RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2187/2005 **ATAS/1045/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 9 novembre 2006

En la cause

Madame B_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques ROULET — demanderesse

contre

SUPRA ASSURANCES SA, sise chemin de Primerose 35, LAUSANNE — défenderesse

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 1934, était en 2004 au bénéfice d'assurances complémentaires à l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse-maladie SUPRA ASSURANCES S.A. (ci-après l'assureur).

2. Il résulte de la police d'assurance, émise par l'assureur le 15 septembre 2005, que la prime mensuelle relative à la couverture des assurances complémentaires s'élevait en 2004 à 241 fr. 30. Le paiement des primes 2004 se faisait sur une base mensuelle.

3. Selon cette police d'assurance, les conditions générales d'assurances (ci-après CGA) 01.1997 sont applicables aux assurances complémentaires. Ces dernières comprennent notamment une couverture en division privée en cas d'hospitalisation (Maxi X2).

4. Le 3 mars 2004, l'assureur a adressé à l'assurée une facture concernant les primes des mois d'avril à juin 2004 ainsi que trois bulletins de versement portant chacun un numéro de référence propre.

5. Le 27 mai 2004, l'assureur a adressé à son assurée les bulletins de versement relatifs aux primes des mois de juillet à septembre 2004. Ils portaient chacun un numéro de référence propre.

6. La prime du mois de juin 2004, payable jusqu'au 31 mai 2004, n'a pas été versée par l'assurée dans le délai imparti.

7. Le 30 juin 2004, l'assurée a payé la somme de 241 fr. 30 et ce, au moyen du bulletin de versement portant les références relatives à la prime du mois de juillet 2004.

8. Du 1er au 8 juillet 2004, l'assurée a été hospitalisée auprès des (ci-après "établissement hospitalier") et ce, en chambre privée.

9. En date du 12 juillet 2004, l'assureur a adressé à son assurée un courrier intitulé "*SUSPENSION DES ASSURANCES COMPLEMENTAIRES*". Le courrier indiquait que, malgré une sommation faite conformément aux dispositions de l'art. 20 LCA, l'assurée n'était toujours pas à jour dans le versement du montant de 155 fr. 25. Il était par ailleurs rappelé que le délai de 14 jours sur lequel son attention avait été attirée par le précédent courrier, était échu. Dès lors, les assurances complémentaires étaient suspendues. Si des atteintes d'une maladie ou d'un accident devaient survenir, l'assurée ne pourrait prétendre à aucune prestation, tout en restant redevable des primes. L'assureur l'invitait à régler le montant dû dans les 10 jours, dernier délai, au moyen du bulletin de versement. A défaut, une procédure de poursuite serait engagée contre elle. Il était enfin rappelé que l'assureur avait également la possibilité de résilier les assurances complémentaires selon

l'art. 21 LCA. A ce courrier était joint un décompte intitulé "*DERNIER RAPPEL LCA*" duquel il résulte que le montant de 155 fr. 25 correspondait au solde de la prime du mois de juin 2004, soit 110 fr. 25, majoré de 45.- fr. de frais de rappels.

10. En date du 20 juillet 2004, l'assurée a versé en faveur de l'assureur le montant de 155 fr. 25.

11. Le 26 juillet 2004, l'assurée a encore adressé un ordre de paiement à l'UBS S.A. comprenant deux versements en faveur de l'assureur, l'un de 241 fr. 30, le second de 115 fr. 25. L'ordre n'a pu être exécuté que le 3 août 2004.

12. Par courrier du 13 octobre 2004, l'assureur a avisé les "établissement hospitalier" qu'elle ne rembourserait pas le solde des frais relatifs à l'hospitalisation de l'assurée qui avait eu lieu en chambre privée du 1er au 8 juillet 2004, la couverture d'assurance ayant été suspendue. La facture était par conséquent renvoyée pour annulation. Une copie de ce courrier a été adressée pour information à l'assurée.

13. En date du 4 novembre 2004, les "établissement hospitalier" ont informé l'assureur que les factures relatives à l'hospitalisation de l'assurée, qui s'élevaient à 4'791 fr. 75 et à 301 fr. 95, étaient annulées et refacturées à la patiente. De fait, les "établissement hospitalier" ont adressé le même jour à l'assurée une facture de 5'093 fr. 70.

