

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3941/2023

ATAS/658/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 août 2024

Chambre 15

En la cause

A _____
représenté par Me Mevlon ALIU, avocat

demandeur

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA

défenderesse

Siégeant : Marine WYSSBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1993, a été l'associé-gérant, avec droit de signature individuelle, de B_____, soit une entreprise ayant pour but « d'effectuer des travaux dans le domaine du gros œuvre et du second œuvre » (ci-après : l'entreprise) du 29 mars 2022 au 19 novembre 2023.

b. Par ailleurs employé à titre de chef d'« équipe construction » par C_____, l'assuré s'est blessé sur un chantier, le 30 mars 2022. Une déclaration d'accident a été adressée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) par son employeur. Selon cette déclaration, l'assuré s'était blessé au dos (contusion), à la hanche du côté droit (contusion) et au genou droit (torsion/foulure), en glissant sur une pente et en tombant sur le dos.

c. L'assuré a perçu des indemnités journalières de la CNA jusqu'au 11 septembre 2022. Les examens médicaux avaient révélé que l'assuré avait, préalablement à l'accident, subi une plastie ligamentaire du genou droit dont l'état n'avait pas été modifié par l'accident du 30 mars 2022. Sans lien avec l'accident, l'atteinte au genou droit n'était pas du ressort de l'assureur-accidents, ce que l'assuré n'a pas contesté. Quant à l'atteinte au dos, les examens avaient indiqué une décompensation par l'atteinte accidentelle du 30 mars 2022 d'une discopathie préexistante. Sur la base de ces informations médicales, la CNA avait considéré sans que cela ne soit remis en cause par l'assuré ou son médecin que les effets de l'accident sur les lombalgies avaient cessé fin juillet 2022, soit quatre mois après la chute. La CNA avait avisé l'assuré de son constat et lui avait indiqué qu'elle mettrait fin à ses prestations le 11 septembre 2022 (par décision du 29 août 2022).

B. a. Le 12 septembre 2022, l'assuré a conclu un contrat de travail avec B_____, dont il était alors l'associé-gérant, à teneur duquel il était engagé en qualité de chef d'équipe dès cette même date pour un salaire mensuel brut de CHF 12'000.-. L'entreprise devait souscrire une assurance perte de gain en cas de maladie pour ses employés.

b. Le 12 octobre 2022, l'entreprise, soit pour elle l'assuré, a ainsi signé la proposition d'assurance d'indemnités journalières selon la LCA du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : l'assureur), société active notamment dans l'exploitation des branches d'assurances non-vie, avec siège à la rue des Cèdres 5, à Martigny, pour assurer ses employés, dont lui-même. Il a répondu par la négative à la question de savoir si l'entreprise était ou avait été au bénéfice d'un contrat d'assurance collective « indemnité journalière » et aux trois hypothèses (lettres a à c) de la question de savoir « si parmi les personnes à assurer il y avait quelqu'un qui pour cause de maladie (excepté cas de grossesse) était (a) actuellement en incapacité de travail (partielle ou totale) ? (b) avait planifié une incapacité de travail de plus de 30 jours ? (c) avait dû interrompre,

suite à une ou plusieurs incapacités de travail, son activité professionnelle durant plus de 60 jours au cours des 24 derniers mois (les jours d'incapacité partielle sont comptés comme des jours entiers)? ».

c. Le 21 octobre 2022, l'assureur a envoyé l'attestation d'assurance à l'entreprise et la police d'assurance ayant effet rétroactif au 1^{er} octobre 2022. Le contrat d'assurance prévoyait une couverture de 90% du salaire des employés avec un délai d'attente de 14 jours dès le début du congé-maladie. Les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon LCA (PC), PCAM03-F2, édition 01.09.2022 (ci-après : CGA), étaient applicables.

C. a. Le 4 novembre 2022, l'employeur, sous la plume de l'assuré, a fait parvenir à son assureur une déclaration d'incapacité de travail totale le concernant dès le 15 octobre 2022 pour cause de maladie « du dos et des genoux ».

b. Le 16 novembre 2022, un rapport médical a été demandé par l'assureur au médecin de l'assuré, le docteur D_____, lequel a, dans un rapport du 22 novembre 2022, indiqué que son patient souffrait de lombalgies et de gonalgies à gauche d'origine malade. Il a précisé que l'apparition des premiers symptômes perceptibles par le patient remontait au mois de septembre 2022. Le patient avait subi des examens par IRM de la colonne lombaire en avril 2022 et avait été en incapacité de travail entre le mois de mars et le mois d'août 2022.

