

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1641/2024

ATAS/195/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mars 2025

En la cause

A _____
représenté par Me Emilie CONTI MOREL, avocate

demandeur

contre

SWICA ASSURANCE-MALADIE SA

défenderesse

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Justine BALZLI, Karine STECK, Catherine TAPPONNIER et Joanna JODRY, Juges ; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. A_____ est domicilié au B_____ à Carouge. Il est médecin spécialiste en chirurgie orthopédique de profession.

b. Le 10 mai 2019, il s'est amputé l'index de la main gauche en perdant l'équilibre avec une scie circulaire. Il est depuis en état d'incapacité de travail totale.

B. a. Le 27 septembre 2016, il a signé une proposition d'assurance « *Business compact* » de SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : SWICA), pour un début de contrat le 1^{er} janvier 2017.

Dans la rubrique « Personnes avec somme de salaire fixe, propriétaire de l'entreprise, [...] » était inscrit son nom, avec indication de la somme fixe assurée par an de CHF 200'000.-. Dans la rubrique « Indemnité journalière maladie », il était indiqué que l'indemnité journalière du propriétaire était de 100% pour la maladie et 100% pour l'accident et que la « somme de salaires » était de CHF 200'000.-.

Dans les remarques, il était précisé « Conditions spéciales – Contrat cadre entre C_____ SA [ci-après : C_____] et SWICA prévoyant la gestion par C_____ ».

Le contrat était conclu pour une durée de trois années civiles complètes, avec possibilité par la suite, moyennant l'observation d'un délai de trois mois, de résilier le contrat pour la fin d'une année d'assurance, au 31 décembre. Avec la signature de la proposition, le demandeur attestait avoir reçu et connaître les conditions générales et les éventuelles conditions complémentaires qui avaient force de loi.

Selon le « mandat procuration » du 21 juin 2013 joint à la proposition, l'assuré mandatait C_____ et lui donnait procuration, avec pouvoir de substitution et en son nom, aux fins d'assumer le suivi des rapports d'affaires avec les compagnies d'assurance.

b. Le 8 décembre 2016, SWICA a établi la police d'assurance collective d'indemnité journalière selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) conformément à la proposition.

La personne assurée était A_____ pour un salaire annuel convenu de CHF 200'000.-. Les indemnités journalières accident et maladie s'élevaient à 100% du salaire convenu. Les conditions générales d'assurances régissant l'assurance collective d'indemnité journalière selon la LCA (CGA édition 2006 ; ci-après : CGA) étaient applicables et faisaient partie intégrante de la police d'assurance. Les dispositions de la LCA s'appliquaient également.

Selon les CGA, l'assureur garantissait une couverture d'assurance destinée à protéger l'assuré des conséquences économiques de la maladie et de la maternité

dans le cadre des prestations convenues (art. II 2). Étaient assurés les personnes, ou groupes de personnes, définies dans le contrat qui travaillaient dans l'entreprise assurée et n'avaient pas encore accompli leur 70^e année. Le personnel prêté au preneur d'assurance par des entreprises tierces était exclu de l'assurance (art. II 5). Le chef d'entreprise ainsi que les membres de sa famille (conjoint, enfants, père et mère) qui travaillaient dans l'exploitation, mais ne figuraient pas dans la comptabilité de l'entreprise, étaient également assurés pour autant qu'ils soient nommément désignés dans la police. Cette disposition valait également pour le personnel de maison occupé dans le ménage du chef d'entreprise. Ne s'agissant pas d'une assurance de sommes, mais d'une assurance couvrant un dommage subi, l'assureur renonçait à la justification de la perte de gain effective jusqu'à concurrence du salaire annuel assuré. Un éventuel manque à gagner excédentaire ne pourrait pas être pris en considération (art. II 6).

En cas d'incapacité de travail complète de l'assuré médicalement attestée, l'assureur versait l'indemnité journalière convenue dans le contrat (art. III 12). On entendait par incapacité de travail l'inaptitude partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail que l'on pouvait raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique (art. III 16). En cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25%, l'indemnité journalière était versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail (art. III 13). Si l'assuré était atteint d'une incapacité de travail et que celle-ci avait perduré tout au long du délai d'attente fixé, l'assureur versait l'indemnité journalière convenue à compter de l'échéance dudit délai d'attente (art. III 18). Si l'assuré percevait pour la maladie une prestation des assurances d'État ou d'entreprises ou encore de tiers responsable, l'assureur complétait ces prestations à la fin du délai d'attente jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée (art. III 26). Si l'assureur versait des prestations en lieu et place d'un tiers responsable, l'assuré devait lui céder ses droits jusqu'à concurrence de ses prestations (art. III 27). Si le droit à une rente découlant d'une assurance d'État ou d'entreprise n'était pas encore établi, l'assureur pouvait avancer à bien plaisir l'indemnité journalière assurée. Dans ce cas, l'assureur exigeait le remboursement des prestations versées en trop à compter de la date du début du droit à la rente. Il était libre de réclamer le montant dû soit auprès de l'assuré lui-même, soit auprès de l'assureur débiteur de la rente. L'avance éventuelle était accordée sous la réserve expresse d'un remboursement à la date du versement des arriérés de rente dus. Le remboursement portait sur un montant correspondant à la rente due au cours de la même période. L'assuré cédait à l'assureur ses droits pécuniaires à l'encontre des autres assureurs jusqu'à concurrence du montant des avances versées (art. III 28).

Le calcul des indemnités journalières en pour cent était basé sur le dernier salaire AVS perçu avant l'incapacité de travail due à la maladie (art. IV 32 1^{re} phr.). Si un

gain annuel avait été convenu d'avance pour des assurés nommément désignés dans le contrat, celui-ci était pris en considération (art. IV 35 1^{re} phr.).

