

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3547/2016

ATAS/107/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 8 février 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître Christian BRUCHEZ

demandeur

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, sise rue des Cèdres 5,  
MARTIGNY

défenderesse

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et  
Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le \_\_\_\_\_ 1975, a travaillé dès 2011 comme grutier auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA. Il était assuré à titre collectif par son employeur auprès de Mutuel assurances SA (ci-après : Mutuel assurances ou la défenderesse) pour une assurance d'indemnité journalière maladie soumise à la loi sur le contrat d'assurance, prévoyant le versement d'indemnités journalières durant 730 jours sur une période de 900 jours, à l'issue d'un délai d'attente d'un jour.
2. À compter du 20 mars 2014, l'assuré a été mis en arrêt de travail à 100 % pour cause de maladie par le docteur C\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste. Mutuel assurances lui a versé des indemnités journalières à 100 % dès le 21 mars 2014, sur la base d'un revenu assuré de CHF 191.40.- par jour.
3. Par courrier du 13 mars 2015, Mutuel assurances a indiqué à l'assuré que son médecin-conseil lui reconnaissait une totale incapacité de travail dans sa profession de grutier mais qu'il demeurait capable d'exercer une activité adaptée, lui permettant d'éviter les travaux lourds, les déplacements sur des terrains irréguliers, le port répété de charges excédant 15 kg, ainsi que l'utilisation répétée d'escaliers et occasionnelle d'échelles. En vertu de son obligation de diminuer le dommage, il incombait à l'assuré de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une nouvelle activité. Toutefois, Mutuel assurances acceptait de lui verser une indemnité journalière « de transition » jusqu'au 30 juin 2015.
4. Par pli du 20 mars 2015, B\_\_\_\_\_ SA a informé l'assuré qu'il mettait fin aux rapports de travail avec effet au 30 juin 2015, dans la mesure où l'on ne pouvait plus exiger de lui qu'il reprenne son activité de grutier et que ses indemnités journalières cesseraient à cette date.
5. Par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2015, l'assuré a informé Mutuel assurances que l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) lui avait accordé une mesure d'orientation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 13 avril au 17 juillet 2015. En conséquence, il jugeait prématuré de fixer le terme des prestations et sollicitait le versement d'indemnités journalières pendant l'exécution de la mesure en question.
6. Par courrier du même jour, l'assuré a informé B\_\_\_\_\_ SA qu'il avait contesté le délai qui lui avait été imparti pour reprendre une activité professionnelle, de sorte que l'on ne pouvait considérer que les rapports de travail prendraient fin au 30 juin 2015.
7. Du 13 avril au 12 juillet 2015 (soit pendant 91 jours), l'assuré a suivi une mesure de reclassement auprès de l'AI, laquelle lui a versé pendant cette période des indemnités journalières à 100 %, à concurrence de CHF 196.80.
8. Le 13 juillet 2015, à l'issue de la mesure de reclassement de l'AI, Mutuel assurances a repris le versement des indemnités journalières.

9. Par lettre du 6 août 2015, Mutuel assurances a signalé à l'assuré qu'il n'était plus couvert par l'assurance collective d'indemnité journalière de son ancien employeur, dès lors qu'il ne travaillait plus auprès de lui depuis le 30 juin 2015. Au moyen du formulaire d'adhésion prévu à cet effet, il lui était toutefois possible de s'affilier en qualité de membre individuel. Le cas échéant, Mutuel assurances lui garantirait les mêmes prestations que celles qui lui avaient été accordées jusqu'alors.
10. Après avoir rempli et retourné, le 11 août 2015, le formulaire d'adhésion qui lui avait été adressé, l'assuré a versé à Mutuel assurances une prime mensuelle entre juillet 2015 et mars 2016.
11. Par courrier du 11 mars 2016, Mutuel assurances a informé l'assuré que son droit aux indemnités journalières avait pris fin le 8 mars 2016, date à laquelle les prestations dues lui avaient été versées intégralement. En effet, son incapacité de travail était née le 20 mars 2014 et la couverture d'assurance lui garantissait une indemnisation pendant 720 jours sur une période de 900 jours.
12. Par pli du 23 mars 2016, l'assuré a contesté le terme des indemnités journalières fixé par Mutuel assurances au 8 mars 2016. À son sens, comme le versement des indemnités journalières perte de gain maladie avait été interrompu du 13 avril au 12 juillet 2015 – pendant qu'il avait suivi une mesure de reclassement de l'AI – et qu'il était toujours incapable de travailler, il pouvait encore prétendre à un solde de 91 indemnités journalières dès le 9 mars 2016.
13. Par courrier du 11 avril 2016, Mutuel assurances a maintenu que l'assuré avait épuisé son droit aux indemnités journalières le 8 mars 2016, conformément à ses conditions générales d'assurances, qui stipulaient que « pour le calcul de la durée des prestations, les jours où les prestations sont réduites en raison de prestations de tiers comptent comme jours pleins ». Par ailleurs, Mutuel assurances a informé l'assuré qu'elle résiliait sa couverture perte de gain individuelle avec effet au 31 mars 2016.
14. Le 25 avril 2016, l'assuré a réitéré que ses indemnités perte de gain maladie n'avaient pas été réduites mais supprimées pour tenir compte du versement des indemnités journalières de l'AI, de sorte qu'il bénéficiait toujours d'une créance en paiement de 91 indemnités journalières contre Mutuel assurances.
15. Par courrier du 4 mai 2016, Mutuel assurances a expliqué qu'afin d'éviter une surindemnisation, elle avait bel et bien réduit les prestations dues à l'assuré pendant la période durant laquelle des indemnités journalières de l'AI lui avaient été versées, conformément aux art. 28 al. 10 et 29 al. 1 de ses conditions générales d'assurance.
16. Par acte du 18 octobre 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une demande contre Mutuel assurances SA. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, au paiement de CHF 11'866.80 avec intérêts à 5 % l'an dès le 8 avril 2016, de CHF 2'480.40 avec intérêts à 5 % l'an dès le 15 septembre 2015, et de CHF 1'900.65 avec intérêts à 5 % l'an dès le 31 janvier 2016.

