

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2045/2025

ATAS/525/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 juin 2026

Chambre 9

En la cause

A_____
représentée par Me Jean-Michel DUC, avocat

demanderesse

contre

SWICA ORGANISATION DE SANTÉ

défenderesse

Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, juges assesseurs

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1971, a été engagée en qualité de vendeuse par B_____ (ci-après : l'employeur), sis à Genève, à 100% dès le 1^{er} mai 2018.

b. L'employeur a conclu avec SWICA Assurance-maladie SA (ci-après : SWICA ou l'assurance) un contrat d'assurance collective perte de gain maladie en faveur de son personnel, prenant effet le 1^{er} janvier 2024 (ci-après : la police d'assurance). Selon celle-ci, l'indemnité journalière en cas de maladie s'élevait à 100% du salaire assuré pour une durée de 730 jours, sous déduction du délai d'attente de deux jours par cas. Les conditions générales d'assurances régissant l'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 ; CGA édition 2006 [ci-après : CGA]) ainsi que les dispositions de la LCA étaient applicables et faisaient partie intégrante de la police d'assurance.

c. L'assurée a été en incapacité totale de travail à compter du 25 octobre 2024 (certificats médicaux du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée et du docteur D_____, psychiatre FMH).

d. Le 12 novembre 2024, l'employeur a adressé à SWICA un avis de maladie concernant l'assurée.

e. SWICA a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'Expertises Médicales (ci-après : CEMed).

f. Dans leur rapport du 28 janvier 2025, les docteurs E_____ et F_____ ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité, dès le jour de l'expertise.

L'assurée présentait une maladie de Basedow avec une hyperthyroïdie découverte au mois de février 2023. Ils ont constaté une fatigue, une nervosité, un prurit avec exanthème, des tremblements et des palpitations. Une légère exophtalmie de l'œil gauche était également constatée. Un traitement par Néo-Mercazole était introduit, permettant progressivement de constater une amélioration autant de la symptomatologie clinique que de la biologie, toutefois sans rémission. En raison d'un pronostic de rémission réservé et d'un mal vécu de la situation autant sur le plan personnel que professionnel, il était décidé de procéder à une intervention chirurgicale au niveau de la thyroïde. Cette thyroïdectomie totale avait été effectuée le 6 mars 2024. Un traitement par hormones thyroïdiennes était alors introduit. Depuis lors, afin d'avoir le meilleur dosage possible pour le traitement nécessaire, un bilan sanguin était régulièrement réalisé. La maladie de Basedow n'était pas incapacitante sur le long terme. Tout au plus, elle pouvait être responsable d'arrêts de travail de courte durée. L'assurée se plaignait également d'une importante fatigue, mais celle-ci était une sensation subjective, aucun

caractère objectif n'ayant pu être mis en évidence lors de l'évaluation. Il n'y avait pas eu de bâillement ni d'attaque de paupières et l'assurée avait pu garder le focus pendant toute la durée sans perte de vigilance. Le score de l'échelle de somnolence était à la limite pour un déficit de sommeil.

Sur le plan psychiatrique, l'expert a retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, évoluant depuis octobre 2024 survenu dans les suites de difficultés professionnelles et de santé, en rémission partielle, avec persistance de manifestations anxieuses légères non incapacitantes. La Dre F_____ ne retrouvait pas de limitations fonctionnelles psychiques significatives, l'assurée ayant montré de bonnes capacités de communication, d'adaptation au cadre expertal, de gestion de la relation interpersonnelle.

g. Par courrier du 14 février 2025, SWICA a informé l'assurée qu'une capacité de travail entière était exigible dans son activité habituelle dès le 24 février 2025. Les prestations d'indemnités journalières seraient suspendues dès cette date.

h. Le 25 février 2025, SWICA a accepté de renoncer à se prévaloir de la prescription jusqu'au 31 décembre 2027.

i. Le 13 mars 2025, l'assurée a formé une demande d'indemnités auprès de l'assurance-chômage.