14. Faisant suite à l'entretien téléphonique qu'il avait eu le 10 novembre 2004 avec son assurée, l'assureur a rappelé à cette dernière, dans un courrier daté du 17 novembre 2004, qu'il lui avait adressé une sommation le 14 juin 2004 et que, faute de paiement à l'échéance des 14 jours à compter de l'envoi, la couverture avait été suspendue dès le 28 juin. Par ailleurs, l'intégralité de la créance, soit 115 fr. 25, frais de rappel inclus, ayant été réglée le 20 juillet 2004, la suspension des prestations avait été clôturée. L'assureur refusait par conséquent d'entrer en matière en ce qui concernait la prise en charge, à titre d'assurance complémentaire, des frais portant sur la période allant du 28 juin au 21 juillet 2004.

15. L'assurée a, par courrier recommandé du 22 novembre 2004 adressé à la direction de l'assureur, rappelé qu'elle lui était affiliée depuis son enfance et que les primes avaient toujours été payées régulièrement. Elle a assuré n'avoir jamais reçu le premier courrier relatif à la suspension des assurances complémentaires, c'est-à-dire la sommation à laquelle l'assurance faisait allusion. A ce propos, elle a allégué que le service postal ne fonctionnait pas toujours très bien et qu'il y avait eu beaucoup de changements de facteurs dans son secteur. Elle ne savait pas où était l'erreur, mais en tous les cas, pas de son côté. Elle sollicitait par conséquent le remboursement de la facture des "établissement hospitalier" qu'elle joignait à sa lettre.

16. Par courrier du 6 décembre 2004, l'assureur a rappelé à l'intéressée que le solde de la prime de juin 2004 n'avait été réglé que le 20 juillet 2004, raison pour laquelle le droit aux prestations avait été suspendu du 28 juin au 21 juillet 2004. Par ailleurs, la sommation datée du 14 juin 2004 avait été expédiée à son adresse. L'assureur ne voyait dès lors pas pour quelle raison elle ne l'aurait pas reçue. Il a confirmé son refus d'entrer en matière sur le remboursement des frais d'hospitalisation du 1er au 8 juillet 2004.

17. Par courrier du 22 décembre 2004, l'assureur a admis avoir reçu le 30 juin 2004 un versement de 241 fr. 30 par l'UBS S.A. le 30 juin 2004. Il a expliqué que ce montant avait été automatiquement attribué à la prime du mois de juillet 2004, étant donné que les références indiquées sur le bulletin de versement qui avait été utilisé correspondaient à ce mois-là. Était donc demeurée en suspens la prime du mois de juin 2004. L'assureur a confirmé une nouvelle fois son refus d'entrer en matière sur la facture des "établissement hospitalier" et l'a retournée à l'assurée.

18. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a, en date du 28 avril 2005, mis l'assureur en demeure de lui rembourser le solde des frais relatifs à son hospitalisation auprès des "établissement hospitalier", majoré d'un intérêt de 5% dès le 23 décembre 2004, ainsi qu'un montant de 500.- fr., correspondant aux frais relatifs à l'intervention de son conseil, soit un total de 5'678 fr. 60. Elle assurait une nouvelle fois n'avoir jamais reçu de lettre de sommation mentionnant les conséquences légales d'une inexécution. Par ailleurs, même si cette lettre avait été envoyée, elle n'aurait pas été valable, vu l'élection de domicile faite en l'étude de son conseil, dont l'assureur avait été informé par courrier daté du 23 septembre 2003. Enfin, le montant versé en faveur de l'assureur le 30 juin 2004, à savoir 241 fr. 30, était largement supérieur à l'arriéré dû, et aurait dû, en toutes hypothèses, faire échec à la suspension de couverture.

19. Par courrier du 23 mai 2005, l'assureur a nié avoir eu connaissance de l'élection de domicile de l'assurée chez son conseil. Par ailleurs, il a demandé à recevoir une procuration dûment signée par l'assurée. L'assureur a rappelé que le solde de la prime du mois de juin 2004 n'avait été payé que le 20 juillet 2004. Il a fait valoir que la procédure légale avait été respectée dans la mesure où une sommation en bonne et due forme avait été adressée à l'assurée le 14 juin 2004 à son domicile. Par son versement du 30 juin 2004, l'assurée ne s'était acquittée que de sa prime du mois de juillet 2004. Par conséquent, l'assureur persistait dans son refus de prise en charge de la facture litigieuse.

