

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2365/2024

ATAS/527/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 4 juillet 2025**

**Chambre 9**

En la cause

A \_\_\_\_\_,  
représentée par Me Philippe GORLA, avocat

demanderesse

contre

**ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA,**  
représentée par Me Philippe EIGENHEER, avocat

défenderesse

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

---

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : la société), avec siège à Genève, a pour but la restauration rapide sur place et à l'emporter.
- en est l'associé-gérant président avec signature individuelle.
- b.** Le 7 février 2017, la société a conclu avec ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance) un contrat d'assurance-maladie collective en faveur de l'ensemble de son personnel.
- c.** C\_\_\_\_\_ (ci-après également : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1989, est l'associé gérant, avec signature individuelle, de la société D\_\_\_\_\_, inscrite au registre du commerce le 8 mars 2016 et ayant pour but de fournir des prestations en matière de comptabilité, fiscalité, gestion des salaires et divers services administratifs.
- B.**    **a.** Par certificat médical daté du 14 juillet 2023, le docteur E\_\_\_\_\_ a attesté d'un arrêt de travail de C\_\_\_\_\_ de 100% pour cause de « maladie » du 16 juin au 14 juillet 2023.
- b.** Par courriel du 18 juillet 2023, SWISS PREMIUM INSURANCE Sàrl, courtier en assurances, a transmis à l'assurance les certificats médicaux de C\_\_\_\_\_ pour la période du 16 juillet au 14 août 2023.
- c.** De la mi-juillet à fin août 2023, l'intéressé a bénéficié d'une prise en charge au sein d'un centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI). Selon un rapport médical initial rempli par les médecins du CAPPI, transmis à l'assurance le 21 septembre 2023, l'intéressé souffrait d'un « épisode dépressif modéré ». Son incapacité de travail avait duré du 14 juillet au 25 août 2023 à 100%, puis du 25 août 2023 au 15 septembre 2023, à 50%. À partir du 16 septembre 2023, une reprise du travail était prévue à 100%.
- d.** Le 23 août 2023, la société a adressé une déclaration de maladie à l'assurance concernant C\_\_\_\_\_. Selon la déclaration, ce dernier avait été engagé le 1<sup>er</sup> juin 2023 en qualité de « responsable administratif à 80% pour la société pour un salaire mensuel brut de CHF 6'500.- (13<sup>e</sup> salaire inclus). Les indemnités journalières devaient être versées directement sur le compte bancaire de l'assuré.
- e.** À la demande de l'assurance, C\_\_\_\_\_ a rempli, le 1<sup>er</sup> septembre 2023, un questionnaire maladie, mentionnant une « dépression, des crises d'angoisses, un *burn-out*, un manque de sommeil et difficultés à rester concentré ».
- f.** Le 14 septembre 2023, l'assurance s'est entretenue avec ce dernier au sujet de son engagement et de ses conditions salariales. Lors de cet entretien, C\_\_\_\_\_ a notamment indiqué qu'il avait été engagé par la société le 1<sup>er</sup> mai 2023 et que son salaire mensuel brut (13<sup>e</sup> salaire compris) s'élevait à CHF 6'500.- par mois. Le salaire lui était versé en mains propres à la fin du mois, et prélevé dans la caisse du restaurant. L'intéressé n'avait toutefois pas été en mesure d'indiquer la somme

reçue lors du paiement de son salaire. Il a également déclaré qu'il menait une activité parallèle de fiduciaire, mais qu'il n'avait pas d'assurance perte de gain pour celle-ci et qu'il ne se versait pas de salaire.

**g.** Par courriel du 14 septembre 2023 adressé à C\_\_\_\_\_, l'assurance a sollicité un certain nombre de documents, à savoir tous ses décomptes de salaire auprès de la société, tous les justificatifs de versement du salaire, son contrat de travail ou l'avenant établi par F\_\_\_\_\_, ainsi que son contrat de travail auprès de la société.

