RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1767/2004 **ATAS/31/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème chambre

du 19 janvier 2004

En la cause

Monsieur J_____, comparant par Maître Marc MATHEY- demandeur DORET en l'étude il élit domicile.

contre

SUPRA Assurances SA, chemin de Primerose 35, 1000 LAUSANNE 3 défenderesse Cour

Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Mme Doris WANGELER et Mme Karine STECK, juges.

EN FAIT

1. Monsieur J_____, sa femme et ses deux enfants majeurs étaient en 2003 au bénéfice auprès de la caisse maladie SUPRA (ci-après : la caisse) des assurances-maladie complémentaires Natura R3, Maxi X2 et décès. La caisse a établi quatre polices d'assurance distinctes avec des numéros de police différents pour chaque membre. Sous « Total de la prime mensuelle », il est indiqué dans chaque police «Rabais familial déjà compris dans la prime ». Ces polices se réfèrent aux CGA 01.99. Uniquement Monsieur J_____ y est mentionné comme preneur d'assurance. Sa prime mensuelle s'élevait en 2003 à 339 fr. 20 pour les seules assurances en son nom. La prime était facturée trimestriellement à Monsieur J_____, à la demande de ce dernier, pour tous les membres de sa famille et s'élevait à 3'113 fr. 70 par trimestre.

2. Le 18 août 2003, la caisse a envoyé à ce dernier une facture de ce montant, correspondant aux primes des mois d'octobre à décembre 2003 pour les quatre membres de sa famille et payable jusqu'au 30 septembre 2003.

3. Cette somme étant demeurée impayée, la caisse lui a communiqué le 15 décembre 2003 une sommation légale ainsi libellée :

   « Notre service de comptabilité nous informe que vous n'avez pas réglé en temps voulu vos primes d'assurance ou, le cas échéant, des participations aux frais médicaux ; nous pensons qu'il ne s'agit que d'un simple oubli. En conséquence, vous êtes toujours redevable du montant mentionné ci-dessous. Vous voudrez bien utiliser le bulletin de versement figurant au bas du présent document pour régler cette somme, ce dont nous vous remercions d'avance.

   Rappel des dispositions légales : Assurances complémentaires selon la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

   Nous attirons votre attention sur le fait qu'en vertu de la loi susmentionnée, le droit aux prestations de vos assurances complémentaires LCA sera suspendu si vous ne vous acquittez pas de ce montant **dans les 14 jours à compter de l'envoi de la présente.**

   Par ailleurs, nous vous informons qu'à défaut du paiement de la somme due dans ce délai, nous avons la possibilité, outre la suspension des prestations, de résilier les assurances complémentaires LCA.

   Somme due : **CHF 3118.70 »**

A cette sommation étaient annexés un bulletin de versement indiquant ce dernier montant, ainsi que les décomptes relatifs aux primes réclamées pour les quatre membres de la famille. Sur celui concernant Monsieur J_____ figuraient des frais de rappel de 5 fr., outre la prime de 1'017 fr. 60 due pour le trimestre écoulé.

4. Le 19 janvier 2004, la caisse a informé ce dernier que les contrats d'assurance étaient suspendus, vu l'absence de payement des arriérés dans le délai légal, tout en l'invitant de verser la somme de 3'158 fr. 70 dans les dix jours. Ce montant comprenait également des frais de rappel supplémentaires de 40 fr.

5. Le 23 janvier 2004, Monsieur J_____ a payé la somme de 3'113 fr. 70, soit la prime pour les mois d'octobre à décembre 2003 sans les frais de sommation et de rappel d'un total de 45 fr.

6. Le 1er février 2004, il a été hospitalisé à l'Hôpital de la Tour pour une affection cardiaque. La caisse a refusé de donner sa garantie d'hospitalisation pour les prestations relevant des assurances complémentaires.

