



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4282/2019

ATAS/668/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 août 2020

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Manuel BOLIVAR

demanderesse

contre

CSS ASSURANCE SA, sise Tribschenstrasse 21, LUZERN

défenderesse

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née le _____ 1981, mère de B_____, née le _____ 2017, et de C_____, née le _____ 2018, a conclu, le 1^{er} janvier 2010, avec CSS Assurance SA (ci-après : la caisse ou la défenderesse) une assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire, soit une assurance d'hospitalisation « myFlex » sous le numéro de police n° 1_____.
2. Le 12 octobre 2017, la caisse a établi une nouvelle police d'assurance complémentaire, remplaçant, sous le même numéro, celle du 1^{er} janvier 2010, couvrant notamment les hospitalisations en division semi-privée sans participation aux coûts et déployant ses effets dès le 1^{er} janvier 2018. Le montant des primes mensuelles y relatives se montait à CHF 124.70 dès cette date (CHF 121.- en 2017).
3. Peu après la naissance de son premier enfant, l'assurée a souscrit, en faveur de celui-ci, une assurance obligatoire de soins et une assurance complémentaire auprès de la caisse, déployant toutes deux leurs effets dès le 1^{er} janvier 2018 et dont les primes s'élevaient à CHF 101.10, respectivement CHF 60.10, portant ainsi le total général des primes à CHF 285.90 en y incluant la prime de CHF 124.70 due pour l'assurance complémentaire que l'assurée avait souscrite pour elle-même.
4. Au cours de sa seconde grossesse, l'assurée a présenté, du 17 mai jusqu'au 17 septembre 2018, date de l'accouchement, une incapacité de travail complète et ininterrompue, documentée par des certificats datés des 17 et 22 mai, 1^{er} et 21 juin, 16 juillet, 4 et 27 août 2018.
5. Par envoi du 19 septembre 2018, intitulé « garantie de paiement refusée », la caisse a fait savoir aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) qu'elle ne couvrait pas les frais d'accouchement du 17 septembre 2018, faute d'assurance obligatoire de soins et de droit aux prestations d'assurance complémentaire.
6. Par courrier du 20 septembre 2018, la caisse a informé l'assurée qu'elle avait reçu des HUG une demande de soins stationnaires mais qu'en raison d'une insuffisance de couverture due aux arriérés de primes, elle ne pouvait pas garantir les prestations d'assurance pour le séjour à la maternité prévu à partir du 17 septembre 2018. Aussi, elle a invité l'assurée à s'acquitter de ses paiements dans les meilleurs délais afin d'éviter encore « d'autres inconvénients ».
7. Par pli du 14 novembre 2018, les HUG ont adressé à l'assurée une facture de CHF 16'750.65 pour son hospitalisation en division semi-privée de la maternité du 17 au 23 septembre 2018.
8. Le 23 janvier 2019, l'assurée a fait part de son désaccord à la caisse au sujet de la position que cette dernière avait exprimée dans son courrier du 20 septembre 2018. À cette époque, elle était encore hospitalisée suite à son accouchement provoqué par césarienne. Elle s'était toujours acquittée de ses primes et ce depuis plus de dix ans, sans jamais avoir sollicité une quelconque prestation en dehors de son accouchement. Il était cependant exact qu'il lui était arrivé, suite à des problèmes

de santé et personnels, d'avoir eu du retard dans le paiement de ses primes d'assurance au cours de l'année 2018. Elle tenait également à préciser qu'elle avait rencontré beaucoup de difficultés personnelles et des soucis de santé durant toute sa grossesse puis à la suite de son accouchement, ce qui expliquait, avec la grave maladie d'une de ses filles en décembre 2018 – qui avait entraîné son hospitalisation – qu'elle n'avait pas pu répondre rapidement au courrier litigieux. De plus, elle avait rapidement payé les montants en souffrance et était actuellement à jour dans le paiement de ses primes. Pour l'ensemble de ces raisons, elle invitait la caisse à revenir sur la « décision » du 20 septembre 2018, son éventuel maintien entraînant pour elle une incapacité matérielle de payer les frais médicaux non couverts.

9. Par pli du 4 février 2019, la caisse a expliqué à l'assurée que l'interruption de sa couverture LCA (loi sur le contrat d'assurance) était due à l'arriéré de ses primes des mois de février, juin et juillet 2018. En effet, malgré l'envoi de rappels et sommations, les cotisations étaient restées impayées. Par conséquent, les prestations relevant des assurances complémentaires avaient été suspendues quatorze jours après la sommation. Enfin, la caisse a précisé qu'elle avait bien reçu, les 2 et 16 octobre 2018, les sommes relatives aux primes arriérées, de sorte que l'interruption de la couverture LCA s'étendait du 16 avril 2018 au 16 octobre 2018. À ce courrier étaient annexés une sommation du 17 mars 2018, invitant l'assurée à payer, jusqu'au 16 avril 2018, les primes d'assurance complémentaire du mois de février 2018 pour elle-même et B_____ (CHF 184.80), une sommation du 14 juillet 2018, l'invitant à s'acquitter, jusqu'au 13 août 2018, des primes d'assurance complémentaire du mois de juin 2018 pour elle-même et B_____ (CHF 184.80) ainsi qu'une sommation du 18 août 2018, l'invitant l'assurée à régler, jusqu'au 17 septembre 2018, la prime d'assurance obligatoire de soins du mois de juillet 2018 (CHF 121.10) pour sa fille B_____.
10. Par certificat du 1^{er} avril 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui avait suivi l'assurée dès le 15 juin 2018, a attesté que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 17 mai 2018 au 17 septembre 2018 en raison d'une maladie qui avait précédé le second accouchement. Il a ajouté que l'assurée avait ensuite bénéficié de son congé maternité puis pris des vacances jusqu'à fin février 2019, au retour desquelles elle s'était vu signifier son licenciement. Enfin, il a précisé qu'il avait pu observer, dès les premiers rendez-vous, d'importants troubles de la concentration dans le cadre de sa maladie. Par la suite, il avait constaté que la dégradation de son état de santé psychologique l'avait empêchée d'assumer les tâches administratives habituelles et l'avait conduite à prendre du retard dans ses obligations et ses factures pendant plusieurs mois, jusqu'à la fin de l'année 2018.
11. Le 18 juin 2019, l'assurée, représentée par le Syndicat sans frontières, a fait savoir à la caisse que le retard dans le paiement de ses cotisations ne justifiait pas

l'interruption des prestations d'assurance, d'autant qu'elle avait été malade en 2018 et que son incapacité de travail avait été médicalement attestée.