20. Dans un courrier du 30 mai 2005 adressé à l'assureur, le conseil de l'assurée s'est dit étonné d'apprendre qu'il n'était pas en possession du courrier l'informant de l'élection de domicile faite par l'assurée en son étude, d'autant qu'en date du 28 novembre 2003, l'assureur avait adressé un courrier à l'assurée au domicile élu. En outre, une procuration signée par l'assurée lui avait été adressée le 12 janvier

2004 et l'assureur y avait fait suite par un courrier daté du 18 mars 2004. Ce dernier ne pouvait donc de bonne foi prétendre ignorer l'élection de domicile faite en l'étude. Après lui avoir rappelé que sa mandante n'avait jamais reçu la moindre sommation, le conseil de l'assuré a imparti un délai au 10 juin 2005 pour s'acquitter de ses obligations.

21. Par courrier du 13 juin 2005, l'assureur a fait remarquer que la procuration signée par l'intéressée le 12 novembre 2003 en faveur de son conseil se trouvait dans son dossier accident et n'avait été établie que dans le cadre d'un sinistre, survenu le 8 mai 2003. Cette procuration ne spécifiait par ailleurs pas que les avis de primes devaient parvenir au domicile élu. D'ailleurs, le courrier du 12 janvier 2004, par lequel le conseil avait informé l'assureur de l'élection de domicile faite en son étude se rapportait uniquement audit accident. Par conséquent, c'était à juste titre que la sommation du 14 juin 2004 avait été adressée au domicile privé de l'intéressée et sa validité ne pouvait être mise en doute.

22. Le 22 juin 2005, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales d'une demande en paiement contre l'assureur, en concluant à sa condamnation au versement de la somme de 5'093 fr. 70 - correspondant au montant de la facture des "établissement hospitalier" -, majorée d'un intérêt à 5% dès le 13 décembre 2004, ainsi que de la somme de 1'481 fr. 65 - correspondant aux frais liés à l'intervention de son conseil avant le procès selon une note d'honoraires datée du 21 juin 2005 -, majorée d'un intérêt de 5% dès le 22 juin 2005, avec suite de frais et dépens. Elle fait valoir que la procédure de sommation prévue par les dispositions légales n'a pas été respectée par l'assureur puisqu'elle n'a jamais reçu la sommation prétendument envoyée. A ce propos, elle fait valoir que c'est d'ailleurs à l'assureur qu'il incombe de prouver qu'il a respecté la procédure de sommation légale. Par ailleurs, elle soutient que, quoi qu'il en soit, la sommation serait nulle dans la mesure où elle lui a été adressée à son domicile privé, malgré l'élection de domicile faite en l'étude de son conseil. Certes, la lettre de constitution du conseil mentionnait sous référence l'accident du 8 mai 2003, mais également, de manière plus large, le contrat d'assurance. Selon la demanderesse, l'assureur ne peut de bonne foi soutenir qu'il pouvait se dispenser de respecter l'élection de domicile s'agissant de l'envoi d'une sommation légale susceptible d'entraîner des conséquences graves. De plus, l'assureur savait que, suite à l'accident du 8 mai 2003, elle recevait régulièrement des soins, et avait même dû être hospitalisée. Dans ces circonstances, il devait respecter l'élection de domicile. Enfin, elle allègue que, puisqu'elle a versé le 30 juin 2004 une somme supérieure à l'arriéré dû, cela aurait dû faire échec à une suspension de la couverture d'assurances. Quant aux intérêts moratoires qu'elle réclame, elle explique qu'ils courent depuis le 13 décembre 2004, date de réception par l'assureur de la facture des "établissement hospitalier".

