

## GE\_GERICHTE A/5096/2017 vom 27. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_5096\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_5096_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/5096/2017 du 27 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE A/5096/2017 del 27 giugno 2018

### Erwägungen

#### E. 4

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o à MEYRIN, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés demanderesse contre ASSURA, sise à LE MONT-SUR-LAUSANNE défenderesse EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1950, est assurée auprès d'Assura pour l'assurance de base selon la LAMal (Assura-Basis SA) et pour les assurances complémentaires selon la LCA (Assura SA).!endif>!if> 2. Le 30 janvier 2017, elle a adressé à Assura une déclaration d'accident indiquant qu'elle était retraitée et que, le 1 er janvier 2017 alors qu'elle se trouvait en Floride, elle était tombée dans des escaliers et avait de ce fait subi de multiples fractures à la cheville et à la jambe droites. Le traitement n'était pas terminé et elle était suivie, à Genève, par le docteur B\_\_\_\_\_. Elle avait été hospitalisée du 1 er janvier au 5 janvier 2017. Elle avait contracté une assurance-accidents complémentaire Mondia. Les frais médicaux relatifs à l'assurance obligatoire des soins étaient les suivants :!endif>!if> - 1 er janvier 2017, Cape Canaveral Hospital : CHF 75'950.24 ;!endif>!if> - 1 er janvier 2017, Brevard Pathology service : CHF 443.25 ;!endif>!if> - 5 janvier 2017, Walgreens Pharmacy : CHF 13.10, CHF 23.43, CHF 11.05 et CHF 2.86 ;!endif>!if> - 1 er janvier 2017, Dr C\_\_\_\_\_ : CHF 2'458.40.!endif>!if> L'assurée a transmis à Assura les factures concernées en annexe de sa déclaration d'accident. 3. Assura a adressé un décompte de prestations à l'assurée, le 28 février 2017, fixant le montant dû à cette dernière à CHF 6'176.- au total.!endif>!if> 4. À teneur d'un décompte rectificatif du 3 mars 2017, l'assurée devait à Assura le montant de CHF 30.-, correspondant à une contribution hospitalière complémentaire pour tenir compte du fait que son hospitalisation en Floride avait duré jusqu'au 5 janvier et non jusqu'au 3 janvier 2017. !endif>!if> 5. Selon un décompte du 7 mars 2017, Assura ne prenait pas en charge CHF 19'574.85 relatifs à un traitement du 1 er janvier 2017.!endif>!if> 6. Le 8 mars 2017, l'assurée a informé Assura ne rien comprendre à son décompte. Elle avait souscrit une assurance-maladie et accidents de base et ne voyait pas pourquoi Assura refusait de lui rembourser ses factures.!endif>!if> 7. Par courrier du 14 mars 2017 indiquant une adresse à Loèche-les Bains, l'assurée a demandé à Assura pourquoi elle ne couvrait pas les frais liés à son accident du 1 er janvier 2017. Elle avait souscrit à l'assurance Mondia parce qu'elle était à la retraite et qu'elle aimait voyager avec son époux. Elle ne savait pas qu'elle n'avait droit qu'à quarante-cinq jours d'absence.!endif>!if> 8. Le 29 mars 2017, Assura a informé l'assurée que les soins prodigués en urgence à l'étranger étaient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. Dans le cas d'une hospitalisation, c'était le système de facturation forfaitaire SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) qui s'appliquait. Elle avait calculé le SwissDRG correspondant à la nature de son affection, qui