12. Le 1^{er} juillet 2019, la caisse s'est adressée au Syndicat sans frontières pour relever qu'elle avait rappelé à plusieurs reprises à l'assurée que des cotisations demeuraient impayées. Cette dernière avait contacté la caisse le 13 août 2018 pour se faire remettre une copie des primes ouvertes (avril, mai et juin 2018) et qui faisaient l'objet d'une sommation. De même, à l'occasion d'un rappel daté du 14 septembre 2018, la caisse avait indiqué à l'assurée les primes qui restaient encore dues. Dès lors, il n'était pas possible de faire abstraction de la suspension des prestations du 16 avril 2018 au 16 octobre 2018.
13. Le 13 septembre 2019, l'assurée, représentée par un avocat, a invité la caisse à lui transmettre une copie du dossier, en particulier les factures de prime des mois ayant donné lieu à la suspension des prestations, les éventuels rappels de paiement, la preuve de leur envoi, la « décision » de refus de prise en charge des coûts d'hospitalisation visés par la facture des HUG du 14 novembre 2018 et le relevé du paiement des primes pour l'année 2018.
14. Le 26 septembre 2019, la caisse a notamment transmis au conseil de l'assurée un relevé de compte pour l'ensemble de l'année 2018, indiquant que le total des sommes dues sur cette période, au titre des primes des trois polices d'assurance, des frais de sommation et de poursuite, s'élevait à CHF 4'043.83 et avait été entièrement réglé le 27 décembre 2018 après divers paiements en cours d'année (CHF 285.90 le 29 janvier 2018, CHF 285.90 le 17 mars 2018, CHF 121.10, CHF 184.80 et CHF 285.90 le 7 mai 2018, CHF 121.10, CHF 184.80, CHF 121.10 et CHF 184.80 le 14 août 2018, CHF 194.13 le 11 septembre 2018, CHF 285.90 et CHF 285.90 le 2 octobre 2018, CHF 285.90 et CHF 285.90 le 16 octobre 2018, CHF 285.90 et CHF 285.90 le 25 octobre 2018, CHF 636.40 et CHF 285.90 le 27 décembre 2018. Il ressortait en outre dudit relevé que la caisse avait envoyé douze « sommations » à l'assurée au cours de l'année 2018, soit le 13 janvier 2018 pour le décompte de primes de janvier, échu le 31 décembre 2017 (CHF 285.90), le 17 mars 2018, pour le décompte de primes de février, échu le 31 janvier 2018 (CHF 285.90), le 14 avril 2018, pour le décompte de primes de mars, échu le 28 février 2018 (CHF 285.90), le 12 mai 2018, pour le décompte de primes d'avril, échu le 31 mars 2018 (CHF 285.90), le 16 juin 2018, pour le décompte de primes de mai, échu le 30 avril 2018 (CHF 285.90), le 14 juillet 2018, pour le décompte de primes de juin, échu le 31 mai 2018 (CHF 285.90), le 18 août 2018, pour le décompte de primes de juillet, échu le 30 juin 2018 (CHF 285.90), le 15 septembre 2018, pour le décompte de primes d'août, échu le 31 juillet 2018 (CHF 285.90), le 13 octobre 2018, pour les décomptes de primes de septembre et octobre 2018, échus respectivement les 31 août 2018 (CHF 285.90) et 30 septembre 2018 (CHF 285.90), le 15 décembre 2018, pour le décompte de primes de novembre 2018, échu le 31 octobre 2018 (CHF 285.90), le 15 décembre 2018 également, pour

le décompte de primes pour la période du 17 septembre 2018 au 31 décembre 2018 (CHF 636.40).

À ce courrier du 26 septembre 2019 étaient également annexées, d'une part, les sommations pour les primes d'assurances complémentaires de l'assurée et de B_____, dues pour les mois de février, mars, avril, mai, juin, juillet et août 2018, datées des 17 mars 2018, respectivement 14 avril 2018, 12 mai 2018, 16 juin 2018, 14 juillet 2018, 18 août 2018 et 15 septembre 2018, et portant chaque fois sur un montant de CHF 184.80 payable le 16 avril 2018, respectivement le 14 mai 2018, le 11 juin 2018, le 16 juillet 2018, le 13 août 2018, le 17 septembre 2018 et le 15 octobre 2018. D'autre part, étaient également joints à ce courrier les rappels pour les primes d'assurances complémentaires de l'assurée et de B_____ dues pour les mois de février, mars, avril, mai, juin, juillet, août et septembre 2018 (auxquelles s'ajoutaient, pour les mêmes mois, les primes de l'assurance obligatoire de soins de cet enfant). Datés des 17 février 2018, respectivement 17 mars 2018, 14 avril 2018, 12 mai 2018, 16 juin 2018, 14 juillet 2018, 18 août 2018 et 15 septembre 2018, ces rappels portaient chaque fois sur un montant de CHF 285.90 payable le 7 mars 2018, respectivement le 4 avril 2018, le 2 mai 2018, le 30 mai 2018, le 4 juillet 2018, le 1^{er} août 2018, le 5 septembre 2018 et le 3 octobre 2018.

15. Le 1^{er} octobre 2019, l'assurée a invité la caisse à lui faire parvenir une copie de la preuve des envois recommandés des sommations de paiement des primes d'assurance complémentaire de l'année 2018.
16. Le 17 octobre 2019, la caisse a fait savoir à l'assurée qu'elle n'était pas en mesure de transmettre les éléments requis étant donné que ses envois étaient adressés aux assurés en courrier B.
17. Le 23 octobre 2019, l'assurée a informé la caisse que les sommations de paiement avec menace de suspension des prestations ne lui étaient pas parvenues. À défaut de notification, elles ne pouvaient pas produire d'effets juridiques, de sorte que la suspension des prestations invoquée était nulle. En conséquence, l'assurée a invité la caisse à régler sans délai les frais correspondant à son hospitalisation à la maternité du 17 au 23 septembre 2018, conformément à la police d'assurance complémentaire du 1^{er} janvier 2018.
18. Par pli du 4 novembre 2019, la caisse a indiqué à l'assurée qu'en tant que cette dernière affirmait n'avoir pas reçu les sommations pour les arriérés de primes qui avaient entraîné la suspension des prestations du 16 avril 2018 au 16 octobre 2018 (date du paiement des arriérés), soit les primes de février, juin et juillet 2018, elle ne pouvait pas, de son côté et en tant qu'expéditrice, prouver que lesdites sommations, adressées en courrier B, avaient bien été réceptionnées. Quoiqu'il en soit, elle n'avait pas reçu les courriers B en question en retour. En outre, l'assurée était au courant de ces retards de paiement puisqu'elle avait téléphoné à la caisse les 13 août et 14 septembre 2018 pour connaître les primes qui restaient impayées et pouvoir s'en acquitter. Enfin, dans son courrier du 23 janvier 2019, l'assurée avait

confirmé qu'elle était au courant desdits arriérés. Aussi, la caisse a maintenu son refus de participer aux frais d'accouchement de l'assurée en division semi-privée du 17 septembre 2018 au 23 septembre 2018. À cette communication étaient annexés les rappels portant sur les primes d'assurance complémentaire de l'assurée, de B_____ et les primes d'assurance obligatoire de soins de cet enfant pour février (rappel du 17 février 2018, avec délai de paiement au 7 mars 2018), juin (rappel du 16 juin 2018, avec délai de paiement au 4 juillet 2018) et juillet (rappel du 14 juillet 2018, avec délai de paiement au 1^{er} août 2018), correspondant chaque fois à un montant de CHF 285.90, ainsi que les sommations de paiement des primes d'assurance complémentaire de l'assurée et de B_____ pour les mois de février (sommation du 17 mars 2018, avec délai de paiement au 16 avril 2018) et juin (sommation du 14 juillet 2018, avec délai de paiement au 13 août 2018), correspondant dans les deux cas à un montant de CHF 184.80), ainsi qu'une sommation du 18 août 2018, fixant un délai de paiement au 17 août 2018 pour le paiement de la prime d'assurance obligatoire de soins de B_____ pour le mois de juillet 2018 (CHF 121.10, dont CHF 20.- de frais de sommation).

19. Le 19 novembre 2019, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'une demande en paiement contre la défenderesse, concluant, sous suite de dépens, à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser la somme de CHF 16'750.65, correspondant au montant de la facture H2_____, établie le 14 novembre 2018 par les HUG suite à son hospitalisation en division semi-privée du 17 septembre au 23 septembre 2018.

À l'appui de ses conclusions, la demanderesse a fait valoir qu'elle se rappelait avoir reçu une partie des lettres de rappel concernant simultanément l'assurance obligatoire de soins et les assurances complémentaires mais aucune des sommations. Aussi, était-il normal que la défenderesse n'ait pas eu lesdites sommations en retour puisque cette dernière ne les avait pas envoyées. La demanderesse en voulait pour preuve les documents annexés aux courriers de la défenderesse des 26 septembre 2019 et 4 novembre 2019, parmi lesquels on trouvait notamment les rappels datés des 17 mars 2018, 14 juillet 2018 et 18 août 2018. Indépendamment de l'absence de notification des sommations, force était également de constater que ces dernières ne valaient pas mise en demeure de la demanderesse. En effet, il existait des contradictions et incohérences dans les courriers de la défenderesse au sujet des mois impayés ; alors que le 4 février 2019, il était question des mois de février, juin et juillet 2018, c'étaient les mois d'avril, mai et juin 2018 qui étaient mentionnés dans le courrier du 1^{er} juillet 2019, puis les mois de février à août 2018 dans le courrier du 26 septembre 2019 et enfin, c'étaient à nouveau les mois de février, juin et juillet 2018 qui étaient évoqués dans le courrier du 4 novembre 2019. Par ailleurs, en tant qu'il était question d'une « sommation » pour le mois de juillet, force était de constater que la pièce annexée aux courriers des 4 février 2019 et 4 novembre 2019 ne concernait pas les assurances complémentaires mais la prime d'assurance obligatoire de soins de

B_____, relative au mois de juillet 2018. Ainsi, les contradictions et incohérences des déclarations de la défenderesse visant les mois impayés par la demanderesse, lesquels auraient donné lieu à la suspension des prestations, de même que la multitude de sommations établies pour les mois de février à août 2018 (cf. les annexes au courrier du 26 septembre 2019) démontraient le manque de sérieux dans l'organisation de la défenderesse. Par ailleurs, à la lecture des sommations annexées aux courriers de la défenderesse des 4 février 2019, 26 septembre et 4 novembre 2019, on constatait que celles-ci indiquaient dans l'encadré en haut à gauche « payable jusqu'au : » suivi d'un délai de trente jours. Les sommations mentionnaient donc un délai de paiement de trente jours depuis la date du décompte, qui était en contradiction avec d'autres mentions figurant en caractères plus petits sur le même document, à savoir la référence à deux dispositions légales qui prévoyaient, en synthèse : « 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 partir de l'envoi de la sommation. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal. Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai [légal], il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée ». Or, cette contradiction dans le délai imparti ne permettait pas aux assurés d'être informés de façon éclairée de la date à partir de laquelle le contrat d'assurance serait suspendu, et donc de comprendre si les courriers de la défenderesse portant la mention « sommation », constituaient bel et bien des sommations au sens légal du terme. Dans la mesure où le libellé de la sommation, de surcroît non notifié, manquait manifestement de la clarté nécessaire pour permettre à un assuré d'en mesurer toute la portée, il était impossible d'en déduire, de manière claire, que la suspension de la couverture d'assurance survenait à partir de l'expiration du délai légal. En conséquence, les sommations litigieuses, qui étaient irrégulières – et qui n'avaient pas été notifiées de surcroît –, n'étaient pas à même d'entraîner une suspension du contrat d'assurance complémentaire de la demanderesse du 16 avril 2018 au 16 octobre 2018.

20. Par réponse du 18 décembre 2019, la défenderesse a fait valoir que la demanderesse n'avait jamais contesté la réception des rappels qui lui avaient été adressés tout au long de l'année 2018, allant jusqu'à admettre, dans son courrier du 23 janvier 2019, qu'elle avait du retard dans le paiement de ses primes 2018. Pour autant, la demanderesse n'avait pas jugé nécessaire de s'acquitter de ses dettes dans les délais impartis, de sorte que la défenderesse n'avait eu d'autre choix que de lui adresser des sommations pour les primes en souffrance. À l'instar des différents rappels que la défenderesse avait adressés à la demanderesse entre le 13 janvier et le 14 décembre 2018, les sommations consécutives avaient été envoyées à la même adresse (à Genève), tout comme le courrier du 20 septembre 2018 que celle-ci confirmait avoir reçu – dans sa correspondance du 23 janvier 2019 à la

défenderesse. Puisque la demanderesse n'avait pas déménagé entre décembre 2017 et décembre 2018 et qu'elle avait donc conservé son domicile à l'adresse précitée, il était étrange qu'elle ait reçu tous les courriers de la défenderesse, à l'exception des sept sommations annexées au courrier du 26 septembre 2019, auxquelles s'ajoutait encore une sommation du 15 décembre 2018 pour la prime d'assurance complémentaire du mois de novembre 2018 (CHF 163.70), avec un délai de paiement au 14 janvier 2019. Par ailleurs, dans la mesure où ces sommations avaient fait l'objet d'envois automatiques, elles comportaient les mêmes dates que les rappels adressés à la demanderesse pour ses primes d'assurances complémentaires impayées des mois de mars à août 2018, à savoir les 17 mars, 14 avril, 12 mai, 16 juin, 14 juillet, 18 août, 15 septembre, 13 octobre et 15 décembre 2018. On relevait ainsi la notification d'un rappel de paiement en date du 17 mars 2018 pour les primes du 1^{er} au 31 mars 2018 et une sommation du 17 mars pour les primes du 1^{er} au 28 février 2018 ou un rappel de paiement du 14 avril 2018 pour les primes du 1^{er} au 30 avril 2018 et une sommation du 14 avril 2018 pour les primes du 1^{er} au 31 mars 2018, etc. S'il était possible qu'une sommation – par exemple celle du 17 mars 2018 – ait été égarée par la poste, il paraissait inconcevable que la totalité des autres sommations aient connu le même sort. De la même manière, on ne pouvait suivre l'hypothèse d'une absence d'envoi de toutes les sommations litigieuses ; étant donné que la notification des sommations était effectuée de manière automatisée, selon l'organisation mise en place par la défenderesse, une « erreur humaine [était] exclue ». Par ailleurs, il ne pouvait être raisonnablement exigé des assureurs, pour des raisons de coûts, d'adresser toutes les sommations par courrier recommandé. D'ailleurs, l'exigence d'un tel mode d'envoi ne découlait ni de la loi ni de la jurisprudence. Aussi, il convenait d'admettre, dans le cas particulier, qu'il n'était pas nécessaire d'apporter la preuve de la notification des sommations litigieuses au degré de la certitude mais de la vraisemblance prépondérante, exigence qui était réalisée en l'espèce. Force était donc de constater que la couverture d'assurance de la demanderesse avait bien été suspendue du 16 avril au 16 octobre 2018, à tout le moins pour la période du 17 au 23 septembre 2018. Cette même conclusion s'imposait également au regard de la validité des mises en demeure ; puisque les sommations litigieuses énonçaient les conséquences de la demeure de manière explicite, claire et complète, la demanderesse faisait preuve de mauvaise foi en affirmant qu'elle n'en comprenait pas la portée. En effet, chacun des courriers des 17 mars 2018, 14 avril 2018, 12 mai 2018, 16 juin 2018, 14 juillet 2018, 18 août 2018, 15 septembre 2018, 13 octobre ou 15 décembre 2018 portait distinctement la mention « sommation » en gras et en majuscules dans un encadré en haut à gauche et non celle de « rappel » comme c'était le cas des courriers les ayant précédés.

À la lumière de ces éléments, il ne faisait aucun doute que la demanderesse avait été mise en demeure de s'acquitter de ses différentes primes d'assurance complémentaire arriérées dans un délai au 16 avril 2018 pour la prime du 1^{er} au 28 février 2018, au 14 mai 2018 pour la prime du 1^{er} au 31 mars 2018, au 11 juin 2018

pour la prime du 1^{er} au 30 avril 2018, au 16 juillet 2018 pour la prime du 1^{er} au 31 mai 2018, au 13 août 2018 pour la prime du 1^{er} au 30 juin 2018, au 17 septembre 2018 pour la prime du 1^{er} au 31 juillet 2018, au 15 octobre 2018 pour la prime du 1^{er} au 31 août 2018 et au 14 janvier 2019 pour la prime du 1^{er} au 30 novembre 2018.

Au bénéfice de ces explications, la défenderesse s'en est rapportée à justice s'agissant de la tenue d'une audience de débats. Sur le fond, elle a conclu au rejet de la demande.