Les art. VI 56 à 59 prévoient une obligation de réduire le dommage. À défaut d'annonce à l'AI et à l'assurance-chômage, l'assureur était autorisé à suspendre le versement des indemnités journalières. Les éventuelles allocations versées seraient calculées en tenant compte des prestations qui auraient été accordées selon toute probabilité par ces assurances (art. VI 59).

Lorsqu'une assurance complémentaire contre les accidents avait été convenue, les dispositions des CGA et de la police s'appliquaient par analogie, sous réserve des dispositions de l'art. IX (art. IX 89).

c. Le 21 mai 2019, l'assuré a déclaré l'accident du 10 mai 2019 à SWICA. Il était assuré pour la maladie et l'accident auprès d'ASSURA et n'était pas assuré selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

À la suite de cette déclaration, l'assuré a bénéficié d'une indemnité journalière de SWICA de CHF 547.95 dès le 10 mai 2019. Il a perçu les indemnités journalières jusqu'au 8 mai 2021, pour un total de CHF 204'385.35.

d. Le 4 octobre 2019, SWICA a adressé à l'assuré, chez C_____, un courrier annonçant l'adaptation du taux de prime de sa police d'assurance et lui a transmis la nouvelle police d'assurance entérinant la modification tarifaire. C_____ a reçu ce courrier le 8 octobre suivant.

La police d'assurance collective d'indemnité journalière selon la LCA du 30 septembre 2019 annexée comportait une nouvelle mention : le salaire annuel convenu n'était pas réputé être une assurance de sommes, mais une assurance de dommages (rubrique « Étendue de la couverture »).

La nouvelle police remplaçait tous les documents établis précédemment. Lorsque le contenu de la police ou des avenants ne correspondait pas avec ce qui avait été convenu, le preneur d'assurance devait demander les corrections nécessaires dans les quatre semaines à compter de la réception du document. Dans le cas contraire, son contenu était réputé accepté.

e. C_____ a transmis ce courrier et son annexe à l'assuré le 13 décembre 2019.

f. Le 15 décembre 2019, l'assuré s'est plaint auprès de C_____ du fait que SWICA s'était permise de modifier son contrat en rajoutant une ligne affirmant que son assurance n'était pas une assurance de sommes, mais une assurance de dommages.

g. C_____ a transféré ce courriel à SWICA le lendemain.

h. Le 17 décembre 2019, SWICA a indiqué, s'agissant de la phrase qui avait été ajoutée, que lorsqu'un salaire était convenu, SWICA renonçait à exiger la preuve de la perte de gain effective. C'était le gain convenu qui était pris en considération, conformément à l'art. 35 CGA.

i. Le 19 décembre 2019, SWICA a expliqué à C_____ que le produit SWICA perte de gain était une assurance de dommages. Toutefois, en cas de salaire annuel convenu, elle renonçait à exiger la preuve du gain. Il s'agissait donc implicitement d'une assurance de sommes. Les CGA étaient identiques pour le personnel et pour les salaires convenus, raison pour laquelle cette phrase était incluse dans la police. Il n'était « pas possible de falsifier un document officiel ». L'assuré pouvait se référer à l'art. IV 32, qui mentionnait que le produit SWICA était une assurance de dommages et à l'art. IV 35, précisant que SWICA renonçait à exiger la preuve de la perte de gain effective (traitement assurance de sommes).

j. Le 23 décembre 2019, SWICA a expliqué à l'assuré que le passage mis en cause avait été inclus avec l'impression des polices en 2018 pour des raisons de clarification pour l'ensemble des clients. Le fait que ce texte n'avait pas été imprimé dans ses polices antérieures ne changeait pas la validité du contrat. L'art. 6 CGA restait applicable et favorable.

k. Le 12 octobre 2023, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI et AI) a transmis à l'assuré un projet de décision prévoyant de lui accorder une rente AI entière basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} mai 2020.

l. Le 23 novembre 2023, la CAISSE INTERPROFESSIONNELLE AVS DE LA FÉDÉRATION ROMANDE DES ENTREPRISES a adressé à SWICA un formulaire de demande de compensation avec des paiements rétroactifs de l'AVS/AI, à retourner signé avant le 13 décembre 2023. L'assuré avait droit au paiement rétroactif de l'AI de CHF 168'414.- pour la période de mai 2020 à novembre 2023.

m. Le 22 décembre 2023, SWICA a informé l'assuré que, à la suite de l'octroi rétroactif de la rente AI, SWICA avait versé CHF 52'292.90 de prestations excédentaires, correspondant à la rente AI du 1^{er} mai 2020 au 8 mai 2021, qu'elle compenserait avec les arriérés de rente versés par l'AI.

n. Par décision du 12 janvier 2024, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente AI entière basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} mai 2020. Du 1^{er} mai au 31 décembre 2020, il avait droit à une rente ordinaire mensuelle de CHF 4'266.- comprenant les rentes pour ses deux enfants liées à sa propre rente, puis, du 1^{er} janvier 2021 au 31 mai 2022, de CHF 4'302.-, comprenant toujours les rentes pour ses deux enfants liées à sa propre rente. Un montant de CHF 52'292.90 en faveur de SWICA était déduit du montant du versement rétroactif total de l'AI.

o. Le 20 février 2024, l'assuré a imparti un délai au 15 mars suivant à SWICA pour lui verser le montant de CHF 52'292.90.

p. Le 2 avril 2024, SWICA a refusé de donner une suite positive à la demande de rétrocession de la somme de CHF 52'292.90.

q. Le 18 avril 2024, l'assuré a persisté dans sa position et informé SWICA qu'il saisirait les autorités judiciaires compétentes.

- C. a.** Par acte du 14 mai 2024, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande à l'encontre de SWICA, concluant à la condamnation de cette dernière au paiement de CHF 52'292.90 avec intérêts à 5% l'an dès le jour même, sous suite de frais et dépens.