j. Le 5 mai 2025, l'assurée a formé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

k. Par rapport du 25 mai 2025, le Dr D_____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), associé à un trouble anxieux généralisé (F41.1), établi sur la base d'un suivi psychiatrique hebdomadaire strict et d'une évaluation clinique approfondie. La psychopathologie de la patiente confirmait la gravité de son état mental et justifiait l'arrêt de travail prolongé prescrit. Le syndrome dépressif sévère se manifestait par une humeur dépressive persistante, une anhédonie profonde, une fatigue invalidante, un ralentissement psychomoteur, ainsi que des idées récurrentes de mort. Ces symptômes, observés régulièrement lors des séances hebdomadaires, impactaient significativement ses capacités cognitives, émotionnelles et sociales. Sur le plan anxieux, l'anxiété généralisée se traduisait par une inquiétude excessive, une hypervigilance et des troubles du sommeil, une tension musculaire importante et des difficultés attentionnelles majeures. Cette anxiété exacerbait la dépression, entraînant une fatigue accrue et un besoin fréquent de repos diurne. La combinaison de ces troubles générait une altération significative du fonctionnement global de la patiente, ce qui justifiait pleinement l'arrêt de travail à plein temps. L'ensemble des éléments – gravité des troubles dépressifs et anxieux, traitement pharmacologique intensif, et particularités culturelles – justifiait pleinement l'arrêt de travail prolongé. Il était essentiel de respecter ce temps de convalescence pour permettre une stabilisation clinique,

éviter une rechute symptomatique et envisager progressivement une réinsertion professionnelle adaptée aux besoins spécifiques de la patiente.

I. Le 5 juin 2025, SWICA a informé l'assurée qu'elle maintenait sa position du 14 février 2025. Selon son médecin-conseil, le rapport du Dr D_____ du 25 mai 2025 n'apportait aucun élément nouveau probant.

B. a. Par acte du 11 juin 2025, l'assurée a déposé une demande en paiement contre SWICA par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à la mise en œuvre d'une audience de conciliation conformément à l'art. 197 ss du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et au versement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} mars au 30 juin 2025, soit CHF 17'052.-.

Elle conteste les conclusions de la Dre F_____ concernant sa capacité de travail.

b. Par réponse du 3 juillet 2025, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité, subsidiairement au rejet de la demande. Les litiges en assurances sociales n'étaient pas soumis à la procédure de conciliation préalable.

Alors qu'elle était déjà représentée, l'assurée n'avait pas demandé son transfert dans l'assurance individuelle dans les 90 jours depuis la fin des rapports de travail. Ainsi, dès le 25 février 2025, il n'existait plus de couverture d'assurance d'indemnités journalières LCA. Elle avait perçu son salaire du 1^{er} au 28 février 2025.

La renonciation à la prescription n'était pas valable pour la demande d'intérêts moratoires sur le droit litigieux aux indemnités journalières. Aussi, aucun intérêt moratoire n'était dû.

Selon son médecin-conseil, le rapport du Dr D_____ du 25 mai 2025 n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions bien argumentées de la Dre F_____.

c. Le 29 août 2025, l'assurée a transmis des nouvelles pièces, dont une décision de l'assurance-chômage du 23 juillet 2025, prononçant une suspension de 35 jours au droit à l'indemnité-chômage de l'assurée au motif que son comportement avait donné à son employeur un motif de résiliation de son contrat de travail. Il était notamment précisé que son employeur l'avait licenciée avec effet immédiat le 24 février 2025 en raison d'un abandon de poste et qu'une demande en justice avait été déposée par-devant le Tribunal des prud'hommes.

d. Le 2 et 4 septembre 2025, les parties ont informé la chambre de céans qu'elles ne sollicitaient pas la tenue d'une audience et souhaitaient que la forme des plaidoiries finales soit écrite.

e. Par réplique du 6 septembre 2025, la recourante, représentée par un mandataire, a expliqué que sa demande devait être considérée comme une demande au fond et

non comme une requête de conciliation. Sa demande était donc recevable. Elle a sollicité un délai pour mettre en œuvre une contre-expertise privée.

