

# VD\_FINDINFO AMC 2/10 - 2/2011 vom 5. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AMC\\_2\\_10\\_-\\_2\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AMC_2_10_-_2_2011)

FR: VD\_FINDINFO AMC 2/10 - 2/2011 du 5 novembre 2010

IT: VD\_FINDINFO AMC 2/10 - 2/2011 del 5 novembre 2010

## Regeste

SOMMATION DE PAYER, ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE, COMPÉTENCE, COMPÉTENCE RATIONE MATERIAE, SUSPENSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, SUSPENSION{ASSURANCE}, ASSURANCE COLLECTIVE, DEMEURE, DEMEURE DU DÉBITEUR, DÉLAI, DÉLAI LÉGAL, DÉCOMPTE DE PRIMES, PERCEPTION DES PRIMES, PRIME D'ASSURANCE, PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, SOMMATION, DÉCISION PRÉJUDICIELLE | 1 DTAs-AM, 20 al. 1 LCA, 20 al. 3 LCA, 20 LCA, 21 al. 1 LCA, 21 LCA, 106 LPA-VD

## Erwägungen

### E. 20

LCA, 21 LCA et 106 ss LPA-VD E n f a i t : A. X. \_\_\_\_\_, né le 9 février 1956, gemmologue de profession, était au bénéfice d'une police d'assurance-maladie collective perte de gain n° 47.114'336 conclue auprès de [...], valable du 1 er décembre 2000 au 1 er janvier 2004. Par contrat de fusion du 13 mai 2002, cette compagnie d'assurance a fusionné avec Y. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : la caisse). La police n° 47.114'336 a ainsi été reprise par la caisse. Le contrat d'assurance-maladie collective a ensuite été prolongé pour la période du 1 er janvier 2004 au 1 er janvier 2007. Les parties ont alors modifié le contrat dès le 1 er janvier 2007. La police anciennement n° 47.114'336 est devenue la police n° B46.0.114.336. Le contrat d'assurance conclu entre les parties, valable du 1 er janvier 2007 au 1 er janvier 2010, a été reconduit tacitement. L'assuré a en outre conclu divers autres contrats avec la caisse (assurances véhicules à moteur, n os de police T30.2.035.741 et T30.6.518.083, assurance-accidents privée n° de police B01.1.157.821). La police d'assurance-maladie collective n° B46.0.114.336 concerne la couverture d'une perte de gain due à la maladie, par le versement d'indemnités journalières. Elle prévoit notamment ce qui suit : « Prime annuelle nette CHF 2'693.60 Prime annuelle brute CHF 2'744.00 Paiement trimestriel CHF 686.00 y compris : Suppléments pour paiement fractionné CHF 12.60 [...] Couverture d'assurance Personne assurée et prestations Monsieur X. \_\_\_\_\_, né/e le 09.02.1956 Les maladies déjà existantes sont assurées sous réserve des exclusions mentionnées dans les conditions générales (CG). Age d'entrée déterminant pour le calcul de la prime 48 Années Salaire annuel assuré : CHF 108'000.00 Indemnité journalière en cas de maladie en % du salaire assuré 100.00 pour-cent Durée des prestations déd. le délai d'attente suivant 730 jours Durée des prestations pour personnes assurées en âge AVS 180 jours Délai d'attente 30 jours Rabais spécial 5.00 pour-cent Conditions en vigueur Conditions particulières (CP) – Participation aux excédents Conditions particulières (CP) – Couverture d'assurance limitée Aide-mémoire pour les personnes assurées lors de l'entrée dans l'entreprise assurée Conditions complémentaires pour l'indemnité journalière de maladie, Edition 2005

Conditions générales (CG) pour l'assurance-maladie collective, Edition 2005 » L'art. 15 des conditions générales pour l'assurance-maladie collective de 2005, intitulé « Quelles sont les conséquences du retard dans le paiement de la prime ? », est libellé comme suit : «