Le contrat prévoyait le versement d'une indemnité journalière forfaitaire qui ne supposait pas que l'assuré subisse une perte effective sur le plan économique et qui était versée en fonction du seul degré d'incapacité de travail. Il s'agissait d'une assurance de sommes. L'art. II 6 CGA, qui concernait le cercle des personnes assurées, et la phrase ajoutée dans la police de 2019, dont la notion de perte de gain était en contradiction avec les autres dispositions consacrées aux prestations d'assurance et qui était en elle-même contradictoire, ne conduisaient pas à une conclusion différente. La phrase ajoutée n'était pas en phase avec le produit vendu et SWICA ne pouvait décider de l'ajouter unilatéralement en cours de contrat, d'autant plus sans respecter le délai de résiliation ordinaire, étant précisé qu'elle ne pouvait même pas l'ajouter en respectant ledit délai. Même à admettre la modification, elle ne pouvait s'appliquer à un sinistre déjà survenu. Il n'avait pas donné son accord à la modification et s'en était au contraire insurgé. L'assurance conclue était une assurance de sommes et non de dommages.

Dans l'assurance de sommes, les droits de l'ayant droit contre des tiers en raison du sinistre ne passaient pas à l'entreprise d'assurance, ce qui couvrait ses droits contre l'OAI. La clause d'imputation des prestations d'assurances sociales contenues dans les conditions générales se heurtait à une disposition légale semi-impérative et était nulle. En réduisant ses prestations, SWICA contrevenait en outre au principe d'équivalence applicable en assurance privée. SWICA n'était pas en droit d'encaisser les arriérés de rente AI et devait les lui restituer.

Si la clause ne devait pas être nulle, elle devrait être qualifiée d'insolite. Le preneur d'assurance ne pouvait s'attendre à ce qu'une clause d'imputation des prestations des assureurs sociaux soit contenue dans les conditions générales de l'assurance de sommes conclue. Une telle clause était étrangère au régime légal caractéristique du type de contrat. La clause était subjectivement et objectivement insolite. À défaut d'avoir été mise en évidence lors de la conclusion du contrat, elle ne déployait pas d'effet.

- b.** Par réponse du 2 juillet 2024, SWICA a conclu au rejet de la demande en paiement, sous suite de frais et dépens.

Lors de la conclusion de l'assurance, l'assuré avait reconnu le contenu des CGA 2006 et plus particulièrement de l'art. II 6 CGA, dont il ressortait clairement qu'il s'agissait d'une assurance couvrant le dommage subi. La prestation de SWICA était subordonnée à l'existence d'une perte patrimoniale effective, de sorte qu'il

s'agissait d'une assurance de dommages. Le fait que SWICA n'intervenait qu'en complément plaidait contre une assurance de sommes.

Par le contrat collectif d'assurance collective d'indemnité journalière entré en vigueur le 1^{er} janvier 2020, auquel les CGA 2006 étaient applicables, SWICA avait confirmé que le salaire annuel convenu n'était pas réputé être une assurance de sommes mais une assurance de dommages. Même si cette modification ne pouvait s'appliquer à un sinistre déjà survenu, les CGA applicables étaient les mêmes en 2020 qu'en 2017. S'il estimait que les CGA n'étaient pas adaptées à son contrat d'assurance, l'assuré aurait dû les contester dans un délai de quatorze jours, ce qu'il n'avait pas fait. Elles étaient valables.

Même à admettre qu'il s'agissait d'une assurance de sommes, l'art. III 28 CGA prévoyait la possibilité pour l'assureur d'exiger le remboursement des indemnités journalières versées à l'assuré lorsqu'il avait aussi perçu des prestations d'un assureur social. Aucune clause particulière n'avait été convenue, ni en 2016, ni en 2019. Dès la conclusion du premier contrat d'assurance collective, l'assuré était représenté. Il ne pouvait se prévaloir du fait qu'il était inexpérimenté dans la branche des assurances pertes de gain. L'imputation était permise si les conditions générales d'assurance la préoyaient, ce qui était le cas en l'espèce. Il ne pouvait se prévaloir en 2024 de la nullité des art. II 26 à II 28 CGA, pas plus que de son caractère insolite.

c. Par réplique du 18 juillet 2024, l'assuré a persisté dans sa demande et son argumentation et a sollicité la production de tous les documents précontractuels, en particulier les premiers messages de C_____ reçus par SWICA ayant conduit cette dernière à établir la proposition d'assurance.

Il n'avait jamais été assuré dans le cadre d'un contrat collectif. Il avait conclu avec SWICA un contrat d'assurance individuelle en sa qualité de médecin indépendant. Il était à la fois preneur d'assurance et assuré.

d. Par duplique du 14 août 2024, SWICA a maintenu sa position.

e. Le 29 août 2024, l'assuré a souligné que SWICA n'avait pas produit les échanges intervenus avec son courtier, comme demandé dans sa réplique.

f. Lors de l'audience du 20 janvier 2025, les parties ont chacune persisté dans leurs conclusions. L'assuré a renoncé à son audition. SWICA a indiqué que vérifications faites, il n'existait pas d'échanges concernant la conclusion du contrat avec le demandeur et expliqué que s'il y avait eu des échanges, ils avaient dû avoir lieu par oral. Les parties ont convenu de procéder aux plaidoiries finales par écrit.

g. Par plaidoiries finales des 19 et 20 février 2025, les parties ont chacune maintenu leurs conclusions et leur argumentation.

h. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. 1.1 Il convient préalablement d'examiner la compétence à raison de la matière.

1.1.1 Le tribunal examine d'office si les conditions de recevabilité sont remplies (art. 60 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 - CPC - RS 272). Le tribunal n'entre en matière que sur les demandes et les requêtes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action (art. 59 al. 1 CPC). Parmi ces conditions figure la compétence du tribunal à raison de la matière et du lieu (art. 59 al. 2 let. b CPC).