**h.** Par courriel du 20 septembre 2023, C\_\_\_\_\_ a transmis son avenant au contrat de travail chez F\_\_\_\_\_ du 20 mars 2023, des décomptes de salaire pour les mois de mai, juin et juillet 2023, ainsi que son « contrat de travail » avec la société demanderesse. Ce dernier, daté du 8 mars 2023, prévoyait qu'il avait été engagé en qualité de « responsable administratif » à durée indéterminée au taux de 80% à compter du 1<sup>er</sup> mai 2023. Son salaire mensuel brut s'élève à CHF 6'000.-, versé treize fois l'an.

**i.** Un entretien a eu lieu le 22 septembre 2023 entre l'associé-gérant de la société et l'assurance. Lors de cet entretien, la société a notamment confirmé le paiement des salaires de son personnel via la caisse et mentionné s'être vu infliger une amende de plusieurs centaines de milliers de francs par l'office fédéral de la douane suisse.

**j.** Par courriel du 2 octobre 2023 adressé à la société, l'assurance a invité la société à produire « l'extrait de caisse complet de son établissement pour les mois de mai et juin 2023, soit le relevé de tous les encaissements effectués (tickets de caisse) et de tous les prélèvements en relation avec le versement du salaire [de C\_\_\_\_\_] », ainsi que la comptabilité de la société pour l'année 2022 (bilan et compte de résultat), cela « afin de confirmer ses déclarations et de justifier le versement du salaire à l'assuré ».

**k.** Par courriel du 4 octobre 2023, la société a transmis les rapports mensuels de la caisse, les retraits effectués sur le compte PostFinance pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2023, la comptabilité de la société (bilan et compte de résultat) des années 2021 et 2022 et les rapports opérationnels (produit des ventes) des mois d'avril à juillet 2023.

**l.** Par courriel du 9 octobre 2023, l'assurance a requis de la société des explications sur les différents retraits indiqués dans l'extrait des transactions pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2023.

**m.** Le 12 octobre 2023, B\_\_\_\_\_ a répondu que la caisse servait essentiellement au versement des salaires, accessoirement aux dépenses courantes du restaurant. Il a produit un extrait du « Compte 1000 Caisse » de la société établi le même jour et portant sur la période du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2023.

**n.** Par courrier du 20 novembre 2023, la société a invité l'assurance à verser à son employé les indemnités journalières à compter du 17 juillet 2023. Elle a produit le

« Compte 1000 Caisse » de la société pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2023.

**o.** Par courrier du 22 novembre 2023 adressé à la société, l'assurance a refusé le versement d'indemnités journalières en faveur de l'assuré. La société n'avait pas apporté la preuve de la survenance des conséquences du sinistre avec la vraisemblance prépondérante requise. Ses propres recherches et investigations apportaient clairement une contre preuve suffisante à ébranler la vraisemblance des conséquences du sinistre déclaré. D'autre part, compte tenu des déclarations contradictoires obtenues de sa part et de celles de l'assuré concernant l'activité exercée dans sa société à partir du 1<sup>er</sup> mai 2023, ses relations antérieures avec l'assuré et les pertes financières annoncées par la société dès l'année 2021 qui ne cessaient de s'accroître, elle mettait en doute l'engagement de l'intéressé dans la société, pour le moins aux conditions salariales annoncées.

Les documents transmis par la société, notamment l'extrait du « Compte 1000 Caisse » transmis le 4 octobre 2023 et l'extrait PostFinance, ne permettaient pas de justifier le versement d'un quelconque salaire, y compris à C\_\_\_\_\_.

Le nouvel extrait du « Compte 1000 Caisse » transmis le 20 novembre 2023 ne commençait que le 17 mai 2023 (bien qu'il portât sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2023) et comportait des modifications par rapport à celui qui avait été transmis précédemment, en particulier l'ajout de transactions relatives au paiement du salaire de C\_\_\_\_\_.

**p.** Par courrier du 27 novembre 2023, la société a réitéré sa demande de versement des indemnités journalières. Elle a précisé que l'assuré avait été engagé par la société le 1<sup>er</sup> mai 2023 ; il avait délivré des prestations de travail contre rémunération jusqu'au 16 juin 2023, date de son incapacité de travail totale. Il exerçait la fonction de responsable administratif, ce qui englobait la gestion de l'administratif, la comptabilité, ainsi que l'assainissement et le développement de la société. Les informations transmises n'étaient donc pas contradictoires mais complémentaires. Le fait qu'il existait une relation d'amitié entre l'assuré et B\_\_\_\_\_ ne suffisait pas à remettre en doute l'existence d'un engagement. Le salaire de l'assuré était directement prélevé de la caisse du restaurant, comme en attestait le compte des dettes résultant des charges de personnel et les tableaux récapitulatifs des salaires bruts et nets annexés.