1. Retard dans le paiement de la prime Si la prime n'est pas réglée dans le délai imparti, la Société somme le preneur d'assurance par écrit, en lui indiquant les conséquences du retard, de payer la prime en souffrance ainsi que les frais dans les 14 jours à compter de l'envoi de la sommation. 2. Maladies avant l'expiration du délai de paiement Les maladies qui ont conduit à une incapacité de travail avant l'expiration du délai de paiement restent assurées. Pour le chef d'entreprise et pour les membres de sa famille également assurés (conjoint, parents, enfants), pour lesquels il ne prélève aucune cotisation AVS et qui sont assurés pour une indemnité journalière fixe ou une somme de salaire fixe, l'obligation de servir des prestations est toutefois suspendue après l'expiration du délai de paiement. Les jours qui ne font pas l'objet d'une indemnisation par suite de la suspension de l'obligation de servir des prestations sont imputés sur la durée maximale des prestations. 3. Maladies après l'expiration du délai de paiement La couverture d'assurance est suspendue pour les cas de maladie qui conduisent à une incapacité de travail après l'expiration du délai de paiement. Cette exclusion de couverture demeure valable pour les rechutes. [...] 5. Remise en vigueur de la couverture d'assurance Toute assurance suspendue peut être remise en vigueur par la Société lorsque toutes les primes en souffrance et échues sont réglées, y compris les intérêts et les frais. Pour le chef d'entreprise et pour les membres de sa famille (conjoint, parents, enfants), pour lesquels il ne prélève aucune cotisation AVS et qui sont assurés pour une indemnité journalière fixe ou une somme de salaire fixe, la remise en vigueur peut être subordonnée à un nouveau certificat de santé ».

En novembre 2008, la caisse a envoyé à l'assuré un décompte de primes l'informant que la somme de 686 fr. relative à la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2009 devait lui être versée jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Elle lui a également transmis les décomptes concernant ses autres assurances. Le 23 janvier 2009, la caisse a adressé un rappel à l'assuré lui demandant de s'acquitter du montant de 686 fr. dans les prochains jours. En février 2009, la caisse a communiqué à l'assuré un nouveau décompte indiquant que la prochaine prime épisodique serait échue le 1<sup>er</sup> avril 2009, le solde débiteur s'élevant à 1'372 fr., soit 686 fr. pour le premier trimestre 2009 et 686 fr. pour le deuxième. Le 20 février 2009, la caisse a adressé une sommation à l'assuré concernant l'assurance-maladie collective, rédigée en ces termes : « **SOMMATION** Monsieur, Il y a quelque temps, vous avez reçu l'avis de prime relatif à votre police. Selon notre comptabilité, les montants suivants sont encore impayés : Prime périodique CHF 686.00 Echéance 01.01.2009 Sont débités, en outre, des frais de rappel pour un montant de CHF 10.00. Conformément à la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (article 20), nous vous prions de bien vouloir payer la/les prime/s due/s dans les 14 jours à partir de l'envoi de cette sommation. Nous devons également attirer votre attention sur les conséquences légales du retard citées ci-après : Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (article 20, alinéa 3, LCA). Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée (article 21, alinéa 1, LCA). Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais (article 21, alinéa 2, LCA). Si vous avez payé la prime entre-temps, nous vous en remercions et vous prions de ne pas tenir compte de cette lettre ». Selon la caisse, cette sommation ainsi que celles