21. Par réplique du 31 janvier 2020, la demanderesse a indiqué, à titre liminaire, qu'elle ne sollicitait pas la tenue d'une audience de débats. Sur le fond, elle a précisé qu'elle n'alléguait pas avoir reçu tous les courriers de la défenderesse à l'exception des sommations, mais certains courriers seulement, mais pas les sommations, de sorte qu'elle ne pouvait qu'ignorer à l'expiration de quel délai l'obligation de la défenderesse cesserait. L'explication la plus rationnelle quant à la non réception des sommations résidait dans la survenance d'une erreur interne à l'assurance, lors du processus de commande ou d'envoi des sommations. Les sommations qui avaient été envoyées au mandataire de la demanderesse par courrier du « 15 juillet 2019 » (recte : 26 septembre 2019) n'étaient pas des copies des actes prétendument adressés à l'époque et qui auraient été conservées dans un dossier physique. Aucune mention « copie » ne figurait sur les sommations annexées, contrairement à la police d'assurance également annexée ce courrier. Les sommations annexées provenaient donc d'une nouvelle édition informatique de ces pièces et ne constituaient donc pas un indice de l'envoi des sommations à l'époque où elles étaient censées avoir été adressées à la demanderesse. Se référant au relevé de compte du 26 septembre 2019 de la défenderesse, la demanderesse a soutenu que les primes de février, avril et septembre 2018 avaient été payées respectivement le 7 mars, le 7 mai et le 2 octobre, soit avant l'envoi des sommations datées respectivement du 17 mars 2018, 12 mai et 13 octobre 2018. Quant aux primes de janvier, mars, juillet et août 2018, elles avaient été payées respectivement le 29 janvier 2018 (CHF 285.90), le 7 mai 2018 (CHF 184.80), le 11 septembre 2018 (CHF 194.13) et le 2 octobre 2018 (CHF 285.90), soit avant l'échéance des délais de paiement impartis par les sommations des 13 janvier 2018 (délai au 12 février 2018), respectivement 14 avril 2018 (délai au 14 mai 2018), 18 août 2018 (délai au 17 septembre 2018) et 15 septembre 2018 (délai au 15 octobre 2018). Selon le même relevé de compte du 26 septembre 2019, seules les primes de mai et juin 2018 avaient été payées postérieurement aux délais impartis par les sommations datées des 16 juin (délai au 16 juillet 2018), respectivement 14 juillet 2018 (délai au 13 août 2018), soit le 14 août 2018 pour ces deux primes. Ainsi, pour autant qu'elles aient été reçues – ce qui n'était pas le cas –, seules les sommations des 16 juin et 14 juillet 2018 auraient donné lieu à une suspension des prestations d'assurance du 17 juillet au 14 août 2018. L'hospitalisation de la demanderesse ayant eu lieu du 17 au 23 septembre 2018, la défenderesse ne pouvait valablement

exciper de suspension des prestations, faute de mise en demeure valable pour cette période d'une part, et de s'être départie du contrat d'autre part.

S'agissant de la preuve de la notification des sommations, les développements de la défenderesse sur la vraisemblance prépondérante ne méritaient pas d'être suivis. En effet, une telle facilitation de la preuve présupposait un « manque de preuve ». Toutefois, l'absence de preuve ne reposait pas déjà sur le fait qu'un fait, qui par nature serait facilement accessible aux preuves directes, ne pouvait être prouvé parce que la partie qui supportait le fardeau de la preuve n'avait pas conservé les moyens de preuve. N'ayant pas prouvé la réception des sommations par la demanderesse, la défenderesse ne pouvait dès lors pas exciper de la suspension de ses prestations du 16 avril au 16 octobre 2018 et donc du 17 au 23 septembre 2018.

En toute hypothèse, les sommations n'étaient pas valables. La défenderesse indiquait certes que le délai légal de paiement était de quatorze jours et qu'au vu du caractère semi-impératif de la disposition légale prévoyant cette durée, il était possible de prévoir un délai de trente jours, comme dans les sommations litigieuses. Toutefois, dans la mesure où ces documents indiquaient plus bas : « 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 d'en effectuer le paiement dans les quatorze à partir de la sommation », la présence de deux délais de durée différente était ambiguë et source d'incompréhension pour l'assuré car celui-ci pouvait croire que l'assureur lui fixait un délai de grâce de trente jours, qui était différent du délai de quatorze jours, et qui devait être suivi, selon le texte légal, de la fixation d'un nouveau délai de quatorze jours. En d'autres termes, l'assuré était induit en erreur et ne pouvait pas comprendre que le délai de trente jours qu'on lui fixait était le même que le délai légal de quatorze jours. Vu ces ambiguïtés et imprécisions, les sommations litigieuses ne constituaient pas des mises en demeure valables.

22. Par duplique du 31 mars 2020, la défenderesse a soutenu que la demanderesse faisait une lecture erronée du relevé de compte du 26 septembre 2019. En effet, les mouvements qui y figuraient ne correspondaient pas toujours au mois concerné ou au dernier jour du mois précédent celui pour lequel les primes étaient dues. En effet, si l'on se référait au « décompte comptable détaillé » établi par la défenderesse pour l'année 2018 et homologué le 5 décembre 2019 par son service d'encaissement, il en ressortait que la prime d'assurance complémentaire du mois de février 2018 (CHF 124.70) avait été réglée le 16 octobre 2018, celle du mois de mars le 7 mai 2018, celles d'avril et mai le 14 août 2018, celle de juin et juillet le 2 octobre 2018 et celles d'août et septembre 2018 le 16 octobre 2018. Ainsi, c'était à bon droit que la couverture d'assurance avait été suspendue du 16 avril au 16 octobre 2018, excluant ainsi la prise en charge de l'hospitalisation de la demanderesse en division semi-privée du 17 au 23 septembre 2018. Quant aux paiements effectués les 7 mai et 14 août 2018 par la demanderesse – en relation avec ses primes des mois de mars, avril et mai 2018 –, ils n'avaient pas éteint ses dettes antérieures, en particulier le paiement de sa prime du mois de février 2018.

S'agissant du relevé de compte du 26 septembre 2019, il fallait le lire à la lumière d'un second « décompte détaillé » du 3 décembre 2019, annexé à la duplique du 31 mars 2020. Ce faisant, il apparaissait que le versement du 7 mars 2018 concernait en réalité le paiement de la prime d'assurance complémentaire de la demanderesse (CHF 121.-) ainsi que des primes d'assurance obligatoire de soins et d'assurance complémentaire de B_____ pour les mois de « novembre et décembre 2017 » (sic), soit : CHF 99.85 + 57.80 + paiement partiel de CHF 7.25 ; le versement du 7 mai 2018, à hauteur de CHF 285.90, concernait le paiement des primes d'assurances complémentaires de la demanderesse et de B_____ pour le mois de décembre 2017 (CHF 171.55 [CHF 121.- + CHF 57.80 – CHF 7.25]) ainsi que la prime d'assurance obligatoire de soins de B_____ (CHF 99.85 + frais de rappel de CHF 14.50) ; le versement du 14 août 2018 de CHF 184.80 concernait le paiement des primes d'assurance complémentaire de la demanderesse et de B_____ pour le mois d'avril 2018 (CHF 124.70 + CHF 60.10) ; le versement du 11 septembre 2018 de

CHF 194.13 concernait le paiement de la prime d'assurance obligatoire de soins de B_____ du mois de février 2018 (CHF 101.10), plus frais et intérêts de poursuite (CHF 93.03). Quant aux deux versements du 2 octobre 2018, d'un montant de CHF 285.90 chacun, ils correspondaient au paiement des primes d'assurance complémentaire de la demanderesse (CHF 124.70), ainsi qu'au règlement des primes d'assurance obligatoire de soins et d'assurance complémentaire de B_____ (CHF 101.10 + CHF 60.10) pour les mois de juin et juillet 2018.

23. Le 29 mai 2020, la demanderesse a observé qu'elle ne comprenait pas pour quels motifs la défenderesse invoquait une mauvaise foi de sa part. Dans le cadre de sa demande, elle avait uniquement fait valoir qu'elle n'avait pas reçu les sommations invoquées par la défenderesse. N'ayant pas la maîtrise du processus d'édition et d'envoi des sommations de son adverse partie, la demanderesse faisait uniquement valoir qu'une erreur avait dû se produire puisqu'elle n'avait pas reçu les sommations. Il était également possible que le processus informatique ait identifié des paiements, ce qui avait eu pour effet de ne pas enclencher le processus de sommation. Ainsi, à l'examen du « décompte détaillé » homologué le 5 décembre 2019 par le service d'encaissement de la défenderesse, cette dernière acceptait d'imputer le versement de CHF 285.90 du 29 janvier 2018 sur la prime de janvier 2018 mais elle refusait porter en compte le versement de CHF 285.90 du 7 mars 2018 sur la prime de février 2018, préférant imputer ce dernier montant sur des primes de 2017, de montants inférieurs, d'où une différence de paiement de CHF 7.50. Il était cependant parfaitement envisageable que le versement de ce montant ait eu pour effet que le processus d'envoi des sommations n'ait pas fonctionné. Cela valait également pour les paiements suivants. À cet égard, la défenderesse indiquait, par exemple, que le versement de CHF 285.90, effectué le 7 mai 2018, concernait des anciennes primes de 2017 et des frais de rappels y relatifs. Or, cette explication n'était pas crédible puisqu'en se référant au relevé de compte du 26 septembre 2019, il n'y avait pas de frais de rappel dans les rappels de

l'assurance mais seulement des frais de sommation. Il était donc parfaitement envisageable que le versement du 7 mai 2018 ait été reçu à titre de paiement de la prime d'avril, ce qui expliquerait l'absence de sommation. Il en allait de même des autres versements effectués en 2018, dont on ignorait en paiement de quelle prime ils avaient été comptabilisés, ce qui pouvait expliquer l'absence de sommation. Aussi la demanderesse a-t-elle soutenu que pour l'envoi de sommations, l'on ne pouvait pas se fonder sur la soi-disant infailibilité du système automatisé de la défenderesse. Au contraire, il y avait forcément eu un dysfonctionnement dans ledit système vu qu'elle n'avait pas reçu les sommations et que les sommes encaissées par la défenderesse en janvier, mars, mai, août, septembre et octobre 2018 pouvaient éventuellement expliquer l'absence d'envoi des sommations. Par ailleurs, le fait qu'il y ait eu, selon la défenderesse, plusieurs sommations envoyées à elle ne rendait pas davantage vraisemblable leur envoi. En effet, s'il y avait eu une difficulté dans le processus automatisé, il était également vraisemblable que cette difficulté ait eu un impact sur l'ensemble des sommations prétendument envoyées. Enfin, il était contesté que les paiements intervenus ne soient pas imputés sur les primes litigieuses.

24. Dans ses observations du 24 juin 2020, la défenderesse a soutenu que la demanderesse se contentait d'émettre des hypothèses qui n'avaient pas lieu d'être, compte tenu de l'absence d'erreurs, que ce soit par une mauvaise manœuvre, une panne informatique ou une erreur humaine.
25. Le 25 juin 2020, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, à la demanderesse.
26. Sur quoi, 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 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).

Dans la cadre des bases contractuelles régissant la relation des parties, le ch. 42.2 des conditions générales d'assurance de l'assurance-maladie complémentaire selon la LCA (édition 01.2009) (ci-après : CGA) dispose qu'en cas de contestations, une action peut être ouverte contre la CSS au lieu de domicile en Suisse de la personne assurée ou à Lucerne. Si la personne assurée est domiciliée à l'étranger, le for exclusif est la ville de Lucerne.

La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente tant à raison de la matière que du lieu pour connaître de la demande.

-
2. La LCA est applicable à la présente procédure, comme cela ressort du ch. 2.5 des CGA.
 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).

Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

4. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe 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).

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).

5. Les parties, représentées par un mandataire professionnel, respectivement des collaboratrices du service juridique, n'ayant pas requis expressément la tenue d'une audience de débats, la chambre de céans statuera sur le vu des écritures et des pièces produites (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016).
6. Le litige porte sur le point de savoir si la défenderesse peut valablement opposer à la demanderesse une suspension de sa couverture d'assurance du 16 avril 2018 au 16 octobre 2018 et, partant, ne pas prendre en charge la somme de CHF 16'750.65 correspondant à la facture H2_____ des HUG pour l'hospitalisation de la demanderesse du 17 au 23 septembre 2018 en division semi-privée.
7. a. Aux termes de l'art. 20 LCA, 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. La sommation doit rappeler les conséquences du retard (al. 1). Si la prime est encaissée chez le débiteur, l'assureur peut remplacer la sommation écrite par une sommation verbale (al. 2). Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (al. 3). L'art. 93 de la présente loi demeure réservé (al. 4).

En vertu de l'art. 21 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 par l'art. 20 de la présente loi, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée (al. 1). 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 (al. 2).