---

En premier lieu, le demandeur a requis le remboursement, à concurrence de CHF 2'480.40 (6 x 413.40) et de CHF 1'900.65 (3 x 633.55), des primes d'assurance qui lui avaient été facturées par la défenderesse depuis qu'il était assuré à titre individuel auprès d'elle. Contrairement à ce que cette dernière avait considéré, il n'était pas sorti du cercle des assurés le 30 juin 2015. La missive que B\_\_\_\_\_ SA lui avait adressée le 20 mars 2015 ne pouvait être assimilée à un licenciement et en toute hypothèse, la résiliation était nulle en vertu de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse, qui prohibait tout congé aussi longtemps que l'assurance-accidents obligatoire ou l'assurance-maladie versait des indemnités-journalières au travailleur. Or, au mois de mars 2015, la défenderesse lui versait encore des indemnités journalières, de sorte que les rapports de travail s'étaient poursuivis et qu'il n'avait pas quitté le cercle des assurés couverts par l'assurance collective de son employeur. En conséquence, son passage dans l'assurance individuelle était « nul ».

En second lieu, le demandeur a sollicité le versement de 62 indemnités journalières, correspondant à la période courant du 9 mars au 9 mai 2016. Il a répété que les indemnités journalières perte de gain maladie lui avaient été supprimées pendant un stage aux EPI du 13 avril au 12 juillet 2015 (91 jours). La défenderesse ne lui ayant versé aucune prestation, elle n'était pas fondée à considérer ladite période comme des « jours pleins » au sens de l'art. 28 al. 10 de ses conditions générales d'assurances. Étant donné que son arrêt de travail s'était poursuivi du 9 mars au 9 mai 2016, il pouvait encore prétendre au versement de 62 indemnités journalières.

17. Dans sa réponse du 12 décembre 2016, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. Elle a maintenu que l'assuré avait épuisé son droit aux indemnités journalières, puisqu'il en avait perçu 720 entre le 21 mars 2014 et le 8 mars 2016, sous déduction du délai d'attente d'un jour, comme suit :

- 388 indemnités perte de gain maladie du 21 mars 2014 au 12 avril 2015 ;
- 91 indemnités de l'AI du 13 avril au 12 juillet 2015 ;
- 240 indemnités perte de gain maladie du 13 juillet 2015 au 8 mars 2016.

S'agissant du calcul de la durée d'indemnisation, la défenderesse a rappelé que l'assuré avait perçu des indemnités journalières de l'AI à 100 % du 13 avril au 12 juillet 2015. Pendant la période considérée, elle avait réduit ses indemnités à « zéro francs » et, conformément à ses conditions générales, il convenait d'assimiler les jours pendant lesquels elle avait réduit ses prestations à des « jours pleins ». Il lui paraissait logique, au vu de ses conditions générales, que les indemnités perte de gain maladie ne soient pas versées si un stage d'observation était accompli à 100 % auprès de l'AI. En effet, si ce stage avait été effectué à 50 % et que l'AI avait versé des indemnités journalières au même taux, elle n'aurait dû verser que des indemnités complémentaires à 50 %. Le demandeur semblait confondre les indemnités journalières découlant de la loi fédérale sur le contrat

d'assurance avec celles prévues par la loi fédérale sur l'assurance-maladie. En effet, la législation sur l'assurance-maladie prévoyait que lorsque des indemnités journalières étaient réduites en raison d'une surindemnisation, l'assuré avait malgré tout droit à 720 indemnités journalières « complètes ». Tel n'était toutefois pas le régime prévu par ses conditions générales.