concernant les autres polices d'assurances ont été adressées à l'assuré sous un seul pli recommandé. L'intéressé a retiré ce pli le 26 février 2009. Le 17 mars 2009, la caisse a envoyé une deuxième sommation à l'assuré sous pli simple, dont la teneur est la suivante : « 2e SOMMATION Monsieur, Il y a quelque temps, vous avez reçu l'avis de prime relatif à votre police. Selon notre comptabilité, les montants suivants sont encore impayés malgré notre précédente sommation : Prime périodique CHF 686.00 Échéance 01.01.2009 Sont débités, en outre, des frais de rappel pour un montant de CHF 20.00. Nous vous rappelons que, selon la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (article 20, alinéa 1), la couverture d'assurance de cette police est suspendue. C'est pourquoi nous vous prions, dans votre propre intérêt, de payer immédiatement le montant en souffrance. Si le paiement n'est pas effectué, nous serons contraints d'exiger ce montant par voie de droit ». Par pli simple du 7 avril 2009, la caisse a sommé une nouvelle fois l'assuré en ces termes : « NOUVELLE SOMMATION Monsieur, Il y a quelque temps, vous avez reçu l'avis de prime relatif à votre police. Selon notre comptabilité, les montants suivants sont encore impayés malgré notre précédente sommation : Prime périodique CHF 686.00 Échéance 01.01.2009 De plus, est/sont échue/s entre-temps : Prime périodique CHF 686.00 Échéance 01.04.2009 Sont débités, en outre, des frais de rappel pour un montant de CHF 30.00. IMPORTANT : veuillez noter que cette nouvelle sommation n'annule pas les conséquences du retard qui sont déjà réalisées. Conformément à l'article 20, alinéa 1, de la LCA, nous vous prions de bien vouloir payer cette/ces nouvelle/s prime/s échue/s le plus rapidement possible. Nous vous rappelons que, selon l'article 20, alinéa 4, de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), la couverture d'assurance de cette police est suspendue. C'est pourquoi nous vous prions, dans votre propre intérêt, de payer immédiatement le montant en souffrance. Si le paiement n'est pas effectué, nous serons contraints d'exiger ce montant par voie de droit ». Le 9 avril 2009, l'assuré a versé la somme de 706 fr. à la caisse. Selon le récépissé postal comportant un sceau du même jour, ce montant concerne la police n° B46.0.114.336, savoir l'assurance-maladie collective. L'état du compte produit par la caisse a enregistré ce paiement le 16 avril 2009. Le 28 avril 2009, la caisse a adressé une nouvelle sommation sous pli simple à l'assuré, reproduite ci-dessous : « 2e SOMMATION Monsieur, Il y a quelque temps, vous avez reçu l'avis de prime relatif à votre police. Selon notre comptabilité, les montants suivants sont encore impayés malgré notre précédente sommation : Prime périodique (solde) CHF 666.00 Échéance 01.04.2009 Sont débités, en outre, des frais de rappel pour un montant de CHF 40.00. Nous vous rappelons que, selon la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (article 20, alinéa 1), la couverture d'assurance de cette police est suspendue. C'est pourquoi nous vous prions, dans votre propre intérêt, de payer immédiatement le montant en souffrance. Si le paiement n'est pas effectué, nous serons contraints d'exiger ce montant par voie de droit ». Le 2 juin 2009, la caisse a adressé à l'Office des poursuites de Nyon-Rolle une réquisition de poursuite pour un montant de 666 fr., avec intérêts à 5% l'an dès le 1 er avril 2009, ainsi que des frais administratifs d'un montant de 60 francs. Selon un récépissé postal comportant la date du 12 juin 2009, l'assuré a versé un montant de 706 fr. qui concerne la police n° B46.0.114.336, savoir l'assurance-maladie collective. Le 18 juin 2009, la caisse a adressé à l'assuré le décompte suivant : « Conformément au décompte ci-dessous, nous vous informons qu'un solde demeure en notre faveur. Créance de base CHF 666.00 Intérêts à 5.00% dès le 01.04.2009 CHF 6.85 Frais de poursuite et du tribunal CHF 50.00 Frais administratifs CHF 60.00 Paiement ; note de crédit CHF 666.00 Total en notre faveur CHF 116.85

Nous attirons votre attention sur le fait que notre couverture d'assurance est actuellement suspendue à l'exception de la police LAA et ne sera remise en vigueur qu'à réception de l'intégralité de la prime, des divers frais et des intérêts. Nous vous remercions de bien vouloir vous acquitter dans les 10 jours du montant précité au moyen du bulletin de versement annexé ». Le même jour, la caisse a annoncé à l'office des poursuites un versement en sa faveur de 666 francs. Le 25 juin 2009, l'assuré a versé à la caisse le solde de 116 fr. 85. Le 1<sup>er</sup> juillet 2009, celle-ci a retiré sa poursuite, l'affaire ayant été liquidée à son entière satisfaction. B. Les 20 et 22 juillet 2009, l'assuré a adressé deux déclarations de maladie à la caisse, l'une portant sa signature et l'autre celle du Dr W. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital ophtalmique [...], attestant qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 9 juin 2009 en raison d'un décollement de la rétine. Dans un certificat médical du 6 novembre 2009, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'ensuite de deux opérations les 10 et 17 juin 2009, l'assuré présentait une baisse de vue et un problème de focalisation. Selon le médecin, l'incapacité de travail demeurait totale depuis le 9 juin 2009, mais une reprise d'activité à 100% paraissait probable dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009. Le conseil de l'assuré a adressé au Dr W. \_\_\_\_\_ le questionnaire suivant : « 1.- Pour quelle raison la première intervention chirurgicale du 9 juin 2009 a-t-elle échoué ? 2.- Si celle-ci avait réussi, combien de temps approximativement aurait duré l'incapacité de travail de M. X. \_\_\_\_\_ ? 3.- En quoi exactement a consisté la deuxième intervention chirurgicale ? 4.- Celle-ci est-elle la conséquence d'événements imprévus survenus entre la première et la deuxième opération ? 5.- Peut-on parler de rechute ? Sinon, pour quelle raison cette opération était-elle indispensable ? 6.- Avez-vous d'autres remarques à formuler qui pourraient être utiles à la résolution de cette affaire ? ». Le Dr W. \_\_\_\_\_ a répondu le 11 décembre 2009 de la manière suivante : « 1. La 1<sup>ère</sup> intervention du 10.06.2009 consistait en un cerclage autour de l'œil avec drainage du liquide sous-rétinien. Cette technique chirurgicale a été choisie à cause de la localisation inférieure des déchirures rétinienne et des demandes visuelles du patient. L'autre option qui était à notre disposition aurait été une vitrectomie, mais après discussion avec le patient, nous avons choisi le cerclage, car la vitrectomie induit une cataracte rapidement, avec la nécessité d'une opération de celle-ci, ce qui aurait décompensé la vision binoculaire du patient rapidement. Pour ces raisons, et au vu de la profession du patient qui exige une acuité visuelle parfaite, nous avons choisi le cerclage pour la 1<sup>ère</sup> intervention chirurgicale. Bien que la rétine ait pu être en partie réappliquée, le cerclage n'a pas pu régler le problème d'une façon durable, car des tractions vitréorétiniennes résiduelles inférieures ont maintenu la rétine dans un état décollé (bien que sur une zone beaucoup moins grande qu'avant la 1<sup>ère</sup> opération). Ceci nous a poussé à réintervenir, cette fois par vitrectomie. 2. L'incapacité de travail aurait été de 3 à 4 semaines, en fonction de l'évolution clinique. 3. La 2<sup>ème</sup> intervention du 17.06.2009 consiste en une vitrectomie où on entre dans l'œil à travers de petites ouvertures d'un diamètre de 1 mm (par contre pour le cerclage, on n'entre pas dans l'œil, on travaille de l'extérieur de l'œil). Le vitrectome enlève tout le corps vitré, qui correspond à la gélatine qui remplit l'œil, et on arrive à aspirer le liquide sous-rétinien à travers la déchirure. Ensuite, on applique la rétine avec une bulle de gaz et on arrive à appliquer du laser et de la cryocoagulation pour "souder" la rétine contre la paroi de l'œil. Cette intervention a l'avantage de pouvoir enlever toutes les tractions vitréorétiniennes qui ont provoqué les déchirures, mais le gros désavantage est qu'il y aura une cataracte (présence du gaz dans l'œil, qui est nécessaire pour rappliquer la rétine, perturbe le métabolisme du cristallin). 4. Comme expliqué sous le point 1, la vitrectomie était le prochain pas logique après le