7. Le 2 février 2004, la fille de l'assuré a informé par fax la caisse que la somme de 3'113 fr. 70 avait été réglée le 23 janvier 2004 et lui a communiqué copie du récépissé de paiement y relatif, tout en indiquant qu'elle espérait que la situation pouvait ainsi être régularisée le plus vite possible et en invitant la caisse à confirmer le remboursement des prestations prodiguées à l'Hôpital de la Tour, tout en indiquant un numéro de téléphone.

8. L'assuré a été opéré le 3 février et est resté hospitalisé jusqu'au 4 février 2004.

9. Ses frais d'hospitalisation se sont élevés à 19'209 fr. 70, selon la facture du 26 février 2004 de l'Hôpital de la Tour, dont 1'952 fr. ont été pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, de sorte qu'il reste un découvert de 17'257 fr. 70.

10. A cette facture s'ajoute une note d'honoraire du Docteur A_____ du 19 mars 2004 d'un montant de 3'000 fr.

11. Le 1er avril 2004, l'assuré a adressé à la caisse la facture de l'Hôpital de la Tour, ainsi que le décompte de remboursement de prestations établi par son assurance obligatoire des soins, afin d'être remboursé de la somme de 17'257 fr. 70.

12. Le 22 avril 2004, la caisse a communiqué à Monsieur J_____ qu'elle refusait de prendre en charge la facture de cet Hôpital, en raison de la suspension des assurances complémentaires, tout en soulignant que son obligation d'assurance ne reprenait effet qu'à partir du moment où la prime arriérée avait été acquittée avec intérêts et frais.

13. Le 30 avril 2004, l'assuré a communiqué à la caisse, par l'intermédiaire de son conseil, qu'il avait effectué le payement de la prime due le 23 janvier 2004, soit

avant la réception de l'avis comminatoire du 19 janvier 2004 qui ne lui était parvenu que le 26 suivant. Il l'invitait par conséquent à nouveau à lui rembourser les factures en cause.

14. Par courrier du 14 mai 2004, la caisse a persisté dans son refus au motif que les frais de rappel n'avaient pas été payés et n'avaient été abandonnés à bien plaire qu'en date du 14 février 2004, date de la fin de la suspension des assurances complémentaires.

15. Par courrier du 21 mai 2004, l'assuré a demandé à la caisse à nouveau la prise en charge des factures litigieuses, tout en faisant valoir que la suspension d'une assurance pour non-payement de frais de rappels de 5 fr. paraissait difficilement compatible avec les règles de la bonne foi. Il lui demandait également de lui expliquer comment elle avait fixé la date de la fin de la suspension des assurances complémentaires au 14 février 2004.

16. Le 8 juillet 2004, la caisse a persisté dans son refus et a expliqué que, dans la pratique, elle renonçait à poursuivre le payement de frais de rappels de 5 fr., afin d'éviter de devoir supporter en plus des frais de poursuites importants. Dans le cas d'espèce, les frais avaient été annulés le 14 février 2004. Elle a également souligné que la demande de garantie pour l'hospitalisation de l'assuré avait été refusée, de sorte que ce dernier ne pouvait se prévaloir des règles de la bonne foi. La caisse a persisté dans sa position également après un nouvel échange d'écritures.

17. Le 23 août 2004, l'assuré a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales d'une demande en payement à l'encontre de la caisse, en concluant à sa condamnation au payement de la somme de 20'257 fr. 70, plus intérêts à 5% dès le 3 mai 2004, ainsi que d'une indemnité équitable à titre de dépens. Il fait valoir que la sommation doit être envoyée individuellement à chaque débiteur et indiquer toutes les conséquences du non-payement de la prime. Or, en l'occurrence, cette sommation est irrégulière, dans la mesure où elle a été adressée, pour tous les membres de la famille du demandeur, uniquement à ce dernier et où elle ne mentionnait pas expressément que le non règlement des frais de rappel était susceptible d'entraîner une suspension des prestations d'assurance. Par ailleurs, lorsque seul le montant des frais de rappel pour quatre débiteurs demeure impayé, rien ne justifie de les attribuer à un assuré plutôt qu'à un autre. Rien ne permet de retenir non plus que le payement de la somme de 3'113 fr. 70 ne concerne pas en priorité les frais et primes du demandeur avant toute autre dette. Le système adopté par la défenderesse laisse la porte ouverte à l'arbitraire dès lors qu'elle peut à sa guise et en fonction des circonstances considérer que l'un ou l'autre ou tous les contrats sont suspendus, alors que seule une somme de 5 fr. est réclamée à titre de frais à un débiteur sur quatre. Selon le demandeur, le refus de la défenderesse est également contraire aux règles de la bonne foi et à l'interdiction de l'abus de droit compte tenu des circonstances suivantes : il a payé la totalité de la prime et le retard est dû à une