Au vu des contradictions entre l'évaluation du CEMed et les conclusions de son médecin traitant, SWICA aurait dû mettre en œuvre une nouvelle expertise. Le traitement pharmacologique attesté par le médecin traitant n'était pas compatible avec le diagnostic de « rémission partielle » retenu par les experts du CEMed. Ce traitement était plus lourd que celui indiqué par le rapport d'expertise. Le Dr D_____ faisait état « d'idées récurrentes de mort » et d'une « tristesse permanente » alors que l'expertise du CEMed a indiqué qu'il n'y avait pas de notion de tristesse de l'humeur permanente. Par ailleurs, selon le Dr D_____, l'assurée manifestait un « sentiment de culpabilité et une faible estime de soi », alors que l'expertise du CEMed indiquait qu'on « ne retrouvait pas de trouble de l'estime de soi, de sentiment de culpabilité ». De telles divergences étaient incompréhensibles. L'expertise ne tenait aucunement compte du contexte de mobbing dans lequel s'était inscrite son incapacité de travail.

f. Par duplique du 4 novembre 2025, l'assurance a relevé que la capacité de travail de l'assurée avait été « médicalement démontrée » par l'expertise du CEMed et l'avis du Dr G_____.

Les critères de la nomenclature pour un épisode de trouble dépressif caractérisé étaient retrouvés mais pas pour une intensité sévère et sans distinction claire entre constats objectifs et plaintes subjectives. Quant aux critères de la nomenclature pour un trouble anxieux généralisé, ils n'étaient pas retrouvés.

Le traitement en cours était incompatible avec les recommandations de la société suisse de psychiatrie, ce qui diminuait la vraisemblance des diagnostics évoqués. Il convenait au demeurant de rappeler que le médecin traitant avait un mandat de soins et était dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régissait leur relation.

Enfin, il n'existait plus de couverture d'assurance à compter du 24 février 2025.

g. Le 5 janvier 2026, l'assurée a informé la chambre de céans qu'elle renonçait à mettre en œuvre une expertise privée.

h. Le 10 février 2026, l'assurance a informé la chambre de céans que l'assurée bénéficiait de prestations de l'assurance-chômage depuis le 13 mars 2025. Ainsi, si des prestations devaient lui être versées pour la période du 1^{er} mars au 30 juin 2025, elles seraient versées à l'assurance-chômage.

i. Par déterminations spontanées du 25 février 2026, l'assurée a transmis un rapport médical AI rempli par le Dr D_____ le 14 décembre 2025, ainsi que l'avis du SMR du 28 janvier 2026, dans lequel ce dernier retenait une incapacité de travail de 100% du 25 octobre 2024 au 12 mars 2025, puis une capacité de travail de 50% dès le 13 mars 2025, et de 100% dès le 3 décembre 2025. Elle a donc conclu au versement d'indemnités journalières à 100% du 24 février au

12 mars 2024, puis à 50% du 13 mars au 2 décembre 2025, soit CHF 22'701.57 ([17 jours x CHF 151.85] + [265 jours x CHF 151.85 x 50%]), avec intérêts dès la date moyenne du 15 juillet 2025. Le SMR a notamment retenu qu'à l'examen des pièces médicales versées au dossier, l'assurée présentait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un trouble anxieux généralisé d'évolution favorable. La description du psychiatre traitant paraissait plus cohérente par rapport aux activités de la vie quotidienne, telles que décrites dans l'expertise bi-disciplinaire du CEMed.

j. Le 7 avril 2026, l'assurance a sollicité la production par la caisse cantonale genevoise de chômage du montant total des indemnités journalières versées du 13 mars au 2 décembre 2025. L'OAI s'était basé sur le rapport du Dr D_____ pour fixer une reprise de travail à 100% au décembre 2025. Or, la position du médecin traitant était contestée par le Dr G_____. Par ailleurs, l'OAI avait refusé, par décision du 5 mars 2026, le droit à une rente d'invalidité.

k. La chambre de céans a transmis cette écriture à la demanderesse.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 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 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.

1.2 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. L'art. 17 al. 1 CPC consacre par ailleurs la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 90 des CGA prévoit que le preneur d'assurance et la personne assurée ont le choix entre le for ordinaire et celui de leur domicile en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein.

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

2. La défenderesse conclut à l'irrecevabilité de la demande, au motif qu'elle sollicite une procédure de conciliation.

2.1 Selon l'art. 198 let. f CPC, la 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. L'art. 198 let. f CPC, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

2.2 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) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

2.3 Selon l'art. 244 al. 1 CPC, la demande peut être déposée dans les formes prescrites à l'art. 130 ou dictée au procès-verbal au tribunal. Elle contient la désignation des parties (let. a), les conclusions (let. b), la description de l'objet du litige (let. c), si nécessaire, l'indication de la valeur litigieuse (let. d), la date et la signature (let. d).