23. Dans sa réponse du 17 octobre 2005, la défenderesse a conclu au rejet de la demande et à ce que des dépens soient mis à la charge de la demanderesse. Elle

assure avoir adressé à cette dernière, en date du 14 juin 2004, une sommation portant sur le montant de 115 fr. 25, à laquelle était attaché un bulletin de versement. Comme cela résultait du relevé de compte annexé à la sommation, le montant dû correspondait à une partie de la prime du mois de juin 2004, l'autre partie ayant été soldée par le biais de crédits disponibles dans le compte de l'assurée. Selon elle, la demanderesse fait preuve de mauvaise foi en prétendant n'avoir pas reçu la sommation, car il découle d'un relevé informatique, produit par la défenderesse, que la demanderesse s'est acquittée d'un montant de 115 fr. 25, valeur 3 août 2004, au moyen d'un bulletin de versement portant le n° 04-00'000'478'289. Or, le bulletin de versement qui était attaché à la sommation du 14 juin 2004 portait également ce numéro. Selon la défenderesse, l'emploi de ce bulletin de versement prouve donc la réception de la sommation émise le 14 juin 2004. Par ailleurs, le montant versé correspond, au centime près, à celui indiqué dans la sommation et ne coïncide avec aucune autre créance. L'assurée ne peut donc nier que la sommation émise le 14 juin 2004 lui est parvenue. Quant à l'élection de domicile faite par l'assurée, la défenderesse soutient qu'elle était limitée à l'accident survenu le 8 mai 2003, avec lequel les frais d'hospitalisation litigieux n'ont aucun rapport. Elle en tire la conclusion que la procédure de sommation a été respectée. Enfin, la défenderesse estime que l'argument selon lequel la demanderesse s'est acquittée, le 30 juin 2004, d'une somme supérieure à l'arriéré dû ne lui est d'aucun secours, dans la mesure où seul le paiement de la dette qui a fait l'objet de la sommation met un terme à la suspension. Or, le montant payé le 30 juin 2004 correspondait à la prime du mois de juillet 2004, le bulletin de versement utilisé portant le numéro de référence relatif à ce mois-là et la demanderesse n'avait émis aucune déclaration d'imputation relative à ce montant.

24. A l'appui de sa réponse, la défenderesse a produit notamment un exemplaire original d'un courrier intitulé "*SOMMATION LEGALE LCA*", portant notamment l'adresse du domicile de l'assurée ainsi que les mentions suivantes: *"Date d'émission: 14 juin 2004"* et *"N° Bulletin: 04-00'000'478'289"*.

    Cette sommation était ainsi libellée:

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

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

Nous attirons votre attention sur le fait qu'en vertu de la loi susmentionnée et de la sommation que vous avez déjà reçue une période d'assurance précédente, le droit aux prestations de vos assurances complémentaires LCA reste en suspens aussi longtemps que vous ne vous êtes pas acquitté(e) des primes arriérées ainsi que des intérêts et des frais. Si le paiement des redevances des périodes d'assurance précédentes devait être intervenu entre-temps, le droit aux prestations de vos assurances complémentaires LCA serait suspendu **dans les 14 jours à compter de l'envoi de la présente**.

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

Somme due: **CHF 115.25**".

Attaché à ce courrier se trouve un bulletin de versement original sur lequel sont inscrits le numéro de référence mentionné sur la sommation, le montant de 115 fr. 25 ainsi que la mention *"date d'émission 14.06.2004"*.

Annexé à la sommation, se trouve un relevé de compte, daté du 11 juin 2004, faisant état d'un solde de 115 fr. 25 en faveur de l'assureur.

25. Dans sa réplique du 14 novembre 2005, la demanderesse a expliqué qu'elle a effectivement reçu un bulletin de versement pré-imprimé concernant un montant de 115 fr. 25 et qu'elle a adressé un ordre de paiement à l'UBS S.A. concernant ce montant en date du 26 juillet 2004. Après avoir réexaminé une nouvelle fois ses papiers, elle est cependant formelle : elle n'a pas reçu de sommation légale avant l'annonce de la suspension de sa couverture d'assurances. Elle affirme n'avoir reçu que le bulletin de versement et le relevé de compte daté du 11 juin 2004, à une ou des dates qu'elle ne saurait préciser. Elle fait remarquer que la défenderesse n'a pu prouver ni la réception de la sommation, ni la date à laquelle elle aurait été reçue, étant rappelé qu'elle a été hospitalisée du 1er au 8 juillet 2004. Elle soutient qu'au 30 juin 2004, elle était à jour dans le règlement de ses primes jusqu'au mois de juin 2004 et qu'une fois de retour de l'hôpital, elle a effectué trois autres versements, de sorte qu'au 3 août 2004, elle avait même un crédit auprès de la défenderesse. Selon elle, le montant versé le 30 juin 2004 a éteint en priorité la dette relative à la prime de juin 2004, d'autant plus que les parties se trouvaient dans un rapport analogue à celui d'un compte-courant. A ce propos, la demanderesse explique que, sur les relevés de compte établis par la défenderesse, cette dernière impute toujours automatiquement, par compensation, les écritures au crédit, pour ne réclamer à la demanderesse que le solde. La défenderesse est par conséquent de mauvaise foi lorsqu'elle prétend que le paiement effectué le 30 juin 2004 n'a pas éteint sa dette à cette date-là.

26. Dans sa duplique du 20 décembre 2005, la défenderesse a expliqué que le fait que la demanderesse n'ait pas retrouvé la sommation n'était pas pertinent dans la mesure où il était admis par la jurisprudence que la production d'une copie d'une sommation comportant tous les éléments prescrits par la loi constituait un fort indice qui pouvait contribuer à fonder une certitude. L'exemplaire de la sommation qu'elle a produite est donc suffisante, même si la demanderesse n'a pas retrouvé l'original. Par ailleurs, la défenderesse a répété que le paiement effectué le 30 juin 2004 l'a été au moyen du bulletin de versement relatif au mois de juillet 2004 et que c'est par conséquent à juste titre qu'il a été imputé sur la dette de juillet 2004, faute pour la demanderesse de s'y être opposée immédiatement. Pour le surplus, la défenderesse s'est référée à la partie en droit de sa réponse.

27. Les parties ont été entendues par le Tribunal de céans le 29 juin 2006. La demanderesse a réaffirmé n'avoir pas reçu de sommation, mais seulement un décompte. Elle a émis l'hypothèse que la défenderesse a pu oublier de joindre la sommation en annexe au décompte. La défenderesse a contesté cette possibilité en affirmant que le bulletin de versement utilisé par la demanderesse ne formait qu'un seul et même document avec la sommation.

28. Sur ce, la cause a été 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. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

4. Il s'agit de déterminer si la couverture d'assurance dont bénéficie la demanderesse a été valablement suspendue par la défenderesse entre le 28 juin et le 21 juillet 2004.

5. a) Aux termes de l'art. 20 al. 1 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après LCA), si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordée par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. Celle-ci doit rappeler les conséquences du retard. Selon l'al. 3 de cette disposition, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal, si la sommation reste sans effet. L'art. 20 LCA est une disposition légale semi-impérative et peut donc être modifiée conventionnellement en faveur de l'assuré (CARRE, Commentaire sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 210; DE MESTRAL, La prime et son paiement, Université de Lausanne 2000, pp. 115 et 121).

   Cette disposition est reprise dans les CGA de la défenderesse. Ainsi, l'art. 13 ch. 1 CGA de l'édition 01.1997 prévoit que si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance reçoit une sommation de verser la prime dans un délai de 14 jours à partir de l'envoi de la sommation, laquelle lui rappelle les conséquences de son retard. A défaut de paiement, le droit aux prestations est suspendu dès l'expiration de ce délai. Aucune prestation n'est payée pour les sinistres survenant pendant la durée de suspension, même après le paiement ultérieur de la prime, en application de l'art. 13 ch. 3 CGA.

   b) Le but de l'art. 20 LCA est de tenir compte des intérêts de l'assureur de ne pas devoir fournir la couverture d'assurance sans contre-prestation (principe de l'équivalence) et du besoin du preneur d'assurance de ne pas perdre la protection d'assurance de façon inattendue (HAZENBÖHLER, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, commentaire, Bâle 2001, n° 1 ad art. 20 LCA). La suspension de la couverture d'assurance a été prévue par la loi pour tenir compte des particularités de l'assurance: le recouvrement juridique de la prime n'est pas compatible avec la nature de l'exploitation de l'assureur, lequel doit pouvoir compter sur le paiement ponctuel des primes (Message du Conseil fédéral sur le projet d'une loi fédérale concernant le contrat d'assurance, FF 1904 I 267 ss, 317). L'art. 20 LCA offre à l'assureur une procédure légale de mise en demeure simple et efficace, pour lui permettre d'encaisser la prime ou de résilier le contrat (DE MESTRAL, op. cit., p. 111).