période très particulière où il avait rencontré de graves problèmes de santé ajoutés à un stress professionnel conséquent ; le non-payement d'un solde dérisoire de 5 fr. résulte d'une inadvertance, soit de l'utilisation du bulletin de versement attaché au décompte des primes plutôt que de celui annexé à la sommation ; la réclamation de la somme de 5 fr. à titre de frais de rappels n'est pas prévue par les conditions générales d'assurance qui prévoient un montant de 30 fr. pour les frais de recouvrement ; la défenderesse aurait dû inviter une nouvelle fois formellement le demandeur à payer le solde, lorsqu'elle a reçu la copie du récépissé du payement de la prime due en date du 2 février 2004 juste avant l'opération ; l'assurance-maladie a finalement renoncé à cette créance, de sorte que celle-ci ne saurait non plus justifier une suspension de la couverture.

18. Dans sa réponse du 22 septembre 2004, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Concernant la validité de la sommation, elle fait observer que la sommation a été envoyée au demandeur personnellement suite au non-payement de ses propres primes, de sorte que la validité, à tout le moins à l'égard de ce dernier, ne peut être contestée. De surcroît, la référence à la période difficile traversée par le demandeur n'aurait de sens que si celui-ci était en réalité le débiteur unique de toutes les primes découlant des contrats d'assurance complémentaires conclus pour les divers membres de sa famille. Dans l'hypothèse contraire, on ne voyait pas en quoi son état de santé aurait pu constituer un obstacle au payement des primes dues par sa femme et ses enfants. Enfin, depuis de nombreuses années, la facture des primes pour toute la famille est adressée au demandeur et réglée uniquement par ce dernier. La défenderesse pouvait en inférer qu'il agissait, à son égard, à titre de représentant des membres de sa famille. Or, lorsqu'un représentant était désigné, il suffit que la sommation soit adressée à celui-ci seulement. Les frais figurent par ailleurs sur la sommation et il résulte expressément de la loi que la conséquence du défaut de payement des frais entraînent la suspension. En outre, cette précision ne constitue pas un élément nécessaire à la validité de la sommation. Le demandeur est également mal inspiré de se plaindre du fait que la défenderesse ne réclame pas de frais aux autres assurés, auxquels aucune facture de prime n'a jamais été envoyée. A cet égard, il ressort clairement des conditions générales d'assurance (CGA) que les frais sont afférents aux sommations et non pas au nombre des assurés en demeure. Les CGA applicables au demandeur, soit celles de l'édition 1999, prévoyent par ailleurs la facturation de frais de sommation. Selon la jurisprudence, quand bien même le montant dû à titre de frais ou intérêts est dérisoire, la suspension perdure tant qu'il n'est pas payé. S'agissant de l'annulation des frais de sommation en date du 14 février 2004, et la remise en vigueur du contrat à cette date, la défenderesse se prévaut de l'adage selon lequel qui peut le plus peut le moins. Il lui était dès lors loisible de maintenir la suspension jusqu'au versement des frais ou, pour des motifs d'opportunité, d'y mettre fin, sans que cela ne violât le principe de la bonne foi.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Selon l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie et sociale.