Quant au remboursement des primes, la défenderesse a rétorqué que cette prétention était prescrite. Sur le fond, c'était à juste titre qu'elle avait considéré que l'assuré était sorti du cercle des assurés couverts par le contrat collectif et qu'elle lui avait offert un libre-passage dans l'assurance individuelle, afin qu'il puisse continuer à percevoir des indemnités. En effet, la fin des rapports de travail était effective au 30 juin 2015. L'assuré n'avait pas contesté par écrit la résiliation de son contrat de travail et il n'appartenait pas à l'assureur de réintégrer unilatéralement un assuré dans un contrat collectif après la fin des rapports de travail. Elle n'était au demeurant pas liée par la convention collective invoquée. L'assuré avait implicitement reconnu sa sortie du contrat collectif et son passage dans l'assurance individuelle en lui retournant, en août 2015, une proposition d'assurance et une déclaration d'adhésion en qualité de membre individuel. Il avait également reconnu être débiteur des primes correspondantes, puisqu'il les avait payées.

18. Le demandeur a répliqué le 13 janvier 2017, persistant dans ses conclusions. Il a argué que ses prétentions étaient fondées sur l'art. 28 al. 10 des conditions générales d'assurance. Contrairement à ce que prétendait la défenderesse, cette disposition ne stipulait pas qu'il fallait compter comme « jours pleins » ceux où les prestations étaient « payées à CHF 0.- » en raison de prestations de tiers. On ne pouvait considérer comme des jours prestés ceux durant lesquels la défenderesse n'avait rien versé. S'agissant par ailleurs des primes d'assurance individuelle, il avait cru à tort qu'elles étaient dues et sollicitait leur remboursement. C'était de manière injustifiée qu'il était passé dans l'assurance individuelle, car il n'était jamais sorti du cercle des assurés couverts par le contrat collectif. Il avait du reste indiqué à son employeur que les rapports de travail ne pouvaient prendre fin au 30 juin 2016 (recte : 2015), compte tenu du versement des indemnités journalières.
19. Dans sa duplique du 7 février 2017, la défenderesse a maintenu ses conclusions tendant au rejet de la demande. Le contrat collectif d'assurance était applicable, car l'incapacité de travail du demandeur était née en mars 2014, alors que le demandeur était encore employé par B\_\_\_\_\_ SA. S'agissant de la durée des prestations, le demandeur faisait une lecture erronée de l'art. 28 al. 10 des CGA ; les prestations « payées à CHF 0.- » devaient être considérées comme des « jours pleins », car elles étaient versées par un assureur tiers. Si le demandeur avait perçu des indemnités perte de gain maladie en sus des indemnités de l'AI, cela aurait entraîné une surindemnisation. De plus, l'indemnité perte de gain maladie ne pouvait être versée qu'en cas d'incapacité de travail et l'assuré avait précisément mis à profit une capacité de travail en effectuant un stage auprès de l'AI. S'agissant par ailleurs

du remboursement des primes, elle avait dû informer le demandeur qu'il ne serait plus couvert par l'assurance de son employeur, après avoir été informée par ce dernier, le 20 mars 2015, de la cessation d'activité du demandeur au 30 juin 2015. Le 30 juin 2015, le demandeur avait consulté les urgences pour une douleur de la cheville et son employeur avait simultanément envoyé une nouvelle annonce maladie. Le demandeur ne pouvait invoquer une erreur ou un enrichissement sans cause, alors qu'il avait conclu une assurance en qualité de membre individuel dans le but de continuer à bénéficier des indemnités journalières. En toute hypothèse, sa prétention était prescrite.

20. La chambre de céans a entendu les parties en audience le 27 mars 2017.

Le demandeur a confirmé qu'il n'avait pas contesté le terme des rapports de travail que lui avait communiqué son employeur au 30 juin 2015. Il n'avait en particulier pas saisi le Tribunal des prud'hommes pour s'opposer à sa décision. Son dernier salaire lui avait été versé à la fin du mois de juin 2015 et il avait alors consulté ses avocats. Par ailleurs, il n'avait pas pu commencer une nouvelle mesure professionnelle de l'AI qu'il était censé avoir débuté en mars 2017, car des troubles de la hanche gauche l'empêchaient toujours de travailler.

La représentante de la défenderesse a déclaré que dans ses décomptes d'indemnités journalières figuraient celles versées par l'AI du 13 avril au 12 juillet 2015. Des indemnités supplémentaires avaient été versées du mois de septembre jusqu'à la fin de l'année 2015, en raison d'une hospitalisation à la clinique de la Colline du 14 au 16 juillet 2015, puis d'une intervention chirurgicale au genou gauche en septembre 2015. Sur question, elle a précisé que si l'annonce maladie de l'employeur, consécutive à une consultation aux urgences le 30 juin 2015, était curieusement datée du 15 juin 2015, c'était sans doute parce qu'il y avait eu un contact téléphonique entre les gestionnaires de Mutuel assurances et le responsable des ressources humaines de B\_\_\_\_\_ SA. S'agissant de la demande de remboursement de primes, elle considérait que cette prétention était prescrite, faute d'avoir été invoquée dans l'année qui avait suivi la découverte de la prétendue ignorance du droit du demandeur.

