'assurance collective maladie perte de gain, les employés bénéficient d'une indemnité journalière à concurrence de 90 % du salaire, payable dès le 15^{ème} jour, pour une durée de

730 jours par cas. Les prestations sont versées dès l'expiration du délai d'attente, pour toute incapacité de travail de 25 % au moins, proportionnellement au degré de l'incapacité de travail attestée (art. 8.1 CGA). L'allocation journalière est déterminée en fonction du salaire cotisant pour l'assurance-vieillesse et survivants, majorée des allocations familiales, que l'assuré a reçues dans l'entreprise déclarée au moment de la survenance de l'incapacité de travail, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit. Ce salaire est converti en gain annuel et divisé par 365 (art. 11.1 CGA). L'allocation journalière est due pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (art. 11.3 CGA). Pour le calcul de la durée des prestations, le taux d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 % compte comme jour entier (art. 12.1 CGA dernière phrase). Pour les personnes qui n'ont pas encore atteint l'âge de l'assurance-vieillesse et qui sont en incapacité de travail au moment où elles quittent l'entreprise assurée, le droit aux prestations pour la maladie en cours est maintenu jusqu'à l'épuisement de la durée maximale des prestations, à condition que l'incapacité de travail persiste de manière ininterrompue. Les prestations sont alors limitées au degré d'incapacité de travail existant lorsque l'assuré quitte le cercle des personnes assurées (art. 12.4 CGA). L'allocation journalière est réduite de moitié pour les chômeurs reconnus aptes au placement par l'institution compétente et au bénéfice d'une indemnité de chômage, quand l'incapacité de travail est supérieure à 25 %. L'allocation est complète lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 50 % (art. 8.2 CGA). Si l'assuré a droit durant son incapacité de travail à des prestations d'autres institutions d'assurances sociales, notamment l'assurance-chômage, la Vaudoise doit uniquement la différence entre les prestations de ces institutions et l'indemnité journalière assurée (art. 8.5 CGA). L'incapacité de travail doit être dûment attestée par un médecin (art. 8.3 CGA), mais la Vaudoise a le droit de contrôler ou de faire contrôler le bien-fondé de l'incapacité de travail par les moyens qu'elle juge utiles, dans le respect de la sphère personnelle de l'assuré (art. 20.6 CGA). Elle peut aussi faire examiner, à ses frais, l'assuré par un médecin de son choix. L'assuré perd son droit aux prestations s'il ne se soumet pas à un tel examen (art. 20.7 CGA).

6. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa 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).

7. 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). 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).

9. En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ce qui compte à cet égard, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss; arrêt 4A_318/201 du 3 août 2016 consid. 6.1).!

10. a. En l'occurrence, le Dr C_____ a certifié une incapacité totale de travailler jusqu'au 13 décembre 2015 et à 50 % dès le 14 suivant, le dernier certificat étant daté du 4 novembre 2016. Ainsi, en vertu de l'art. 8.3 CGA, il s'agit d'une incapacité de travail dûment attestée jusqu'à cette dernière date. Au demeurant, une incapacité de travail à 50 % du 26 janvier au 4 novembre 2016 est également attestée par le psychiatre traitant du demandeur, le Dr E_____.

b. Il n'est par ailleurs pas établi que l'assuré ait omis de suivre des traitements médicaux raisonnablement exigibles dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de travail, au sens de l'art. 20.5 CGA. Au demeurant, en vertu de l'art. 20.8 CGA, la défenderesse ne serait libérée de l'obligation de prêter en cas de violation fautive des obligations du demandeur que si elle lui avait adressé une mise en demeure écrite, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