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Déposée dans la forme prévue par la loi (art. 89 B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA), la demande est recevable.

4. Aux termes de l'art. 20 al. 1 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordée par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le payement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. Celle-ci doit rappeler les conséquences du retard. Selon l'al. 3 de cette disposition, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal, si la sommation reste sans effet.

   L'art. 20 LCA est une disposition légale semi-impérative et peut donc être modifiée conventionnellement en faveur de l'assuré (Olivier CARRE, Commentaire sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 210 ; Thierry DE MESTRAL, La prime et son paiement, thèse, Lausanne 2000, p. 115 et 121).

   Le but de l'art. 20 est de tenir compte des intérêts de l'assureur de ne pas devoir fournir la couverture d'assurance sans contre-prestation (principe de l'équivalence) et du besoin du preneur d'assurance de ne pas perdre la protection d'assurance de façon inattendue (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, commentaire, Bâle 2001, ad art. 20 ch. 1). La réglementation spéciale de la demeure consacrée par l'art. 20 LCA est fondée en premier lieu sur l'argument que la prestation d'assurance convenue ne peut être effectuée que si l'assureur dispose d'une fortune suffisante, laquelle est formée essentiellement par la totalité des rentrées des primes. Cette argumentation a été critiquée récemment par la doctrine, dès lors que l'assureur dispose aujourd'hui, en raison des rentrées et de la politique de

placement de sa fortune, d'une réserve financière qui lui permet non seulement de fournir les prestations d'assurance ainsi que de couvrir les autres frais, mais également de réaliser des bénéfices considérables. Ainsi, il n'est aujourd'hui plus réaliste de partir d'un équilibre sensible entre les payements de primes et les prestations d'assurance, compte tenu de la modification des conditions financières et de l'état de la fortune (ibidem. ad art. 20 ch, 2 et références y citées).

Parallèlement, l'art. 20 LCA offre à l'assureur une procédure légale de mise en demeure simple et efficace, pour lui permettre d'encaisser la prime ou de résilier le contrat (DE MESTRAL, op. cit., p. 111).

Afin de protéger le preneur d'assurance de la perte inattendue de la couverture d'assurance, le législateur a subordonné la survenance de la demeure à l'observation de formes strictes (ibidem, ad art. 20 ch. 11 ; CARRE, op. cit., p. 211). La sommation est sujette à réception et il appartient à l'assureur de le prouver (ibidem, ad art. 20 ch. 24 ; Bernard VIRET, Droit des assurances privées, Berne 1991, p. 114 ; Benoît CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg 1997, p. 62). Elle doit être adressée au débiteur de la prime ou, s'il a un représentant légal, à ce dernier (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, op. cit. ad art. 20 ch. 18) La partie qui s'oblige au paiement de la prime est le preneur d'assurance. Les simples ayants droit ne sont pas débiteurs de celle-ci (DE MESTRAL, op. cit., p. 37 s). Lorsque plusieurs personnes sont débitrices de la prime, chacune d'entre elles doit être sommée de payer, afin que les conséquences de la demeure se réalisent à l'égard de tous les débiteurs. Cela vaut également lorsque plusieurs débiteurs de la prime sont solidairement responsables (ibidem. ad art. 20 ch. 19, CARRE, op. cit., p. 213). Cependant, si un représentant commun a été désigné, il suffit d'adresser la sommation à ce dernier (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, op. cit., ad art. 20 ch. 19). Il n'est pas nécessaire de sommer les personnes assurées ou favorisées dans un contrat, car elles ne sont pas débitrices de la prime (ibidem, op. cit., ad art. 20 ch. 23). Quant au contenu de la sommation, elle doit notamment indiquer le montant de la prime due, ainsi que les frais éventuels de la sommation (ibidem, ad art. 20 ch. 39). Lorsqu'elle indique une prime trop élevée, elle est sans effet (ibidem, ad art. 20 ch. 40; DE MESTRAL, op. cit., p. 122). La sommation doit également rappeler toutes les conséquences du retard, à savoir la suspension de la couverture d'assurance à partir de l'expiration du délai légal, ainsi que le droit de l'assureur de résilier le contrat en application de l'art. 21 al. 1 LCA (ATF 128 III 187 consid. 2). Enfin, les frais de la sommation sont à supporter par le débiteur de la prime, lorsqu'elle n'a pas été réglée à son échéance ou pendant le délai supplémentaire prévu par le contrat pour son payement (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, op. cit., chiffre 45). Une sommation est irrégulière n'entraîne pas les conséquences légales prévues par l'art. 20 al. 3 LCA (CARRE, op. cit, p. 213). Lorsque la demeure est due à des événements dont le débiteur n'est pas responsable (maladie, accident etc.), la sommation n'entraîne pas non plus la suspension du contrat, si le débiteur paye la