**q.** Le 12 décembre 2023, C\_\_\_\_\_ a été convoqué à une évaluation médicale, en vue de la réalisation d'une expertise psychiatrique portant sur sa capacité de travail par le docteur G\_\_\_\_\_.

**r.** Dans son rapport d'évaluation psychiatrique du 5 janvier 2024, le Dr G\_\_\_\_\_ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail de l'assuré. L'assuré n'était pas décompensé sur le plan psychique. Aucun symptôme de la lignée anxieuse ou dépressive n'était constaté. L'humeur était neutre. L'expert n'a pas constaté de cognitions relevant du registre dépressif, telles que

des idées de dévalorisation ou la culpabilité morbide, ni de signes de réduction de l'énergie. La description que l'assuré donnait de son quotidien parlait en défaveur d'un tel symptôme. Celle-ci indiquait que l'intérêt pour diverses activités, y compris ses loisirs, était préservé et qu'il n'y avait pas d'anhédonie ni d'aboulie. L'examen ne mettait pas en évidence de troubles attentionnels et le fait que l'assuré ne rencontrait pas de difficultés dans les tâches relativement exigeantes sur ce plan (travaux de bricolage, lecture) parlait en défaveur d'un déficit de concentration cliniquement significatif.

Dans l'anamnèse, l'expert a relaté les déclarations de C\_\_\_\_\_, selon lesquelles il avait travaillé pendant quelques années comme comptable indépendant et que le patron de la société était un « ami de longue date »

Parmi les documents que C\_\_\_\_\_ a remis à l'expert figure un compte rendu de la prise en charge au CAPPI, daté du 29 août 2023 et signé par le docteur H\_\_\_\_\_, médecin interne, I\_\_\_\_\_, chef de clinique, et J\_\_\_\_\_, médecin adjoint agréé. En ce qui concernait l'anamnèse familiale, il était relevé que l'assuré avait indiqué travailler à « 60% comme responsable des ressources humaines chez K\_\_\_\_\_ et à 20% dans l'entreprise de recrutement d'un ami ».

s. Par courrier du 30 janvier 2024, l'assurance a informé la société qu'elle était exclue du cercle de ses assurés, tout comme elle l'avait fait pour C\_\_\_\_\_ par courrier du même jour. La couverture d'assurance s'était éteinte le 16 juin 2023. En lui transmettant la déclaration de maladie de l'assuré et les divers documents pour justifier son engagement ainsi que le versement d'un salaire, la société avait tenté d'obtenir des prestations d'assurance auxquelles elle savait ne pas avoir droit. Cette infraction remplissait les éléments tant objectifs que subjectifs de la prétention frauduleuse, conformément à l'art. 40 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1). La société avait tout mis en œuvre pour permettre à son ami de bénéficier de prestations d'assurance injustifiées au travers de sa police. L'arrêt de travail était médicalement injustifié et aucune mention de la société n'avait été faite par l'assuré au sujet de ses employeurs lors de sa prise en charge du début du traitement médical. Même en l'absence d'une prétention frauduleuse au sens de l'art. 40 LCA, elle aurait refusé d'intervenir dans ce sinistre, faute de diagnostic médical objectif pouvant justifier l'incapacité de travail de l'assuré.

t. Par courrier du 31 janvier 2024 adressé à C\_\_\_\_\_, l'assurance a réclamé le remboursement des frais engagés lors de la gestion du sinistre d'un montant total de CHF 5'222.-. Cette somme correspondait aux frais de l'expertise médicale du Dr G\_\_\_\_\_.

u. Par rapport médical du 8 mars 2024, la docteure L\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a posé le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. Elle a relevé que la symptomatologie psychique de l'assuré continuait de s'améliorer, avec une augmentation progressive de sa capacité de travail, « actuellement à

