

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1974/2018

ATAS/382/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 avril 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE

demanderesse

contre

ASSURA SA, MONT-SUR-LAUSANNE

défenderesse

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A _____, née le _____ 1980, a conclu auprès d'ASSURA SA (ci-après l'assureur) une assurance maladie complémentaire, catégorie Priveco Varia, pour l'hospitalisation en division semi-privée.
2. Le 18 décembre 2017, la clinique des Grangettes SA a adressé à l'assureur une demande de garantie pour une hospitalisation qualifiée d'urgente en raison de la date d'entrée prévue le 20 décembre 2017, pour une maladie « Aff. gynécologique ».
3. Le 19 décembre 2017, l'assureur en a accusé réception et annoncé qu'il sollicitait quelques renseignements complémentaires.
4. Interrogé par l'assureur, le docteur B _____, spécialiste FMH en gynécologie, a indiqué un diagnostic de fausse couche à huit semaines et précisé qu'il s'agissait d'un arrêt de croissance, nécessitant un curetage évacuateur.
5. Par courrier du 22 décembre 2017, se fondant sur l'art. 4.1.6 de ses conditions générales appliquées à l'ensemble des assurances complémentaires (CGA), selon lequel sont exclus de l'assurance l'interruption ou la conservation de grossesse, les méthodes de procréation assistée et les traitements de la stérilité, et l'art 2.6 CGA qui définit la notion de maternité comme étant la grossesse et l'accouchement, ainsi que la fausse couche et la grossesse extra-utérine ou non évolutive, et constatant que l'affection en cause est ainsi visée, l'assureur a informé la clinique des Grangettes SA qu'il n'interviendrait pas quant aux frais supplémentaires inhérents au séjour en division semi-privée, y compris pour les notes d'honoraires des médecins. Aussi sa prise en charge se limitera-t-elle aux tarifs de la division commune.

La facture de la clinique des Grangettes, établie selon les tarifs en vigueur pour la division commune et s'élevant à CHF 1'474.05, a été remboursée par ASSURA BASIS SA auprès de laquelle l'assurée est assurée pour l'assurance obligatoire des soins LAMAL.

6. Par courrier du 19 février 2018, l'assurée a contesté la garantie limitée donnée par l'assureur à la clinique des Grangettes. Elle souligne à cet égard que l'intervention qu'elle a subie à la huitième semaine de grossesse ne s'inscrit pas dans un contexte de maternité, mais de maladie. Elle cite à cet égard deux articles publiés sur internet, selon lesquels les complications survenant avant la 13^{ème} semaine sont considérées comme des maladies.
7. Le 26 mars 2018, l'assureur a confirmé sa position.

Il explique, sur la base des art. 3.2 et 2.6 CGA, que la prise en charge d'une hospitalisation en division semi-privée pour fausse couche est exclue dans le cadre de l'assurance catégorie Priveco.

Il a complété ses explications, sur demande de l'assurée, le 17 avril 2018 (pièce 19).

8. Le 1^{er} mai 2018, l'assurée allègue, renseignements pris auprès de l'association suisse des assurés, que l'exclusion de couverture prévue à l'art. 4.1.6 CGA n'est pas suffisamment précise, dès lors qu'elle ne caractérise pas le cas de maladie en question. Elle fait valoir qu'un arrêt rendu par la chambre de céans le 22 novembre 2012 a condamné l'assurance dans une affaire similaire.
9. Le 16 mai 2018, l'assureur a indiqué qu'en réalité son refus de prise en charge n'était pas fondé sur l'art. 4.1.6 CGA, mais sur l'art. 2.6 CGA.

Il rappelle que selon le Dr B_____, l'hospitalisation était consécutive à une fausse-couche à huit semaines.

Il considère enfin que l'arrêt cité par l'assurée n'est pas applicable en l'espèce, le libellé des conditions d'assurance de l'assureur concerné est formulé différemment de celui de ses conditions générales d'assurance, lesquelles sont claires et excluent expressément la maternité (art. 3 CGA), risque par ailleurs défini sans ambiguïté à l'art. 2.6 CGA.

10. Le 8 juin 2018, l'assurée a saisi la chambre de céans d'une demande - qu'elle intitule recours - en paiement des frais relatifs à son séjour à la clinique des Grangettes en division semi-privée les 20 et 21 décembre 2017, frais qu'elle décompose comme suit :

Analyses :	CHF 253.55
Anesthésie :	CHF 499.-
Dr B_____ :	CHF 2'300.-
Frais de la clinique des Grangettes :	CHF 3'311.60
Participation aux frais remboursés en division commune :	CHF 177.40
Total	CHF 6'541.55

11. Dans sa réponse du 30 juillet 2018, l'assureur a repris ses arguments, déjà développés dans ses courriers des 26 mars et 17 avril 2018, et conclu au rejet de la demande.
12. Ce courrier a été transmis à l'assurée. Celle-ci ne s'est pas manifestée.
13. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la

loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

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

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

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre une personne physique/les personnes morales, le for est celui de son domicile/de leur siège (art. 10 al. 1 let. a/b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 20 des conditions générales pour l'assurance-maladie complémentaire prévoit qu'en « cas de procédure judiciaire, *l'assureur* reconnaît comme for son siège social, de même que le domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit ».

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

3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).
4. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

5. 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).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance

prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

En vertu 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).