prime en souffrance immédiatement après la disparition de l'empêchement (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, op. cit., ad art. 20 ch. 74).

5. En vertu de l'art. 21 al. 2 LCA, si l'assureur a poursuivi le payement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acceptée avec les intérêts et les frais. Selon la jurisprudence et la doctrine en la matière, même si les frais accessoires sont de faible importance, ils doivent être payés dans leur totalité, afin de faire renaître la responsabilité de l'assureur, sauf si une volonté contraire de l'assureur résulte des circonstances (ATF 112 II 464 consid. 1 et références citées). Cette pratique est toutefois critiquée par certains auteurs de la doctrine qui la considèrent comme trop sévère et estiment qu'elle devrait être réexaminée (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, op. cit., ad art. 20 ch. 59).

6. Quant aux CGA de la défenderesse, il convient de se référer à l'édition 1999 de celles-ci, comme cela ressort des polices d'assurance établies. Est défini à l'art. 3 let. a CGA comme preneur d'assurance, « la personne qui conclut le contrat et qui assume notamment le paiement des primes ». L'assuré est « la personne qui bénéficie de la couverture d'assurance, en qualité de preneur d'assurance ou non » (art. 3 let. b CGA). Selon l'art. 13 ch. 1 CGA, si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance reçoit une sommation de verser la prime dans un délai de 14 jours à partir de l'envoi de la sommation, laquelle lui rappelle les conséquences de son retard. A défaut de paiement, le droit aux prestations est suspendu dès l'expiration de ce délai. Le ch. 2 de cette disposition prévoit que les frais de rappel, de sommation et de poursuite sont à la charge du preneur d'assurance. Aucune prestation n'est payée pour les sinistres survenant pendant la durée de la suspension, même après le paiement ultérieur de la prime, en application de l'art. 13 ch. 3 CGA.

7. a) La réception de la sommation n'est en l'espèce pas contestée. Il ne saurait non plus être admis que le demandeur a été empêché de payer la prime à l'échéance ou dans le délai de 14 jours indiqué dans la sommation, pour des raisons indépendantes de sa volonté. En effet, même s'il était affecté d'une pneumonie à la fin du mois de septembre 2003, ne pouvait reprendre que progressivement le travail et était soumis à un stress professionnel important en fin d'année, comme il le prétend, ces circonstances ne sauraient pouvoir constituer un empêchement objectif de payement, le demandeur étant entouré de sa femme et de ses deux enfants adultes capables de suivre ses instructions pour l'accomplissement d'un minimum de démarches administratives, tel que le payement de factures. Il est à cet égard à relever que la prime était échue le 30 septembre 2003, que la sommation a été envoyée le 15 décembre 2003 et que la prime n'a été payée finalement que le 23 janvier 2004.