1.1.2 Conformément aux art. 3, 4 al. 1 et 7 CPC et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

Le Tribunal administratif de première instance (ci-après : TAPI) connaît en première instance des litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la LAA (art. 116 al. 2 LOJ). La chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre ces décisions du TAPI (art. 134 al. 2 LOJ).

1.1.3 Selon la jurisprudence, il découle du but visé par l'art. 7 CPC, à savoir de déroger au double degré de juridiction prévu par l'art. 75 de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), que cette disposition doit être interprétée de manière restrictive. Pour satisfaire au critère de la complémentarité à l'assurance-maladie sociale que l'art. 7 CPC exige, il faut que l'assurance soit complémentaire à la LAMal par les risques couverts et par les prestations qu'elle offre. Autrement dit, il faut, premièrement, que l'assurance complémentaire litigieuse couvre des risques prévus par la LAMal, c'est-à-dire la maladie, l'accident ou la maternité (ces trois risques étant visés par l'art. 1a al. 2 LAMal) et, secondement, que les prestations litigieuses soient destinées à compléter, c'est-à-dire à améliorer, les prestations de base prévues par la LAMal, à l'exclusion des prestations prévues par d'autres lois sociales (ATF 150 III 204 consid. 4.2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_12/2016 du 23 mai 2017 consid. 1.2). N'est en revanche pas déterminante la question de savoir si l'assureur est une caisse-maladie ou une entreprise d'assurance privée (ATF 150 III 204 consid. 4.2 et les références citées ; 141 III 479 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_400/2023 26 juillet 2024 consid. 5). Il en découle que si le risque assuré n'est pas l'un ou plusieurs des trois risques, l'art. 7 CPC n'est pas applicable. Cette disposition n'est pas non plus applicable si les prestations offertes ne complètent pas le catalogue de prestations de la LAMal, par exemple si les prestations sont destinées à améliorer les prestations de la LAA

(ATF 150 III 204 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_400/2023 26 juillet 2024 consid. 5).

1.1.4 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, toute assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, soumise à la LCA, doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (ATF 142 V 448 consid. 4.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_230/2016 du 6 septembre 2016 consid. 1 ; 4A_680/2014 du 29 avril 2015 consid. 2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_47/2012 du 12 mars 2012 consid. 2 ; 4A_118/2011 du 11 octobre 2011 consid. 1.3 et les références). Cela vaut également pour toutes les autres assurances d'indemnités journalières (arrêt du Tribunal fédéral 4A_680/2014 du 29 avril 2015 consid. 2.1 ; 4A_382/2014 du 3 mars 2015 consid. 2 ; 4A_47/2012 du 12 mars 2012 consid. 2).

1.1.5 Dans sa jurisprudence, la chambre de céans s'est plusieurs fois déclarée incompétente pour connaître de demandes en paiement d'indemnités journalières d'assurés, indépendants, à la suite d'accidents dans le cadre de contrats soumis à la LCA couvrant soit seulement le risque de l'accident, soit également celui de la maladie, considérant que de tels litiges, relevant de l'assurance complémentaire à la LAA, devaient être en premier lieu soumis au TAPI (ATAS/18/2023 du 18 janvier 2023 ; ATAS/606/2017 du 3 juillet 2017 ; ATAS/355/2016 du 2 mai 2016).

Dans un autre cas, qui concernait une assurée sans activité lucrative et partant non assurée obligatoirement selon la LAA, la chambre de céans a retenu qu'en présence d'une assurance-accidents complémentaire régie par la LCA, la voie de droit dépendait de la nature de l'assurance couvrant à titre principal le risque « accident ». S'il s'agissait d'un assureur-accidents soumis à la LAA, l'assurance-accidents litigieuse serait considérée comme étant complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la LAA et l'assuré devrait saisir, dans un premier temps, le TAPI. Si le risque « accident » était couvert par une assurance-maladie sociale conformément à l'art. 8 al. 2 LAMal, l'assurance-accidents litigieuse serait considérée comme étant complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire prévue par la LAMal et la chambre de céans serait compétente, en instance unique (ATAS/692/2019 du 8 août 2019 consid. 1a/aa). L'assurée s'étant en l'occurrence assurée au titre de l'assurance-maladie de base avec couverture accident auprès de la défenderesse, son assurance était complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire, de sorte que la chambre de céans a reconnu sa compétence (ATAS/692/2019 du 8 août 2019 consid. 1b).

La chambre de céans s'est également déclarée compétente dans d'autres cas pour connaître de demandes en paiement formulées à la suite d'un accident par des assurés, indépendants, au bénéfice d'assurances, collectives ou non, d'indemnités journalières pour la maladie et l'accident (ATAS/800/2017 du 19 septembre 2017 consid. 1 ; ATAS/1134/2014 du 5 novembre 2014 consid. 1 ; ATAS/176/2014 du 11 février 2024 consid. 1). Dans ce dernier arrêt, la chambre de céans a retenu

que, lorsque l'assuré, en tant qu'indépendant, n'était pas soumis à l'assurance-accident obligatoire et dans la mesure où aucune assurance-accidents n'assumait la prise en charge, il était assuré contre les accidents en vertu de la LAMal, de sorte que l'assurance perte de gain était bien complémentaire à une assurance sociale (ATAS/176/2014 du 11 février 2024 consid. 1b).

Finalement, dans un arrêt récent, la chambre de céans a laissé la question indécise de savoir s'il s'agissait d'une assurance complémentaire à l'assurance-accidents ou à l'assurance-maladie, dans le contexte des prestations LCA à la suite d'un accident d'une assurée qui n'était pas assurée obligatoirement à la LAA (ATAS/66/2022 du 1^{er} février 2022 consid. 3.2). Elle a relevé qu'en faveur de la première solution, il y aurait le cas échéant l'argument suivant : bien que l'assurance-accidents soit aussi réglée dans la LAMal et qu'une grande partie de la population soit, de fait, assurée pour le risque accident par sa caisse-maladie, une telle couverture n'assurait en soi pas le risque de la maladie, mais comblait l'absence de l'assurance-accidents ; une assurance complémentaire à l'assurance-accidents était, par définition, destinée à couvrir un risque qui ne l'était pas par l'assurance-accidents (*sic*) et non par l'assurance-maladie, de sorte que l'on se trouverait en présence d'un litige en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-accidents (ATAS/66/2022 du 1^{er} février 2022 consid. 3.2 se référant à la décision du Tribunal cantonal fribourgeois 608 2013 57 du 23 avril 2013 et à l'arrêt du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne 731 15 164 / 64 du 10 mars 2016 consid. 4.2). Dans le sens de deuxième solution, pourraient éventuellement être cités des auteurs de doctrine, en référence à l'art. 1a al. 2 LAMal en vertu duquel l'assurance-maladie sociale allouait des prestations en cas de maladie (art. 3 LPGA), d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assumait la prise en charge, ainsi que de maternité (art. 5 LPGA ; ATAS/66/2022 du 1^{er} février 2022 consid. 3.2 se référant à Melanie KÖPFLI, in Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz / Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, n. 26 s. ad art. 2 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale du 26 septembre 2014 [RS 832.12 - LSAMal] et à Sara LEHNER, Zum Begriff der « Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung » im Sinne der Schweizerischen ZPO, in Basler Juristische Mitteilungen [BJM], 2010, p. 185).

1.1.6 En l'occurrence, le litige concerne un accident et les prestations découlant d'une assurance collective perte de gain soumise à la LCA couvrant le risque maladie, mais également le risque accident. Le demandeur exerçait comme médecin indépendant, en tant que tel non soumis à l'assurance-obligatoire selon la LAA, de sorte que le contrat litigieux ne peut être qualifié d'assurance complémentaire à l'assurance-accident obligatoire. Par ailleurs, l'assurance contractée couvre les risques de la maladie et de l'accident, tous deux risques couverts par la LAMal.

Il s'agit ainsi d'une assurance collective d'indemnités journalières couvrant la maladie et l'accident régie par la LCA, qui doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, comme toute assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie soumise à la LCA.

La chambre des assurances sociales est partant compétente à raison de la matière pour juger du cas d'espèce.

1.2 L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi sur les fors du 24 mars 2000 (aLFors), qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient de se référer. Selon l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. Sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (art. 17 al. 1 CPC). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (art. 17 al. 2 CPC).

En l'occurrence, l'art. X 90 CGA prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile suisse.

Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

1.3 Selon la jurisprudence, les litiges que les cantons ont décidé de soumettre à une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/889/2024 du 15 novembre 2024 consid. 1.3). Cette jurisprudence a été codifiée au 1^{er} janvier 2025, l'art. 198 let. f CPC (applicable également au procédure en cours lors de son entrée en vigueur ; art. 407f CPC) prévoyant désormais expressément que les procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges qui sont de la compétence d'une instance cantonale unique en vertu de l'art. 7 CPC. Le présent litige relevant des art. 7 CPC et 134 al. 1 let. c LOJ, il n'était pas soumis à conciliation.

1.4 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. Elle est donc recevable.

- 2.** 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). En outre, la maxime inquisitoire sociale est applicable (art. 247 CPC al. 2 let. a CPC ; ATF 141 III 569 consid. 2.3.1).

2.1 Selon la maxime inquisitoire sociale, 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, le juge se contentant le cas échéant de poser des questions adéquates ; 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 141 III 569 consid. 2.3.1). Ce devoir d'interpellation accru du juge est en outre nettement réduit lorsque les parties sont assistées de professionnels du droit, et notamment d'un avocat (ATF 141 III 569 consid. 2.3.2 ; Stephan MAZAN, Basler Kommentar ZPO, 3^e éd., 2017, n. 19, ad. art. 247 CPC). Dans un tel cas, il ne revient notamment pas au juge d'élargir de lui-même le complexe de fait ou de rechercher les faits à l'aide de moyens de preuve allant au-delà de ceux proposés par la ou les parties concernées (arrêt du Tribunal fédéral 5A_875/2015 du 22 avril 2016 consid. 3.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_298/2015 du 30 septembre 2015 consid. 2.1.2). Il faut en effet partir du point de vue que les choix procéduraux réalisés par une partie assistée d'un avocat sont délibérés (Denis TAPPY, Commentaire romand CPC, 2^e éd., 2019, n. 25 et 27 ad. art. 247 CPC).

2.2 Lorsque la maxime inquisitoire sociale trouve application, le juge n'est en revanche pas lié par les allégations et les offres de preuve des parties (ATF 142 III 402 consid. 2.1 ; ATF 139 III 457 consid. 4.4.3.2). Des allégués et offres de preuve peuvent être produits par les parties jusqu'aux délibérations en application de l'art. 229 al. 3 CPC (ATF 142 III 402 consid. 2.1).

2.3 En l'espèce, le demandeur a retiré sa demande de comparution personnelle des parties et s'agissant de la demande de production des échanges précontractuels, la défenderesse a indiqué avoir fait des recherches, mais n'avoir rien trouvé, les échanges ayant dû se faire par oral. Les parties, représentées par des professionnels du droit, n'ont pas requis d'autres mesures d'instruction. La cause doit donc être tranchée sur la base des allégués et pièces produits à la procédure jusqu'aux délibérations, sans que la chambre de céans ne soit strictement liée par les déterminations des parties ou la formulation précise des allégations.

- 3.** Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que la défenderesse a perçu le montant de CHF 52'292.90 dans le cadre des paiements rétroactifs de la rente AI du demandeur à titre de compensation des indemnités journalières versées à ce dernier.
- 4.** Il convient préalablement d'examiner le droit applicable, la LCA ayant fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

4.1 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Selon la disposition transitoire relative à la modification de la LCA du 19 juin 2020, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation

au sens des art. 35a et 35b LCA (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812).