Quant à la proposition de poursuivre l'indemnisation du cas d'assurance sur la base d'une assurance individuelle, la représentante de la défenderesse a expliqué que Mutuel assurances appliquait les conditions prévues par l'assurance collective, selon lesquelles le nombre d'indemnités journalières était plafonné à 720 jours. La proposition d'assurance d'août 2015 et les polices d'assurances subséquentes mentionnaient certes un maximum de 730 jours, mais il s'agissait d'une erreur. Quoi qu'il en soit, cela n'avait pas d'incidence sur le nombre d'indemnités à couvrir, car il était admis que le terme du droit aux indemnités journalières était intervenu le 9 mai 2016.

Le demandeur s'est déclaré d'accord avec la position de la défenderesse quant à l'échéance de son incapacité de travail et au fait qu'elle avait mentionné par erreur

une indemnisation maximale pendant 730 jours. Sur question, il a expliqué s'être inscrit au chômage depuis deux ou trois mois. Ensuite, il avait été mis en arrêt maladie en raison de son traitement et le chômage avait donc mis fin à ses prestations. À l'époque de son inscription, il avait touché des indemnités de chômage.

S'agissant de la date à laquelle le demandeur avait découvert qu'il avait payé des primes d'assurance individuelle à tort, son conseil a rappelé qu'un certain nombre de courriers, notamment celui par lequel la défenderesse lui avait proposé de conclure une police de libre passage, avait été adressé directement au demandeur, sans respecter l'élection de domicile communiquée le 1<sup>er</sup> avril 2015. Par ailleurs, s'il n'avait pas produit la Convention nationale du secteur principal de la construction à l'appui de la demande, c'était parce que celle-ci pouvait être consultée sur Internet.

21. Les parties se sont exprimées une dernière fois par écritures des 31 mars et 10 avril 2017.
  - a. Le demandeur a persisté dans ses conclusions. S'agissant du remboursement des primes et de l'exception de prescription soulevée par la défenderesse, il a reproché à cette dernière de lui avoir transmis directement des documents en relation avec son affiliation à titre individuel, alors qu'il lui avait communiqué l'adresse de son avocat. Par ailleurs, c'était au plus tôt le 12 avril 2016 que la défenderesse avait fait expressément référence, dans sa correspondance, à une couverture perte de gain individuelle. Le délai de prescription ayant commencé à courir au mois d'avril 2016, ses prétentions n'étaient pas prescrites lorsqu'il avait déposé sa demande, en octobre 2016. Quant aux indemnités journalières, celles-ci lui avaient bel et bien été supprimées du 13 avril au 12 juillet 2015. Enfin, pour interpréter l'art. 28 al. 10 des conditions générales d'assurance, il convenait de tenir compte du principe *in dubio contra stipulatorem*.
  - b. La défenderesse a expliqué que l'annonce maladie établie le 15 juin 2015 lui avait été adressée uniquement afin que l'assuré puisse continuer à être indemnisé suite à un changement de plateforme informatique. Elle n'était pas liée à la consultation en urgence du 30 juin 2015 qui avait suivi. Quant à la proposition de poursuivre l'indemnisation sur la base d'un contrat de 730 jours, elle s'expliquait d'une part par le fait qu'elle avait conclu avec B\_\_\_\_\_ SA un nouveau contrat collectif en 2015 prévoyant la même durée d'indemnisation, et d'autre part, parce qu'il n'existait aucun produit d'assurance individuel prévoyant 720 jours d'indemnisation. Que l'assurance ait été conclue pour 730 jours n'avait donc pas eu d'influence sur la prime réclamée.
22. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

---

**EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

L'assurance en cause dans le litige déféré à la chambre de céans est une assurance perte de gain en cas de maladie soumise à la LCA, comme cela ressort de la police d'assurance conclue par B\_\_\_\_\_ SA. La compétence à raison de la matière de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

- b. S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 33 des conditions générales de l'assurance couverture collective d'indemnité journalière maladie selon la LCA, édition 2011 (ci-après : les CGA), prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur.

Une telle élection de for est admissible en vertu de l'art. 17 CPC, auquel renvoie implicitement l'art. 46a LCA.

- c. Le demandeur étant domicilié dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour statuer sur la demande.

- d. Pour le reste, la demande respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC, de sorte qu'elle est recevable.

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). Tel est le cas à Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011).

3. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 243 al. 2 let. f et 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 (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié ; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

Toujours sous l'angle de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

4. Conformément à la norme impérative de l'art. 71 al. 1 LCA (art. 97 al. 1 LCA), relative au cumul des prestations d'assurances de dommage, en cas de double

assurance au sens de l'art. 53 LCA, chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées. Cette disposition concrétise, en matière de contrat d'assurance contre les dommages, le principe indemnitaire, qui a pour corollaire la prohibition de la surindemnisation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 66/00 du 28 juin 2002 consid. 5b et les références).

Selon l'art. 53 LCA, il y a double assurance lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque et pour le même temps de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance.