6. Le litige porte sur la prise en charge par l'assureur de la somme de CHF 6'541.55, représentant les frais relatifs à l'hospitalisation de l'assurée dans la division semi-privée de la Clinique des Grangettes, des 20 et 21 décembre 2017.
7. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnités journalières (ATF 124 V 201 consid. 3d).

Le droit aux prestations d'assurances se détermine sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

8. 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).

Finalement, 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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement

comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c).

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).
11. En l'espèce, la demanderesse a conclu auprès de l'assureur une assurance-maladie complémentaire Priveco Varia pour l'hospitalisation en division privée d'un établissement répertorié selon l'art. 39 LAMal. Elle a été hospitalisée à la clinique des Grangettes les 20 et 21 décembre 2017 pour y subir un curetage évacuateur, le Dr B_____ ayant diagnostiqué une fausse couche à huit semaines (arrêt de croissance).

En l'espèce, l'assureur a refusé d'accorder à la demanderesse la prise en charge des frais d'hospitalisation en division semi-privée.

12. L'art. 3 CGA prévoit que « selon le choix manifesté par le preneur d'assurance dans sa proposition, *l'assureur* couvre principalement la maladie et l'accident dans les limites des CGA et CSC. En outre, l'assureur assume des prestations de maternité dans les limites des articles 4 des catégories "Complementa" et "Complementa Plus", ainsi que dans celles des catégories "Materna Eco", "Materna Media", "Materna Plus" et "Natura R3" ».

Force est de constater que l'assurance complémentaire Priveco ne figure pas dans la liste des catégories pour lesquelles l'assureur assume des prestations de maternité. L'art. 6 des conditions spéciales pour l'assurance-maladie complémentaire, de la catégorie Priveco Varia (CSC), édition juillet 2015, prévoit expressément que n'est

pas couverte la maternité au sens de l'art. 2.6 CGA et, selon les cas, de l'art. 4.1.6 CGA. Or, l'art. 2.6 CGA définit la notion de maternité comme étant « la grossesse et l'accouchement, ainsi que la fausse couche et la grossesse extra-utérine ou non-évolutive ». L'art. 4.1.6 CGA, quant à lui, exclut de l'assurance « l'interruption ou la conservation de la grossesse, les méthodes de procréation assistée et les traitements de la stérilité ».

13. La demanderesse allègue que les complications survenant avant la 13^{ème} semaine ne ressortent pas de la maternité et sont considérées comme des maladies. Elle cite à cet égard deux articles publiés sur internet.

Il y a toutefois lieu de relever, à l'instar de l'assureur, que ces articles concernent l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, soit les art. 64 al. 7 et 29 LAMal, selon lesquels en effet le remboursement de prestations liées à une grossesse, qui sont fournies à partir de la 13^{ème} semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement relèvent de prestations spécifique de maternité en particulier. Ils ne sont ainsi pas pertinents pour se prononcer sur le présent cas, qui relève de l'assurance-maladie complémentaire soumise aux CGA et CSC.

14. La demanderesse fait valoir que l'exclusion de couverture prévue à l'art. 4.1.6 CGA n'est pas suffisamment précise, dès lors qu'elle ne caractérise pas le cas de maladie en question et cite un arrêt rendu par la chambre de céans le 22 novembre 2012 dans une affaire similaire, dans lequel l'assurance a été condamnée à prester.

Il y a lieu de rappeler que dans le cas sur lequel portait l'arrêt du 22 novembre 2012 (ATAS/1423/2012), le défendeur refusait la prise en charge de l'hospitalisation de la demanderesse en division semi-privée, en se fondant sur l'art. 6 ch. 1 des conditions spéciales de la catégorie Optima + conclue auprès d'Intras Assurance SA, aux termes duquel aucune prestation n'était allouée dans le cadre de l'assurance complémentaire, si le séjour hospitalier était en rapport avec une grossesse ou un accouchement. Selon lui, tel était le cas, puisque le curetage évacuateur subi par la demanderesse était lié à sa grossesse. Celle-ci considérait au contraire que dans le langage courant, l'on ne parle de grossesse que lorsqu'il s'agit d'une grossesse évolutive qui, à terme, se concrétise par un accouchement, de sorte qu'il se justifiait d'interpréter la clause d'exclusion de l'art. 6.1 CSA en défaveur de la caisse, le doute devant lui profiter.

La chambre de céans a constaté que le langage courant distinguait en effet plusieurs types de grossesse, et qu'il était permis de comprendre, de bonne foi, que la clause d'exclusion de l'art. 6 ch. 1 CSA visait exclusivement les cas de grossesse et d'accouchement se déroulant normalement, de sorte que son hospitalisation en division semi-privée constituait un événement assuré par son contrat d'assurance complémentaire. Aussi en a-t-elle conclu qu'en application du principe de la confiance, il eût appartenu au défendeur de présenter à la demanderesse, à la

conclusion du contrat, les restrictions qu'il entendait mettre à son engagement de façon plus claire. La demande a été, partant, admise.

La même solution ne saurait être apportée dans le cas d'espèce, dès lors que l'art. 2.6 des conditions spéciales de la catégorie d'assurance Priveco Varia ici applicables, définit quant à lui précisément la maternité, comme étant notamment « la fausse couche et la grossesse extra-utérine ou non évolutive ».

Force est de conclure que le risque maternité, comprenant plus particulièrement la fausse couche ou la grossesse non évolutive, n'est pas couvert par l'assurance complémentaire Priveco. La demande, mal fondée, est rejetée.

15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande 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 LOCHER

Doris GALEAZZI

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