---

50% ». Il s'était rendu aux consultations les 25 septembre 2023, 3 octobre 2023, 12 octobre 2023, 19 octobre 2023, 26 octobre 2023, 2 novembre 2023, 13 novembre 2023, 24 novembre 2023, 5 décembre 2023, 14 décembre 2023 et 21 décembre 2023. Il avait également bénéficié d'un suivi au CAPPI de mi-juillet à fin août 2023, en raison d'une péjoration nette de l'humeur. Un épisode dépressif modéré avait été posé. Un traitement antidépresseur de sertraline avait été introduit et augmenté jusqu'à 150 mg par jour.

v. Le 22 avril 2024, le docteur M\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute et médecin-conseil de l'assurance, a relevé que le rapport d'opposition ne contenait pas d'informations permettant de remettre en question les conclusions de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, ni de clarifier les nombreuses incohérences soulevées par l'expert.

w. Par courrier du 26 avril 2024, l'assurance a informé la société qu'elle maintenait, dans son entier, sa prise de position du 30 janvier 2024.

x. Le 31 mai 2024, l'assuré a cédé à la société l'ensemble des créances présentes et futures à l'encontre de la société dans le cadre du sinistre.

- C. a. Le 11 juillet 2024, la société a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) d'une demande à l'encontre de l'assurance, en concluant à la réintégration de C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ dans le cercle des assurés de la police n° 1\_\_\_\_\_ avec effet au 16 juin 2023, à la condamnation de l'assurance au paiement de CHF 5'222.- plus intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> février 2024, correspondant aux frais d'expertise psychiatrique réalisée le 2 janvier 2024, de CHF 48'214.15 plus intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, sous réserve d'amplification, le tout sous suite de dépens. À titre préalable, elle a sollicité l'audition de C\_\_\_\_\_, de la Dre L\_\_\_\_\_, du Dr E\_\_\_\_\_ et la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire aux fins de déterminer l'incapacité de travail de C\_\_\_\_\_.

Le 16 juin 2023, C\_\_\_\_\_ lui avait annoncé son incapacité de travail totale, en raison d'une dépression. Elle lui avait versé son salaire en mains propres pour la période du 16 juin au 16 juillet 2023. Le 18 juillet 2023, son courtier en assurance avait transmis à l'assurance les certificats médicaux de son employé pour la période du 16 juillet au 14 août 2023. Aucune suite n'avait toutefois été donnée à sa demande. Elle avait ensuite été contrainte de remplir une déclaration de maladie, qu'elle avait adressée au Service des sinistres le 23 août 2023. La date du début d'engagement au 1<sup>er</sup> juin 2023, indiquée dans la déclaration de maladie, était une erreur de plume.

L'assurance s'était uniquement basée sur l'expertise médicale des Drs G\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, négligeant le rapport médical de la Dre L\_\_\_\_\_. Or, contrairement à ce qu'indiquait l'expert, C\_\_\_\_\_ souffrait d'un épisode dépressif caractérisé, entraînant une incapacité de travail totale pour la période du 16 juin 2023 au 25 janvier 2024. Aucune incohérence ne devait être retenue dans le diagnostic posé

---

par la Dre L\_\_\_\_\_. C\_\_\_\_\_ et l'associé gérant de la société avaient toujours répondu aux diverses sollicitations de l'assurance, en transmettant régulièrement les documents requis et en fournissant les informations demandées. On ne constatait ainsi aucune volonté de tromper l'assurance, en transmettant des documents faux ou en taisant certains éléments. Les conditions de l'art. 40 LCA n'étaient ainsi nullement réalisées. Les conditions ouvrant le droit à des indemnités journalières étaient donc réunies.

Elle a notamment produit un décompte de salaire pour le mois de juin 2023, mentionnant un paiement en espèces de CHF 5'593.80 survenu le 27 juin 2023 et un décompte de salaire pour le mois de juillet 2023, mentionnant le paiement en espèces de CHF 2'999.25 survenu le 28 juillet 2023 et la déclaration de maladie, dans laquelle il était indiqué la date d'engagement de C\_\_\_\_\_ était le 1<sup>er</sup> juin 2023.

**b.** Par réponse du 15 octobre 2024, l'assurance a conclu au déboutement de la demanderesse de toutes ses conclusions, sous suite de frais et dépens. Préalablement, elle a requis la production du rapport du CAPPI du 29 août 2023 au sujet de C\_\_\_\_\_, ainsi que la production de la preuve de résiliation de la police d'assurance n° 2\_\_\_\_\_.

La demanderesse n'avait pas la légitimation active s'agissant des frais d'expertise. Il s'agissait d'une créance de l'assurance par rapport à C\_\_\_\_\_, de sorte qu'il ne pouvait la céder valablement à quiconque.

Le contrat de travail entre C\_\_\_\_\_ et la société n'était manifestement pas réel. Premièrement, il existait manifestement un doute sur la date d'entrée en vigueur du prétendu contrat de travail, dans la mesure où la date du 1<sup>er</sup> mai 2023 figure sur ledit contrat, mais que celle du 1<sup>er</sup> juin 2023 avait été inscrite sur la déclaration de maladie adressée à l'assurance. Deuxièmement, la situation financière de la société n'avait fait que s'envenimer au cours des dernières années, et ses pertes n'avaient fait que s'accroître. La comptabilité de l'année 2022 de la société faisait état d'une perte d'environ CHF 70'000.-. Dans ces circonstances, la thèse selon laquelle le mois de mai (ou juin) 2023 aurait été une période adéquate pour engager, à 80%, un employé supplémentaire, paraissait totalement invraisemblable. Troisièmement, il n'existait aucune preuve tangible, ou même crédible, du paiement des salaires de C\_\_\_\_\_ par la société, mise à part les déclarations des parties, dont la force devait être fortement relativisée. Les extraits de caisse de la société ne mentionnaient aucune sortie d'argent en lien avec de quelconques paiements. S'il ressortait certes de l'extrait PostFinance transmis par l'associé de la société que plusieurs retraits d'argent avaient été effectués entre mars et juillet 2023, tant les montants y relatifs que les dates des retraits ne correspondaient pas avec les dates annoncées par C\_\_\_\_\_ pour le versement de son prétendu salaire. Il était d'ailleurs étonnant que la demanderesse produise des versements de salaire survenus dès le mois de septembre 2023, alors qu'en décembre 2023, elle avait indiqué que son employé ne percevait plus de

salaire depuis le mois de juillet 2023. Quatrièmement, les déclarations que C\_\_\_\_\_ avait lui-même faites aux médecins du CAPPI au sujet de son activité professionnelle contredisaient de manière évidente le fait que ce dernier aurait été effectivement employé de la société au moment du sinistre du mois de juin 2023, dans la mesure où il leur avait indiqué qu'il travaillait « à 60% comme responsable des ressources humaines chez K\_\_\_\_\_ et à 20% dans l'entreprise de recrutement d'un ami ». Cinquièmement, il ressortait des constatations du Dr G\_\_\_\_\_, confirmées par le Dr M\_\_\_\_\_, que l'arrêt de travail était injustifié. Or, tant C\_\_\_\_\_ que l'associé de la société n'avaient cessé de tenter de faire croire à l'assurance que les rapports de travail étaient réels, afin que C\_\_\_\_\_, respectivement la société, puissent prétendre au versement des indemnités journalières. L'élément subjectif était ainsi manifestement donné. Les conditions d'application de l'art. 40 LCA étaient ainsi manifestement remplies. L'assurance était donc en droit de refuser de prester intégralement.

À titre subsidiaire, le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ avait permis de mettre en lumière les innombrables incohérences qui résultaient des autres rapports médicaux, notamment ceux du CAPPI et de la Dre L\_\_\_\_\_, qui concluaient tantôt à un épisode dépressif modéré ou sévère, avec ou sans trouble de l'adaptation, sans discuter de manière détaillée les différents critères médicaux permettant de poser ces diagnostics. Aucun diagnostic médical ne justifiait ainsi l'incapacité de travail déclarée de C\_\_\_\_\_, lequel vivait probablement des difficultés familiales et financières.

Il ressortait, enfin, de l'ensemble des éléments qu'au moment de la période d'incapacité alléguée du mois de juin 2023, C\_\_\_\_\_ n'était pas assuré en perte de gain pour maladie, que ce soit dans le cadre de son activité pour F\_\_\_\_\_ ou de celle déployée pour sa propre société D\_\_\_\_\_.

c. Lors de l'audience du 15 novembre 2024, la demanderesse a produit un nouveau chargé de pièces, dont un certificat médical daté du 25 janvier 2024 de la Dre L\_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail de 70% du 25 janvier au 18 février 2024, l'extrait de compte individuel AVS de C\_\_\_\_\_ daté du 7 novembre 2024, des pièces comptables annuelles et compte salaire personnel de la société pour les années 2023 et 2024, les extraits du compte bancaire de C\_\_\_\_\_ pour la période de juin à août 2024 et les décomptes de salaire, non signés par l'assuré, pour les mois de mai et décembre 2023 et janvier à août 2024.

La demanderesse a répondu aux allégués de la défenderesse dans sa réponse du 15 octobre 2024 et maintenu ses offres de preuve. Elle a relevé en particulier que C\_\_\_\_\_ avait consulté son médecin traitant le 16 juin 2023 mais que le certificat médical établi à cette date avait été « égaré », raison pour laquelle il avait dû retourner le 14 juillet 2023. C'était B\_\_\_\_\_ qui avait rempli la déclaration de maladie, avec l'aide de C\_\_\_\_\_. Il n'y avait rien de contradictoire dans le fait de chercher à revenir à meilleure fortune à l'aide d'un responsable administratif, étant précisé que son objectif était d'ouvrir plusieurs autres restaurants. La

stratégie de la société pour combler ses pertes financières ne faisait pas l'objet du litige. L'engagement de C\_\_\_\_\_ était un investissement sur le long terme. Les versements opérés par la société à l'intéressé de septembre à décembre 2023 constituaient des aides financières destinées à être remboursées. En décembre 2023, lorsque la société s'était aperçue que les indemnités journalières ne seraient pas versées, elle a complété ses aides par une avance sur salaire. C\_\_\_\_\_ avait vécu plusieurs événements stressants ; il était devenu père il y a quelques années et avait dû soutenir ses parents qui étaient en situation précaire.

La défenderesse s'est également déterminée sur les allégués de la demanderesse et maintenu ses offres de preuve.

Sur quoi, la chambre de céans a ordonné la tenue d'un interrogatoire des parties, ainsi que l'audition de C\_\_\_\_\_.

**d.** L'interrogatoire des parties a eu lieu le 6 décembre 2024. La demanderesse a modifié la conclusion n°7 de sa demande en ce sens que la défenderesse était condamnée à verser des indemnités journalières pour perte de gain maladie d'un montant de CHF 46'146.50 avec intérêts à 5% l'an à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

B\_\_\_\_\_ a déclaré connaître C\_\_\_\_\_ depuis le cycle d'orientation, soit depuis 2005. Il avait décidé de l'engager car il était déjà prestataire externe de plusieurs sociétés et souhaitait qu'il s'occupe de la comptabilité et de l'administration de ses trois sociétés. Il ne pouvait pas dire à quel taux il travaillait pour chacune de ses sociétés ; il faisait « un petit peu comme il voulait ». Il n'y avait pas de bureau à la société. En revanche, un bureau était à la disposition de son employé dans sa société N\_\_\_\_\_. Il travaillait également dans des cafés ou à la maison. Il ne travaillait pas exclusivement pour ses sociétés mais agissait en tant que prestataire externe pour ses propres clients. Il n'y avait pas d'horaires fixes de travail et n'avait pas de contrôle du temps de travail. Ils fonctionnaient sur la base de la confiance. Il travaillait selon ses propres horaires, comme il le voulait. Il avait toujours versé les salaires en espèces. C'était plus simple de payer en espèces que d'aller à la banque tous les jours, étant précisé qu'il y avait toujours beaucoup d'espèces dans la caisse.

À la fin du mois de juin 2023, C\_\_\_\_\_ était passé au restaurant et lui avait indiqué qu'il ne se sentait pas bien et qu'il avait besoin de repos. Avant cette discussion, il n'avait rien remarqué de particulier s'agissant de son état de santé.