cerclage qui n'est arrivé à guérir que la moitié du décollement. Il fallait aller un pas plus loin, en entrant dans l'œil par la vitrectomie, pour rappliquer le reste de la rétine. A peu près 7% de tous les cas de décollement de rétine, qui sont opérés d'abord par cerclage, nécessitent un complément de traitement entre 2 et 8 semaines après la première intervention. Ces chiffres correspondent aux statistiques de ce type de chirurgie qui est identique dans tous les grands Centres du monde. 5. Non, on ne peut pas parler de rechute. Comme je l'ai expliqué aux points 1 et 4, la rétine s'était rappliquée jusqu'à un certain point avec le cerclage et la vitrectomie était nécessaire pour rappliquer la rétine complètement. Autrement dit, le cerclage est arrivé à rappliquer la rétine jusqu'à 70% et il fallait faire la vitrectomie pour la rappliquer à 100%. La 2<sup>ème</sup> intervention était indispensable, car autrement la rétine aurait été appliquée seulement jusqu'à 70%, ce qui aurait pu provoquer ultérieurement un redécollement total de la rétine avec une chute complète de la vue ». Selon divers certificats médicaux établis par le Dr W. \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de l'assuré a été entière jusqu'au 15 janvier 2010, puis de 50% jusqu'au 10 juin 2010. Par courrier du 27 août 2009, la caisse a informé l'assuré que, le sinistre n'ayant pu être pris en charge faute de couverture, elle acceptait de lui verser à bien plaisir et sans reconnaissance de responsabilité un montant de 9'000 francs. C. Par demande adressée le 2 février 2010 à la Cour des assurances sociales, X. \_\_\_\_\_ a conclu, avec suite de frais et dépens, au versement immédiat par la caisse de la somme de 124'650 fr. avec intérêt à 5% l'an dès le 31 octobre 2009, faisant valoir que la couverture d'assurance n'avait pas été valablement suspendue. A l'appui de sa demande, il a établi le décompte suivant : du 9 juin 2009 au 8 juillet 2009 : 30 jours délai d'attente du 9 juillet 2009 au 15 janvier 2010 : 100%  
191 jours 57'300 fr. du 16 janvier 2010 au 31 juillet 2011 : 50% 509 jours 76'350 fr.  
Total : 133'650 fr. dont à déduire les 9'000 fr. versés. Dans sa réponse du 15 avril 2010, la défenderesse a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à l'irrecevabilité de la demande, subsidiairement à son rejet et, plus subsidiairement encore, à la suspension de la cause afin qu'elle puisse instruire la question de la justification de l'incapacité de travail alléguée. Elle allègue en substance que le preneur d'assurance et le bénéficiaire des prestations ne sont en l'espèce qu'une seule et même personne, alors qu'il ressort clairement du libellé de la police qu'il s'agit d'une assurance-maladie collective, soit d'un type de couverture prévu par essence pour couvrir la perte de salaire d'employés (assurés) conclu entre l'employeur (preneur d'assurance) et l'assureur. Elle soutient que les litiges relatifs à l'absence de couverture du fait du défaut de paiement de la prime par l'employeur devraient se résoudre dans le cadre de l'obligation pour l'employeur de verser un salaire ou de conclure une assurance perte de gain maladie pour son personnel, soit devant un tribunal de prud'hommes, tandis que la contestation du défaut de couverture par l'employeur relèverait de la compétence du tribunal civil. La défenderesse allègue en outre que l'art. 87 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), fondant un droit direct en faveur du bénéficiaire de prestations contre l'assureur, ne peut être d'aucun secours pour le bénéficiaire des prestations du fait qu'il n'y a pas de couverture, soit pas d'assureur. Elle estime que le fait qu'une même personne soit employeur et salariée, comme en l'occurrence, ne doit modifier ni la qualification juridique de la relation contractuelle, ni les compétences *ratione materiae* d'une autorité juridictionnelle. Enfin, dans l'hypothèse où la Cour de céans serait compétente, la défenderesse soutient que la couverture d'assurance perte de gain maladie collective a été valablement suspendue du 11 mars au

juin 2009, de sorte qu'aucune prestation n'est due pour une incapacité de travail attestée depuis le 9 juin 2009. Dans leur échange d'écritures ultérieur, les parties ont confirmé leurs conclusions. Le 4 novembre 2010, les parties ont été informées que serait rendu un jugement préjudiciel portant sur la compétence *ratione materiae* de la Cour de céans ainsi que sur la question de la validité de la suspension. **E n d r o i t :** 1. La première question à trancher est celle de la compétence *ratione materiae* de la Cour des assurances sociales, contestée par la défenderesse. a) Le Décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM, RSV 173.431) prévoit à son art. 1 que le contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale est de la compétence du Tribunal cantonal des assurances. Le canton de Vaud a ainsi confié à cette autorité l'ensemble des litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sans faire de distinction entre le preneur d'assurance et l'assuré. Ce décret ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461 consid. 2, JT 2000 I 124 ; TF 4A\_517/2009 du 4 janvier 2010 consid. 3.2). La compétence de cette autorité pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a d'ailleurs été reconnue par l'autorité cantonale de recours (CREC I 24 juin 1998/257, JT 1999 III 106). La Cour de céans est ainsi compétente *ratione materiae*. b) Sont applicables les règles de procédure prévues pour l'action de droit administratif (JT 2009 III 43 ; art. 106 ss LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). En conséquence, la demande est recevable, la première conclusion de la défenderesse devant dès lors être rejetée. 2. Reste à trancher la question de la validité de la suspension de la couverture d'assurance perte de gain maladie collective. a) Aux termes des art. 20 et 21 LCA, qui dérogent au régime commun de la demeure, si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordé par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation, qui doit rappeler les conséquences du retard (art. 20 al. 1 LCA). Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (art. 20 al. 3 LCA). Si l'assureur n'a pas poursuivi le recouvrement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'art. 20 al. 1 LCA, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée (art. 21 al. 1 LCA). En revanche, s'il a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée, avec les intérêts et les frais (art. 21 al. 2 LCA). L'art. 20 al. 1 LCA exige, pour constituer la mise en demeure, que la sommation contienne l'injonction au débiteur d'avoir à effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de la sommation et que celui-ci soit informé de manière explicite et complète sur toutes les conséquences du retard, à savoir non seulement la suspension de la couverture d'assurance à partir de l'expiration du délai légal selon l'art. 20 al. 3 LCA, mais aussi le droit de l'assureur de résilier le contrat, respectivement la fiction de résiliation selon l'art. 21 al. 1 LCA. Une sommation qui n'indique pas ces conséquences est irrégulière et ne saurait produire les effets qu'elle omet de rappeler (ATF 128 III 186 consid. 2b et les références citées ; TF 4A\_397/2010 du 28 septembre 2010 consid. 4.3 et les références citées). Pour qu'elle soit valable, la sommation adressée au débiteur doit en outre indiquer le montant dont l'assureur exige le paiement à titre de prime arriérée, ainsi que le montant des intérêts et des frais de sommation qui s'y ajoutent. Si le montant réclamé est inférieur à celui de la prime échue, le preneur n'est mis en demeure que pour ce montant ; s'il est supérieur à celui de la prime échue, la sommation