c. Dans un rapport complémentaire, le Dr D_____ a précisé que l'employé avait été victime, le 30 mars 2022, d'un accident de travail avec chute, traumatisme de la colonne lombaire, de la hanche droite et du genou droit. La CNA avait pris en charge les frais relatifs à cet accident pendant son incapacité de travail, soit jusqu'au 11 septembre 2022.

d. L'incapacité de travail de l'assuré annoncée a pris fin le 31 janvier 2023.

e. Le 2 février 2023, l'assureur a refusé le droit aux prestations pour la maladie de l'assuré. Il a exposé que selon les informations reçues du service médical, les affections médicales de l'employé étaient identiques à celles pour lesquelles la CNA avait versé des prestations pour la période du 31 mars 2022 au 11 septembre 2022. De ce fait, il fallait constater que l'employé n'avait pas répondu correctement au questionnaire de santé de l'entreprise. Ainsi, les dispositions des art. 6 al. 1 et 40 LCA s'appliquaient et l'assureur n'était pas lié par le contrat. Par courrier du même jour, l'assureur a résilié la couverture d'assurance avec effet au 15 octobre 2022, de sorte qu'à compter de cette date, l'employé ne faisait plus partie du cercle des assurés et n'avait pas droit au versement de prestations.

f. Le 10 février 2023, l'assureur a reçu un rapport médical du Dr D_____ dans lequel ce médecin attestait que son patient avait commencé à ressentir une gêne au niveau du genou gauche et de la colonne lombaire sans douleurs incapacitantes. Ces douleurs étaient devenues intenses et invalidantes à partir du 15 octobre 2022.

g. Le 2 mars 2023, l'employé s'est opposé à la décision du 2 février 2023 en contestant les motifs de refus invoqués par l'assureur. Il avait répondu correctement au questionnaire médical annexé à la police d'assurance puisqu'au moment de la conclusion du contrat aucune question concernant d'éventuel événement accidentel du passé n'avait été posée. Il avait souffert de son genou droit lors de l'accident couvert par la CNA et était en incapacité de travail depuis le mois d'octobre 2022 pour une atteinte à son genou gauche.

h. Par courriel du 21 avril 2023, l'employé a adressé à l'assureur une copie d'un rapport médical en lien avec son genou droit dont les conclusions sont « données IRM du genou droit illustrant un status post plastie du LCA qui apparaît intact. Status post prise de greffon du tendon rotulien. Pas de lésion traumatique visible. Intégrité des ménisques ».

i. Le 25 avril 2023, l'assureur a demandé au Dr D_____ de lui transmettre les copies de ses investigations en lien avec le genou gauche (RX, IRM, rapports etc.).

j. Le 1^{er} mai 2023, le Dr D_____ a précisé que l'employé continuait le traitement antalgique médicamenteux en cas de douleurs et avait repris le travail le 1^{er} février 2023. Au vu de l'amélioration progressive des symptômes, il n'y avait pas eu d'imagerie réalisée pour le genou gauche.

k. En date du 5 juin 2023, le Dr D_____ a indiqué à l'assureur qu'il avait reçu l'assuré le 7 octobre 2022, pour un symptôme pseudo grippal et rhinopharyngite aiguë non compliquée. Il avait revu son patient le 14 octobre 2022, pour des gonalgies devenues hyperalgiques et invalidantes.

l. Le 13 juin 2023, l'employé s'est plaint du manque de célérité de l'assureur lequel n'avait pas encore répondu à l'opposition du 2 mars 2023.

m. Le 23 juin 2023, l'assureur a réitéré son refus. Après réévaluation d'un rapport médical et des pièces au dossier, il a conclu que « le diagnostic incapacitant était déjà présent avant la signature de la proposition d'assurance du 12 octobre 2022 ». Il se fondait notamment sur les rapports du Dr D_____ selon lequel la gêne au genou gauche était présente avant le 12 octobre 2022 sans être incapacitante et l'était devenue seulement à partir du 15 octobre 2022 en raison d'une forte douleur s'étant déclarée le 14 octobre 2022.

D. a. Par acte du 27 novembre 2023, l'employé a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'une requête en conciliation et en paiement contre l'assureur de CHF 36'157.80 avec intérêts à 5% l'an dès le 30 octobre 2022, sous suite de frais et dépens, pour les indemnités journalières dues entre le 30 octobre 2022 (délai d'attente et de carence déduits) au 31 janvier 2023 (fin de l'incapacité de travail).

b. Le 20 décembre 2023, l'assureur a fait parvenir sa réponse par laquelle il concluait au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.