Il convient toutefois d'examiner si la procédure de la mise en demeure a été respectée.

b) En premier lieu, se pose la question de savoir s'il était suffisant d'adresser au demandeur une seule sommation pour toutes les personnes assurées auprès de la défenderesse ou si celle-ci aurait dû lui envoyer quatre sommations pour chaque membre de la famille, en partant de l'hypothèse que le demandeur ait agi en tant que représentant de la famille. Cette dernière solution devrait être admise en présence de quatre contrats distincts avec quatre preneurs différents. Or, en l'occurrence, les polices établies ne prévoient que le demandeur comme preneur d'assurance et la totalité de la prime due par toute la famille a toujours été facturée par la défenderesse à ce dernier. Il convient dès lors d'admettre, en dépit de l'établissement de quatre polices d'assurance, qu'il s'agit d'une assurance familiale, soit d'une assurance unique pour plusieurs membres d'une même famille, pour laquelle la prime est fixée sur la base d'un tarif individuel mais qui a fait l'objet d'un rabais dit de famille (cf. Peter BUCHS, Assurance maladie privée, Zurich 1985, p. 31). Par conséquent, la sommation pouvait être régulièrement adressée au demandeur pour tous les assurés et il n'était pas nécessaire de sommer ces derniers individuellement, dans la mesure où ils ne sont pas débiteurs de la prime.

c) Le demandeur fait également grief à la défenderesse de ne pas avoir mentionné expressément les frais de rappel dans la sommation et allègue que le non règlement de ceux-ci entraîne une suspension des prestations d'assurance. Il estime que la sommation est pour cette raison irrégulière.

Il y a lieu à cet égard de relever que seuls sont litigieux en l'occurrence les frais de sommation de 5 fr., dans la mesure où la défenderesse ne conteste pas que son rappel du 19 janvier 2004, par lequel des frais supplémentaires de 40 fr. ont été mis à charge du demandeur, ne lui soit parvenu qu'après le paiement de la prime.

La prime litigieuse due s'élève en l'occurrence à 3'113 fr. 70. Par sa sommation du 15 décembre 2003, la défenderesse a réclamé un montant supérieur de 5 fr. à ce montant, à savoir la somme de 3'118 fr. 70, sans indiquer expressément, dans le corps même de la sommation que les frais de 5 fr. étaient ajoutés au montant de la prime due. La sommation comporte par ailleurs une ambiguïté, dans la mesure où elle indique dans la 2ème phrase que le demandeur est « toujours redevable du montant mentionné ci-dessous », soit de la prime majorée des frais de sommation, comme si, avant même de recevoir celle-ci, il était déjà débiteur de ces frais, alors qu'il ne devait, jusqu'au jour de la réception de la sommation, que le montant de la prime. Au vu de la majoration d'un si faible montant, il ne saute en outre pas aux yeux immédiatement que le montant réclamé dans la sommation n'est pas identique au montant de la prime, dès lors que cette majoration n'entraîne que la modification d'un chiffre. Certes, il y est expressément mentionné que le non paiement de « ce » montant entraînera la suspension de l'assurance. Toutefois, un lecteur

moyennement attentif ne pouvait se rendre compte immédiatement qu'il ne suffisait pas de payer l'intégralité de la prime de plusieurs milliers de francs, pour éviter la suspension, mais qu'il fallait impérativement s'acquitter également des frais supplémentaires de 5 fr. Or, en raison des conséquences très lourdes du non-payement des frais de sommation, aussi faibles soient-ils, et de la fonction protectrice de l'assuré de la procédure de demeure instaurée par l'art. 20 LCA, il y a lieu d'avoir des exigences très sévères quant à la clarté d'une sommation légale. En l'espèce, le libellé de la sommation manque de la clarté nécessaire, afin de permettre à un assuré d'en mesurer toute sa portée. Il peut en outre être attendu des assureurs qu'ils mentionnent les conséquences du non paiement des frais en toutes lettres, afin d'éviter des malentendus, étant rappelé que le but de l'art. 20 LCA n'est pas de priver un assuré d'une couverture d'assurance par tous les moyens, mais d'éviter que l'assureur doive fournir la prestation d'assurance sans avoir reçu la contre-prestation.