5. La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2).

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

entre parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. On ne peut ériger en principe qu'en présence d'un "texte clair", on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b).

Enfin, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem" ; "Unklarheitsregel") (ATF 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 3.1). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration ; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6). Il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (ATF 126 V 499 consid. 3b).

6. En matière d'assurance privée, les parties peuvent convenir d'une assurance de personnes (dite aussi assurance de sommes) ou d'une assurance contre les dommages.

Pour ranger une prestation donnée dans l'une ou l'autre de ces deux catégories, il faut se demander si ladite prestation couvre un dommage concret ou si elle doit être effectuée indépendamment de l'existence d'un préjudice effectif (ATF 119 II 361 consid. 4). L'assurance de personnes se distingue de l'assurance de dommage par sa nature non indemnitaire : il s'agit d'une promesse de capital indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit. Ainsi, même dans le cas d'une assurance qui, comme celle contre la maladie, a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur, dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat, qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires. On est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat d'assurance ont fait de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (ATF 119 II 361 consid. 4 ; ATF 104 II 44 consid. 4c). Lorsque le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte effective sur le plan économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences économiques réelles du sinistre pour l'assuré, il s'agit d'une assurance contre les dommages (arrêt du Tribunal fédéral

---

4A\_332/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2.3). Une telle assurance compense un dommage effectif ; l'ampleur de la prestation dépend par conséquent de l'étendue du préjudice subi par l'assuré (Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, n° 821, p. 366). Lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalière forfaitaire en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, il s'agit d'une assurance de sommes (ATF 133 III 527 consid. 3.2.4 ; ATF 119 II 361 consid. 4). Dans ce cas, le dommage effectif est sans incidence sur l'allocation de la prestation (Vincent BRULHART, op. cit., n° 823, p. 367). Dans les assurances de sommes, la surindemnisation de l'ayant droit est possible et les prestations versées par un assureur social ne peuvent pas être imputées sur les allocations journalières dues par l'assureur privé, à moins que les conditions générales d'assurance ne prévoient exceptionnellement une telle imputation (ATF 133 III 527 consid. 3.2.5).

7. Sous l'angle procédural, l'art. 58 al. 1 du CPC dispose que le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse. La maxime de disposition signifie que les parties déterminent l'objet du litige, c'est-à-dire si, quand, dans quelle étendue et pendant quelle durée elles veulent faire valoir une prétention en justice comme demandeur, respectivement la reconnaître comme défendeur (ATF 134 III 151 consid. 3.2 ; BOHNET, op. cit., n. 1 ad art. 58 CPC).
8. Enfin, l'art. 90 CPC stipule que le demandeur peut réunir dans la même action plusieurs prétentions contre le même défendeur pour autant que le même tribunal soit compétent à raison de la matière et que les prétentions soient soumises à la même procédure.
9. En l'espèce, la défenderesse a versé au demandeur, à l'issue du délai d'attente d'un jour, 628 indemnités journalières au total, couvrant les périodes du 21 mars 2014 au 12 avril 2015, puis du 13 juillet 2015 au 8 mars 2016. Se fondant sur les dispositions de ses conditions générales d'assurance prohibant la surindemnisation (art. 28 al. 10 et 29 al. 1 CGA), elle a refusé de prester pendant 91 jours du 13 avril au 12 juillet 2015, période durant laquelle le demandeur a accompli une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'AI et perçu de cette assurance des indemnités journalières.

Le demandeur réclame le versement de 62 indemnités journalières supplémentaires du 9 mars 2016 au 9 mai 2016, soit jusqu'au recouvrement de sa pleine capacité de travail. Il fait valoir que dans la mesure où la défenderesse ne lui versé aucune prestation du 13 avril au 12 juillet 2015, cette dernière n'était pas fondée à considérer la période en question comme des « jours pleins » au sens de ses conditions générales d'assurances. Elle n'était dès lors pas en droit de l'imputer sur les 720 jours d'indemnisation qui lui étaient garantis contractuellement.

Lorsque l'assuré dispose, à côté du droit à des indemnités journalières et en raison d'un même événement dommageable, de prétentions contre un autre assureur privé

ou social, cela soulève la question d'un cumul de prétentions, pouvant conduire à une surindemnisation (ATF 133 III 527 consid. 3.2.3). Il convient donc d'examiner si le demandeur peut cumuler les indemnités journalières versées par l'AI et celles découlant de l'assurance collective d'indemnités journalières.

10. À titre liminaire, il convient de rappeler la teneur des dispositions pertinentes des CGA de l'assurance collective d'indemnité journalière, dans leur version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 :

« Art. 4 Risques assurés

5. [...] L'assureur alloue les indemnités journalières jusqu'à concurrence de la couverture prévue dans la police, basée sur un salaire annuel maximal de CHF 250'000.- par personne. Les indemnités journalières ainsi versées relèvent de l'assurance de dommage à l'exception de celles prévues à l'article 5 al. 2, conçues sous la forme d'une assurance de sommes.

Art. 28 Prestations de tiers

4. L'assureur intervient subsidiairement pour la part de perte de gain ou de salaire non-couvert par un assureur social, et ceci dans les limites des prestations prévues dans la police. [...]

10. Pour le calcul de la durée des prestations, les jours où les prestations sont réduites en raison de prestations de tiers comptent comme jours pleins.

Art. 29 Surindemnisation / surassurance

1. Les prestations de l'assureur ou leur concours avec celles d'autres assureurs, y compris les assurances sociales telles que l'AI, la LAPG, LAA et LPP, ne doivent pas entraîner de surindemnisation des assurés. La surindemnisation, à savoir la part de l'indemnité journalière versée supérieure aux prestations prévues dans la police, doit être remboursée à l'assureur. [...]

3. Lorsque le salaire déclaré pour l'indemnisation de l'incapacité de travail est supérieur au gain assuré ou à la perte de salaire effectivement subie, l'assureur se réserve le droit de réclamer le remboursement des indemnités journalières versées en trop.

4. Pour les personnes assurées avec un montant de salaire fixe, l'étendue des prestations correspond au montant de l'indemnité journalière convenue. La surassurance n'est pas applicable dans ce cas de figure. Par contre, si les indemnités journalières dues sont en concours avec des prestations d'assurances sociales telles qu'assurance-invalidité, assurance-accidents ou assurance militaire, lesdites indemnités journalières seront réduites du montant versé par ces assurances sociales ».

11. a. D'emblée, il convient de rappeler que l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est une assurance de sommes lorsque le preneur a stipulé des indemnités fixes ou forfaitaires, tandis que dans les autres cas, il s'agit d'une

assurance contre les dommages et plus particulièrement contre la perte de gain (arrêt du Tribunal fédéral 4C.97/2007 du 2 novembre 2007 consid. 3 et les références). En l'occurrence, le contrat d'assurance conclu par l'ex-employeur du demandeur constitue une assurance contre les dommages, comme le stipule expressément l'art. 4 al. 5 des CGA, étant précisé que l'exception prévue par l'art. 5 al. 2 CGA – offrant la possibilité aux gérants de l'entreprise de conclure une assurance de somme – n'est pas réalisée en l'espèce. Il en découle que le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences financières réelles du sinistre pour le demandeur.

b. Il convient de souligner que selon les dispositions citées des CGA, la défenderesse n'intervient qu'à titre subsidiaire pour la part de perte de salaire non-couverte par un assureur social, dans les limites des prestations prévues par la police (art. 28 al. 4 CGA). Par ailleurs, les CGA prévoient que si les indemnités journalières dues par la défenderesse sont en concours avec des prestations d'une assurance sociale, la défenderesse réduit ses indemnités du montant versé par cette assurance. Le concours ne doit pas entraîner de surindemnisation de l'assuré (art. 29 al. 1 et 4 CGA). Pour le calcul de la durée des prestations, les jours où les prestations sont réduites en raison de prestations de tiers comptent comme jours pleins (art. 28 al. 10 CGA). Ces diverses dispositions traduisent toutes l'idée, sous-jacente à l'assurance de dommages, que l'indemnisation ne doit pas placer l'assuré dans une meilleure situation que celle qui aurait été la sienne en l'absence de maladie.

c. Dès lors que la défenderesse n'était tenue d'intervenir qu'à titre subsidiaire pour la part de salaire non-couverte par un assureur social, l'assuré ne pouvait prétendre, durant l'exécution des mesures d'ordre professionnel de l'AI, qu'à l'indemnisation de la part du gain assuré qui n'était pas déjà compensée par cette assurance. Or, comme les indemnités qui lui étaient versées par l'AI du 13 avril 2015 au 12 juillet 2015 (CHF 196.80 par jour) étaient supérieures au revenu assuré par la défenderesse (CHF 191.40 par jour), elles suffisaient déjà à compenser entièrement sa perte de gain. Dès lors, le demandeur ne pouvait prétendre au versement d'indemnités par la défenderesse pendant la période en question. Si de telles indemnités lui avaient été accordées, cela aurait conduit à une surindemnisation, prohibée tant par les CGA que par l'art. 71 al. 1 LCA.

Par ailleurs, il convient de relever que contrairement à ce que semble considérer le demandeur, l'art. 28 al. 10 des CGA ne lui garantit pas le versement inconditionnel des 730 indemnités perte de gain maladie prévues par le contrat, indépendamment du fait que sa perte de gain soit ou non compensée par une assurance-sociale. Au contraire, cette disposition vise manifestement à permettre à la défenderesse d'imputer sur la durée contractuelle les périodes durant lesquelles elle n'est pas tenue de verser des indemnités complètes en raison de prestations d'assureurs tiers. Le demandeur se livre à une interprétation erronée de cette disposition lorsqu'il

---

prétend – en faisant abstraction des autres clauses contractuelles prohibant la surindemnisation – que le contrat ne permettrait que l'imputation des jours durant lesquels les prestations sont « réduites », à l'exclusion de ceux pendant lesquels elles sont « supprimées ». C'est le lieu de rappeler qu'il est exclu d'interpréter isolément les diverses clauses du contrat et que chacune doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble (cf. supra consid. 5). Enfin, on précisera incidemment que les dispositions des CGA relatives à la surindemnisation ne peuvent être qualifiées d'ambiguës, de sorte que la règle d'interprétation *in dubio contra stipulatorem* ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

d. Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que la défenderesse était fondée à supprimer ses prestations du 13 avril au 12 juillet 2015 et à imputer cette période sur la durée d'indemnisation contractuelle. Partant, la conclusion du demandeur tendant au paiement de 62 indemnités journalières supplémentaires (CHF 11'866.80) doit être rejetée.

12. En second lieu, le demandeur réclame le remboursement des primes d'assurance individuelle qu'il a versées dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Sans s'expliquer clairement, il se prévaut implicitement d'une erreur essentielle lors de la conclusion du contrat d'assurance individuelle proposé par la défenderesse. À l'appui de sa position, il fait valoir que le congé que lui avait communiqué B\_\_\_\_\_ SA était nul, arguant que la Convention nationale du secteur principal de la construction prohibait son licenciement tant que des indemnités journalières lui étaient versées.

De son côté, la défenderesse rétorque que la prétention invoquée est prescrite. Sur le fond, elle argue que le demandeur a bel et bien quitté le cercle des assurés couverts par le contrat collectif, car les rapports de travail ont effectivement pris fin au 30 juin 2015. Le demandeur n'a pas contesté la résiliation de son contrat de travail et se prévaut d'une convention collective qui ne la lie pas. Il a du reste implicitement reconnu sa sortie du contrat collectif en lui retournant une déclaration d'adhésion en qualité de membre individuel.

13. a. Selon l'art. 62 al. 1 et 2 CO, celui qui, sans cause légitime, s'est enrichi aux dépens d'autrui est tenu à restitution. La restitution est due, en particulier, de ce qui a été reçu sans cause valable, en vertu d'une cause qui ne s'est pas réalisée ou d'une cause qui a cessé d'exister. Aux termes de l'art. 63 al. 1 CO, celui qui a payé volontairement ce qu'il ne devait pas ne peut le répéter s'il ne prouve qu'il a payé en croyant, par erreur, qu'il devait ce qu'il a payé.

L'action pour cause d'enrichissement illégitime se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance de son droit de répétition, et, dans tous les cas, par dix ans dès la naissance de ce droit (art. 67 al. 1 CO).

b. Selon l'art. 23 CO, le contrat n'oblige pas celle des parties qui, au moment de le conclure, était dans une erreur essentielle. Est une erreur essentielle, notamment, l'erreur dite de base telle que l'entend l'art. 24 al. 1 ch. 4 CO. Un contractant peut invoquer cette erreur s'il s'est trompé sur un fait déterminé qu'il considérait comme

un élément nécessaire du contrat et dont l'autre partie a reconnu ou pouvait reconnaître qu'il avait un tel caractère (ATF 127 V 301 consid. 3c). Ce fait doit avoir exercé une influence décisive sur sa volonté de conclure, de sorte que, sans cette circonstance, il n'aurait pas passé le contrat ou à des conditions différentes. Un contractant ne peut invoquer un fait déterminé comme condition sine qua non lorsqu'il ne s'est pas préoccupé, au moment de conclure, d'éclaircir une question qui se posait manifestement en rapport avec ce fait (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_408/2007 du 7 février 2008 consid. 3.2). En effet, si cette partie ne se préoccupe pas d'élucider cette question, le cocontractant peut en déduire qu'elle n'est pas importante pour la partie qui ne l'a pas soulevée (ATF 129 III 363 consid. 5.3, in SJ 2003 I p. 321). Par ailleurs, il faut encore que l'erreur concerne un fait qu'il est objectivement justifié de considérer comme un élément essentiel (ATF 127 V 301 consid. 3c). Les circonstances existantes au moment de la conclusion du contrat sont décisives pour déterminer s'il y a erreur essentielle (ATF 132 III 737 consid. 1.3). Il incombe à celui qui invoque l'erreur d'apporter la preuve que ses représentations internes étaient erronées (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_217/2009 consid. 2.4).

L'erreur peut consister dans la méconnaissance d'une situation juridique ; l'erreur de droit n'est toutefois pas essentielle lorsqu'elle porte seulement sur les effets juridiques du contrat conclu (ATF 118 II 58 consid. 3b ; ATF 118 II 300 consid. 2c ; ATF 127 V 301 consid. 3c).

c. Lorsque ces conditions sont remplies, la victime doit informer son cocontractant qu'elle ne se considère pas liée (art. 31 al. 1 CO) dans un délai d'une année à compter de la découverte de l'erreur, faute de quoi le contrat est tenu pour ratifié. Le délai court dès que l'erreur a été découverte (art. 31 al. 2 CO). L'art. 31 CO n'instaure pas un délai de prescription, mais un délai de péremption, qui ne peut être ni suspendu ni interrompu en application des art. 134 ss CO (ATF 114 II 131 consid. 2b p. 141 ; Ingeborg SCHWENZER, in Commentaire bâlois, n° 11 ad art. 31 CO).

d. Selon l'art. 336c al. 1 let. b CO, l'employeur ne peut résilier le contrat pendant une incapacité de travail totale ou partielle résultant d'une maladie ou d'un accident non imputables à la faute du travailleur, et cela durant 30 jours au cours de la première année de service, durant 90 jours de la deuxième à la cinquième année de service et durant 180 jours à partir de la sixième année de service. L'al. 2 de cette disposition prescrit que le congé donné pendant l'une de ces périodes est nul.

C'est le moment de la réception du congé qui est déterminant pour établir si le congé tombe pendant une période de protection (ATF 113 II 259, in JdT 1988 I 175 ; Rémy WYLER/Boris HEINZER, Droit du travail, 3<sup>ème</sup> éd., p. 691).

Aux termes de l'art. 21 al. 1 de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (ci-après : CN), la résiliation du contrat de travail par l'employeur après l'expiration du temps d'essai est exclue aussi longtemps que



l'assurance-accidents obligatoire ou l'assurance-maladie versent des indemnités journalières au travailleur.

e. Selon l'art. 3 let. a des CGA de l'assurance collective d'indemnité journalière, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés.

14. a. En l'occurrence, il est vrai qu'au moment où le demandeur s'est vu notifier son congé, à la fin du mois de mars 2015, la défenderesse lui versait encore des indemnités journalières, de sorte que la question de la nullité du congé pouvait se poser, tout comme celle de la fin des rapports de travail (art. 21 al. 1 CN, en relation avec l'art. 336 c al. 1 et 2 CO). Par l'intermédiaire de son avocat, le demandeur avait d'ailleurs précisément informé son ancien employeur et la défenderesse, par courriers du 1<sup>er</sup> avril 2015, qu'il contestait qu'il soit mis fin à ses rapports de travail et aux indemnités journalières LCA avec effet au 30 juin 2015. Son comportement démontre qu'il nourrissait à tout le moins des doutes sur la date à laquelle les rapports de travail pouvaient prendre fin, compte tenu notamment du versement des indemnités journalières. En s'abstenant de clarifier la question avant la conclusion du contrat, le demandeur a démontré que cela ne constituait pas pour lui un point subjectivement essentiel, ce qui exclut toute invalidation du contrat pour cause d'erreur. D'ailleurs, le demandeur n'allègue jamais dans ses écritures qu'il se serait abstenu de contracter s'il avait eu connaissance, à l'époque, de la disposition de la convention collective qu'il invoque.

b. De manière quelque peu confuse, le demandeur fait encore valoir que c'est le paiement de la prime qu'il aurait effectué « par erreur », puis – lorsqu'il cherche à démontrer avoir agi en temps utile – qu'il n'aurait pas réalisé avoir conclu une couverture perte de gain individuelle avant le mois d'avril 2016.

Si l'erreur dont se prévaut le demandeur se rapporte au paiement de la prime, alors elle touche aux effets juridiques du contrat individuel conclu avec la défenderesse. Il s'agit là d'une simple erreur sur les motifs au sens de l'art. 24 al. 2 CO, qui n'ouvre pas le droit d'invalidier le contrat litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_120/2008 du 19 mai 2008 consid. 4.2). Par ailleurs, le demandeur ne saurait raisonnablement prétendre avoir ignoré la conclusion d'une couverture perte de gain individuelle après avoir été invité par la défenderesse, le 6 août 2015, à « maintenir son affiliation [...] en qualité de membre individuel », puis avoir retourné le formulaire d'adhésion correspondant. On peine au demeurant à concevoir comment le demandeur aurait pu ignorer la conclusion dudit contrat tout en versant les primes s'y rapportant.

c. En tout état de cause, il faut rappeler qu'une invalidation du contrat pour cause d'erreur est soumise au délai de péremption légal d'un an. Or, à supposer que la demande du 18 octobre 2016 puisse être interprétée dans le sens d'une déclaration d'invalidation, elle serait quoi qu'il en soit tardive, car le demandeur avait de toute évidence déjà connaissance, au moment de la conclusion de son contrat individuel,

en août 2015, des éléments qu'il tente désormais d'invoquer pour le remettre en cause, en particulier du fait qu'il percevait encore des indemnités journalières LCA lorsqu'il a reçu son congé.

En définitive, le demandeur échoue à démontrer l'existence d'une erreur essentielle et est en toute hypothèse forclos à s'en prévaloir, de sorte qu'il ne peut prétendre au remboursement des primes d'assurance qu'il a payées dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

15. Mal fondée, la demande est rejetée.
16. Selon l'art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05], il n'est pas prélevé de frais judiciaires, ni alloué de dépens à la charge de l'assuré dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare la demande 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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