- c. Le 12 janvier 2024, le demandeur a répliqué et persisté dans ses conclusions.
- d. Les parties ont été entendues par la chambre de céans et cette dernière a sollicité, avec l'accord des parties, l'apport du dossier de la CNA.
- e. À l'issue de l'instruction, les parties ayant eu l'occasion de se prononcer sur le dossier de la CNA notamment, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 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).

Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Elle l'est également à raison du lieu, les conditions générales applicables en l'espèce prévoyant qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant-droit peut choisir les tribunaux suisses de son domicile. Le demandeur a dès lors choisi de saisir le tribunal de son domicile.

1.2 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).

1.3 En effet, 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). 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 contrares, 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 ; 130 III 321 consid. 3.1 ; 129 III 18 consid. 2.6 ; 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 ; 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 ; 119 III 60 consid. 2c ; 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 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).

2.

2.1 Le litige porte sur la question de savoir si la défenderesse a valablement résilié le contrat d'assurance conclu avec l'entreprise avec effet au 15 octobre 2022, plus singulièrement la question est de savoir si la défenderesse pouvait invoquer une réticence de la part du demandeur.

2.2 La réticence se définit comme l'omission de déclarer ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat, un fait important que celui ayant l'obligation de déclarer connaissait ou devait connaître (art. 6 al. 1 LCA). La notion renvoie aux déclarations obligatoires au sens de l'art. 4 LCA. Selon l'alinéa 1 de cette disposition, celui qui présente une proposition d'assurance doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat. La question posée par l'assureur doit être rédigée de manière précise et

non équivoque (art. 4 al. 3 LCA ; ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi ; il n'y a pas de réponse inexacte si la question est ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3).

2.3 Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.3).

2.4 Il faut en plus que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 et art. 6 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). L'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il s'agit toutefois d'une présomption susceptible d'être renversée. S'il n'appartient pas au proposant de déterminer - à la place de l'assureur - quels sont les éléments pertinents pour apprécier le risque, il n'en demeure pas moins que la présomption sera renversée si le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 136 III 334 consid. 2.4 et les arrêts cités ; 134 III 511 consid. 3.3.4).

2.5 En cas de réticence, l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 LCA) ; s'il exerce ce droit, il est autorisé à refuser également sa prestation pour les sinistres déjà survenus, si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur leur survenance ou leur étendue (art. 6 al. 3 LCA). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA).

3.

3.1 À titre liminaire, la chambre de céans constate que les questions du formulaire portaient sur des incapacités de travail passées ou potentielles causées par une maladie et non un accident. En effet, la question en cause est de savoir « si parmi les personnes à assurer il y avait quelqu'un qui pour cause de maladie (excepté cas de grossesse) était (a) actuellement en incapacité de travail (partielle ou totale) ?

(b) avait planifié une incapacité de travail de plus de 30 jours ? (c) avait dû interrompre, suite à une ou plusieurs incapacités de travail, son activité professionnelle durant plus de 60 jours au cours des 24 derniers mois (les jours d'incapacité partielle sont comptés comme des jours entiers)? ».

Le texte est clair et ne comporte pas la notion d'accident. Il ne peut dès lors être reproché à l'assuré d'avoir compris cette question (hypothèses a à c) comme étant en lien avec une incapacité de travail préalable due à une maladie et non à un accident. Cependant, il ressort du dossier de la CNA que l'accident du 30 mars 2022 n'expliquait pas la durée de l'arrêt de travail du demandeur au-delà de la fin juillet 2022, quand bien même les indemnités ont été versées jusqu'à cette date sur la base d'une décision du 29 août 2022. Ce dossier met également en évidence des pathologies préalables à l'accident (discopathie et atteinte du genou droit) dont l'une (atteinte du genou droit) n'avait pas été modifiée par l'accident, mais avait donné lieu à un traitement chirurgical par le passé et l'autre (discopathie) avait été décompensée par l'accident pour une durée de quatre mois (fin juillet). Dans la mesure où le demandeur n'a été capable de reprendre le travail qu'après la fin du versement des indemnités de la CNA, soit le 12 septembre 2022, il faut admettre que la pathologie du dos - dont le lien avec l'accident n'était plus établi au-delà du mois de juillet 2022 - est demeurée invalidante jusqu'au 11 septembre 2022, selon le médecin du demandeur. En effet, si la CNA a versé des prestations pour l'incapacité de travail due à la discopathie jusqu'au 11 septembre 2022, elle a précisé, sans que cela soit contesté ou contestable sur la base du dossier entre les mains de la chambre de céans, que les effets de l'accident sur la discopathie existante avaient pris fin en juillet 2022.

L'assuré n'a plus été en incapacité de travail, attestée médicalement, entre le 11 septembre 2022 et le 15 octobre 2022.