équivalait au montant de CHF 4'680.- et au montant CHF 9'360.-, multiplié par deux. La différence de tarif de CHF 91'497.60 n'incombait pas à l'assurance obligatoire des soins, mais à son assurance complémentaire Mondia. Or, selon les conditions spéciales pour l'assurance-maladie complémentaire, la catégorie Mondia donnait droit aux prestations lors d'un séjour temporaire à l'étranger dont la durée n'excédait pas quarante-cinq jours consécutifs. Étant donné qu'aucune demande d'extension de sa couverture n'avait été formulée avant son départ, Assura n'était pas en mesure de participer aux frais précités. 9. Le 7 avril 2017, Assura a adressé un décompte de prestations à l'assurée indiquant que le montant facturé pour le traitement du 1<sup>er</sup> janvier 2017 (LCA Mondia) de CHF 535.40 n'était pas remboursé. 10. Le 18 mai 2017, l'association suisse des assurés (ci-après Assuas) a informé Assura avoir été mandatée par l'assurée, domiciliée à Loèche-les-Bains, pour la défense de ses intérêts, avec élection de domicile en ses locaux. Sa mandante contestait le refus d'Assura de prendre en charge la totalité des frais médicaux liés à son accident aux États-Unis. Assura avait sous-évalué le montant des soins en Suisse, puisque, selon ses médecins, l'opération qu'elle avait subie en Floride aurait coûté au moins CHF 17'000.- en Suisse. 11. Concernant la complémentaire Mondia, l'argument évoqué pour justifier le refus de la prise en charge n'emportait pas conviction, au motif qu'une couverture de quarante-cinq jours par année impliquait une couverture de nonante jours sur deux ans. Elle avait séjourné aux États-Unis du 13 octobre 2016 au 11 janvier 2017, soit moins de nonante jours au total, et c'était donc à tort qu'Assura refusait de prendre en charge ses soins aux États-Unis. 12. Le 20 juin 2017, Assura a informé l'assurée que si elle entendait contester son calcul du SwissDRG, dont une copie lui était remise, il lui appartenait de lui adresser le calcul d'un autre SwissDRG, qui serait transmis à sa cellule spécialisée dans ce genre d'estimation pour comparaison. La couverture d'assurance Mondia n'était pas limitée à quarante-cinq jours par année civile, mais pour chaque séjour temporaire à l'étranger. Selon l'extrait de SwissDRG transmis à l'assurée, le montant tarifaire à retenir était de CHF 4'679.- et le montant à rembourser (le double) de CHF 9'360.-. Cet extrait mentionne notamment les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital, les diagnostics et la description de l'intervention. 13. Le 19 juin 2017, Assuas a adressé à Assura une opposition de sa mandante, rappelant le domicile de cette dernière à Loèche-les-Bains. Elle concluait à l'annulation du courrier du 29 mars 2017 et à ce qu'il soit dit que l'assurée avait droit au remboursement de ses frais de prise en charge de l'accident du 1<sup>er</sup> janvier 2017 aux États-Unis au titre de la LAMal et de la complémentaire Mondia et, subsidiairement, à ce qu'une décision formelle avec indication des voies de droit concernant la couverture LAMal accidents lui soit notifiée. Elle faisait valoir, pièce l'appui, qu'il ressortait d'un rapport médical établi le 30 mai 2017 par le Dr B \_\_\_\_\_ que l'intimée avait sous-évalué le coût de son opération, qui aurait coûté en Suisse au moins CHF 7'000.- sans tenir compte des frais d'hospitalisation ni du matériel utilisé. Ce médecin estimait que les conséquences de l'accident de la recourante auraient coûté en réalité CHF 11'965.- en Suisse. En conséquence, l'intimée devrait lui rembourser le double de ce montant, soit CHF 23'930.-. 14. Par décision du 10 juillet 2017, Assura a maintenu sa position et précisé que l'assurée pouvait, s'agissant de l'assurance de base, former opposition à l'adresse de son institution et, s'agissant de l'assurance complémentaire, ouvrir action devant les tribunaux compétents en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. 15. Le 11 septembre 2017, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève contre

la décision d'Assura du 10 juillet 2017. Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent était celui du canton de domicile de l'assurée ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Elle était en l'occurrence domiciliée à la rue D\_\_\_\_\_ à Meyrin. Elle concluait à l'annulation de la décision sur opposition du 11 juillet 2017, avec suite de frais et dépens, et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit au remboursement de CHF 96'177.- à titre de remboursement des frais de prise en charge de son accident du 1<sup>er</sup> janvier aux États-Unis et au montant de CHF 96'177.- à titre des frais de prise en charge de son accident au titre de la complémentaire Mondia. Subsidiairement, elle concluait à ce que la chambre de céans ordonne une réévaluation du coût de son accident survenu aux États-Unis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et à ce qu'il soit dit qu'Assura devait lui rembourser le coût de l'évaluation ordonnée au titre de l'assurance-accidents ou au titre de l'assurance-voyage Mondia.!

