



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2347/2019

ATAS/148/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 février 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-SACONNEX,  
représenté par UNIA Genève

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise  
rue des Cèdres 5, MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. En date du 12 décembre 2017, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1986, a conclu un contrat de travail, en qualité d'aide de cuisine polyvalent, avec Monsieur B\_\_\_\_\_ exploitant l'échoppe de restauration rapide à l'enseigne « C\_\_\_\_\_ » (ci-après : C\_\_\_\_\_ ou l'employeur), à Genève.

L'assuré devait prendre ses fonctions à partir du 15 décembre 2017 et le temps d'essai était fixé à trois mois.

2. M. B\_\_\_\_\_ avait conclu, le 21 novembre 2017, un contrat d'assurance n° \_\_\_\_\_ avec MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) qui prenait effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018, dont l'échéance était fixée au 31 décembre 2020 et qui était soumis à la LAMal.

Le lieu du risque était l'échoppe « C\_\_\_\_\_ », les personnes assurées étaient l'employeur et les employés. Pour les employés, la couverture d'assurance visait les conséquences économiques d'une incapacité de travail, pour cause de maladie et assurait le paiement de 80% du salaire, après un délai d'attente de trente jours, sur une durée de 730 jours dans une période de 900 jours, avec imputation du délai d'attente de trente jours.

Les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BEGM02-F11 – Edition 01.01.2011) (ci-après : CGA) étaient communiquées à l'employeur.

3. En date du 28 janvier 2018, l'assuré s'est blessé au dos alors qu'il travaillait dans les locaux de C\_\_\_\_\_.
4. En date du 18 avril 2018, l'employeur a licencié l'assuré, pendant la période d'essai, avec effet au 22 avril 2018. Il était fait référence au nombre de certificats médicaux reçus depuis l'engagement, mais aucune communication n'était faite concernant les droits de l'assuré pour l'assurance perte de gain, notamment la possibilité de bénéficier du libre passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle.
5. En date du 20 avril 2018, le preneur d'assurance du contrat n° \_\_\_\_\_ était modifié et passait de M. B\_\_\_\_\_ à la raison individuelle C\_\_\_\_\_, mais sans aucune modification quant au risque, à la couverture et aux personnes assurées.
6. Par décision susceptible d'opposition du 27 juillet 2018, adressée au syndicat UNIA représentant l'assuré, l'assurance-accidents ALLIANZ SUISSE SA (ci-après : ALLIANZ) s'est déterminée sur le sinistre intervenu dans les locaux de C\_\_\_\_\_ le 28 janvier 2018. Selon le rapport du médecin-conseil d'ALLIANZ, il s'agissait d'un accident bagatelle qui ne pouvait pas avoir produit d'effets sur la santé au-delà du 8 février 2018. ALLIANZ décidait donc de ne plus servir de prestations d'assurances à partir du 9 février 2018. Une copie du dispositif de la décision - soit notamment le fait que le droit aux prestations de l'assurance-accident s'arrêtait au 9 février 2018 – était envoyée le même jour à l'employeur.

7. Par formulaire de déclaration d'incapacité de travail maladie, signé par l'employeur et daté du 4 octobre 2018, le sinistre du 28 janvier 2018, concernant l'assuré, était annoncé à l'assurance avec les indications suivantes :

- Date d'engagement du 15 décembre 2017 ;
- Licenciement au 18 avril 2018 pour le 22 avril 2018 ;
- Début de l'incapacité le 28 janvier 2018 à 23h30 ;
- Dernier jour de travail accompli le 30 janvier 2018 toute la journée ;

Il était également mentionné dans le formulaire que le cas avait été annoncé à l'assureur accident, soit ALLIANZ qui l'avait pris en charge, « puis refusé avec demande de remboursement ».

8. Par courrier du 11 octobre 2018, l'assurance demandait à ALLIANZ le dossier complet du cas de l'assuré en se référant à l'art. 32 LPGA.

9. Par courrier du 12 octobre 2018, l'assurance informait l'employeur qu'elle était dans l'attente du dossier qui devait lui être communiqué par ALLIANZ avant de pouvoir se prononcer sur sa responsabilité pour traiter du cas d'incapacité de travail de l'assuré dès le 3 février 2018. Toutefois, en application de l'art. 70 LPGA l'assurance convenait qu'elle devait – en cas de doute – avancer les indemnités journalières de l'assuré et ce jusqu'au 22 avril 2018, date de fin des relations de travail. L'assurance se réservait le droit de réclamer directement à ALLIANZ les avances qu'elle consentait.