Le 12 septembre 2022, le demandeur a conclu un contrat de travail avec l'entreprise dont il était seul associé-gérant, conformément auquel l'employeur, soit pour lui le demandeur lui-même, devait conclure un contrat d'assurance perte de gain maladie. Le demandeur a dû pour ce faire remplir un questionnaire médical, le 12 octobre 2022.

En répondant par la négative à la question du formulaire de la défenderesse selon laquelle cette dernière voulait savoir si parmi les personnes à assurer il y avait quelqu'un qui était alors en incapacité de travail (partielle ou totale) pour cause de maladie, le demandeur n'a pas menti puisqu'il n'était pas en incapacité de travail, le 12 octobre 2022. À cet égard, il faut rappeler que le médecin traitant du demandeur a indiqué à la demande de la défenderesse, sans qu'un avis médical contraire ne figure au dossier, que son patient avait souffert, depuis le mois de septembre 2022, de gonalgies à gauches et de lombalgies, sans mentionner de cause accidentelle et a précisé que ces atteintes étaient devenues hyperalgiques et invalidantes, le 15 octobre 2022 seulement.

L'assuré n'a pas davantage menti en répondant négativement à la question de savoir si parmi les personnes à assurer, il y avait quelqu'un qui pour cause de maladie (excepté cas de grossesse) avait dû interrompre, suite à une ou plusieurs incapacités de travail, son activité professionnelle durant plus de 60 jours au cours des 24 derniers mois. L'arrêt de travail préalable du demandeur, pour lequel ce dernier avait reçu des prestations de la CNA, résultait certes de la décompensation d'une discopathie préexistante à l'accident du 30 mars 2022 et était ainsi, en partie, due à une atteinte à la santé préexistante d'origine non accidentelle. La discopathie n'était pas invalidante avant l'accident puisque le demandeur travaillait à plein temps. L'atteinte au genou existait elle aussi avant l'accident, de sorte que son origine ne pouvait être considérée comme accidentelle. Il ressort du dossier de la CNA que l'accident n'a d'ailleurs pas modifié l'état du genou droit. En l'absence au dossier d'un arrêt de travail préalable à l'accident pour cause de gonalgie, il ne peut être considéré que cette affection du genou droit ait été invalidante avant l'accident. Dans la mesure où l'incapacité de travail du demandeur a débuté lors de l'accident du 30 mars 2022 et que cet accident était bien à l'origine d'une incapacité de travail jusqu'au 31 juillet 2022, le demandeur pouvait répondre non à la question posée, son incapacité de travail sans lien avec l'accident et donc d'origine malade n'ayant duré que durant le mois d'août et les onze premiers jours en septembre 2022, soit moins de 60 jours.

Le demandeur a également répondu par la négative à la question de savoir si parmi les personnes à assurer il y avait quelqu'un qui, pour cause de maladie, avait planifié une incapacité de travail de plus de 30 jours. La chambre de céans constate cependant que l'assuré souffrait du genou gauche à tout le moins depuis le mois de septembre 2022 et du dos depuis plusieurs mois, voire années, puisqu'avant même son accident de mars 2022, il souffrait déjà d'une discopathie. L'accident ayant décompensé celle-ci jusqu'à la fin juillet 2022, l'atteinte résiduelle doit être considérée comme d'origine malade.

La chambre de céans peut ainsi tenir pour établi que l'assuré, lorsqu'il a répondu à cette question le 12 octobre 2022, connaissait tant sa discopathie que ses gonalgies à gauche. En répondant par la négative à cette question concernant un arrêt maladie de plus de trente jours, ce qui fût effectivement le cas puisque deux jours plus tard son médecin traitant le mettait en arrêt de travail pour plusieurs mois, l'assuré a menti.

Au vu de la chronologie des faits précités, le demandeur ne pouvait pas ignorer qu'il souffrait du genou gauche et du dos, à tout le moins depuis le mois de septembre 2022, son médecin traitant l'ayant confirmé quand bien même cela n'avait pas fait l'objet d'un arrêt de travail. Le 14 octobre 2022, les douleurs devaient vraisemblablement être intenses, puisque le demandeur a dû se rendre chez son médecin, lequel a alors donné un arrêt de travail à son patient. La chambre de céans retient qu'il est hautement vraisemblable que l'assuré avait

planifié son incapacité de travail laquelle allait durer plusieurs mois pour percevoir des indemnités journalières de l'intimée.

La demande, mal fondée, doit dès lors être rejetée.

4. Aucune indemnité ne sera allouée au demandeur au vu du sort de la demande.
5. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande de recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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 KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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