   Parallèlement, c'est pour sauvegarder d'une manière convenable les intérêts du débiteur face aux conséquences économiques rigoureuses sans équivalent dans le droit commun, que représente la suspension de la couverture d'assurance, que le législateur a rompu avec le système de la demeure suivant le droit commun - en vertu duquel l'interpellation du débiteur n'aurait même pas été nécessaire, s'agissant d'une dette échue à un terme fixe (art. 108 ch. 3 du Code des obligations du 30 mars

1911 (ci-après CO)) - en prescrivant l'envoi d'une sommation répondant à des exigences strictes quant à sa forme et à son contenu (ATF 128 III 186, consid. 2d; HAZENBÖHLER, op. cit., n° 11 ad art. 20 LCA; CARRE, op. cit., p. 211).

c) En tant qu'acte juridique unilatéral comportant l'exercice d'un droit formateur, la sommation est sujette à réception et il appartient à l'assureur de le prouver (art. 8 CC; HAZENBÖHLER, op. cit., n° 24 ad art. 20 LCA; VIRET, Droit des assurances privées, Berne 1991, p. 114; CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg 1997, p. 62). C'est donc à l'assureur qui entend obtenir la suspension de son obligation d'établir que la sommation a été notifiée au preneur d'assurance. A défaut d'une telle preuve, notamment par le fait qu'elle aurait été adressée sous pli simple, il est admis que le contrat a continué de déployer ses effets, car s'il appartient au preneur d'établir les faits générateurs d'obligations pour l'assureur, il incombe principalement à celui-ci de prouver les faits de nature à le libérer. Vu les conséquences rigoureuses qu'elle entraîne pour le preneur d'assurance, la réception de la sommation ne doit pas être admise facilement (HAZENBÖHLER, op. cit., n° 25 ad art. 20 LCA).

Quant au contenu de la sommation, pour que cette dernière soit valable, elle doit indiquer le montant dont l'assureur exige le paiement à titre de prime arriérée ainsi que le montant des intérêts et des frais de sommation qui s'y ajoutent (HAZENBÖHLER, op. cit., n° 39 ad art. 20 LCA). La sommation doit rappeler toutes les conséquences du retard, à savoir la suspension de la couverture d'assurance à partir de l'expiration du délai légal, ainsi que le droit de l'assureur de résilier le contrat en application de l'art. 21 al. 1 LCA (ATF 128 III 187 consid. 2). C'est à l'assureur qui fait valoir la suspension de la couverture d'assurance, ou son droit de résilier le contrat, qu'il incombe d'apporter la preuve que la sommation adressée au preneur comportait bien toutes les indications prescrites par la loi (art. 8 CC; HAZENBÖHLER, op. cit., n° 39 ad art. 20 LCA). En raison des conséquences très lourdes du non-paiement des primes et de la fonction protectrice de l'assuré dans la procédure de demeure instaurée par l'art. 20 LCA, il y a lieu d'avoir des exigences très sévères quant à la clarté d'une sommation légale (ATAS/31/2005 du 19 janvier 2004).

Lorsque l'assureur n'est pas en mesure de prouver que la sommation a été régulière, le contrat d'assurance liant les parties est réputé n'avoir jamais été suspendu (ATA/529/2000 du 29 août 2000).

6. a) En règle générale, la preuve d'un fait contesté n'est rapportée que si le juge a acquis, en se fondant sur des éléments objectifs, la conviction de l'existence de ce fait. Une certitude absolue n'est pas nécessaire; mais il faut qu'il n'y ait aucun doute sérieux ou, à tout le moins, que les doutes qui subsistent paraissent légers. Il est vrai que la loi et la jurisprudence renoncent exceptionnellement à l'exigence d'une telle certitude, en se satisfaisant d'une vraisemblance prépondérante, dans certaines

situations où, sans cet assouplissement, la réalisation du droit serait systématiquement entravée par la difficulté de prouver certains types de faits. Mais une telle réduction du degré de preuve exigé ne peut être admise que si, de par la nature même du fait à établir, une preuve certaine est objectivement impossible à apporter ou ne peut pas être raisonnablement exigée. La facilitation de la preuve n'entre pas en ligne de compte lorsque le fait à établir pourrait être prouvé sans difficulté, mais qu'il ne le sera pas en l'espèce parce que la partie qui supporte le fardeau de la preuve n'a pas conservé de moyens de preuve (ATF 130 III 321 consid. 3.2; 128 III 271 consid. 2b/aa et les références).