2.4 En vertu de l'art. 59 al. 1 CPC, le tribunal n'entre en matière que sur les demandes et les requêtes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action.

L'art. 60 CPC précise que le tribunal examine d'office si les conditions de recevabilité sont remplies.

2.5 L'art. 84 al. 2 CPC prévoit que l'action tendant au paiement d'une somme d'argent doit être chiffrée.

Le chiffrage des actions en paiement d'une somme d'argent compte parmi les conditions de recevabilité, que le juge doit examiner d'office (arrêt du Tribunal fédéral 4A_235/2016 du 7 mars 2017 consid. 2.1).

Si d'après les conclusions présentées, le Tribunal fédéral se trouve requis de fixer lui-même le montant réclamé, le recours est irrecevable (ATF 134 III 325 consid 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008 consid. 2.2).

2.6 En l'occurrence, dans sa demande du 12 juin 2025, l'assurée a expressément sollicité « le versement des indemnités journalières pour la période du 1^{er} mars 2025 au 30 juin 2025 selon [s]a capacité de travail, soit un montant estimé à CHF 17'052.-, plus intérêts ». Sa demande respecte ainsi les exigences de forme prévues à l'art. 244 CPC, en particulier celle relative aux conclusions chiffrées, et cela quand bien même la demanderesse a sollicité une audience de conciliation, alors que celle-ci n'a pas lieu dans les litiges qui sont de la compétence d'une instance cantonale unique.

La demande est partant recevable. On notera au demeurant que la défenderesse ne s'est pas opposée au principe de l'amplification des conclusions de la demanderesse, dont les prétentions nouvelles sont par ailleurs en lien de connexité avec ses conclusions initiales. Ainsi, les conditions d'une modification de la demande conformément à l'art. 227 al. 1 CPC (applicable par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée : cf. Denis TAPPY, Code de

procédure civile commenté, 2019, n° 20 ad art. 246 CPC) sont réalisées et les conclusions de la demanderesse telles qu'augmentées en cours de procédure sont recevables.

3.

3.1 Au plan procédural, on rappellera que l'art. 245 CPC prévoit en principe la tenue de débats principaux (cf. ATF 140 III 450 consid. 3). Cela étant, les parties peuvent d'un commun accord renoncer aux débats principaux (art. 233 CPC par renvoi de l'art. 219 CPC). Une renonciation par actes concludants aux débats principaux doit être admise si les parties, représentées par des mandataires professionnels ou des collaborateurs de leur service juridique, ne requièrent pas expressément la tenue d'une audience de débats, après que la cour cantonale a recueilli les dernières observations des plaideurs (arrêts du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 2.1 et 4A_627/2015 du 9 juin 2016 consid. 2.3).

3.2 En l'espèce, les parties ont renoncé à une audience après le double échange d'écritures et la chambre de céans a fait droit à la requête des parties tendant au dépôt de déterminations finales écrites.

- 4.** Le litige porte sur le droit de la demanderesse aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain pour la période du 24 février au 2 décembre 2025.
- 5.** Dans sa réponse, la défenderesse nie tout droit à des indemnités journalières, faute de couverture d'assurance et d'obligation de prestations au-delà du 24 février 2025.

5.1 Le régime ordinaire de l'assurance pour perte de gain en cas de maladie régie par la LCA est le versement des prestations jusqu'à épuisement de celles-ci lorsque le sinistre est intervenu durant la période de couverture ; il est toutefois possible de déroger à ce régime ordinaire par l'adoption d'un système particulier prévoyant la cessation du paiement des indemnités d'assurance à la fin des rapports de travail (ATF 127 III 106 consid. 3b). Dans cette dernière hypothèse, le travailleur a la possibilité de maintenir son droit aux prestations d'assurance après la fin des relations contractuelles, en formulant une demande de transfert ; pour ce faire, il doit agir dans un certain délai, défini dans les conditions générales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 4A_186/2010 du 3 juin 2010 consid. 3).

Une clause dérogatoire n'est toutefois envisageable que si elle respecte la loi et à condition qu'elle ne soit pas considérée comme une clause insolite (Lucile BONAZ, L'assurance perte de gain maladie en droit suisse – Analyse croisée des modèles LAMal et LCA, 2024, n. 640).

5.2 Selon l'art. 35c al. 1 LCA, sont nulles les dispositions du contrat qui donnent à une entreprise d'assurance le droit de supprimer ou de limiter unilatéralement la durée ou l'étendue de ses obligations existantes de fournir des prestations

périodiques à la suite d'une maladie ou d'un accident lorsque le contrat prend fin après la survenance du sinistre.

5.3 Dans un ATF 135 III 225, le Tribunal fédéral a qualifié d'insolite une clause prévoyant qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance, quel qu'en soit le motif, les prestations en cours étaient limitées à 180 jours, au lieu des 720 jours initialement convenus. Le Tribunal fédéral a notamment constaté que cette disposition permettait à l'entreprise d'assurance de raccourcir de son propre chef la durée d'indemnisation par le biais d'un acte de résiliation unilatéral, ce qui avait pour effet de réduire les prestations dues pour les cas d'assurance déjà survenues. Une telle conséquence ne pouvait raisonnablement pas avoir été acceptée par l'ayant droit, dont l'attention n'avait pas été attirée sur l'existence de cette clause (consid. 1.4 ; BONAZ, *op. cit.*, n. 648).

Dans un arrêt 4A_502/2020 du 5 février 2021, le Tribunal fédéral a confirmé le raisonnement de l'instance cantonale qui avait nié le caractère insolite d'une clause selon laquelle la fin des rapports de travail entraînait également la cessation des prestations en cours, au motif que le contrat d'assurance collective offrait au bénéficiaire la possibilité d'un transfert dans l'assurance individuelle auprès du même assureur, ce qui permettait de maintenir le versement des prestations en cours (consid. 4.2). L'employeur doit ainsi donner au travailleur les renseignements nécessaires sur les éléments qui précèdent, faute de quoi il pourrait être tenu responsable du dommage qui résulterait de la violation de son devoir d'information (Sara ROUSSELLE-RUFFIEUX/Paul MICHEL, L'indemnisation de la perte de gain maladie à la fin des rapports de travail, 2023, p. 699).

Cet arrêt a été critiqué par Lucile BONAZ, qui considère que, dans une assurance collective, une clause prévoyant que la personne assurée perd le droit aux prestations en cours à la fin des rapports de travail est insolite. Selon l'auteure, ce type de clause n'est pas habituel dans la branche d'assurance perte de gain maladie soumis à la LCA. En outre, ce type de clause affaiblit les droits de la personne assurée, qui se voit privée de toute indemnité journalière en cas de sortie de l'assurance collective. Alors que dans l'assurance facultative d'indemnités journalières soumises à la LAMal, ces effets négatifs sont compensés par un droit légal de passage à l'assurance individuelle, permettant à l'ayant droit de continuer à recevoir les prestations en cours, cette garantie équivalente n'existe pas dans l'assurance privée (BONAZ, *op. cit.*, n. 657).

Dans sa jurisprudence, la chambre de céans a confirmé la validité de clauses dérogatoires prévoyant la cessation du paiement des indemnités d'assurance à la fin des rapports de travail (ATAS/703/2024 du 17 septembre 2024 consid. 7.3 ; ATAS/232/2022 du 14 mars 2022 consid. 8).

5.4 En l'occurrence, selon l'art. 25 CGA, après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui incombe à l'assurance de verser des prestations