Le régime des art. 20 s. et 93 LCA est semi-impératif, en ce sens qu'il ne peut pas être modifié au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98 al. 1 LCA ; arrêt du Tribunal fédéral 4A 134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 3.2.1). En tant qu'ils sont de droit semi-impératif, les art. 20 s. LCA peuvent donc être modifiés par convention, ce qui implique que le preneur consente, tacitement au moins, à la modification du texte légal (cf. Thierry DE MESTRAL, La prime et son paiement, thèse, p. 115). À ces conditions, il est notamment possible de convenir d'un délai plus long que le délai légal de quatorze jours de l'art. 20 al. 1 LCA. Cette dernière disposition est reprise dans les CGA de la défenderesse ; à leur ch. 21.1, celles-ci prévoient que si la prime n'est pas payée dans le délai mentionné sur la facture, la personne concernée est sommée par écrit d'effectuer le paiement des arriérés dans les quatorze jours suivant l'expédition de la sommation, conformément à « l'art. 21 al. 1 LCA » (recte : 20 al. 1 LCA). La sommation doit

rappeler les conséquences du retard. Si cette sommation demeure sans effet, l'obligation d'allouer des prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation. Le ch. 21.4 CGA précise que si la CSS a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation d'allouer des prestations reprend à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais. Pour les cas d'assurance qui surviennent pendant l'interruption de l'obligation d'allouer des prestations, la CSS n'est pas tenue de verser des prestations même après le paiement de la prime arriérée.

b. La LCA contient une réglementation spéciale sur les conséquences du retard dans le paiement des primes. Elle déroge en faveur de l'assureur au régime commun de la demeure du Code des obligations en ce sens que, à l'expiration du délai fixé au débiteur pour s'exécuter, non seulement l'assureur a le choix de poursuivre le paiement de la prime en souffrance ou de se départir du contrat (art. 21 LCA; cf. art. 107 al. 2 CO de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse [CO, Code des obligations – RS 220]), mais encore son obligation est suspendue (art. 20 al. 3 LCA); si l'assureur ne se départit pas du contrat – la résiliation étant présumée si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'art. 20 LCA (art. 21 al. 1 LCA) –, son obligation ne reprend effet qu'à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais (art. 21 al. 2 LCA). L'exigence d'une sommation écrite et rappelant les conséquences du retard a été introduite dans un but de protection de l'assuré. Ainsi, si celui-ci est averti uniquement de ce que, à défaut de paiement dans un délai de quatorze jours, l'obligation de l'assureur est suspendue (pour ne reprendre effet qu'à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais), il ne saurait imaginer – l'avertissement incomplet étant au contraire de nature à l'induire en erreur sur ce point – que dès l'expiration du délai, l'assureur est en droit de se départir du contrat. Dès lors que la naissance de ce droit formateur de l'assureur – dont la loi, dans un but de protection de l'assuré, présume l'exercice à défaut de poursuite par l'assureur dans les deux mois – présuppose la demeure du débiteur et constitue ainsi indubitablement une conséquence de cette demeure, la sommation doit en informer le débiteur en vertu de l'art. 20 al. 1, 2^{ème} phrase, LCA (ATF 128 III 186 consid. 2d et 2e et les références).

Selon la jurisprudence, la sommation doit indiquer le montant de la ou des primes dont le paiement est exigé, ainsi que le délai de paiement de quatorze jours. Elle doit en outre annoncer les conséquences de la demeure de manière explicite, claire et complète. L'assureur ne peut pas se contenter de mentionner la suspension de la couverture d'assurance (art. 20 al. 3 LCA); il doit notamment aussi évoquer la possibilité de se départir du contrat et la présomption découlant de l'art. 21 al. 1 LCA. Un simple renvoi aux art. 20 s. LCA est insuffisant, tout comme le renvoi aux règles correspondantes des conditions générales d'assurance (ATF 138 III 2 consid. 4.2; 128 III 186 consid. 2e). Peu importe que l'assureur ait annexé à la sommation

les dispositions de la LCA et que l'assuré soit représenté par un avocat. En effet, l'art. 20 LCA exige que l'assureur lui-même expose à l'assuré toutes les conséquences de la demeure; il ne peut donc pas partir du principe que l'avocat de l'assuré va faire cette tâche à sa place (arrêt du Tribunal fédéral 4A_134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 3.2.2). La sommation qui n'informe pas correctement le débiteur des conséquences de la demeure est irrégulière; elle ne saurait déployer les effets qu'elle omet de mentionner (ATF 138 III 2 consid. 4.2 i.f. p. 7; 128 III 186 consid. 2b et 2f).

c. En tant qu'acte juridique unilatéral comportant l'exercice d'un droit formateur, la sommation est sujette à réception et il appartient à l'assureur de le prouver (art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC – RS 210). En règle générale, l'assureur échoue dans cet exercice lorsqu'il adresse la sommation par pli simple – mode d'expédition qui est néanmoins fréquent en pratique pour des raisons de coût (Stephan FUHRER, *Schweizerische Privatversicherungsrecht*, p. 245, n. 9.33). La notification de la sommation pouvant être corroborée par une preuve positive, il ne se justifie pas d'imposer au preneur d'assurance la preuve négative de la non réception de cet acte, d'autant qu'il en découlerait un « état de nécessité en matière de preuve » (cf. Franz HASENBÖHLER, *in* *Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG]*, 2001, n. 27 ad art. 20 LCA et les arrêts cités). De même, il n'existe aucune présomption de fait selon laquelle la production d'une copie d'un message suffirait pour admettre que l'original a été déposé à la poste et acheminé à son destinataire. C'est d'ailleurs bien pour cette raison que les particuliers usent, pour les messages importants, de la voie de la lettre-signature et que les tribunaux utilisent la notification par acte judiciaire avec accusé de réception (ATF 129 I 8 consid. 2.2). À défaut de preuve de la notification de la sommation (notamment par le fait qu'elle aurait été envoyée sous pli simple), on admettra que le contrat a continué à déployer ses effets, car s'il appartient au preneur d'établir les faits générateurs d'obligations pour l'assureur, il incombe principalement à celui-ci de prouver les faits de nature à le libérer (Olivier CARRÉ, *LCA annotée*, p. 216 ad art. 20 LCA et les références citées). Dans les domaines juridiques autres que le droit des assurances privées, plus particulièrement en droit des assurances sociales, la jurisprudence a posé des règles en matière de preuve dans le cadre d'une administration de masse : c'est la règle du degré de la vraisemblance prépondérante qui prévaut en ce qui concerne la notification, la preuve stricte – soit la certitude – étant cependant exigée en cas de procès pendant (ATF 124 V 400 consid. 2b), en particulier pour déterminer si un moyen de droit a été ou non exercé en temps utile (cf. ATF 119 V 7). Cela étant, même lorsqu'il suffit que la preuve de la notification d'un envoi soit apportée au degré de la vraisemblance prépondérante, cette éventualité n'en suppose pas moins, en règle générale, une notification par courrier recommandé, car l'administration ne saurait rendre vraisemblable, au degré de la prépondérance requis, la notification d'une décision en renvoyant simplement aux processus internes qui régissent son fonctionnement habituel (cf. ATF 121 V 5 consid. 3b et la référence). Lorsque la

preuve de la notification d'un envoi a été apportée, il existe une présomption que l'envoi contenait effectivement l'acte en question (ATF 124 V 400 consid. 2c et les arrêts cités). Cependant, à la différence des envois de masse, la sommation prévue à l'art. 20 al. 1 LCA doit justement être individualisée, de sorte que la preuve de son contenu ne saurait être facilitée par la jurisprudence précitée. En revanche, la production d'une copie de l'original envoyé, comportant tous les éléments prescrits par la loi (ci-dessus : consid. 7b), constitue un fort indice qui peut contribuer à fonder une certitude et non seulement une vraisemblance prépondérante. Dans le cas de la sommation prévue à l'art. 20 LCA, il n'y a dès lors aucune raison à renoncer à exiger que le texte adressé au débiteur soit établi avec certitude (arrêt du Tribunal fédéral 5C.97/2005 du 15 septembre 2005 consid. 4.4.1 à 4.4.3) ; ne satisfait pas à cette exigence la production d'une lettre-type qui, au moment de l'établissement de la sommation individuelle, aurait été complétée, au moyen d'un système informatisé, par l'indication de l'adresse du preneur et du montant dû (cf. l'arrêt 5C.97/2005 précité, consid. 4.5.1 et 5 ; cf. ég. Andrea EISNER-KIEFER, *in* Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband 2012, p. 99, n. 27 ad art. 20 LCA).

8. En l'espèce, la demanderesse reconnaît avoir reçu certains courriers de la demanderesse mais aucune des sommations litigieuses. Tout en déclarant avoir adressé ses rappels et sommations par pli simple, la défenderesse soutient pour sa part que le fardeau de la preuve de la notification d'une sommation incombant à l'assureur relèverait de la vraisemblance prépondérante (et non de la certitude que le Tribunal fédéral a admise en lien avec le contenu de la sommation dans l'arrêt 5C.97/2005 précité). Elle ajoute que dès lors que ces sommations ont fait l'objet d'envois automatiques – excluant ainsi une erreur humaine – et qu'elles comportent les mêmes dates que les rappels également adressés à la demanderesse pour d'autres primes impayées, il serait inconcevable qu'envoyées à la même adresse que les rappels, ces sommations n'aient pas été reçues.

La chambre de céans constate que les pièces produites par la défenderesse ne permettent pas d'établir, à satisfaction de droit, que les sommations litigieuses sont parvenues à la demanderesse. À cet égard, le fait que celles-ci seraient enregistrées dans le système informatique de la défenderesse – tout comme d'autres documents en lien avec le dossier de la demanderesse, qui pourraient être réédités à tout moment – est impropre à fonder la conviction que lesdites sommations ont effectivement été déposées à la poste et correctement acheminées à sa destinataire. À cet égard, les explications de la défenderesse sur son système informatique qui, à défaut de paiement, « [déclencherait] automatiquement l'envoi des courriers idoines aux assurés concernés, tout en individualisant leur contenu » (duplique, p. 8) ne sauraient exclure une défaillance du système, notamment au moment de l'envoi desdites sommations, de leur transmission à la poste ou en raison d'une erreur d'acheminement due à cette dernière. Qu'une telle hypothèse soit peu probable importe peu, le point décisif étant qu'elle puisse être exclue (cf. l'ATF 129 I 8

précité, consid. 2.2), ce qui n'est pas le cas. Par ailleurs, quand bien même la preuve de la notification des sommations aurait été apportée par la défenderesse, celles-ci n'auraient pu avoir pour conséquence la suspension du contrat, faute de production d'une copie de l'original envoyé (documentée, par exemple, au moyen de l'apposition d'un timbre « copie ») d'une part (cf. ci-dessus : consid. 7c), et d'absence d'ambiguïté dans le libellé de la sommation d'autre part. Compte tenu de la mention de deux délais différents sur les formules pré-imprimées, soit le délai de trente jours (compris entre la date du décompte et le terme de paiement fixé) imparté par la défenderesse et le délai légal de quatorze jours, ressortant de la référence, en petits caractères, aux art. 20 et 21 LCA, il est impossible d'en déduire, de manière claire, que le délai de trente jours, de surcroît non convenu par les parties (cf. ci-dessus : consid. 7a), est censé, dans l'esprit de la défenderesse, se substituer au délai légal et ne pas être suivi de la fixation d'un nouveau délai légal de quatorze jours.

Vu le manque de clarté dont elles sont entachées, force est de retenir que les sommations produites par la défenderesse ne sauraient être considérées comme des mises en demeure valables.

Il s'ensuit que même si la notification des sommations litigieuses avait été prouvée par la défenderesse, son obligation découlant de la police d'assurance n'aurait pu être suspendue après écoulement du délai légal.

9. Compte tenu de ce qui précède, la défenderesse sera condamnée à verser à la demanderesse la somme de CHF 16'750.65 correspondant à la facture 2_____ du 14 novembre 2018 des HUG pour l'hospitalisation du 17 au 23 septembre 2018 en division semi-privée.
10. 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). À 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).
11. La demanderesse, représentée par un conseil, obtenant gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 3'400.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (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).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de CHF 16'750.65 pour ses frais d'accouchement et d'hospitalisation du 17 au 23 septembre 2018 aux HUG.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de CHF 3'400.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le