b) En ce qui concerne le degré de preuve exigible en matière de sommation prévue à l'art. 20 LCA, le Tribunal fédéral a récemment précisé qu'il n'y avait aucune raison de renoncer à exiger que la régularité de la sommation soit établie avec certitude, et ce même en ce qui concerne son contenu (ATF non publié du 15 septembre 2005, cause 5C.97/2005, consid. 4.4.2 et 4.4.3)

c) En matière de preuve de la réception d'un courrier, il n'existe aucune présomption de fait selon laquelle la production d'une copie d'un message suffirait pour admettre que l'original a été déposé à la poste et acheminé à son destinataire. C'est d'ailleurs bien pour cette raison que les particuliers usent, pour les messages importants, de la voie de la lettre signature (ATF non publié du 26 novembre 2002, cause 4P.206/2002, consid. 2.2).

7. En l'espèce, la demanderesse conteste avoir jamais reçu de sommation. La défenderesse affirme pour sa part lui avoir adressé, par pli simple, une sommation datée du 13 juin 2004, à laquelle était attaché un bulletin de versement.

8. Le Tribunal de céans constate que les pièces produites par la défenderesse ne permettent pas d'établir, à satisfaction de droit, qu'une sommation est parvenue à la défenderesse.

   En effet, la simple production d'un exemplaire pré-imprimé d'une sommation datée du 14 juin 2004 est impropre à fonder la conviction que ladite sommation a effectivement été déposée à la poste et correctement acheminée à son destinataire. Il ne peut en effet être exclu que la sommation émise le 14 juin 2004 se soit égarée, que la défenderesse ait oublié de déposer le pli à la poste ou que cette dernière se soit trompée dans l'acheminement.

   Par ailleurs, l'ATF non publié du 15 septembre 2005 (5C.97/2005), cité par la défenderesse, ne lui est d'aucun secours. Certes, le Tribunal fédéral a retenu dans cet arrêt, qu'en matière de preuve, la copie d'une lettre constituait un fort indice du contenu de l'original. On ne saurait cependant déduire de cette jurisprudence, comme le fait la défenderesse, que la production de la copie d'une sommation est suffisante pour prouver sa notification au preneur d'assurance.

Enfin, le simple fait que la demanderesse ait utilisé un bulletin de versement dont le montant correspond exactement au montant réclamé dans la sommation du 14 juin 2004, n'autorise pas à conclure, avec la certitude requise, qu'une sommation a effectivement été envoyée par la défenderesse le 14 juin 2004 et qu'elle a effectivement été reçue par la demanderesse. En effet, quand bien même le système informatisé de la défenderesse émet des sommations auxquelles sont, en principe, attachés les bulletins de versement correspondants, il ne peut être exclu, en l'espèce, que ledit bulletin de versement ait été adressé par la défenderesse sans sommation. Le Tribunal de céans ne pourrait d'ailleurs exclure cette hypothèse, même s'il était établi que le bulletin de versement utilisé par la demanderesse portait le même numéro de référence que celui inscrit sur la sommation produite par la défenderesse. Compte tenu de ce qui précède, la production du récépissé du bulletin de versement, requise par la défenderesse, ne se justifie pas.

Il s'ensuit que la défenderesse n'a pas apporté la preuve de la notification d'une sommation. Dans ces conditions, le contrat est réputé n'avoir jamais été suspendu.