c. La défenderesse n'a pas non plus contrôlé ou fait contrôler le bien-fondé de l'incapacité de travail dès juillet 2015 au sens de l'art. 20.6 CGA. Elle n'a notamment pas fait usage de son droit de faire examiner l'assuré par un médecin de son choix. En effet, le médecin-conseil s'est uniquement prononcé sur dossier et a alors décrété, sur une ligne, en partie illisible et non signée, que le recourant pourrait reprendre le travail à 50 % à partir du 1^{er} juillet et à 100 % à partir du 1^{er} septembre 2015. Cet avis n'est pas motivé. La défenderesse a fait part au demandeur le 1^{er} juin 2015 que son médecin-conseil lui recommandait d'envisager une reprise de travail à 50 % dès le 1^{er} juillet et à 100 % dès le 1^{er} septembre 2015, sans autre précision. Par la suite, la défenderesse a reproché au recourant de ne pas avoir réagi à ce courrier, sous-entendant que celui-ci avait consenti aux recommandations du médecin-conseil. Toutefois, il convient de relever que, d'une part, le demandeur ne pouvait pas encore connaître en juin 2015 l'évolution de son état psychique, ni même la défenderesse, dès lors que son médecin-conseil avait uniquement émis un pronostic. D'autre part, la défenderesse n'a nullement indiqué dans ce courrier qu'elle procéderait à une diminution des prestations, sans autre examen, aux dates de reprise de travail préconisées par le Dr D_____. Lorsque le dossier est à nouveau soumis à ce dernier médecin en date du 2 novembre 2015, celui-ci note uniquement « Ok de non-entrée en matière et lettre VA ». Cet avis médical est également dépourvu de toute motivation. Le 30 novembre 2015, le médecin-conseil se prononce une nouvelle fois sur le dossier du demandeur et décrète qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle susceptible de modifier la décision, de sorte qu'il y a lieu de maintenir la non-entrée en matière à partir du 1^{er} septembre 2015. Au vu du caractère extrêmement sommaire de ces avis médicaux et l'absence d'examen du demandeur par le médecin-conseil, aucune valeur probante ne peut leur être attribuée pour mettre en doute les attestations du médecin-traitant. A cet égard, il sied de relever que, si la défenderesse jugeait que les certificats médicaux du médecin

traitant étaient insuffisants, elle aurait dû s'adresser directement à celui-ci pour obtenir une motivation plus détaillée des causes de l'incapacité de travail et des limitations fonctionnelles précises. Ayant omis de le faire, elle ne saurait opposer au demandeur le caractère sommaire des certificats du Dr C _____, lesquels doivent être considérés comme suffisants au sens des CGA. d. En ce qui concerne le profil LinkedIn du demandeur, il ne permet pas de considérer que le recourant présentait en réalité en capacité de travail totale. L'activité y mentionnée concerne manifestement une activité accessoire et il n'est pas établi que le demandeur aurait continué, pendant l'incapacité de travail totale de travailler pour l'hôtel-pension « F _____ » à Champex en Valais. Au demeurant, le demandeur a exercé la fonction de comptable et responsable financier pour l'hôtel-pension « F _____ » depuis 2003 déjà, soit parallèlement à son activité pour son dernier employeur. Il s'agit ainsi à l'évidence d'un travail à un petit taux d'occupation. En outre, le demandeur présente une capacité de travail à 50% depuis le 14 décembre 2015, ce qui explique qu'il doit rechercher du travail, en se présentant sous son meilleur jour possible, en l'occurrence sur le réseau social de LinkedIn. Cela étant, la chambre de céans n'estime pas nécessaire de demander l'extrait du compte individuel du demandeur, en l'absence d'autres indices en faveur d'une reprise de l'activité professionnelle. e. Au contraire, l'incapacité de travail du demandeur est corroborée par le fait qu'il a déposé une demande de détection précoce auprès de l'assurance-invalidité. f. La défenderesse ne peut non plus tirer un argument du fait que le recourant a été déclaré apte au placement à partir du 1^{er} novembre 2015 par l'OCE. En effet, indépendamment du fait que cette décision ne lie pas les parties au présent litige, cela n'implique pas une reconnaissance d'une capacité de travail de 100%, mais seulement de 20% au moins. Au demeurant, il est expressément mentionné dans la décision qu'une reprise de travail à 50% est certifiée depuis le 14 décembre 2015, et donc une incapacité de travail totale auparavant, ce qui n'est pas mis en doute par l'OCE. Enfin, les prestations ne sont que provisoirement versées dans l'attente d'une décision de l'assurance-invalidité en application de l'art. 70 al. 2 let. b de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1). L'art. 15 al. 3 de l'ordonnance sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 31 août 1983 (ordonnance sur l'assurance-chômage, OACI - RS 837.02) précise que lorsque, dans l'hypothèse d'une situation équilibrée sur le marché du travail, un handicapé n'est pas manifestement inapte au placement et qu'il s'est annoncé à l'assurance-invalidité ou à une autre assurance sociale, il est réputé apte au placement jusqu'à la décision de l'autre assurance. Cette reconnaissance n'a aucune incidence sur l'appréciation de son aptitude au travail ou à l'exercice d'une activité lucrative, par les autres assurances. g. Quant à l'audition du Dr D _____ requise par la défenderesse, elle ne serait d'aucune utilité, celui-ci n'ayant jamais vu le demandeur. Une expertise médicale ne paraît pas non plus utile pour le passé, dès lors qu'elle ne pourrait faire constater l'état de santé du demandeur qu'au jour de l'expertise. Pour le reste, l'expert devrait se fonder sur les renseignements fournis par les médecins traitants. Toutefois, il est loisible à la défenderesse de mettre en œuvre une expertise si l'incapacité de travail du demandeur devait se poursuivre. h. Ainsi, en vertu du contrat d'assurance, le demandeur a droit aux indemnités journalières contractuelles conformément au taux d'incapacité de travail, celle-ci étant clairement attestée par un médecin et n'étant pas mise en doute par d'autres éléments du dossier. 11. a. Quant au calcul des indemnités journalières, le demandeur semble mettre en cause son salaire assuré pour 2015. Toutefois, il paraît en premier lieu curieux que le demandeur ne connaisse pas son salaire pour 2015, dès lors que l'employeur aurait dû lui communiquer une éventuelle

augmentation de salaire déjà en 2014. En tout état de cause, l'employeur a déclaré le 9 février 2015 que le salaire du demandeur était de CHF 12'800.- par mois, versé treize fois l'an. Si son salaire avait été supérieur à ce montant en 2015, il l'aurait en principe indiqué. Dans ces conditions, il doit être retenu pour établi que ce salaire correspond effectivement au montant déclaré. Partant, la détermination du montant de l'indemnité journalière à CHF 410.40, correspondant à 90 % du salaire, est conforme aux CGA du contrat collectif d'assurance.!

b. Le demandeur ayant été en incapacité totale de travailler jusqu'au 13 décembre 2015, l'indemnité journalière jusqu'à cette date, à compter du 1^{er} novembre 2015, est de CHF 17'647.20 (43 jours x CHF 410,40). Pour la période du 14 décembre 2015 au 4 novembre 2016, date du dernier certificat d'arrêt de travail produit, l'indemnité journalière s'élève en principe à 50%, dès lors que, selon l'art. 8.1 CGA, une allocation proportionnelle au degré de l'incapacité de travail attestée est due. Partant, le demandeur a droit au montant de CHF 67'100.40 (327 jours x CHF 205.20) pour cette période.

12. a. Toutefois, dès le 14 décembre 2015, le demandeur a été reconnu apte au placement par l'OCE et a bénéficié d'indemnités de chômage. Se pose dès lors la question de savoir si, en vertu de l'art. 8.2 CGA, l'indemnité journalière de CHF 205.20 doit être réduite de moitié. !

! Selon le demandeur, cette disposition doit être interprétée dans le sens qu'il est fait abstraction du versement proportionnel au degré de l'incapacité de travail dans cette hypothèse, de sorte que le chômeur au bénéfice d'une indemnité de chômage peut prétendre pour toute incapacité de travail supérieure à 25 % à une allocation journalière de 50 % et pour une incapacité de travail supérieure à 50 % à une allocation journalière complète.

b. Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au code des obligations (CO; RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 132 III 268 consid. 2.3.2). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2002 du 17 septembre 2002 consid. 3.1). On s'en tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé (ATF 118 II 342 consid. 1a). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble. Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (arrêt du Tribunal fédéral non publié 5C.44/2004 du 21 mai 2004 consid. 2.1). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2). La jurisprudence a nuancé le principe selon lequel il y aurait lieu de recourir à des règles d'interprétation

uniquement si les termes de l'accord passé entre parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. On ne peut ériger en principe qu'en présence d'un "texte clair", on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b). Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") (ATF 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 3.1). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6). Il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (ATF 126 V 499 consid. 3b). c. En l'occurrence, l'art. 8.1 CGA, sous le titre « allocation des prestations », pose le principe que les prestations sont versées pour toute incapacité de travail d'au moins 25 % proportionnellement au degré de l'incapacité de travail attestée. L'art. 8.2 CGA prescrit pour les chômeurs que l'allocation journalière est réduite de moitié lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 25 % et qu'elle est complète, lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 50 %. Se pose dès lors la question de savoir si le terme "allocation journalière" doit être compris dans le sens d'une allocation journalière correspondant à une incapacité de travail totale ou dans le sens d'une allocation journalière proportionnelle au degré d'incapacité de travail au sens de l'art. 8.1 CGA. La situation d'un chômeur partiel diffère de celle d'un salarié dans le sens qu'il ne recevra, pour la part correspondant à sa capacité de travail résiduelle, qu'une indemnisation de l'assurance-chômage réduite de 70 ou 80 % de son précédent salaire (art. 22 al. 1 et 2 LACI). Par ailleurs, il se trouve dans la situation difficile de devoir chercher un travail à un taux partiel, de surcroît généralement pendant une période limitée, lorsque l'incapacité de travail partielle est passagère. De ce fait, les chances de retrouver un emploi correspondant à sa capacité résiduelle de travail sont très minces. Un salarié avec une capacité de travail partielle a en revanche la possibilité de mettre celle-ci entièrement en valeur chez son employeur et reçoit un plein salaire proportionnel au degré de la capacité de travail. Dans ce contexte et selon le principe de la bonne foi, il apparaît ainsi que la volonté présumable des parties étaient de mettre le chômeur sur un pied d'égalité avec le salarié et de limiter en particulier sa perte de gain globale du fait d'une capacité de travail restreinte et d'une indemnisation inférieure au salaire perçu précédemment par l'assurance-chômage. En effet, une interprétation dans le sens qu'il y a lieu de réduire de moitié l'allocation proportionnelle d'un chômeur avec une incapacité de travail entre 25 et 50% serait dépourvue de toute justification raisonnable prenant en compte des intérêts équitables de l'assuré. Cela étant, avec le demandeur, il doit être admis que cette disposition permet d'indemniser le chômeur partiel par une allocation journalière supérieure à celle versée au salarié présentant une incapacité de travail partielle. Partant, l'allocation journalière au sens de l'art. 8.2 CGA doit être comprise comme l'allocation

journalière entière due pour une incapacité de travail totale. Il s'ensuit qu'en l'occurrence le demandeur peut bénéficier d'une allocation journalière de 50 % non réduite de moitié. 13. Se pose encore la question de savoir s'il y a lieu de déduire, du montant des indemnités dues par la défenderesse, les indemnités de chômage dont a bénéficié le demandeur.

!endif]>![if> L'art. 28 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (loi sur l'assurance-chômage, LACI - RS 837.0) prescrit que les assurés qui ne sont pas aptes ni à travailler ni à être placés ou ne le sont que partiellement en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse et qui de ce fait ne peuvent satisfaire aux prescriptions de contrôle, ont droit à la pleine indemnité journalière, sous réserve du respect des autres conditions légales jusqu'au trentième jour suivant le début de l'incapacité de travail totale ou partielle, mais pour une durée maximale de quarante-quatre indemnités journalières. Selon l'al. 2 de cette disposition, les indemnités journalières de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accident qui représentent une compensation de la perte de gain sont déduites de l'indemnité de chômage. Conformément à l'art. 28 al. 4 LACI, les chômeurs qui ont épuisé leur droit selon l'al. 1, sont encore passagèrement frappés d'incapacité restreinte de travail ou touchent des indemnités journalières d'une assurance, ont droit, si cette incapacité de travail partielle n'entrave pas leur placement, à une pleine indemnité journalière, s'ils sont aptes au travail à raison de 75 % au moins (let. a) et à une indemnité journalière réduite de 50 % s'ils le sont à raison de 50 % au moins. L'art. 28 al. 2 LACI consacre le principe de subsidiarité du versement de l'indemnité de chômage par rapport à l'indemnité perte de gain maladie ou accident. Son but est de prévenir une surindemnisation. Il ne fait pas de différence que l'indemnité soit versée par une assurance soumise à la LAMal ou à la LCA (Boris RUBIN, commentaire de la loi sur l'assurance-chômage, 2014, ad art. 28, p. 283). Il résulte de cette disposition que l'indemnité de chômage due doit tenir compte des indemnités journalières de l'assureur perte de gain. Par conséquent, la caisse de chômage devra réviser ses décisions pour supprimer en tout ou en partie l'indemnité de chômage dont a bénéficié le demandeur. Cela étant, il n'y a pas lieu de déduire l'indemnité versée par le chômage de celle octroyée par la défenderesse. Partant, la défenderesse sera condamnée à verser au demandeur la somme de CHF 84'747.60. 14. Le demandeur réclame par ailleurs les intérêts moratoires de 5 % sur les indemnités perte de gain dues.![endif]>![if> a. Les conséquences de l'exigibilité des prestations se déterminent d'après le droit des obligations, par renvoi de l'art. 100 LCA (Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 301). Selon l'art. 102 du code des obligations (CO ; RS 220), le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1). Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (al. 2). L'écoulement du délai de quatre semaines prévu à l'art. 41 LCA ne suffit pas à considérer que le jour d'exécution est expiré. En effet, l'art. 102 al. 2 CO exige une convention entre les parties afin de fixer le jour de l'exécution, alors que le délai de quatre semaines repose sur la loi. De plus, le terme de l'obligation ne peut être déterminé avec précision puisqu'on ne peut savoir à l'avance quand ce délai de quatre semaines commence à courir, le point de savoir si l'assureur dispose de tous les documents étant sujet à interprétation. Ainsi, la doctrine majoritaire considère qu'une interpellation est nécessaire pour que l'assureur soit en demeure (Jürg NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, n. 20 ad art. 41). L'interpellation doit décrire la prestation à effectuer de manière suffisamment précise pour que le débiteur puisse

reconnaître ce que le créancier exige. Si la prestation est pécuniaire, le montant doit en principe être chiffré (ATF 129 III 535 consid. 3.2.2). A défaut d'une telle interpellation, l'intérêt moratoire n'est dû, en cas d'ouverture d'une action en justice, que dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1). Le taux de l'intérêt moratoire s'élève à 5%, conformément à l'art. 104 al. 1 CO. L'intérêt moratoire est fixé à 5% conformément aux art. 102 et 104 CO applicables par renvoi de l'art. 100 LCA. b. En l'occurrence, ce n'est que par sa demande du 12 février 2016 que l'assuré a réclamé expressément les indemnités journalières à compter du 1^{er} novembre 2015. Partant, les intérêts moratoires ne sont dus qu'à partir de cette date et pour autant que la prestation fût exigible. Il s'ensuit que la défenderesse doit des intérêts moratoires de 5 % sur la somme de CHF 17'647.20 dès le 12 février 2015. A cette date étaient également échues les indemnités journalières pour la période du 14 au 31 décembre 2015, étant rappelé que selon l'art. 41 al. 1 LCA, la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Ainsi, la défenderesse doit également des intérêts à 5 % sur la somme de CHF 3'693.60 (18 jours x CHF 205.20). Pour la période à compter du 1^{er} janvier 2016, les prestations ne sont échues que quatre semaines après réception du certificat d'incapacité de travail. Dans la mesure où la chambre de céans ignore à quelle date la défenderesse a reçu ces certificats, la défenderesse sera condamnée à verser des intérêts moratoires pour chaque mois de l'année 2016, jusqu'au 4 novembre 2016, quatre semaines après la réception du certificat médical pour le mois écoulé. 15. a. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). b. Le demandeur, représenté par un conseil, obtenant gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de CHF 8'797.- en chiffres ronds à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 26 al. 1 RTFMC), conformément à la note de frais et honoraires produite par le conseil du demandeur, laquelle ne dépasse au demeurant pas le cadre légal (cf. art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à 26 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]; art. 84 et 85 du RTFMC). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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