10. Par courrier recommandé du 18 octobre 2018, l'assurance a écrit à l'assuré, à son adresse sise chemin D \_\_\_\_\_ au Grand-Saconnex, pour l'informer de la couverture d'assurance perte de gain et notamment du fait qu'il ne bénéficiait plus de la couverture d'assurance d'indemnité journalière depuis sa cessation d'activité chez son employeur. L'assurance annexait à ce courrier une proposition d'assurance individuelle en l'informant que, s'il acceptait la proposition de maintenir l'affiliation auprès de l'assurance en qualité de membre individuel, le libre-passage lui était garanti, et les mêmes prestations accordées jusqu'à ce jour dans le cadre de l'assurance collective pouvaient lui être accordées sans nouvelles réserves. Il était encore précisé que « sans réponse écrite de votre part d'ici le 22 juillet 2018 (sic !) nous considérerons notre proposition d'assurance comme nulle et non avenue et enregistrerons votre démission au sein de notre assurance à la fin de vos rapports de travail avec votre ancien employeur ».

11. La proposition d'assurance d'indemnité journalière pour cause de maladie transmise à l'assuré prévoyait le paiement d'une indemnité journalière de CHF 117.-, après un délai d'attente de trente jours, valable uniquement pour les cas de maladie. La prime mensuelle était fixée à CHF 241.-.

12. Selon le système de suivi électronique des recommandés de la Poste, le courrier de l'assurance du 18 octobre 2018 était délivré, en mains propres, à l'assuré en date du 23 octobre 2018 à 11h49.
13. Par courrier du 5 novembre 2018, reçu par l'assurance le 6 novembre 2018, l'assuré a fait référence au sinistre n° \_\_\_\_\_ intervenu dans les locaux de l'employeur et précisé qu'il avait reçu son congé le 22 avril 2018, mais avait été en incapacité de travail jusqu'au 16 juin 2018. Il demandait à être renseigné sur ses prestations arrêtées au 22 avril 2018.
14. Le 16 novembre 2018, une note téléphonique de l'assurance faisait état d'un appel de l'assuré qui voulait savoir où en était l'indemnisation de son arrêt de travail. Il lui avait été répondu qu'il n'avait pas retourné la proposition d'assurance et que, sans couverture, il n'avait pas droit aux prestations. L'assuré prétendait ne pas avoir reçu cette proposition ce qui surprenait son interlocuteur employé de l'assurance dès lors que la proposition avait été envoyée en recommandé. Le même jour, l'assurance renvoyait à l'assuré une « copie de la proposition d'assurance qui vous a été envoyée en courrier recommandé le 18 octobre 2018 et pour laquelle nous n'avons reçu aucune réponse ».
15. Le 7 décembre 2018, l'assuré a écrit à l'assurance, en réclamant le paiement des indemnités dues pour la période allant du 23 avril 2018 au 16 juin 2018, précisant qu'il avait perçu les indemnités pour la période allant du 28 janvier au 22 avril 2018. Une copie du certificat médical était jointe.
16. Par réponse du 18 décembre 2018, l'assurance a informé l'assuré qu'elle était en attente du dossier complet d'ALLIANZ, afin de se prononcer sur sa responsabilité dans l'arrêt de travail. Toutefois, elle était disposée à avancer les prestations à l'assuré sous réserve que la proposition d'assurance en libre passage lui soit retournée dans les délais.
17. Le système de suivi électronique de la Poste a permis d'établir que le courrier de l'assurance avait été délivré à l'adresse de l'assuré en date du 19 décembre 2018 à 13h11.
18. Par courrier non daté, mais portant le tampon de réception du 21 janvier 2019 de l'assurance, l'assuré a réclamé à cette dernière le paiement des indemnités. Il voulait savoir quand il serait payé et recevoir par écrit les formalités, ainsi qu'une décision.
19. Cette dernière lui a répondu par courrier du 24 janvier 2019 que faute d'avoir reçu en retour, dans les délais, la proposition d'assurance perte de gain à titre individuel, l'assuré n'était plus couvert pour la perte de gain en cas de maladie depuis le 23 avril 2018. Du point de vue de l'assurance, le cas était donc clos.
20. Le 25 février 2019, le syndicat UNIA, mandaté par l'assuré, a écrit à l'assurance, en alléguant que cette dernière n'avait renseigné l'assuré sur ses droits que tardivement, plus de six mois après la fin des rapports de travail, en fixant un délai

pour retourner l'assurance au « 22 juillet 2018 » et devait donc prendre en charge l'incapacité de travail jusqu'au 16 juin 2018. Une décision formelle était demandée en cas de refus.

21. Par courrier du 7 mars 2019 adressé au mandataire de l'assuré, l'assurance s'est déterminée en rappelant qu'elle avait été informée en date du 5 octobre 2018 du fait que l'assurance-accidents ALLIANZ avait refusé de prendre en charge le cas et qu'une proposition de libre-passage avait été envoyée à l'assuré le 18 octobre 2018 et qu'il l'avait retiré auprès de la Poste le 23 octobre 2018. Suite à l'appel téléphonique du 16 novembre 2018, une copie de la proposition avait été remise à l'assuré par courrier. À l'échéance du délai de trois mois fixé par l'art. 70 al. 3 LAMal, la proposition n'avait pas été retournée dûment datée et signée. Dès lors, l'assurance a pris la décision de ne verser aucune indemnité journalière à l'assuré. Il était encore mentionné que faute d'opposition dans les trente jours suivant la notification, la présente décision entrerait en force.
22. Le 8 avril 2019, le mandataire de l'assuré s'est opposé à la décision du 7 mars 2019 et a demandé son annulation. La chronologie des faits était récapitulée, notamment le fait que l'assuré ne s'était pas opposé à la décision d'ALLIANZ du 27 juillet 2018 de ne plus prester à partir du 9 février 2018, que le cas était donc passé « en maladie » dès le 9 février 2018 et que l'assurance avait pris en charge le cas jusqu'à la fin des rapports de travail, soit jusqu'au 22 avril 2018. En revanche, selon l'assuré, l'assurance se devait de prester jusqu'à la fin de l'incapacité de travail soit jusqu'au 15 juin 2018 inclusivement. En application du principe de la bonne foi, l'assuré ne pouvait pas savoir qu'il ne bénéficiait plus de l'assurance collective dès lors qu'il n'avait pas été informé de ses droits avant le mois d'octobre 2018. Dès lors, il fallait considérer que l'assurance collective avait continué de déployer ses effets et de couvrir l'assuré jusqu'en octobre 2018. On ne pouvait pas exiger de lui qu'il s'assure rétroactivement, à titre individuel, depuis la fin des rapports de travail, ce d'autant moins que l'assurance qui avait un devoir d'information accru ne l'avait pas respecté en l'espèce.
23. En date du 21 mai 2019, l'assurance a rendu une décision sur opposition, confirmant celle du 7 mars 2019 et rejetant l'opposition de l'assuré.
24. Ce dernier a recouru en date du 20 juin 2019 contre la décision du 21 mai 2019 et a conclu à l'annulation de la décision querellée, au paiement des prestations relatives à l'accident du 28 janvier 2018 jusqu'au 15 juin 2018 et à la condamnation de l'intimée aux dépens, comprenant une indemnité équitable.
25. Dans son recours, le mandataire de l'assuré a fait valoir que :
  - L'assurance avait failli à son devoir d'information envers l'assuré, notamment en omettant de l'informer en droit et en heure de son droit au libre-passage ;

- Une affiliation rétroactive avec des primes élevées pour une incapacité intervenue durant les rapports de travail et ayant pris fin au mois de juin 2018 était invraisemblable ;
- L'assurance était de mauvaise foi et essayait de préteriter l'assuré en persistant à ne pas remplir ses obligations.

26. Dans sa réponse du 6 août 2019, l'intimée a allégué que :

- À la suite de la résiliation des rapports de travail, le recourant était sorti du cercle des assurés de l'assurance collective avec effet au 22 avril 2018 sans que le recourant ne conteste le licenciement ;
- Informé du licenciement en date du 10 octobre 2018, l'intimée avait informé par courrier du 18 octobre, retiré par le recourant en date du 23 octobre 2018, que ce dernier pouvait bénéficier d'un libre-passage dans la police d'assurance à titre individuel et que le silence de sa part ne valait pas acceptation. Il incombait à l'assuré de compléter et retourner à l'assurance le formulaire intitulé « proposition d'assurance et déclaration d'adhésion » dans le délai de trois mois qui suivait la réception de la communication ;
- Que dans cet intervalle, plusieurs échanges épistolaires et téléphoniques avaient eu lieu entre l'intimée et le recourant afin de l'informer de ses droits et des délais pour faire valoir une éventuelle adhésion ;
- Au terme du délai de trois mois, soit le 24 janvier 2019, l'assuré avait été informé du fait que le délai pour être assuré en perte de gain via le libre-passage était désormais échu ;
- S'y ajoutait le fait que l'assuré était assisté d'un mandataire qualifié et qu'en dépit de cette assistance il n'avait pas fait valoir ses droits dans les délais fixés par la loi ;
- L'intimée mettait également en cause la bonne foi du recourant et de son employeur, les soupçonnant d'avoir agi de concert pour déclarer un accident de travail dont les circonstances restaient « opaques » et qui avait conduit à une indemnisation disproportionnée par rapport à la gravité du cas.

27. Le recourant a répliqué en date du 20 août 2019 et a allégué, en substance, qu'il ne pouvait pas être tenu pour responsable de la communication tardive faite par l'employeur à l'assurance et ne devait donc pas en subir les conséquences. Le recourant alléguait également n'avoir – dans le cas d'espèce - bénéficié d'aucune assistance d'un mandataire professionnellement qualifié avant le 25 février 2019. Pour le reste, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours.

28. L'intimée a dupliqué en date du 12 septembre 2019, rappelant, en substance, que le délai de trois mois permettant de bénéficier de l'assurance perte de gain

---

individuelle n'avait commencé à courir qu'à partir de la communication faite par l'assurance à l'assuré et que l'inaction, respectivement, le retard de l'employeur n'avait aucunement empêché le recourant de bénéficier de la période légale de trois mois qu'il n'avait pas mise à profit. L'intimée persistait donc dans sa décision.

29. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

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

3. Est litigieuse la question de savoir si en raison de la communication tardive par l'intimée des droits du recourant de passer en assurance individuelle dans un certain délai, le recourant peut bénéficier des prestations de l'assurance collective perte de gain jusqu'au moment de la fin de son incapacité de travail le 15 juin 2018 inclusivement.

4. L'art. 3 al. 1 LPGA dispose qu'est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Conformément à cette disposition, l'incapacité de travail dont a souffert le recourant jusqu'au 15 juin 2018 inclusivement est soumise au régime de la LAMal depuis le 9 février 2018, suite à la décision entrée en force rendue par l'assurance accident ALLIANZ, le 27 juillet 2018.

5. a. Selon l'art. 324a al. 1 CO, si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des raisons inhérentes à sa personne, telles que notamment la maladie, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois. Pendant la première année de service, l'employeur est tenu de payer le salaire de trois semaines (art. 324a al. 2 CO). Il peut toutefois être dérogé aux prescriptions précitées par accord écrit, contrat-type de travail ou convention collective à

condition que des prestations au moins équivalentes soient accordées au travailleur (art. 324a al. 4 CO).

b. Il arrive ainsi fréquemment que l'employeur choisisse de conclure une assurance couvrant le risque de la perte de gain en raison de la maladie, sous la forme d'une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal ou d'une assurance d'indemnités journalières soumise à LCA (arrêt 5C.41/2001 du 3 juillet 2001 consid. 2b/bb).

Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 aLAMal, dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Selon l'art. 67 al. 2 let. a LAMal, l'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes. L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées ; ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 LAMal). Le preneur d'assurance est l'employeur et le bénéficiaire le travailleur. Le droit aux prestations d'assurance appartient de par la loi directement à l'assuré/travailleur (art. 67 LAMal). À noter cependant que, selon l'article 19 al. 2 LPGa, les prestations de l'assurance sont versées à l'employeur, dans la mesure où il continue à verser un salaire à l'assuré malgré son droit à des indemnités journalières.

c. Lorsqu'une telle assurance est conclue, que les conditions prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 100/96 du 23 septembre 1997, reproduit in SVR 1998 KV 5 13, consid. 5c). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances - critiquée par certains (cf. notamment MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, p. 42) -, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation ; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours (ATF 125 V 106 consid. 3 et les références citées).

C'est pourquoi l'art. 71 LAMal prévoit que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle; s'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (art. 71 al. 2 LAMal).

Si l'assureur néglige l'obligation qui lui est faite à l'art. 71 al. 2 LAMal de renseigner l'assuré sur son droit à être transféré dans l'assurance individuelle, l'assuré demeure, en vertu de la réglementation expresse de l'art. 71 al. 2 2e phrase, LAMal, dans l'assurance collective – même si, par suite de dissolution du contrat d'assurance collective, il a été en principe exclu de celui-ci (art. 71, al. 1, 1ère phrase LAMal) ; les raisons pour lesquelles l'assuré a été exclu de l'assurance collective ou qui ont conduit l'assureur à négliger son obligation de renseigner l'assuré sont sans pertinence (RAMA 2002, pages 458 et 459).

6. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).
7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_752/2016 du 3 février 2017 consid. 5.2.2 destiné à la publication et 8C\_662/2016 consid. 4.3).

8. En l'espèce, il est patent et admis par l'intimée que cette dernière n'a informé l'assuré de la possibilité de conclure une assurance individuelle perte de gain, en bénéficiant du libre passage depuis l'assurance collective conclue avec l'employeur, qu'en date du 18 octobre 2018. Compte tenu des éléments de suivi électronique fournis par la Poste, la chambre de céans considère comme établi, en dépit des attermolements de l'assuré, que ce dernier a reçu la communication de l'intimée en date du 23 octobre 2018.

L'indication erronée dans ledit courrier de la fin du délai de trois mois pour accepter l'offre « au 22 juillet 2018 » n'a pas d'incidence dès lors que l'assuré n'avait pas l'intention de conclure une assurance individuelle avec l'intimée, au motif, notamment, que l'acceptation de cette proposition d'assurance individuelle l'aurait conduit à devoir payer des primes mensuelles de CHF 241.- avec effet rétroactif depuis le 23 avril 2018, ce qu'il présente dans ses écritures comme étant « disproportionné ». Partant, l'argumentation développée par l'intimée sur le fait que le recourant était assisté depuis le mois de juillet 2018 d'un mandataire professionnellement qualifié (ci-après : mandataire) n'est pas pertinente dès lors que le recourant ne demande pas de prolongation ou de restitution du délai de trois mois, pour passer dans l'assurance individuelle, mais considère avoir droit à des indemnités sur la base de l'assurance collective conclue avec C\_\_\_\_\_.

Au surplus, la chambre de céans considère comme hautement vraisemblable que ledit mandataire était uniquement chargé du contentieux avec l'assurance-accident ALLIANZ qui allait aboutir à la décision négative du 27 juillet 2018. Le fait que l'assuré n'ait pas, après cette décision négative, pris contact avec l'intimée, jusqu'à la réception de la lettre d'octobre 2018 renforce cette hypothèse, dès lors que s'il avait été assisté d'un mandataire chargé de revoir l'ensemble du dossier, ce dernier aurait probablement pris spontanément contact avec l'intimée, dès après réception de la décision de refus de ALLIANZ, dès lors qu'une grande partie de la période d'incapacité de travail passait de l'accident à la maladie.

L'intimée se défend d'une communication tardive, au motif qu'elle ne pouvait informer le recourant avant d'avoir été elle-même informée, par l'employeur, de son incapacité de travail et qu'une fois l'information reçue, elle a rapidement écrit au recourant ce qui a déclenché le départ du délai de trois mois prévu par l'art. 71 al. 2 LAMal.

La chambre de céans constate que, dans le but de pouvoir faire face à ses obligations, telles que prévues par les art. 67ss LAMal, l'intimée a fixé des obligations au preneur d'assurance/employeur ; celui-ci a notamment l'obligation fixée par les CGA « d'informer les assurés sur leurs droits et obligations qui découlent de l'assurance en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsqu'ils cessent d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat prend fin » (art. 27 al. 1 CGA « obligations du preneur d'assurance »), ainsi que « d'informer immédiatement l'assureur lorsqu'un assuré en incapacité de travail sort du contrat collectif » (art. 27 al. 3 CGA) et « d'annoncer les cas de sinistre et à fournir à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir la perte de salaire ou de gain » (art. 27 al. 6 CGA).

Il est patent que le preneur d'assurance C\_\_\_\_\_ n'a pas respecté ses obligations à l'égard de l'assuré et de l'assurance ; la lettre de licenciement ne contient aucune information quant à la possibilité pour le recourant de conclure une assurance perte de gain à titre individuelle avec l'intimée et l'intimée n'a pas été informée par

l'employeur du cas d'incapacité de travail du recourant avant le 5 octobre 2018, alors que le sinistre s'était produit le 28 janvier 2018 et que l'employeur savait – au plus tard depuis la réception de la copie de la décision de l'assurance ALLIANZ du 27 juillet 2018 – que le recourant ne bénéficiait d'aucune prestation pour perte de gain servie par l'assurance accidents, au-delà de la date du 9 février 2018.

Étant précisé que même si C\_\_\_\_\_ avait informé immédiatement l'intimée à ce moment – soit le 27 juillet 2018 - le recourant ne faisait plus partie de son personnel depuis le 22 avril 2018 et l'incapacité de travail était terminée depuis le 16 juin 2018 ; l'annonce à l'intimée aurait été de toute façon tardive.

La chambre de céans considère que l'intimée a pris le risque de faire dépendre de la diligence du preneur d'assurance/employeur la communication des informations à l'assuré, ainsi que l'annonce, à elle-même, de l'existence d'un cas d'employé en incapacité de travail.

Ainsi, même si elle n'a pas omis fautivement d'informer l'assuré dès qu'elle a appris le cas d'incapacité de travail, l'intimée n'en a pas moins pris le risque que, faute de communication fournie par l'employeur, l'assuré demeure dans l'assurance collective après la fin des rapports de travail. Il s'agit typiquement d'un cas où « les raisons qui ont conduit l'assureur à négliger son obligation de renseigner l'assuré sont sans pertinence » (RAMA 2002, pages 458 et 459).

Étant encore précisé que le terme omettre signifie : action de négliger de dire ou de faire ce que l'on devait dire ou faire, oubli, lacune (dictionnaire LAROUSSE en ligne) et doit être compris dans son sens large ; ainsi le fait d'avoir communiqué ses droits à l'assuré tardivement, en octobre 2018, n'a pas « guéri » l'omission d'avoir informé l'assuré dès la fin des rapports de travail. Le dispositif prévu par l'article 27 al. 3 CGA à la charge de l'employeur met en avant la rapidité avec laquelle l'annonce doit avoir lieu puisque « le preneur d'assurance doit informer immédiatement l'assureur lorsqu'un assuré en incapacité de travail sort du contrat collectif ».

9. L'intimée invoque également dans ses écritures la libération de l'obligation de prêter au motif de « l'engagement contraire aux règles de la bonne foi », alléguant qu'en vertu de l'art. 12 al. 3 CGA « le droit au passage en qualité de membre individuel n'existe pas lorsque l'engagement de la personne à assurer ne respecte pas les règles de la bonne foi ». Cette argumentation ne saurait être suivie dès lors que - indépendamment de la problématique de la bonne foi, qui doit être présumée - comme cela a été vu supra, la question litigieuse n'est pas celle du passage à la qualité de membre individuel, mais du maintien dans l'assurance collective en application de l'art. 71 al. 2 deuxième phrase LAMal. Comme l'a relevé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 23 janvier 2008, K 132/06, consi. 5.1 : « Au demeurant, la reconnaissance d'un défaut de renseigner ne pourrait entraîner le passage du recourant dans l'assurance individuelle, mais uniquement son maintien dans l'assurance collective (cf. art. 71 al. 2 deuxième phrase LAMal) ».

Enfin, les considérations de l'intimée sur le montant de CHF 10'000.- qui aurait été perçu par le recourant « suite à un faux mouvement dont la gravité ne dépasse pas le stade du cas bagatelle » ne sont d'aucune aide dans le cas d'espèce qui ne porte pas sur la gravité du sinistre et la durée de l'incapacité de travail, mais sur le principe de la couverture de la perte de gain par l'assurance collective de l'intimée.

Dès lors et conformément à l'art. 71 al. 2 deuxième phrase LAMal, le recourant doit être considéré comme faisant partie de l'assurance collective jusqu'au 15 juin 2018 inclusivement.

Il en résulte que l'intimée doit prester jusqu'à la fin de l'incapacité de travail du recourant, soit jusqu'au 15 juin 2018 inclusivement.

En conséquence, le recours sera admis.

10. Vu l'issue donnée au recours et compte tenu du fait que le recourant est assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, un montant de CHF 2'000.- est alloué au recourant, à titre de dépens, à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).
11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 21 mai 2019.
3. Condamne l'intimée à verser au recourant les prestations relatives aux suites du sinistre du 28 janvier 2018, conformément aux conditions stipulées dans le contrat d'assurance perte de gain LAMal n° \_\_\_\_\_, conclu avec Monsieur B\_\_\_\_\_, respectivement C\_\_\_\_\_, jusqu'à la date du 15 juin 2018 inclusivement.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant un montant de CHF 2'000.-, à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Diana ZIERI

Philippe KNUPFER

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