9. Le Tribunal de céans constate par ailleurs que, quand bien même la preuve de la notification de la sommation aurait été apportée par la défenderesse, la sommation n'aurait pu avoir pour conséquence la suspension du contrat. Il suffit de lire la sommation produite par la défenderesse pour s'en convaincre. Son libellé manque manifestement de la clarté nécessaire permettant à un assuré d'en mesurer toute la portée. On relèvera notamment qu'il est impossible d'en déduire, de manière claire, que la suspension de la couverture d'assurance survient à partir de l'expiration du délai légal. Or, il peut être attendu des assureurs qu'ils mentionnent clairement les conséquences du non-paiement des primes, étant rappelé que le but de l'art. 20 LCA n'est pas de priver un assuré d'une couverture d'assurance par tous les moyens, mais d'éviter que l'assureur doive fournir la prestation d'assurance sans avoir reçu la contre-prestation qui s'y rapporte.

   Vu le manque de clarté dont elle est entachée, force est de retenir que la sommation produite par la défenderesse ne saurait être considérée comme une mise en demeure valable de la demanderesse.

   Il s'ensuit que, même si la notification de la sommation avait été prouvée par la défenderesse, son obligation découlant de la police d'assurance n'aurait pu être suspendue après l'écoulement du délai légal.

   Compte tenu de ce qui précède, la défenderesse sera condamnée à rembourser le montant des frais relatifs à l'hospitalisation de la demanderesse auprès des "établissement hospitalier" du 1er au 8 juillet 2004, soit 5'093 fr. 70.

10. S'agissant des intérêts réclamés par la demanderesse sur cette somme, il y a lieu de se référer à l'art. 41 al. 1 LCA, dont il ressort que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements

de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Le débiteur d'une obligation est en demeure du seul fait de l'expiration du jour fixé pour l'exclusion (ATA/771/1999). Passé ce délai, il doit l'intérêt moratoire de 5% conformément aux art. 102 et 104 CO applicables par renvoi de l'art. 100 LCA.

En l'espèce, il résulte du dossier que la défenderesse a reçu le 23 novembre 2004 la facture adressée par la demanderesse. L'intérêt moratoire court donc dès le 23 décembre 2004.

11. En ce qui concerne le paiement de dommages et intérêts relatifs aux frais et honoraires avant procédure pour l'activité déployée par un conseil, ceux-ci sont dus par le débiteur en demeure, présumée fautive, sauf s'il prouve qu'il a personnellement exercé toute la diligence que son créancier était en droit d'attendre de lui en vue d'assurer l'exécution à l'échéance (art. 103 CO *cum* art. 100 LCA; ATAS/740/2005; THEVENOZ, Commentaire romand, n° 11 ad art. 103 CO;).

    Le débiteur en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5% l'an dès le jour suivant la réception de l'interpellation du débiteur (art. 104 CO *cum* art. 100 LCA; THEVENOZ, op. cit., n° 9 ad art. 104 CO).

    En l'espèce, aucune circonstance n'est avancée par la défenderesse pour se disculper du retard dans le remboursement du montant des frais relatifs à l'hospitalisation de la demanderesse auprès des "établissement hospitalier" du 1er au 8 juillet 2004.

    Par ailleurs, quand bien même la défenderesse aurait pensé que ses obligations découlant de la police d'assurance avaient été suspendues, une absence de faute ne saurait être admise pour ce motif. On rappellera en effet que si la défenderesse s'est trouvée en demeure, c'est en raison des négligences dont elle a fait preuve dans la procédure de sommation engagée contre la demanderesse. Sa demeure lui est par conséquent imputable.

    Une copie de la demande en paiement a été adressée à la défenderesse le 23 juin 2005. La notification ayant eu lieu vraisemblablement le lendemain, il s'ensuit que les intérêts moratoires courent dès le 25 juin 2005.

    La défenderesse sera par conséquent condamnée à payer les frais et dépens encourus par la demanderesse avant la procédure, à concurrence de la somme de 1'481.65 fr., majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 25 juin 2005.

12. Enfin, la demanderesse obtenant entièrement gain de cause, elle a droit, conformément à l'art. 89H al. 3 de la LPA, à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire, que le Tribunal de céans fixera à 2'000.- fr.

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 la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de 5'093 fr. 70 avec intérêts moratoires dès le 23 décembre 2004.

4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de 1'481 fr. 65 avec intérêts moratoires dès le 25 juin 2005 à titre d'indemnité pour les frais et dépens encourus avant procédure.

5. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de 2'000.- fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.

6. Déboute les parties de toutes autres ou contraires conclusions.

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

La greffière — La Présidente :

Janine BOFFI — Karine STECK

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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