Au vu de ce qui précède, il convient par conséquent d'admettre que le libellé de la sommation n'est pas en tous points conforme aux exigences légales et qu'elle n'a dès lors pas pu avoir pour conséquence la suspension du contrat.

8. En tout état de cause, même si la sommation était régulière, il conviendrait de considérer que la défenderesse a violé en l'occurrence le principe de la bonne foi et l'interdiction de l'abus de droit consacrés par l'art. 2 du Code civil (CC). Cette disposition permet au juge de tenir compte de particularités propres au cas d'espèce lorsque, en raison des circonstances, l'application normale de la loi ne se concilie exceptionnellement pas avec les règles de la bonne foi (ATF 107 Ia 206 ; 105 II 39 = JT 1979 i 608 ; ATF 87 II 147 = JT 1962 I 86).

   Dans le cas d'espèce, la défenderesse avait été avertie par l'Hôpital de la Tour de l'hospitalisation de son assuré et, à la date du 2 février 2004, elle devait être en possession de la prime, dans la mesure où le paiement de celle-ci avait été effectué le 23 janvier 2004, soit plus d'une semaine auparavant. De surcroît, elle a été informée encore par fax le 2 février 2004 par la fille du demandeur que la prime litigieuse avait été payée. Implicitement il résulte par ailleurs de la missive de celle-ci que la famille était persuadée avoir satisfait aux obligations contractuelles pour permettre une remise en vigueur du contrat et qu'elle ne se rendait pas compte que le non paiement des frais de 5 fr. pût constituer un obstacle à la régularisation de leur situation. Dans ces conditions, la défenderesse se devait de réagir immédiatement, au plus tard après la réception de ce fax, selon les règles de la bonne foi, afin de corriger l'erreur de son assuré et d'attirer son attention sur le fait que le contrat ne pourrait reprendre effet qu'après le paiement des frais, si telle avait été son intention. Vu l'urgence, dès lors que l'assuré était déjà hospitalisé, ce dont elle était informée par l'Hôpital de la Tour et la fille du demandeur, il pouvait être attendu de sa part qu'elle le fasse savoir à l'assuré et sa famille le jour même, le cas échéant par l'intermédiaire de ce dernier établissement. Ayant omis de le faire,

son comportement a pu faire naître chez le demandeur et sa famille l'impression que la couverture était rétablie.

Au vu de ces circonstances, un tel comportement doit être considéré comme contraire aux règles de la bonne foi. La défenderesse ne saurait dès lors se prévaloir de l'art. 21 al. 2 LCA, pour opposer au demandeur la suspension du contrat.

9. En application de l'art. 41 al. 1 LCA, la créance contractuelle est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention.

   En l'espèce, il résulte du dossier que le demandeur a envoyé le 1er avril 2004 la facture de l'Hôpital de la Tour à la défenderesse. Celle-ci admet qu'il a réclamé également par ce courrier, ainsi que ses missives suivantes, le remboursement la note d'honoraires du Docteur A_____ du 19 mars 2004 (cf. ch. 13 de sa réponse). Par conséquent, il y a lieu de condamner la défenderesse au paiement d'intérêts moratoires dès l'écoulement des quatre semaines suivant la réception probable du premier courrier du demandeur du 1er avril 2004, soit dès le 3 mai 2004.

10. La demande sera dès lors admise et la défenderesse condamnée au paiement au demandeur de la somme de 20'257 fr. 70 avec intérêts moratoires à partir du 3 mai 2004.

11. Le demandeur obtenant entièrement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera octroyée à titre de dépens, à la charge de la défenderesse.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare recevable la demande de Monsieur J_____ à l'encontre de la SUPRA Assurances SA.

Au fond :

2. L'admet ;

3. Condamne la défenderesse au paiement au demandeur de la somme de 20'257 fr. 70 avec intérêts moratoires dès le 3 mai 2004 ;

4. La condamne au paiement au demandeur d'une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens ;

5. Dit que la procédure est gratuite ;

6. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière:	La Présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe