REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2179/2005 **ATAS/505/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 17 mai 2005

En la cause

Madame F_____, domiciliée GAILLARD, FRANCE	recourante

contre

INTRAS Assurances, Direction générale, rue Blavignac 10, 1227 CAROUGE	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame F_____, ressortissante suisse née en 1968 et domiciliée en France, a été affiliée du 1er septembre 1972 au 30 septembre 2003 en assurance-maladie obligatoire auprès d'INTRAS Caisse-maladie, membre du groupe INTRAS ASSURANCES (ci-après : la Caisse). De plus, dans le cadre de son dernier emploi à Genève, elle était également couverte par la Caisse en assurance-maladie complémentaire dans le cadre d'un contrat d'assurance collective.

2. Par courrier du 14 mars 2002 mentionnant son adresse en France, l'assurée a informé la Caisse qu'elle avait été licenciée par son employeur au 1er mai 2002. Elle a demandé à la Caisse de lui faire parvenir une nouvelle proposition d'assurance pour elle-même et pour sa fille en précisant qu'elle souhaitait garder le même niveau de couverture tout en y ajoutant celle contre les accidents.

3. Dans sa proposition de transfert en assurance individuelle du 19 mars 2002, la Caisse a expliqué que l'assurance de base obligatoire ne subissait pas de modification et restait en vigueur. Pour la couverture d'assurance complémentaire dès le 1er mai 2002, elle a fait à l'assurée une nouvelle proposition avec couvertures "due+" et "quadra+" (assurance d'hospitalisation privée) que l'assurée a acceptée le 10 avril 2002.

4. Conformément au certificat d'assurance et police du 4 octobre 2002, l'assurée était couverte dès le 1er janvier 2003 en assurance de base avec franchise annuelle de 400 fr. et assurance-accidents, en assurances complémentaires "due+" (frais de traitement hospitalier en division commune hors du canton de domicile sans limitation de durée, participation aux frais de traitement par un médecin non conventionné et aux frais de prévention) et "quadra +" (séjour hospitalier en division privée, participation aux frais de convalescence, d'aide à domicile et de transport).
5. Le 20 décembre 2002, la Caisse a demandé à l'assurée de lui indiquer notamment quels étaient son domicile légal et le lieu de dépôt de ses papiers ainsi que de préciser si elle travaillait en Suisse.

6. L'assuré a répondu qu'elle était domiciliée à Gaillard, que ses papiers étaient déposés en France et qu'elle ne travaillait pas en Suisse pour le moment, mais qu'elle était en recherche d'emploi.

7. Le 16 janvier 2003, la Caisse lui a encore demandé si elle recevait des prestations d'une assurance-chômage et, dans l'affirmative, de quel Etat.

8. Par courrier du 19 février 2003, l'assurée a répondu qu'elle était au bénéfice de l'assurance-chômage française depuis son licenciement à Genève. Toutefois, elle a précisé qu'en application des Accords bilatéraux avec l'Union européenne

l'assurance-maladie pouvait être une « assurance facultative continuée » et qu'en tant que travailleuse frontalière ayant gardé des liens personnels et professionnels dans l'Etat de son dernier travail, elle entendait se mettre à la disposition du marché du travail suisse. Elle a précisé qu'elle souhaitait conserver sa couverture d'assurance-maladie au moins jusqu'à son accouchement, y compris pour toute complication post-partum.

9. Par courrier du 3 mars 2003, la Caisse a indiqué à l'assurée que son dossier faisait l'objet d'un examen particulier dont elle ne manquerait pas de la tenir au courant du résultat en précisant que, dans l'intervalle, l'assurance était maintenue en l'état actuel.

10. Le 24 mars 2003, la Caisse a informé l'assurée qu'elle ne pouvait plus être affiliée en Suisse, de même que son enfant, dans la mesure où elle n'avait ni le statut de frontalière, ni celui de chômeuse au bénéfice d'indemnités journalières suisses. Toutefois, pour tenir compte de sa grossesse, elle était disposée à maintenir la couverture de l'assurance de base "minima" jusqu'au terme de l'accouchement (complications incluses). Elle a précisé qu'à partir du 1er avril 2003, elle ne verserait plus aucune prestation pour les traitements effectués en Suisse et que les assurances complémentaires n'étaient valables que dans la zone frontalière (sans urgence) ce qui lui permettait d'accoucher en division privée en France.

11. Le 2 avril 2003, l'assurée a contesté que la Caisse soit en droit de limiter ses prestations géographiquement et quantitativement. Elle a estimé avoir droit au maintien des prestations dès lors que sa situation n'avait pas changé depuis sa cessation d'activité professionnelle en avril 2002, que la Caisse continuait à percevoir ses primes, qu'elle n'avait bénéficié d'aucun délai avant que la Caisse ne suspende ses prestations en Suisse. Elle a précisé que quoi qu'il en soit, elle continuerait à être traitée par le Dr HUBER, gynécologue à Genève, et qu'elle accoucherait à la "établissement hospitalier", à Genève, aux frais de la Caisse.

12. Par courrier du 2 mai 2003, la Caisse a relevé qu'en l'absence d'élément nouveau, elle maintenait sa position, à savoir que, pour l'assurance obligatoire, l'assurée ne pouvait plus être couverte en Suisse et que, pour les assurances complémentaires, elle pouvait se rendre à l'étranger pour s'y faire soigner pour autant qu'elle lui adresse une demande de dérogation par écrit.

13. Le 18 juin 2003, l'assurée a fait remplir par la Caisse-maladie primaire d'assurance-maladie de Haute-Savoie (ci-après : CPAM) le formulaire E 112 attestant le maintien des prestations en cours de l'assurance-maladie maternité du 18 juin au 19 août 2003 durant son séjour en Suisse pour y établir sa résidence.

14. Le 26 juin 2003, l'assurée a informé la Caisse qu'elle résidait à Anières dans le canton de Genève, depuis le 18 juin 2003, et qu'elle avait déposé ses papiers à l'Office cantonal de la population.

15. Sur demande de la Caisse du 7 juillet 2003, l'assurée lui a transmis, le 17 juillet 2003, une attestation de l'Office cantonal de la population confirmant qu'elle résidait dans le canton de Genève depuis le 18 juin 2003.

16. Le 10 juillet 2003, l'assurée a informé la Caisse que son accouchement était prévu le 15 août 2003 et qu'elle souhaitait obtenir une offre d'assurance pour la couverture en maladie de son enfant à naître.

17. Par courrier du 17 juillet 2003, la Caisse lui a proposé, d'une part, une assurance obligatoire prénatale, sans franchise et avec accident, d'autre part, une assurance complémentaire "due+" et "quadra+ privée".

18. Le 18 juillet 2003, l'Institution commune LAMal a accordé à l'assurée une garantie de prise en charge de son accouchement à la "établissement hospitalier"à raison de 396 fr. par jour en précisant que les frais dépassant cette taxe étaient à la charge de la patiente ou de son assurance complémentaire.

19. En date du 23 juillet 2003, l'assurée a demandé à la Caisse de garantir la prise en charge des soins de maternité auprès de la "établissement hospitalier"où elle allait accoucher la dernière semaine de juillet, voire la première d'août.

20. Par courrier du 28 juillet 2003, la Caisse a retourné à l'intéressée la demande de garantie sans l'avoir signée pour le motif qu'elle contestait la constitution d'un domicile dans le canton de Genève. Elle a expliqué qu'au vu de cette situation, elle ne pouvait ni garantir les frais de séjour à la "établissement hospitalier", ni assurer le nouveau-né, en précisant que la décision était provisoire jusqu'à l'obtention de tous les renseignements désirés.

21. Le 28 juillet 2003, l'accouchement a été provoqué à la "établissement hospitalier"où l'assurée a séjourné du 28 juillet au 2 août 2003 en division privée.

22. Le 30 juillet 2003, l'assurée a envoyé à la Caisse une télécopie dans laquelle elle s'indignait que l'assurance puisse contester sa domiciliation en Suisse. Elle a indiqué qu'elle pouvait fixer son domicile où bon lui semblait et qu'elle avait quitté son ancien domicile à Gaillard en raison d'importants travaux dans sa maison pour se constituer un nouveau domicile réel et légal à Anières. Elle a mis formellement en demeure la Caisse de lui communiquer sa position définitive en la menaçant de saisir la Justice et de réclamer des dommages et intérêts ainsi qu'une publication de la décision judiciaire par voie de presse.

23. Le 20 août 2003, la Caisse a accusé réception de la télécopie que l'assurée lui avait envoyée le même jour et lui a demandé de patienter dans l'attente de renseignements complémentaires nécessaires pour déterminer le droit aux prestations.

24. Par courrier du 28 août 2003, mentionnant son domicile à Gaillard, l'assurée a informé la Caisse qu'elle n'acceptait pas l'augmentation des primes et qu'elle résiliait son contrat ainsi que celui de sa fille aînée. Elle a rappelé qu'elle restait dans l'attente d'une décision quant à la prise en charge de son accouchement.

25. Le 3 septembre 2003, la Caisse a demandé à la mairie de Gaillard de lui indiquer si l'assurée était toujours domiciliée dans cette commune à partir du 17 juillet 2003 ou si elle avait été informée d'un départ en Suisse.

26. Le 9 septembre 2003, le maire de Gaillard a précisé qu'à ce jour, l'assurée était toujours domiciliée dans cette commune.

27. Par courrier du 10 septembre 2003, la Caisse a confirmé l'annulation de l'ensemble du contrat de l'assurée avec effet au 30 septembre 2003. Elle a précisé qu'elle revenait sur les termes de son courrier du 24 mars 2003 et qu'à titre exceptionnel et sans aucune reconnaissance de droit aux prestations, elle était disposée à prendre en charge les prestations de grossesse selon les dispositions de l'assurance-maladie de base, soit sept examens et contrôles durant la grossesse et l'accouchement en appliquant le forfait cantonal de référence (396 fr. par jour). Enfin, elle a confirmé ne pas pouvoir accepter la proposition prénatale pour le deuxième enfant de l'assurée.

28. Le 29 septembre 2003, l'intéressée a informé la Caisse qu'elle formait opposition contre sa décision du 10 septembre 2003 et qu'elle saisirait irrévocablement le Tribunal cantonal des assurances sociales le 8 octobre 2003.

29. Le 8 octobre 2003, l'assurée a déposé une « requête contenant conclusions » auprès du Tribunal cantonal des assurances. Elle a conclu à l'annulation de la décision lui refusant la prise en charge des soins de maternité, à la condamnation de la Caisse à prendre en charge des dépenses liées à l'accouchement à raison de 14'195 fr. 60 et aux frais médicaux du nouveau-né à raison de 2'419 fr. 70, à verser 16'000 fr. à titre de dommages et intérêts ainsi qu'à faire publier la décision dans la presse.

30. Par arrêt du 22 septembre 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours et a renvoyé la cause à la Caisse afin qu'elle rende une décision sur opposition comprenant une motivation et l'indication des voies de droit pour permettre à l'assurée de valablement recourir si elle l'estimait nécessaire.

31. Le 12 avril 2005, l'assurée a sommé la Caisse de rendre enfin une décision sur opposition d'ici au 30 avril 2005.

32. Le 13 avril 2005, la Caisse a versé à l'assurée un montant de 2'376 fr. correspondant à six jours d'hospitalisation à la "établissement hospitalier"en salle commune.

33. Par écriture du 30 mai 2005, l'assurée a déposé un recours pour déni de justice auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a conclu à ce que

l'assureur soit invité à rendre une décision dans les huit jours, sous peine de sanctions pénales, et soit condamné au paiement de la somme de 2'500 fr. à titre de dommages et intérêts et de 2'500 fr. à titre de frais de procédure.

34. Le 2 juin 2005, la Caisse a rendu une décision confirmant sa position contre laquelle l'assurée a formé opposition.

35. Par décision sur opposition du 7 juin 2005, la Caisse a estimé que l'assurée n'était plus soumise à l'assurance obligatoire des soins depuis le 1er mai 2002 en raison de de la perte de son travail en Suisse depuis cette date et de la constitution d'un domicile en France depuis de nombreuses années. Elle a toutefois précisé qu'à titre exceptionnel et sans aucune reconnaissance du droit aux prestations, elle acceptait de prendre en charge les prestations en cas de grossesse à charge de l'assurance obligatoire, à savoir les examens et contrôles durant la grossesse ainsi que le forfait cantonal de référence pour la salle commune de 396 fr. par jour, soit 2'376 fr. pour six jours, et que, dans cette mesure, elle avait satisfait à ses obligations.

36. Par écriture du 22 juin 2005, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition du 7 juin 2005 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a pris les mêmes conclusions que dans son précédent recours. A l'appui de ses conclusions, dans la mesure où au moment de l'accouchement elle était domiciliée à Anières, elle conteste qu'elle ait perdu la qualité d'assurée soumise à l'assurance obligatoire des soins. Subsidiairement, elle soutient que, dans la mesure où elle a été licenciée avant l'entrée en vigueur des Accords bilatéraux, elle ne pouvait pas être soumise à l'option concernant l'assurance obligatoire. Par ailleurs, elle prétend que l'intimée a tenu compte de la possibilité d'être assurée au titre d'une assurance facultative continuée prévue par la législation européenne puisqu'en connaissance de sa résidence en France, elle a appliqué les primes correspondant à un domicile à Genève. S'agissant du nouveau-né, elle relève qu'elle a accepté la proposition d'assurance de l'intimée qui est dès lors liée et doit prendre en charges les frais médicaux de l'enfant. Quant à la demande de dommages et intérêts, elle la motive par la mauvaise foi de l'intimée, ses multiples fautes, son incompétence et sa faute contractuelle. Enfin, elle invoque un intérêt public à ce que la décision judiciaire soit publiée dans la presse.

37. Par arrêt du 20 juillet 2005, le Tribunal cantonal des assurances sociales a constaté que le recours pour déni de justice (ATAS/634/2005) était devenu sans objet et l'a rejeté pour le surplus.

38. Le 18 août 2005, l'intimée a encore pris en charge diverses analyses (8 mai 2003, 4 juin 2003, 17 juillet 2003, 28 août 2003) et trois consultations du Dr HUBER (traitement du 7 mai au 27 août 2003) pour un montant total de 822 fr. 50.

39. Dans sa réponse du 22 août 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, elle invoque la perte par la recourante de son statut de

frontalière dès le 1er mai 2002 et, partant, de son statut d'assurée soumise à l'assurance obligatoire des soins, confirmée par son affiliation obligatoire à l'assurance-maladie de la Sécurité sociale française. Elle conteste avoir couvert la recourante au titre d'une assurance facultative continuée en expliquant que le fait de ne verser aucune prestation pour les traitements effectués en Suisse ne constituait pas une telle assurance. En outre, elle considère qu'en ayant résidé en Suisse du 18 juin au 4 août 2003, soit durant moins de sept semaines, la recourante ne s'est pas constituée un domicile en Suisse, mais y a séjourné dans le seul but de suivre un traitement. Enfin, elle estime que la garantie donnée par l'Institution commune LAMal de prise en charge à Genève de l'accouchement sur la base du formulaire E 112, rempli de façon erronée par la CPAM, ne donne aucun droit à la recourante d'être affiliée à l'assurance obligatoire des soins.

40. Le Tribunal de céans a procédé à une comparution personnelle des parties qui a eu lieu le 21 septembre 2005. Lors de cette audience, la recourante a précisé qu'elle s'était mariée à fin mai 1999, qu'elle avait rejoint son époux en France en 2001 et qu'elle avait été affiliée automatiquement à la Sécurité sociale française dès le 1er mai 2002 en qualité de non-active, à sa sortie de l'assurance collective souscrite auprès de l'intimée. Cette dernière a expliqué qu'elle avait continué à assurer la recourante en assurance obligatoire en pensant qu'elle allait retrouver du travail à Genève. La recourante a déclaré qu'elle s'était fondée sur les conditions spéciales des assurances complémentaires "due+" et "quadra+" pour accoucher à Genève. A ce sujet, l'intimée a indiqué que l'assurée ne peut se faire soigner que dans son pays de domicile, qu'elle n'avait pas l'autorisation de l' "OFST" (?) de pratiquer l'assurance facultative continuée, et que, dans le cadre de ses assurances complémentaires, la recourante était assurée pour des soins donnés en France.

41. Dans sa réplique du 10 octobre 2005, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que les parties étaient liées par un contrat qui n'avait pas été résilié par l'intimée et qui avait été parfaitement exécuté par l'assurée de sorte que l'assurance ne pouvait pas refuser de verser ses prestations tout en conservant les primes encaissées. Elle a précisé que le litige ne portait pas sur l'assurance obligatoire, dans la mesure où l'intimée avait versé ses prestations légales, mais sur l'assurance complémentaire qui ne prévoit pas de prise en charge du traitement hors du territoire suisse, sauf conditions tout à fait exceptionnelles et restrictives. Elle a estimé que l'éventuelle absence d'assujettissement obligatoire à l'assurance-maladie de base n'empêchait nullement une couverture d'assurance. Elle a considéré que l'intimée était liée par la décision de l'Institution commune LAMal de l'autoriser à accoucher à la "établissement hospitalier". Elle a expliqué qu'entre son mariage et le début 2001, elle s'était domiciliée chez ses parents à Genève dans l'attente que la villa dont son mari est propriétaire à Gaillard soit libérée par le locataire. Elle a ajouté que cette villa était dans un tel état de délabrement qu'elle avait dû être entièrement refaite et que, pendant les travaux, elle avait campé dans cette maison avec son mari et sa première fille, mais que cette situation n'avait plus été viable

pendant sa deuxième grossesse raison pour laquelle elle avait décidé de résider à Anières jusqu'à la fin des travaux, dans une maison appartenant à ses parents. Toutefois, le refus de l'intimée de la couvrir en assurance-maladie l'avait contrainte à retourner vivre en France.

42. Dans sa duplique du 2 novembre 2005, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a expliqué qu'en avril 2002, lors de la proposition de libre passage en assurance individuelle, la recourante ne l'avait pas informée de son affiliation à l'assurance-maladie de la Sécurité sociale française et que si elle avait connu cette situation elle n'aurait pas donné suite à sa demande. Elle a rappelé que, selon la réglementation européenne reprise par la Suisse dans le cadre des Accords bilatéraux, les assurés sont soumis à la législation d'un seul Etat membre et qu'en raison de son absence d'activité lucrative en Suisse ainsi que de son mariage à un ressortissant franco-suisse travaillant en France, la recourante était soumise à la législation française depuis l'entrée en vigueur desdits Accords, à savoir le 1er juin 2002. Quant aux assurances complémentaires, elle a indiqué ne pouvoir émettre aucun avis à leur sujet dans la mesure où ces assurances étaient exploitées depuis le 1er janvier 2001 par INTRAS ASSURANCES SA.

43. Le 4 novembre 2005, le Tribunal a transmis cette écriture à la recourante en l'informant que la cause était gardée à juger.

44. Sans y avoir été invitée ni autorisée, la recourante a déposé une nouvelle écriture, le 18 novembre 2005, dans laquelle elle a relevé qu'elle était couverte par INTRAS ASSURANCES aussi bien en assurance-maladie obligatoire qu'en assurance complémentaire, qu'elle ne recevait qu'un seul bulletin de versement pour s'acquitter des primes relatives aux deux types d'assurance qui étaient toutes les deux encaissées par INTRAS Caisse-maladie, que l'intimée était de mauvaise foi en prétendant qu'elle n'était pas concernée par la question des assurances complémentaires dès lors que le représentant de ladite Caisse avait versé à la procédure les conditions générales d'assurance complémentaire.

45. Le 23 novembre 2005, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimée et a rappelé que la cause était gardée à juger.

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. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). De plus, en application de l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, il connaît également en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi désormais saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations du 28 juillet au 2 août 2003, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, le présent cas est régi par la LPGA. Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. En matière de LAMal est compétent le tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (art. 58 al. 2 LPGA).

   En l'espèce, tant le dernier domicile en Suisse de la recourante que celui de son dernier employeur suisse sont à Genève de sorte que le Tribunal de céans est compétent pour juger du présent recours.

   Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition date du 7 juin 2005, qu'elle a été reçue au plus tôt le

lendemain et que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours du 22 juin 2005 a été formé en temps utile. Interjeté également dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. La LAMal régit l'assurance-maladie sociale qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 1a al. 1 LAMal), alors que les assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie sont soumises au droit privé et régies par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; art. 12 al. 2 et 3 LAMal). En tant que l'assurée ne fait aucune distinction dans ses conclusions entre les prestations relevant de la LAMal et celles basées sur la LCA, il faut d'admettre que son écriture du 22 juin 2005 est, en partie, un recours en matière de LAMal et, en partie, une demande en paiement basée sur les assurances complémentaires relevant de la LCA. En conséquence, dans un premier temps, il y a lieu d'analyser ses conclusions relatives au recours, puis, celles concernant sa demande en paiement.

6. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 125 V 414 ss. consid. 1b et 2 et les références citées). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

   En l'espèce, dans son écriture du 22 juin 2005, la recourante conclut à l'annulation de la décision de l'intimée en tant qu'elle refuse la prise en charge de son accouchement et des dépenses y relatives. Dans sa décision sur opposition du 7 juin 2005, l'intimée refuse dès le 1er mai 2002 de reconnaître à la recourante la qualité d'assurée en assurance-maladie obligatoire, mais accepte, à bien plaire, de couvrir les prestations en cas de grossesse à charge de l'assurance obligatoire des soins. Dans son écriture du 10 octobre 2005, la recourante indique expressément que le litige ne porte pas sur l'assurance-maladie obligatoire, dans la mesure où l'intimée a versé ses prestations légales, mais bien sur l'assurance complémentaire. Au surplus, le Tribunal de céans constate que l'intimée a versé à la recourante, le 13 avril 2005, un montant de 2'376 fr. correspondant à six jours d'hospitalisation à la "établissement hospitalier"en salle commune et, le 18 août 2005, un montant de 822 fr. 50 concernant diverses analyses ainsi que trois consultations données par le Dr HUBER, ce qui rend sans objet les conclusions de la recourante portant sur son droit à des prestations déjà versées par l'intimée au titre de l'assurance-maladie obligatoire.

La recourante conclut également à la prise en charge par l'intimée des frais médicaux et de naissance de son nouveau-né, à raison de 2'419 fr. 70 plus intérêts dès le 6 août 2003. A ce sujet, elle soutient que, dans la mesure où elle a accepté, le 20 juillet 2003, la proposition d'assurance prénatale formulée par l'intimée, le 17 juillet 2003, cette dernière est tenue de lui verser ses prestations. Dans son argumentation, la recourante méconnaît, d'une part, que tant son domicile en Suisse que son affiliation à l'assurance obligatoire des soins ont été contestés par l'intimée, le 28 juillet 2003, et, partant, celles du nouveau-né, d'autre part, que l'intimée n'a jamais perçu de primes pour cette assurance. Or, selon une jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation (ATF 102 V 68 consid. 2; ATFA 1967 p. 8 consid. 1; RAMA 1984 no K 576 p. 99 consid. 4c; voir aussi BORELLA, L'affiliation à l'assurance-maladie sociale suisse, thèse Genève 1993, pp. 289 et 335). Cette jurisprudence est aussi applicable sous le régime du nouveau droit de l'assurance-maladie, le législateur n'ayant pas apporté de changement sur ce point (ATF 125 V 110 consid. 3 et les réf.; ATFA non publié du 24 janvier 2000, K 94/99, consid. 5a). En l'espèce, la recourante n'a jamais reçu de police d'assurance pour la couverture de son nouveau-né, seule preuve d'un accord contractuels intervenu entre les parties, ce qui établit qu'aucun contrat n'oblige l'intimée et, partant, que la recourante n'a pas affilié son nouveau-né (cf. ATA/354/2000, consid. 2c). En conséquence, sa conclusion tendant au versement de prestations de l'assurance-maladie obligatoire de soins pour son enfant Solange doit être rejetée.

7. Quant au litige en matière d'assurance-maladie complémentaire, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) dont l'art. 3 let. b prévoit que le for est, pour les actions dirigées contre une personne morale, celui de son siège. En l'espèce, l'intimée à son siège à Carouge dans le canton de Genève de sorte que le Tribunal de céans est également compétent pour connaître de la présente demande.

   La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais que doivent observer les assurés qui entendent contester une décision prise en matière d'assurance complémentaire, la notion de décision n'ayant du surcroît pas le même sens que dans le domaine de l'assurance obligatoire. En revanche, selon l'art. 46 al. 1, 1ère phrase LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA).

   En l'espèce, le fait faisant naître l'obligation dérivant du contrat d'assurance est l'accouchement de l'assurée à la "établissement hospitalier"le 28 juillet 2003. En

tant que la demanderesse a saisi, le 22 juin 2005, le Tribunal de céans, elle a agi dans le délai de deux ans devant la juridiction compétente de sorte que sa demande est recevable.

8. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier les conditions générales ou spéciales d'assurance (ATF non publié du 6 mars 2001, 5C.263/2000, consid. 4a).

   La demanderesse soutient qu'elle était couverte par ses assurances complémentaires pour les frais relatifs à son accouchement ayant entraîné un séjour en division privée à la "établissement hospitalier"à Genève et pour ses suites. Pour sa part, la défenderesse prétend que l'assurée n'était couverte depuis le 1er mai 2002, à savoir depuis son passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle, que pour les frais médicaux facturés en France, en raison de son domicile dans ce pays.

   En l'espèce, les conditions générales de l'assurance complémentaire individuelle (ci-après CGA) de la défenderesse (édition 1997) prévoient notamment que les couvertures d'assurance souscrites sont valables en Suisse, au Liechstenstein ainsi que dans les zones frontalières (zones reconnues pour l'octroi d'un permis de frontalier; art. 4 ch. 1 CGA) et que les prestations assurées sont décrites dans les conditions spéciales d'assurance (ci-après CSA; art. 1 ch. 1 CSA). Pour leur part, les CSA pour l'assurance complémentaire "quadra+" (édition 2001) prescrivent que la présente assurance complémentaire permet de couvrir les frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier, selon la variante assurée dans un établissement hospitalier public ou privé (art. 1 ch. 1), que, sauf cas d'urgence, l'assuré peut choisir librement un établissement hospitalier public ou privé parmi ceux figurant sur la liste des établissements reconnus par un canton (planification cantonale; art. 2 ch. 1), qu'en cas d'hospitalisation, INTRAS prend en charge, selon la couverture convenue (privée ou semi-privée), la totalité des frais de traitement et de pension, sans limite de durée ni de montant (art. 3), que les prestations garanties dans les présentes conditions spéciales sont versées en plus de celles prévues par l'assurance obligatoire des soins LAMal (art. 19 ch. 1).

   Il ressort de ces CSA que les prestations de l'assurance complémentaire sont versées en plus de celle de l'assurance-maladie obligatoire, ce qui implique que la demanderesse doit être couverte par l'assurance obligatoire des soins régie par la LAMal pour pouvoir être assurée en assurance complémentaire. En effet, selon la doctrine, il y a lieu d'admettre que les assurances-maladie complémentaires le sont par rapport à l'assurance-maladie sociale - plus précisément à l'assurance

obligatoire des soins - et qu'elles doivent permettre aux assurés de compléter, à la carte en quelque sorte, les prestations de cette assurance de base (Bernard VIRET, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in : LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 670).

9. Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement au sens de l'art. 13 al. 2 LPGA (art. 3 al. 3 let. a LAMal).

Faisant usage de la compétence conférée à l'art. 3 al. 3 let. a LAMal, le Conseil fédéral a édicté notamment l'art. 1 al. 2 let. d OAMal, aux termes duquel sont tenues de s'assurer les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes [ci-après : ALCP; RS 0.142.112.681]) et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal. En outre, l'art. 3 al 1 OAMal (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 mai 2002) dispose que les frontaliers qui exercent en Suisse une activité lucrative sont soumis à l'assurance suisse sur requête de leur part.

En l'espèce, le présent litige est soumis aux normes de l'ALCP. En effet, le droit invoqué porte sur une prétention postérieure à l'entrée en vigueur de l'ALCP, le 1er juin 2002, et la décision sur opposition a été rendue après cette date (voir ATF 130 V 262 consid. 3.10). Cette réglementation est aussi applicable à la demanderesse du point de vue personnel puisque, d'une part, elle est de nationalité suisse et que la Suisse est réputée Etat membre au sens de l'art. 2 al. 1 du règlement n° 1408/71 (art. 1 par. 2 de l'Annexe II à l'ALCP), d'autre part, elle doit être considérée comme une travailleuse qui est ou a été soumise à la législation d'un ou de plusieurs Etats membres (art. 2 par. 1 du règlement n° 1408/71). Il en va de même de l'applicabilité du règlement communautaire sous l'angle matériel, le règlement n° 1408/71 s'appliquant à la législation en matière d'assurance-maladie (art. 4 par. 1 let. a dudit règlement).

Selon l'art. 1 par. 1 de l'Annexe II « Coordination des systèmes de sécurité sociale » de l'accord, fondée sur l'art. 8 ALCP et faisant partie intégrante de celui-ci (art. 15 ALCP), en relation avec la section A de cette annexe, les Parties contractantes appliquent entre elles en particulier le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se

déplacent à l'intérieur de la Communauté (règlement n° 1408/71), ainsi que le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (règlement n° 574/72), ou des règles équivalentes.

Aux termes de l'art. 16 al. 2 ALCP, dans la mesure où l'application de l'Accord implique des notions de droit communautaire, il sera tenu compte de la jurisprudence pertinente de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) antérieure à la date de sa signature (le 21 juin 1999). Les arrêts rendus postérieurement à cette date peuvent, le cas échéant, être utilisés en vue d'interpréter l'ALCP, surtout s'ils ne font que préciser une jurisprudence antérieure (ATF 130 II 119 consid. 5.2).
En application de l'art. 89 du règlement n° 1408/71, l'Annexe VI dudit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres. Cette annexe a été adaptée par la section A de l'Annexe II de L'ALCP «Coordination des systèmes de sécurité sociale» prévoyant notamment que les personnes au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage suisse qui ne résident pas en Suisse sont assurées obligatoirement dans l'assurance-maladie suisse (art. 1 par. o ch. 3 let. a/i). Par sa décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003 portant modification de l'Annexe II (RO 2004 1277), le Comité mixte UE-Suisse a précisé les conditions et les effets de l'option consistant à demander d'être exempté de l'assurance-maladie obligatoire suisse. Il a notamment complété l'Annexe VI du règlement n° 1408/71 par une disposition selon laquelle les personnes soumises aux dispositions légales suisses en vertu du titre II du règlement n° 1408/71 - savoir, notamment, celles qui exercent une activité salariée sur le territoire d'un Etat membre même si elles résident sur le territoire d'un autre Etat membre (art. 13 par. 2 let. a du règlement n° 1408/71) - peuvent sur demande être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des Etats suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: Allemagne, Autriche, France, Italie et, sous certaines réserves, Finlande (Annexe VI Suisse ch. 3 point b au règlement n° 1408/71 dans sa version modifiée par la décision n° 2/2003 du Comité mixte UE-Suisse du 15 juillet 2003 portant modification de l'annexe II [sécurité sociale] à l'ALCP). Cette disposition est entrée en vigueur le 15 janvier 2003 avec effet au 1er juin 2002 (art. 2 de la décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003).
Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt récent (arrêt G. du 9 janvier 2006, I 383/05, prévu pour la publication au Recueil officiel), le Titre II du règlement n° 1408/71 (art. 13 à 17bis) contient des règles qui permettent de déterminer la législation applicable pour toute la généralité des cas. L'art. 13 par. 1 énonce le principe de l'unicité de la législation applicable en fonction des règles contenues aux art. 13 par. 2 à 17bis, dans le sens de l'applicabilité de la législation d'un seul Etat membre. Sauf exceptions, le travailleur salarié est soumis à la

législation de son Etat d'occupation salariée, même s'il réside sur le territoire d'un autre Etat membre ou si l'entreprise ou l'employeur qui l'occupe a son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre Etat membre (principe de la lex loci laboris; art. 13 par. 2 let. a du règlement n° 1408/71).

Selon l'art. 13 par. 2 let. f du règlement no 1408/71, la personne à laquelle la législation d'un Etat membre cesse d'être applicable, sans que la législation d'un autre Etat membre lui devienne applicable en conformité avec l'une des règles énoncées aux alinéas précédents ou avec l'une des exceptions ou règles particulières visées aux art. 14 à 17, est soumise à la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel elle réside, conformément aux dispositions de cette seule législation. Cette disposition, introduite par le règlement n° 2195/91 du 25 juin 1991 (JO L 206 du 29 juillet 1991 p. 2), implique qu'une cessation de toute activité professionnelle, qu'elle soit temporaire ou définitive, met la personne concernée en dehors du champ d'application de l'art. 13 par. 2 let. a du règlement n° 1408/71 (principe de la lex loci laboris). Elle s'applique donc notamment à une personne qui a cessé ses activités professionnelles sur le territoire d'un Etat membre et a transféré sa résidence sur le territoire d'un autre Etat membre. Aussi bien la législation applicable, en vertu des règles générales de compétence du Titre II du règlement n° 1408/71, à des personnes au chômage est-elle en principe celle de l'Etat membre de résidence (arrêt de la CJCE du 11 novembre 2004, Adanez-Vega, C-372/02 Rec. p. I-10761, point 25; arrêt G. du 9 janvier 2006, cité).

10. En l'espèce, il est manifeste et admis par la demanderesse qu'elle était domiciliée en France en tout cas depuis le début de l'année 2001 et qu'elle était salariée en Suisse jusqu'au 30 avril 2002, date du terme de son contrat de travail. En vertu de l'art. 3 al. 1 OAMal, puisqu'elle en avait fait la demande, elle était couverte par l'assurance-maladie obligatoire suisse jusqu'à la fin de l'exercice d'une activité lucrative en Suisse, soit jusqu'au 30 avril 2002. Au moment de l'entrée en vigueur de l'ALCP, la demanderesse touchait des prestations de l'assurance-chômage française, de sorte qu'en vertu de la règle de rattachement contenue à l'art. 25 par. 2 du règlement n° 1408/71 concernant des personnes au chômage complet, la législation en matière d'assurance-maladie et maternité applicable à la demanderesse est celle de l'Etat membre de résidence, à savoir la France. En conséquence, en tout cas dès le 1er juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'ALCP, la demanderesse ne pouvait plus être assujettie à l'assurance-maladie obligatoire suisse et, partant, aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie, ce qui est confirmé par son affiliation obligatoire à l'assurance-maladie de la Sécurité sociale française.
Contrairement à ce que soutient la demanderesse, l'assurance volontaire ou l'assurance facultative continuée (art. 9 et 15 du règlement n° 1408/71) n'a aucune incidence sur son assujettissement à l'assurance-maladie complémentaire en tant qu'elle implique au préalable d'être couvert par l'assurance obligatoire des soins. En effet la condition d'être assurée dans un régime d'assurance obligatoire pour être

admis à l'assurance volontaire ou facultative continuée n'est pas contraire à l'art. 9 du règlement n° 1408/71 (arrêt de la CJCE du 18 mai 1989, Troiani, C-368/87 Rec. p. 1333). Par ailleurs le règlement n° 1408/71 s'applique aux prestations sociales se basant sur la législation existante et non pas aux prestations se fondant sur des dispositions conventionnelles (art. 1 let. j du règlement n° 1408/71). Or, l'assurance complémentaire maladie n'est pas régie par une législation mais par des CGA et CSA, soit des dispositions conventionnelles, de sorte que cette assurance ne fait pas partie du champ d'application de l'ALCP. Cette interprétation est confirmée par Bettina KAHIL-WOLFF (L'accord sur la libre circulation des personnes Suisse-CE et le droit des assurances sociales, SJ 2001 n°4 p. 132) qui doute que les assurances-maladie complémentaires tombent sous le coup de la notion de sécurité sociale et entrent dans le champ d'application matériel des règles communautaires.

A relever que, pour les mêmes raisons, la garantie de prise en charge de l'accouchement à la "établissement hospitalier"donnée par l'Institution commune LAMal (cf. art. 18 al. 3 LAMal et art. 19 al. 1 OAMal), pour autant qu'elle ait été justifiée ce dont il est permis de douter, ne pouvait concerner que l'assurance-maladie obligatoire et non pas l'assurance-maladie complémentaire.

11. La demanderesse prétend que le transfert de son lieu de résidence de France à Genève du 18 juin au 2 août 2003, soit pendant six semaines et demi, avec dépôt de ses papiers à l'Office cantonal de la population du canton de Genève, vaut comme acquisition d'un domicile en Suisse.

    Le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). La notion de domicile comporte donc deux éléments : l'un objectif, la résidence dans un lieu donné; l'autre subjectif, l'intention d'y demeurer. La jurisprudence actuelle (ATF 127 V 238 consid. 1, 125 V 77 consid. 2a, 120 III 8 consid. 2a) ne se fonde toutefois pas sur la volonté intime de l'intéressé, mais sur l'intention manifestée objectivement et reconnaissable pour les tiers. L'intention de s'établir peut se concrétiser sans égard au statut de la personne du point de vue de la police des étrangers, des autorités fiscales ou des assurances sociales (ATF 120 III 8 consid. 2b et les références). Toute personne conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau (art. 24 al. 1 CC). Lorsqu'une personne séjourne en deux endroits différents et qu'elle a des relations avec ces deux endroits, il faut tenir compte de l'ensemble de ses conditions de vie, le centre de son existence se trouvant à l'endroit, lieu ou pays, où se focalise un maximum d'éléments concernant sa vie personnelle, sociale et professionnelle, de sorte que l'intensité des liens avec ce centre l'emporte sur les liens existant avec d'autres endroits ou pays (ATF 125 III précité).

    En l'espèce, il est manifeste qu'avant son accouchement la demanderesse était domiciliée en France où elle vivait avec sa fille et son mari dans la maison appartenant à ce dernier. Selon la chronologie des faits, elle est venue s'établir à

Anières, le 18 juin 2003, dans une maison appartenant à ses parents après que la défenderesse lui ait communiqué, le 24 mars 2003, qu'elle ne verserait plus aucune prestation pour les traitements effectués en Suisse à partir du 1er avril 2003 et qu'elle ait maintenu sa position, le 2 mai 2003. Le seul but de la demanderesse, par ce déménagement, était de contraindre la défenderesse à verser ses prestations contractuelles lors de son accouchement et non pas de s'établir à Anières dans la mesure où le centre de sa vie se trouvait en France auprès de son mari. A cet égard, les allégations de la demanderesse concernant la nécessité de quitter la maison conjugale pour permettre l'achèvement de travaux importants n'y change rien, car son retour en France immédiatement après l'accouchement démontre que sa réelle intention était de vivre auprès de son mari en France et non pas de rétablir son domicile en Suisse. Etant donné que la demanderesse ne s'est pas créé un nouveau domicile entre le 18 juin 2003 et le 2 août 2003, elle a conservé son domicile à Gaillard, donc en France.

12. Il reste à déterminer si, malgré l'absence de couverture en Suisse par l'assurance-maladie en raison de son domicile en France, le principe de la bonne foi permet à la demanderesse de bénéficier de prestations de l'assurance-maladie complémentaire

Les règles générales sur l'interprétation des contrats (art. 2 al. 1 CC, art. 18 CO) s'appliquent dans l'assurance privée (ROELLI/KELLER, p. 456 par. 2), pour déterminer la volonté des parties dans chaque espèce, à savoir la portée de leurs déclarations selon le principe dit de la confiance et les règles de la bonne foi, ce qui relève de l'application du droit (ATF 90 II 455 en haut). Ces déclarations doivent être interprétées d'après le sens que le destinataire pouvait raisonnablement leur attribuer en les considérant comme réellement voulues, vu leur but (ATF 37 II BGE 112 II 245 p. 254 82/83) et l'ensemble des circonstances connues des parties ou qui pouvaient l'être (ATF 107 II 418 consid. 6), notamment en raison de l'attitude antérieure du déclarant (ATF 90 II 454 consid. 3). Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de son comportement, peu importe que celui-ci ne corresponde pas à sa volonté intime (ATF 129 III 118 consid. 2.5; 128 III 419 consid. 2.2 p. 422). Cette interprétation dite objective consiste à rechercher le sens que chacune des parties pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre, en tenant compte des termes utilisés ainsi que du contexte et de l'ensemble des circonstances dans lesquelles elles ont été émises (cf. ATF 129 III 118 consid. 2.5 p. 122 et les références) Conformément au principe de la bonne foi, les termes utilisés dans les certificats d'assurance et les dispositions internes des caisses-maladie (statuts, règlement d'assurance, etc.) doivent être interprétés comme un assuré peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Ce dernier ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté ou de l'imprécision d'une clause rédigée par la caisse (ATF 119 V 152 consid. 4, 118 V 51 consid. 3 et les références).