s'éteint. La couverture prend fin pour chaque assuré lors de son départ de l'entreprise assurée (art. 42 CGA). Selon l'art. 43 CGA, en cas de sortie du groupe des assurés ou d'extinction du contrat, l'assuré domicilié en Suisse a le droit de passer dans l'assurance individuelle. Il doit pour cela, faire valoir son droit de passage par écrit dans les 90 jours. Cette disposition s'applique également aux personnes au chômage au sens de l'art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (loi sur l'assurance-chômage, LACI - RS 837.0). L'art. 44 CGA prévoit que le preneur d'assurance est tenu de fournir suffisamment à l'avance à la personne qui sort du cercle des assurés des informations sur le droit de passage dans l'assurance individuelle et le délai à observer. L'assurance individuelle prend effet un jour après la sortie du cercle des personnes assurées ou après l'extinction du présent contrat (art. 45 CGA). Lors du passage dans l'assurance individuelle, les prestations existantes sont accordées pour autant qu'elles soient adaptées aux nouvelles circonstances. À la demande de l'assuré, le délai d'attente peut être prolongé ou raccourci. Il n'est toutefois pas possible de le réduire à moins de 30 jours. Les conditions et tarifs en vigueur au moment du passage sont applicables à l'assurance individuelle. L'âge et l'état de santé au moment de l'admission dans l'assurance collective sont déterminants pour la continuation de l'assurance (art. 46 CGA).

Les art. 25 et 42 CGA prévoient ainsi la suppression du droit aux prestations lorsque l'assuré, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort de l'assurance collective parce qu'il a cessé d'appartenir au cercle des assurés notamment après la fin des rapports de travail (ATAS/703/2024 du 17 septembre 2024 consid. 7.3). Elles indiquent ainsi explicitement que la fin de la couverture (en cas de sortie de l'entreprise assurée) entraîne la cessation du droit au versement des prestations. Elles dérogent, en cela, au principe selon lequel les indemnités journalières en cours continuent d'être versées même après la fin du contrat d'assurance.

Devant la chambre de céans, la demanderesse ne soutient pas que de telles clauses seraient nulles ou insolites. La chambre de céans précisera néanmoins que dans la mesure où l'événement à l'origine de la suppression des prestations résulte d'un tiers, en l'occurrence de l'employeur ou de la personne employée, et non de l'assureur, les art. 25 et 42 CGA ne sauraient être considérés comme nuls au sens de l'art. 35c LCA. Il n'y a pas non plus lieu de qualifier ces dispositions de clauses insolites. Certes, le régime ordinaire de l'assurance perte de gain en cas de maladie régie par la LCA est le versement des prestations jusqu'à épuisement de celles-ci. La jurisprudence a toutefois admis que le contrat d'assurance régi par la LCA pouvait valablement intégrer une clause prévoyant une fin de l'indemnisation par l'assurance collective en même temps que la fin des rapports de travail, à condition toutefois qu'il offre la possibilité d'un transfert dans l'assurance individuelle. Or, tel est précisément le cas en l'espèce, comme on l'a

vu (art. 43 et 44 CGA). Le seul fait que ce genre de clauses ne soit pas usuel dans le domaine du contrat d'assurance régi par la LCA ne suffit pas pour les qualifier d'insolites. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral et de la chambre de céans, les droits de la personne assurée sont suffisamment garantis par la possibilité de passer dans l'assurance individuelle (ATF 127 III 106 consid. 3b ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_502/2020 du 5 février 2021 consid. 4.2 ; 4A_186/2010 du 3 juin 2010 consid. 3 ; cf. aussi ATAS/703/2024 du 17 septembre 2024 consid. 7.3 ; ATAS/232/2022 du 14 mars 2022 consid. 8).

In casu, la défenderesse a allégué, sans avoir été contredite sur ce point par la demanderesse, que le contrat de travail de l'assurée avait été résilié pour le 24 février 2025. Or, il n'est pas contesté que la demanderesse n'a pas sollicité son passage dans l'assurance individuelle dans le délai de 90 jours prévu par les CGA. Ainsi et dans la mesure où le contrat de travail de la demanderesse a pris fin le 24 février 2025, celle-ci ne faisait plus partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance collective au-delà de cette date, étant précisé, pour le surplus, que la demanderesse a perçu son salaire jusqu'à la fin du mois de février 2025, comme cela ressort des décomptes salariaux versés au dossier.

Il s'ensuit que les prestations d'assurance de la demanderesse fondées sur le contrat d'assurance perte de gain ont pris fin dès le 24 février 2025. La défenderesse n'est dès lors pas tenue de prêter en sa faveur pour les conséquences financières de son incapacité de travail au-delà de cette date. Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre les mesures d'instruction sollicitées par la défenderesse.

6. La demande en paiement est dès lors rejetée.

Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse (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]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande en paiement 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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