4.2 En l'occurrence, le contrat d'assurance a été conclu avant le 1^{er} janvier 2022 et l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur teneur antérieure au 1^{er} janvier 2022.

- 5.** Le demandeur affirme avoir conclu une assurance de sommes, de sorte que la défenderesse ne pouvait encaisser les arriérés de rente AI qui lui étaient dus. La défenderesse soutient que le contrat la liant au demandeur porterait sur une assurance de dommages et qu'elle était en conséquence fondée à se voir verser le rétroactif de la rente AI.

5.1 Tout intérêt économique qu'une personne peut avoir à ce qu'un sinistre n'arrive pas, peut être l'objet d'une assurance contre les dommages (art. 48 LCA, dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2022). Les prétentions que l'ayant droit peut avoir contre des tiers en raison d'actes illicites passent à l'assureur jusqu'à concurrence de l'indemnité payée (art. 72 al. 1 LCA, dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2022).

Dans l'assurance des personnes, les droits que l'ayant droit aurait contre des tiers en raison du sinistre ne passent pas à l'assureur (art. 96 LCA, dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2022). L'art. 96 LCA est une disposition semi-impérative à laquelle il ne peut être dérogé au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98 LCA, dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2022).

5.2 La distinction entre assurance de sommes et assurance de dommages a occupé de longue date la doctrine et la jurisprudence. L'assurance de sommes garantit une prestation prédéfinie lors de la conclusion du contrat, qui doit être versée si l'événement assuré survient, sans égard à ses conséquences pécuniaires et à l'existence d'un possible dommage. En revanche, dans une assurance contre les dommages, les cocontractants font de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations ; une telle assurance vise à compenser totalement ou partiellement un dommage effectif. Toute assurance vise à parer à d'éventuels revers de fortune. Le critère de distinction ne réside donc pas dans le but, mais bien dans les conditions de la prestation d'assurance (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; 104 II 44 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_367/2016 du 20 mars 2017 consid. 3.2 ; 4A_53/2007 du 26 septembre 2007 consid. 4.4.2).

L'assurance de sommes permet à l'assuré de cumuler les prétentions en versement des indemnités journalières prévues par le contrat d'assurance avec d'autres prétentions découlant du même événement dommageable. La surindemnisation est possible ; conformément à l'art. 96 LCA, les droits que l'ayant droit aurait contre

des tiers en raison du sinistre ne passent pas à l'assureur (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; 133 III 527 consid. 3.2.5). L'assurance de dommages, en revanche, est gouvernée par le principe indemnitaire ; pour éviter le cumul, l'art. 72 LCA, dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2022, a institué un droit de recours de l'assureur à l'encontre du tiers responsable (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_53/2007 précité consid. 4.4.2).

Savoir si l'on est en présence d'une assurance de sommes ou de dommages dépend en définitive du contrat d'assurance et des conditions générales. L'expression « incapacité de gain » n'est pas déterminante, dans la mesure où elle est parfois utilisée comme un synonyme de l'incapacité de travail (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_332/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2.4). Les règles usuelles d'interprétation des contrats sont applicables (ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_53/2007 consid. 4.4.2). Lorsque l'interprétation ainsi dégagée laisse subsister un doute sur leur sens, les conditions générales doivent être interprétées en défaveur de leur auteur, conformément à la règle dite des clauses ambiguës (*Unklarheitsregel, in dubio contra stipulatorem* ; ATF 124 III 155 consid. 1b ; 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_177/2015 du 16 juin 2015 consid. 3.2).

5.3 D'aucuns font observer que les conditions générales d'assurance ne formulent pas toujours explicitement l'exigence d'un dommage, laquelle peut aussi découler de l'interprétation qui doit s'étendre le cas échéant aux autres documents contractuels. S'il en résulte que la prestation d'assurance est conditionnée à une perte patrimoniale déclenchée par l'événement assuré, il s'agit d'une assurance de dommages, quand bien même l'étendue de la prestation est jusqu'à un certain point forfaitisée – ce qui arrive fréquemment pour des raisons pratiques (Gerhard STOESSEL, *Schadens- und Summenversicherung: Diskussion seit hundert Jahren in Mélanges du Bureau National Suisse d'Assurance [BNA] et du Fonds national suisse de garantie [FNG] à l'occasion de la 34^e Assemblée générale du Conseil des bureaux les 15 et 16 juin 2000 à Genève, 2000, § 1 p. 510 et § 2 p. 511 ; sur la forfaitisation, cf. aussi Christoph HÄBERLI/David HUSMANN, *Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte*, 2015, n. 36 p. 9 s.).*

5.4 Divers auteurs constatent en outre que les assurances collectives conclues par une entreprise pour le personnel sont typiquement des assurances de dommages (Cécile MATTER/Christophe FREY, *Krankentaggeldversicherung als Summenversicherung – Obliegenheit zur Schadensminderung in ius.focus* 3/2016, n. 68-69 ; Ivano RANZANICI, *Les effets de l'incapacité de travailler pour cause d'une maladie successive à la résolution du contrat de travail in Regards croisés sur le droit du travail : Liber Amicorum pour Gabriel Aubert*, 2015, p. 276 ; Stephan FUHRER, *Kollektive Krankentaggeldversicherung – aktuelle Fragen in Annales SDRCA* 2014, p. 86). L'employeur a en effet l'obligation de verser, pour un temps limité, le salaire du travailleur empêché de travailler pour cause de

maladie (art. 324a de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse - CO, Code des obligations - RS 220). Pour autant qu'elle offre des prestations équivalentes, une assurance collective couvrant tout le personnel de l'entreprise peut libérer cette dernière d'une telle obligation, le risque lié à l'incapacité de travail étant alors assumé par l'assureur (art. 324a al. 4 CO ; cf. entre autres Ivano RANZANICI, *op. cit.*, p. 272 ss ; Vincent BRULHART, L'assurance collective contre la perte de gain en cas de maladie *in* Le droit social dans la pratique de l'entreprise, 2006, p. 99 s. ; cf. ATF 141 III 112 consid. 4.1-4.3). Le fait que l'assurance couvre des personnes non nommément désignées comme le fait qu'elle se réfère au dernier salaire AVS touché dans l'entreprise plaident en faveur d'une assurance de dommages (Hans-Rudolf MÜLLER, Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG, in Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, 2007, p. 29-31 ; Christoph HÄBERLI/David HUSMANN, *op. cit.*, n. 42 p. 11 ; Cécile MATTER/Christophe FREY, *op. cit.*, n. 68-69).

5.5 L'assurance collective peut voir co-exister une assurance de dommages pour le personnel salarié et une assurance de sommes pour le chef d'entreprise/employeur (Hans-Rudolf MÜLLER, *op. cit.*, p. 30 ; Christoph HÄBERLI/David HUSMANN, *op. cit.*, n. 40 p. 10 ; Rudolf LUGINBÜHL, Krankentaggeldversicherungen, Allgemeiner Überblick und aktuelle Probleme, in Arbeitsunfähigkeit und Taggeld, 2010, p. 20) ; l'assurance de sommes est en effet fréquente s'agissant des indépendants (Christoph HÄBERLI/David HUSMANN, *op. cit.*, n. 33 p. 9 ; Vincent BRULHART, *op. cit.*, p. 110 s.).

- 6. 6.1** En vertu de l'art. 18 CO, la question de savoir si les parties ont conclu un accord est soumise au principe de la priorité de la volonté subjective sur la volonté objective (ATF 144 III 93 consid. 5.2.1 ; 123 III 35 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_428/2021 et 4A_432/2021 du 20 mai 2022 consid. 5.2).

Lorsque les parties se sont exprimées de manière concordante (échange de manifestations de volonté concordantes ; *übereinstimmende Willenserklärungen*), qu'elles se sont effectivement comprises et, partant, ont voulu se lier, il y a accord de fait (*tatsächlicher Konsens*) ; si au contraire, alors qu'elles se sont comprises, elles ne sont pas parvenues à s'entendre, ce dont elles étaient d'emblée conscientes, il y a un désaccord patent (*offener Dissens*) et le contrat n'est pas conclu (ATF 144 III 93 consid. 5.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_428/2021 et 4A_432/2021 précité consid. 5.2).

Subsidiairement, si les parties se sont exprimées de manière concordante, mais que l'une ou les deux n'ont pas compris la volonté interne de l'autre, ce dont elles n'étaient pas conscientes dès le début, il y a désaccord latent (*versteckter Dissens*) et le contrat est conclu dans le sens objectif que l'on peut donner à leurs déclarations de volonté selon le principe de la confiance ; en pareil cas, l'accord est de droit (ou normatif ; ATF 144 III 93 consid. 5.2.1 ; 123 III 35 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_428/2021 et 4A_432/2021 précité consid. 5.2).

6.2 En procédure, le juge doit donc rechercher, dans un premier temps, la réelle et commune intention des parties (interprétation subjective), le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices. Constituent des indices en ce sens non seulement la teneur des déclarations de volonté – écrites ou orales –, mais encore le contexte général, soit toutes les circonstances permettant de découvrir la volonté réelle des parties, qu'il s'agisse de déclarations antérieures à la conclusion du contrat ou de faits postérieurs à celle-ci (ATF 144 III 93 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_428/2021 et 4A_432/2021 du 20 mai 2022 consid. 5.2 ; 4A_643/2020 du 22 octobre 2021 consid. 4.2.3).

Si le juge ne parvient pas à déterminer la volonté réelle et commune des parties – parce que les preuves font défaut ou ne sont pas concluantes – ou s'il constate qu'une partie n'a pas compris la volonté exprimée par l'autre à l'époque de la conclusion du contrat – ce qui ne ressort pas déjà du simple fait qu'elle l'affirme en procédure, mais doit résulter de l'administration des preuves –, il doit recourir à l'interprétation normative (ou objective), à savoir rechercher leur volonté objective, en déterminant le sens que, d'après les règles de la bonne foi, chacune d'elles pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre. Il s'agit d'une interprétation selon le principe de la confiance (ATF 144 III 93 consid. 5.2.3 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_428/2021 et 4A_432/2021 précité consid. 5.2).

6.3 Lorsque l'assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; si une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut donc se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi. Cela conduit à une interprétation objective des termes contenus dans les conditions générales, même si elle ne correspond pas à la volonté intime de l'assureur (ATF 136 III 186 consid. 3.2.1 ; 135 III 295 consid. 5.2). Si l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de dégager le sens de clauses ambiguës, celles-ci sont à interpréter contre l'assureur qui les a rédigées, en vertu de la règle *in dubio contra stipulatorem* (ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3 ; 126 V 499 consid. 3b ; 124 III 155 consid. 1b ; 122 III 118 consid. 2a ; 119 II 368 consid. 4b).

7. En l'espèce, le demandeur a conclu avec la défenderesse un contrat d'assurance collective d'indemnité journalière selon la LCA dont il est à la fois le preneur d'assurance, pour son cabinet médical, et la personne assurée, pour le salaire annuel convenu de CHF 200'000.-, ayant droit à une indemnité journalière correspondant à 100% du salaire convenu, conformément à la police d'assurance du 8 décembre 2016. Cette police intègre les CGA, que le recourant a acceptées en retournant la proposition d'assurance, et précise que lorsque le contenu de la police ou des avenants ne correspond pas à ce qui a été convenu, le preneur d'assurance doit demander les corrections nécessaires dans les quatre semaines à

compter de la réception du document, à défaut de quoi le contenu est réputé accepté. Aucune telle demande n'a en l'occurrence été effectuée.

Il convient donc d'examiner, sur la base des documents contractuels, soit la police et les CGA, si l'assurance conclue par le demandeur avec la défenderesse constitue une assurance de sommes comme l'affirme le premier ou une assurance de dommages comme le soutient cette dernière.

Le demandeur affirme qu'il s'agirait d'une assurance de sommes, car la condition du versement des prestations serait l'existence d'une incapacité de travail et non pas l'existence d'un dommage, se référant aux art. III 12, 16 et 18 CGA. En effet, pris à la lettre, l'art. III 12 CGA, lu avec l'art III 16 CGA, implique que l'incapacité de travail suffit à entraîner le versement de l'indemnité, ce qui pourrait en soi plaider en faveur d'une assurance de sommes. On ne discerne en effet nul réquisit quant à un éventuel dommage ou autre perte de gain. Il n'est en particulier pas précisé que l'indemnité journalière est versée en cas d'incapacité de travail « jusqu'à concurrence de la perte de gain établie », comme c'est le cas dans certaines conditions générales (ATF 146 III 339 consid. 5.2.4). Cela étant, il faut se garder de conclusions trop hâtives fondées sur la seule lettre des art. III 12 et III 16 et privilégier une approche globale.

À ce stade, il convient de relever que le produit contracté par le demandeur est une assurance collective perte de gain. De tels produits sont, selon la doctrine, typiquement des assurances de dommages. L'assurance collective contractée est un produit destiné à couvrir des personnes non désignées dans l'assurance, ce qui constitue un indice d'assurance de dommages. Par ailleurs, elle se réfère au dernier salaire AVS perçu (art. IV 32 CGA), ce qui constitue également un indice en faveur d'une assurance de dommages.

Toutefois, si le produit contracté est une assurance collective, il avait en l'occurrence pour but de couvrir le seul chef d'entreprise, soit le demandeur, à l'exclusion d'employés non nommément désignés, ceci à hauteur d'une somme de salaire fixe. Or, les assurances collectives peuvent prévoir une assurance de dommages pour le personnel et une assurance de sommes pour le chef d'entreprise. Par ailleurs, l'assurance de sommes est fréquente s'agissant des indépendants, ce que le demandeur indique avoir été sa volonté et ce qu'il affirme être démontré par le salaire annuel convenu prévu par la police et l'art. IV 35 CGA, prévoyant la prise en considération du gain annuel convenu pour le calcul des prestations.

Cependant, l'art. II 6 précise expressément, s'agissant spécifiquement du chef d'entreprise, qu'il ne s'agit pas d'une assurance de sommes, mais d'une assurance de dommages.

La même clause précise que la défenderesse renonce à la justification de la perte de gain effective jusqu'à concurrence du salaire annuel assuré. Contrairement à ce qu'affirme le demandeur, cet élément n'est pas contradictoire avec le fait de

prévoir une assurance de dommages. En effet, le fait de renoncer à la justification de la perte de gain suppose précisément qu'une perte de gain est nécessaire, ce qui tend à confirmer que c'est bien un dommage qui est couvert et qu'il s'agit donc d'une assurance de dommages. Le fait de renoncer à la justification de ladite perte de gain revient à prévoir une fixation forfaitaire du dommage. Or, le fait de forfaitiser l'étendue de la prestation arrive fréquemment dans des assurances de dommages pour des raisons pratiques et ne change pas la nature de l'assurance.

Cette clause prévoit également qu'un éventuel manque à gagner excédentaire ne pourrait pas être pris en considération. Ce faisant, elle fixe un plafond d'indemnisation, ce qui est également possible dans une assurance de dommages, étant relevé qu'un plafond est également prévu dans les CGA pour les autres personnes que celles concernées par l'art. II 6 CGA à l'art. IV 36 CGA (CHF 100'000.- au-delà du gain maximum selon la LAA).

Le fait que l'art. II 6 se trouve sous la rubrique relative au cercle des personnes assurées, comme le souligne le demandeur en le qualifiant d'inapproprié, ne change rien à son contenu, clair, et s'explique au regard du fait qu'une assurance collective peut être une assurance de dommages sauf pour le chef d'entreprise, pour lequel elle est une assurance de sommes. C'est précisément ce que cet article, consacré au chef d'entreprise et ses proches, semble avoir eu pour but d'exclure.

À ce qui précède s'ajoute que les art. III 26 à 28, dont le chef d'entreprise n'a pas été exclu du champ d'application et qui sont partant applicables indistinctement à tous les assurés, chef d'entreprise ou non, prévoient que les prestations des assurances sociales, ou d'entreprises ou de tiers responsables, sont déduites du montant dû par la défenderesse. Ces clauses excluent ainsi toute surindemnisation et confirment qu'il s'agit d'une assurance de dommages.

Finalement, les art. VI 56 à 59 prévoient une obligation de réduire l'étendue du dommage et permettent notamment une diminution des prestations à concurrence des prestations qui auraient été accordées en cas de défaut d'annonce à l'assurance-invalidité ou à l'assurance-chômage, dénotant là encore une assurance de dommages.

Au vu de ce qui précède, l'assurance conclue par le demandeur auprès de la défenderesse doit être qualifiée d'assurance de dommages.

La question de la validité de l'ajout dans la police de 2019 peut demeurer indécise, l'assurance devant en tout état être qualifiée d'assurance de dommages même sans ledit ajout. Par ailleurs, l'assurance ne devant pas être qualifiée d'assurance de sommes, les questions de la nullité des art. III 26 et 27 CGA et de leur caractère insolite, liés à une telle qualification, ne se posent pas.

Dans ces circonstances, s'agissant d'une assurance de dommages, la défenderesse était fondée à percevoir CHF 52'292.90 dans le cadre des paiements rétroactifs de la rente AI du demandeur, ceci à titre de compensation des indemnités journalières versées à ce dernier conformément à l'art. III 26 à 28 CGA.

8. La demande est par conséquent mal fondée et sera rejetée.
9. Bien qu'obtenant gain de cause, la défenderesse n'a pas droit à des dépens (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). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

Conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

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

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Valérie MONTANI

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