13. En l'espèce, dans le cadre de l'assurance-maladie collective, la demanderesse a informé la défenderesse, le 14 mars 2002, qu'elle avait été licenciée par son employeur avec effet au 1er mai 2002 et lui a demandé une proposition d'assurance lui permettant de garder le même niveau de couverture. Le 19 mars 2002, la défenderesse lui a fait une proposition de transfert en assurance individuelle avec notamment l'assurance complémentaire "quadra+ privé" dont les CGA limitent la couverture d'assurance à la Suisse, au Liechstenstein et dans les zones frontalières. Pour leur part, les CSA prévoient le libre choix de l'établissement hospitalier en Suisse dans le cadre de la planification cantonale. Puis, par police du 4 octobre 2002, elle a accepté de couvrir la demanderesse dès le 1er janvier 2003 en assurance de base avec franchise annuelle de 400 fr. ainsi qu'assurance-accidents et, du 1er janvier au 31 décembre 2003, en assurance-maladie complémentaire "due+" et "quadra+ privé". Le 20 décembre 2002, elle a informé la demanderesse qu'à la suite de l'entrée en vigueur de l'ALCP, les conditions de l'assurance-maladie avait changé pour de nombreux assurés, en particulier pour ceux qui avaient quitté la Suisse. Elle lui a demandé de préciser où se trouvait son domicile et si elle travaillait en Suisse, afin de vérifier si les conditions d'affiliation étaient normalement remplies. La demanderesse a répondu qu'elle était domiciliée en France et qu'elle était en recherche d'emploi. Puis, le 16 janvier 2003, la défenderesse a voulu savoir si l'assurée recevait des prestations de l'assurance-chômage, de quel Etat et depuis quand. Le 19 février 2003, la défenderesse a répondu qu'elle touchait des prestations de l'assurance-chômage française et qu'elle souhaitait conserver sa couverture d'assurance-maladie au moins jusqu'à son accouchement. Le 3 mars 2003, la défenderesse a précisé que, dans l'attente des renseignements requis, l'assurance était maintenue en l'état actuel. Puis, le 24 mars 2003, elle a informé la demanderesse qu'elle ne pouvait plus être affiliée en Suisse, mais que, pour tenir compte de sa grossesse, elle était d'accord de maintenir la couverture de l'assurance-maladie obligatoire jusqu'au terme de l'accouchement. Elle a toutefois précisé que, dès le 1er avril 2003, elle ne verserait plus aucune prestation pour les traitements effectués en Suisse et que, dans le cadre de la couverture d'assurance complémentaire, elle prenait en charge l'accouchement de l'assurée en division privée en France. Le 2 avril 2003, la demanderesse a répondu que, quoi qu'il en soit, elle accoucherait en clinique privée à Genève aux frais de la défenderesse. Enfin, le 18 juin 2003, elle a déposé ses papiers à l'Office cantonal de la population.

    Sur la base de ces éléments, il ressort que la défenderesse a communiqué à la demanderesse ses CGA et ses CSA préimprimées faisant état d'un libre choix de l'établissement hospitalier en Suisse bien qu'elle ait eu connaissance de son domicile en France. La demanderesse, à la lecture de ces CGA et de ces CSA, pouvait de bonne foi en conclure qu'elle était couverte en division privée dans tout hôpital faisant partie de la planification du canton de Genève, y compris la "établissement hospitalier". Toutefois, bien qu'elle soit protégée par le principe de la bonne foi jusqu'au 23 mars 2003, la demanderesse n'a droit à aucune prestation

supplémentaire de la part de la défenderesse dans la mesure où cette dernière a accepté de verser ses prestations jusqu'au 31 mars 2003.

En revanche, à partir du 24 mars 2003, la défenderesse ayant clairement informé l'assurée qu'elle ne prendrait pas en charge son accouchement à venir en division privée à la "établissement hospitalier", la demanderesse savait pertinemment qu'elle n'était pas couverte pour le traitement litigieux et ne peut donc pas invoquer sa bonne foi pour prétendre à la prise en charge dudit traitement par la défenderesse. Elle le peut d'autant moins, qu'à partir de ce moment, elle a adopté un comportement contraire à la bonne foi, en déposant ses papiers à l'Office cantonal de la population, alors qu'elle n'avait nullement l'intention de s'établir à Genève. De plus, nonobstant les informations claires de la défenderesse à ce sujet, elle a persisté dans sa volonté d'accoucher à la "établissement hospitalier"en division privée, alors même qu'elle pouvait bénéficier de conditions d'hospitalisation équivalentes en France au demeurant prises en charge par la défenderesse. En conséquence, conformément à l'art. 3 al. 2 CC, elle ne peut pas se prévaloir de sa bonne foi dès lors qu'elle a manqué à la diligence requise par les circonstances.

Il y a lieu de relever que, dans la mesure où la demanderesse voulait être assurée en assurance complémentaire pour un traitement en Suisse, couverture qu'elle ne pouvait pas obtenir dans le cadre de l'assurance-maladie complémentaire au regard de son domicile en France, la défenderesse devrait examiner si l'assurée n'a pas droit à un remboursement de primes pour la période du 1er avril 2003 au 30 septembre 2003. Il s'agit toutefois d'une question qui sort du cadre du présent litige et il appartient, cas échéant, à la demanderesse de la faire valoir dans le cadre d'une nouvelle procédure.

14. Compte tenu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et la demande doit être rejetée.

***

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 le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

5. 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.

Le greffier La Présidente :

Walid BEN AMER Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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