est sans effet (TF 4A\_397/2010 du

## **E. 28**

septembre 2010 consid. 4.3 ; TF 5C.97/2005 du 15 septembre 2005 consid. 4.3 et la doctrine citée). Vu le but visé par l'art. 20 LCA et la volonté nette du législateur de subordonner la demeure du débiteur de la prime à l'observation de formes strictes, il faut exiger que la sommation prévue par cette disposition ait lieu, cela même quand, à l'échéance d'une nouvelle prime, le débiteur se trouve déjà en demeure pour une prime précédente (ATF 128 III 186 consid. 2e ; RBA - Arrêts de tribunaux civils suisses dans des contestations de droit privé en matière d'assurance, vol. VI n° 110 p. 225 ; Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 212 ; Hasenböhler, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bâle 2001, n. 33 ad art. 20 LCA). Il incombe à l'assureur qui fait valoir la suspension de la couverture d'assurance ou son droit de résilier le contrat d'apporter la preuve que la sommation adressée au preneur comportait bien toutes les indications prescrites par la loi (art. 8 CC [Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210]), notamment le montant réclamé à titre de prime arriérée (TF 5C.97/2005 du 15 septembre 2005 consid. 4.4 et la doctrine citée). b) Conformément à l'art. 21 al. 2 LCA, lorsque l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais. Il s'agit là d'une obligation légale de l'assureur et non d'une simple possibilité, comme le laisse entendre l'art. 15 ch. 5 al. 1 des conditions générales de la défenderesse. Le paiement est effectif à partir du moment où le créancier dispose effectivement du montant dans ses comptes et peut en tirer profit, autrement dit lorsque la bonification est valablement intervenue même si celui-ci n'en est pas encore averti (Tercier, Le droit des obligations, 4 e éd., Genève/Zurich/Bâle 2009, n. 1108). Cette solution résulte du fait que les dettes d'argent sont des dettes portables et que, partant, le débiteur doit apporter la prestation au domicile ou au siège commercial du créancier (art. 74 al. 2 ch. 1 CO [Code des obligations du 30 mars 1911, RS 220]). L'obligation y relative n'est dès lors régulièrement exécutée qu'une fois la somme d'argent en cause à disposition du créancier. Dans l'hypothèse où le débiteur recourt à un auxiliaire, le mode de paiement ne doit pas être moins avantageux pour le créancier qu'une remise d'espèces (ATF 119 II 232 consid. 2, JT 1994 I 201). S'agissant de la reprise de l'obligation de l'assureur, celle-ci ne déploie pas d'effets rétroactifs. L'assureur ne peut être tenu pour responsable des cas d'assurance survenus durant la suspension de son obligation (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3 e éd., Berne 1995, p. 275). La suspension frappe tous les cas dont l'événement originel, également assuré, survient avant le rattrapage (RBA III n° 80). c) En l'espèce, il est établi que le demandeur n'a pas payé la prime de 686 fr. relative au premier trimestre de l'année 2009 à l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Le 20 février 2009, la défenderesse lui a adressé une sommation comportant le montant dû, auquel s'ajoutaient 10 fr. de frais de rappel, soit 696 fr. au total. Elle a précisé à cette occasion qu'il s'agissait d'une prime périodique échéant le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et a mentionné le délai de quatorze jours courant à partir de l'envoi de la sommation ainsi que les conséquences du non-paiement de la prime dans ce délai. Cette sommation remplit ainsi les conditions légales précitées (cf. supra, consid. 2a). Le demandeur a contracté plusieurs assurances avec la défenderesse. Celle-ci allègue que la sommation a été adressée à l'intéressé sous pli recommandé avec des sommations concernant d'autres contrats d'assurance. Il est établi que le pli recommandé a été déposé à la poste le 24 février 2009 et retiré par le demandeur le 26 février suivant. Il apparaît ainsi peu vraisemblable que le demandeur n'ait pas reçu cette sommation comme il

le soutient. Il y a en conséquence lieu de retenir que la sommation en cause est parvenue à son destinataire le 26 février 2009. Le délai de paiement venait ainsi à échéance le 11 mars 2009. Le demandeur n'ayant pas versé les montants dus à cette date, la couverture d'assurance était suspendue dès celle-ci. Le 9 avril 2009, le demandeur a versé un montant de 706 fr. en faveur de la défenderesse. Il s'est ainsi acquitté du montant réclamé dans la sommation du 20 février 2009, en versant 10 fr. supplémentaires. L'état du compte produit par la défenderesse a enregistré ce versement le 16 avril 2009. La défenderesse a accepté ce paiement. La suspension a dès lors cessé dès cette date, l'obligation de l'assureur reprenant ainsi effet. Les autres lettres adressées par la défenderesse au demandeur et intitulées « sommation », bien que faisant référence à l'art. 20 al. 1 LCA, ne constituent pas de mise en demeure valable, dans la mesure où elles ne font en particulier ni mention du délai légal de quatorze jours pour effectuer le paiement des primes en souffrance, ni de la possibilité pour l'assureur de résilier le contrat à l'expiration de ce délai. Irrégulières, elles ne sauraient donc avoir pour conséquence la suspension de la couverture d'assurance au détriment du demandeur (cf. supra, consid. 2a). Cela étant, si la défenderesse entendait suspendre la couverture d'assurance au vu du non-paiement de la prime échéant le 1<sup>er</sup> avril 2009, il lui incombait d'adresser au demandeur une sommation conforme aux exigences légales, ce qui n'est pas le cas. 3. Il s'ensuit que la couverture d'assurance a été suspendue du 11 mars au 16 avril 2009 et que les obligations de la défenderesse ont repris effet à partir de cette date. Les dépens suivent le sort de la cause au fond. Les parties n'ont pas à supporter de frais de procédure (art. 85 al. 3 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]).

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