15. Par réponse du 11 octobre 2017, Assura a conclu à ce que le recours du 11 septembre soit déclaré prématuré, dès lors qu'elle n'avait pas rendu de décision sur opposition le 11 juillet 2017, et à ce que la chambre de céans se déclare incompétente à raison du lieu, tant pour le volet LAMal que pour le volet LCA du recours, dès lors que la seule adresse connue de l'assurée qui figurait sur sa police d'assurance, ses courriers et sur la procuration d'Assuas se situait à Loèche-les-Bains.!

16. Par réplique du 30 octobre 2017, la recourante a fait valoir que son recours n'était pas prématuré. En effet, plusieurs courriers de refus de prise en charge de l'assureur avaient précédé son recours à la chambre des assurances sociales, notamment son courrier de refus de prise en charge du 29 mars 2017 qui lui avait été adressé directement. Un second refus de prise en charge lui avait été adressé par l'intermédiaire de son conseil. Après ces deux refus de prise en charge, il était logique de considérer que l'assureur avait très clairement pris et maintenu sa décision, malgré deux demandes de reconsidération. Tenant compte du fait que l'assureur persistait dans son refus, Assuas lui avait adressé un courrier daté du 19 juin 2017 clairement intitulé opposition, qui exposait à nouveau les raisons pour lesquelles l'assureur devait prendre en charge les frais de l'accident. Un troisième refus de prise en charge avait alors été notifié à Assuas le 10 juillet 2017. Ce dernier courrier indiquait qu'au cas où elle ne serait pas d'accord avec la décision, elle avait la possibilité d'ouvrir action devant les tribunaux compétents en matière d'assurance complémentaire et assurance-maladie sociale. Elle peinait dès lors à comprendre la stratégie douteuse dont comptait se prévaloir l'assurance en niant avoir rendu une décision sur opposition ou du moins son équivalent, alors que par trois fois, elle avait maintenu sa décision de refus de prise en charge des frais d'accident et indiqué le recours au tribunal comme voie de droit. En agissant de la sorte, l'assureur se livrait à une méthode dilatoire visant à retarder la procédure ainsi qu'à du pur formalisme excessif totalement insoutenable. !

Contrairement à ce que prétendait l'assureur, c'était à juste titre que la recourante avait saisi la chambre des assurances sociales du canton de Genève. Il n'était pas contesté qu'elle avait été domiciliée en Valais. Toutefois, après sa retraite, elle avait décidé de se rapprocher de sa fille qui vivait à Genève. Partant, elle avait un nouveau domicile à Genève. D'ailleurs, c'était les coordonnées de ce même domicile qu'elle avait communiquées à son conseil et qui avaient été enregistrées dans la base de données de ce dernier.

17. Par duplique du 22 novembre 2017, Assura a persisté à soutenir qu'aucune demande de décision formelle n'avait été prise. S'agissant de la compétence locale de la chambre des assurances sociales, Assura relevait que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'adresse officielle de l'assurée se situait en Valais comme cela était indiqué dans sa proposition d'assurance du 10 novembre 2014. C'était d'ailleurs sur la base de cette adresse qu'étaient calculées ses primes et à cette adresse que

ses décomptes de prestations et le suivi administratif lui étaient adressés. Toutefois, il ressortait d'un document du contrôle des habitants du 21 novembre 2017 de la commune de Loèche-les-Bains que la recourante n'était pas inscrite dans le registre des habitants de cette commune. Au vu de ces éléments peu clairs et contradictoires, il appartenait à la chambre des assurances sociales de déterminer le domicile de l'assurée afin de se prononcer sur sa compétence. Si la chambre des assurances sociales devait se déclarer compétente pour juger de cette cause, Assura maintenait que le recours de l'assurée s'agissant de l'assurance obligatoire des soins était prématuré et concluait au rejet des conclusions LAMal et LCA formulées par la recourante. [endif]>[if> 18. La chambre des assurances sociales a enregistré le recours sous la procédure A/3686/2017, en tant qu'il contestait une décision fondée sur la LAMal, et sous la procédure A/5096/2017, en tant qu'il constituait une demande fondée sur la LCA.[endif]>[if> 19. À teneur d'un extrait du registre de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après OCPM), la recourante a été domiciliée à Genève du 20 mars 1977 au 30 novembre 2014, date à laquelle elle a quitté la Suisse pour les États-Unis. [endif]>[if> 20. Lors d'une audience du 9 mars 2018 devant la chambre de céans : [endif]>[if> a) La recourante a déclaré : « Je vis comme une globe-trotter. Je suis seule la plupart du temps, car je suis séparée. Je n'ai pas de domicile fixe. J'ai un point de chute à Meyrin où se trouvent deux de mes enfants. J'ai vécu à Genève depuis 1976 et j'y ai travaillé jusqu'à fin 2004. Avec les enfants, nous avons acheté un appartement à Loèche-les-Bains pour les vacances et je me suis domiciliée là-bas car les enfants montent régulièrement et ils peuvent prendre mon courrier. Je ne me suis pas domiciliée officiellement à Loèche-les-Bains, mais j'ai donné cette adresse à mes interlocuteurs en Suisse. Je ne paie pas d'impôts. Je ne reçois même plus de déclaration depuis 2007 ou 2008. Je vis avec CHF 2'000.- de retraite et mes économies. Je suis séparée depuis 2002 ou 2003. Je suis partie seule aux États-Unis en 2004. En fait je suis partie le 3 janvier 2005 mais officiellement, pour les papiers, à fin décembre 2004. Je suis partie la première fois en Floride une dizaine de jours. Je voulais découvrir les États-Unis, mais après dix jours je suis partie pour l'Argentine et j'ai voyagé pendant huit mois en remontant vers le Nord. J'ai retrouvé mon mari au Canada. Le lieu où je reviens le plus régulièrement est Meyrin. J'ai un logement en Floride. J'y réside entre trois et six mois par année. J'ai eu mon accident à l'extérieur de ce logement qui correspond à un quatre pièces genevois. Quand je viens à Genève, je réside entre trois ou quatre autres adresses différentes. Je fais du home ou du animal sitting. Je n'ai pas d'adresse personnelle. Par exemple, je suis arrivée en Suisse le 12 décembre 2017. J'étais avec mon fils et des amis. Je me suis rendue directement à Loèche. J'y suis restée jusqu'au début janvier 2018. Ensuite je suis restée sur Genève en naviguant dans les domiciles de mes enfants. Je ne reste en général pas plus d'une semaine chez eux. Un jour j'aimerais m'installer à Genève ou dans les proches horizons, mais pour l'instant je veux encore voyager et découvrir le monde. Si je vais en Floride, je reste trois mois d'affilée, étant précisé que je ne peux pas y rester plus longtemps. Je peux faire deux séjours de trois mois dans l'année. J'ai été soignée après mon accident dans un hôpital public en Floride ». b) La fille de la recourante, Madame E\_\_\_\_\_ a déclaré : « Mes parents ont quitté la Suisse en 2005. Ils ont pris une retraite anticipée dans le but de voyager et de s'établir en Floride. La première année ils sont partis pendant neuf mois puis ils sont revenus à Genève. Ils vont et viennent selon leurs disponibilités et leurs envies. Quand ils viennent en Suisse, ils résident chez les membres de notre famille. Nous sommes très solidaires. Nous avons un pied-à-terre de trois pièces à Loèche-les Bains pour les vacances. Il m'arrive d'aller en Floride presque chaque année pour les vacances. Quand mes parents sont ici, on profite de

leur appartement là-bas et eux profitent du nôtre. Ma mère est souvent chez moi, même quand je ne suis pas en vacances, pendant la semaine et elle va le weekend à Loèche-les-Bains. En général, ma mère est toujours avec mon père, enfin plutôt les weekends, car la semaine mon père habite sur un bateau qu'il a racheté l'année passée. Auparavant ils avaient déjà un bateau à F\_\_\_\_\_. Pendant la belle saison, ils y dormaient. Ils ne pouvaient pas avoir un appartement à Genève puisque c'était hors de prix vu qu'ils étaient beaucoup absents. Mes parents voyagent beaucoup depuis dix ans. Ils vont également régulièrement en Floride, mais ils ne peuvent y rester longtemps car ils n'ont pas la green card. S'ils l'avaient, je pense qu'ils y resteraient toute l'année car c'est leur rêve. Le représentant de l'intimée a déclaré que le système SWISS-DRG était géré par les hôpitaux et les assureurs-maladie. L'intimée avait une cellule spécialisée capable d'établir un SWISS-DRG et de contrôler les factures reçues. C'était des codeuses DRG qui avaient une formation pour établir les factures, sans être forcément médecins. L'estimation du Dr B\_\_\_\_\_ n'était pas déterminante. Seule un autre avis SWISS-DRG pouvait remettre en cause celui de l'intimée. Cela pouvait être un calcul établi par le CHUV ou par le service compétent pour émettre des factures, ce qui n'était pas le cas d'un médecin. Il s'agissait d'un procédé complexe. Il leur arrivait de modifier une décision sur la base d'un SWISSDRG produit par leurs assurés. Si la chambre des assurances sociales s'estimait compétente, Assura maintiendrait sa position et la teneur de sa décision. Par gain de paix et de temps et par économie de procédure, elle renoncerait toutefois à sa demande de prononcer une décision sur opposition. 21. 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), 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 (loi sur le contrat d'assurance, LCA – RS 221.229.1).

La chambre de céans est ainsi compétente pour connaître de la demande formée par l'assurée à raison de la matière. 2. Il convient encore déterminer si elle est compétente à raison du lieu.!

a. 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 et 247 al. 2 let. a du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272). Selon l'art. 9 CPC, un for n'est impératif que si la loi le prévoit expressément (al. 1). Les parties ne peuvent déroger à un for impératif (al. 2). Selon l'art. 1.1 des Conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire d'Assura, édition septembre 2010, mises à jour en janvier 2013 (ci-après CGA), en cas de procédure judiciaire, Assura reconnaît comme for son siège social ainsi que le domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 20 CGA). Aux termes de l'art. 10 al. 2 CPC, le domicile est déterminé d'après le code civil. L'art. 24 CC n'est pas applicable. À teneur de l'art. 11 CPC, lorsque le défendeur n'a pas de domicile, le for est celui de sa résidence habituelle. Une personne a sa résidence habituelle au lieu où elle vit pendant une certaine durée, même si cette durée est d'emblée limitée (al. 2). Si le défendeur n'a pas de résidence habituelle, le tribunal compétent est celui de son dernier lieu de résidence connu (al. 3). Par domicile, il faut entendre le lieu où la personne concernée réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). La notion de domicile englobe deux éléments: objectivement, la résidence effective dans un lieu donné et, subjectivement, la volonté de s'y établir, soit d'en

faire le centre de son existence, de ses intérêts personnels et professionnels. Selon la jurisprudence, ce n'est pas la volonté intime de l'intéressé qui est déterminante, mais les circonstances objectives, reconnaissables pour les tiers, qui permettent de déduire une telle intention (ATF 120 III 8 consid. 2a). b. En l'espèce, il ressort des déclarations de la recourante que son lieu de résidence principal est en Floride où elle possède une maison et où elle a la volonté de s'établir, et ce, quand bien même elle n'est pas au bénéfice d'une autorisation de séjour lui permettant de s'installer complètement aux États-Unis. Lorsqu'elle revient en Suisse, elle réside habituellement chez ses enfants dans le canton de Genève, où elle résidait déjà avant d'avoir officiellement quitté la Suisse. Bien qu'elle ait mentionné à plusieurs reprises dans sa correspondance une adresse à Loèche-les-Bains, elle n'a jamais eu l'intention d'y résider principalement à teneur de ses déclarations qui ont été confirmées sur ce point par celles de sa fille. Il en résulte que le for est à Genève, en application de l'art. 11 CPC et que la chambre de céans compétente ratione loci pour connaître du recours. 3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). 4. La 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 (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié ; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). 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). Toujours sous l'angle 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). 5. 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).!endif>!if> 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).

6. Selon l'art. 1.1 des CGA, les droits et obligations du preneur d'assurance et de l'assuré, lesquels doivent être domiciliés en Suisse, sont définis dans la police d'assurance et les conditions d'assurance. Selon l'art. 1.2 CGA, à défaut de disposition contractuelles expresse, c'est la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1903 (LCA) qui est applicable.

!endif]>!if> Selon l'art. 5.1 CGA, l'assurance est valable dans le monde entier. À teneur de l'art. 5.2 CGA, l'assuré qui transfère son domicile hors de Suisse, du Liechtenstein ou de la zone frontalière perd le bénéfice de l'assurance de plein droit à la fin de la période d'assurance en cours. L'assurance peut, sur demande du preneur d'assurance et aux conditions fixées par Assura, être prolongées avec ou sans suspension du droit aux prestations. Selon l'art. 5.3 CGA, hors de Suisse, du Liechtenstein ou de la zone frontalière, les cas sont indemnisés jusqu'au terme du traitement médical, au plus cependant durant nonante jours.

1.1. des conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire relative à la catégorie Mondia, assurance complémentaire pour voyages et vacances, lors d'un séjour temporaire à l'étranger d'un assuré, dont la durée n'excède pas quarante-cinq jours consécutifs, les frais de traitement scientifiquement reconnus au sens du droit suisse et survenus en cas d'urgence sont pris en charge au tarif local en vigueur, et ce en sus des prestations prévues par la LAMal en complément aux assurances conclues auprès sous réserve de l'art. 5 (exclusions pour les maladies ou accidents préexistants). L'assuré qui prévoit un séjour temporaire à l'étranger d'une durée supérieure à quarante-cinq jours consécutifs et qui désire bénéficier des prestations de la présente catégorie au-delà de cette période initiale, doit déposer une demande préalable auprès d'Assura. Une extension de la couverture à la durée effective du séjour temporaire à l'étranger pourra être offerte (ch. 1.2.).

7. En l'espèce, la demanderesse a séjourné aux États-Unis dès le 13 octobre 2016 et a été accidentée le 1<sup>er</sup> janvier 2017, soit plus de quarante-cinq jours après son arrivée. Dans la mesure où elle n'a pas demandé la prolongation de sa couverture d'assurance, il ne revient pas à la défenderesse de prendre en charge les frais de traitement et d'hospitalisation liés à son accident du 1<sup>er</sup> janvier 2017, en application de l'art. 1 des conditions spéciales pour l'assurance maladie de la catégorie d'assurance complémentaire Mondia. Cette disposition est claire dans la mesure où elle précise que l'assuré qui veut prolonger son séjour après quarante-cinq jours consécutifs n'est pas couvert s'il n'a pas demandé la prolongation de la couverture. Il ne résulte pas d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de cette clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord. L'on ne peut dès lors suivre la demanderesse lorsqu'elle prétend qu'une nouvelle période de quarante-cinq jours a débuté dès janvier 2017.

!endif]>!if> Au vu des considérations qui précèdent, la demande doit être rejetée.

8. Selon l'art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 (LaCC - E 1 05), 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. ![endif]>![if> 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.