Il lui avait remis une lettre de licenciement en juillet 2024 car il n'arrivait plus à assumer son poste financièrement. Il ne l'avait pas remplacé. Il s'occupait encore de sa comptabilité et était rémunéré par virement bancaire à hauteur de CHF 500.- par mois.

Le représentant de la défenderesse a indiqué que le fait d'engager un employé administratif était un « non-sens » pour la société qui avait essuyé des pertes lors des précédents exercices, lesquelles allaient en s'agrandissant. Aucune des méthodes de paiement du salaire ne lui paraissait crédible. Les pièces étaient

amenées au fur et à mesure que la société se rendait compte que les pièces produites ne suffisaient pas à établir le versement du salaire.

**e.** Lors de l'audience d'enquêtes du même jour, C\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il connaissait B\_\_\_\_\_ depuis environ 2016/2017. Ils se connaissaient d'avant mais s'étaient perdus de vue. Il avait commencé à travailler pour la société en 2016 en qualité de prestataire externe. Il s'occupait de la comptabilité. Le « *business plan* » avait été élaboré en 2016 et n'avait pas été modifié depuis. Il avait été engagé en qualité d'adjoint administratif pour la société en 2023. L'idée était de « mettre de l'ordre dans les documents cumulés et d'élaborer de nouveaux business plans face aux défis de la société ». Il n'avait rendu aucun « *business plan* », il n'avait pas eu le temps. Il s'agissait surtout de mettre de l'ordre dans les documents administratifs, c'était la première mission. Il fallait aussi comprendre comment fonctionnait la relation avec les fournisseurs et les employés. B\_\_\_\_\_ avait deux autres sociétés : N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. Il avait travaillé chez F\_\_\_\_\_ depuis début 2020 jusqu'à avril 2023 à 80%. Quand il avait été engagé par la société, il avait réduit son taux. Il travaillait essentiellement au chemin P\_\_\_\_\_, où B\_\_\_\_\_ avait des bureaux. Il travaillait également chez lui et ils se retrouvaient au restaurant. Il passait au restaurant au minimum une fois par semaine pour récupérer le courrier. Il n'avait pas de séances avec des collègues. Il n'avait pas le souvenir d'avoir contacté des personnes. Il notait ses heures et avait décidé de s'organiser selon un horaire précis. B\_\_\_\_\_ était au courant de ses horaires.

Il avait reçu les salaires des mois de mai à juillet 2023 en espèces et le solde de ses salaires en décembre 2023, une partie en espèces et une partie par virement bancaire. À la fin du mois, B\_\_\_\_\_ lui donnait une enveloppe contenant l'argent en espèces. Il avait signé un récépissé à chaque fois. Il n'avait pas formulé d'objections quant à cette manière de procéder, même si elle était inhabituelle.

Les versements de salaires en espèces aux employés n'étaient pas comptabilisés dans la caisse de la société. Les comptabilisations n'étaient pas mensuelles mais se faisaient en fin d'année. Il n'avait pas tenu compte de ses propres récépissés de salaires dans la comptabilité de la société car il « avait d'autres tâches à faire ».

**f.** Par ordonnance de preuves du 17 décembre 2024, la chambre de céans a renoncé à l'audition des Drs L\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire concernant l'état de santé de C\_\_\_\_\_ et à l'apport du rapport du CAPPI du 29 août 2023 concernant ce dernier. Elle a déclaré l'instruction close et fixé les plaidoiries finales.

**g.** Le 20 décembre 2024, la défenderesse a sollicité la modification de l'ordonnance précitée.

**h.** Le 24 décembre 2024, la demanderesse a également sollicité la modification de l'ordonnance du 17 décembre 2024 et requis l'audition des Drs L\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

**i.** Par pli du 9 janvier 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle envisageait de limiter la procédure à la question de l'application de l'art. 40 LCA. Les parties étaient invitées à se déterminer à ce sujet.

**j.** Le 16 janvier 2025, la défenderesse s'est opposée à la limitation de la procédure.

**k.** Le 17 janvier 2025, la demanderesse s'est déterminée sur l'application de l'art. 40 LCA et produit des nouvelles pièces, dont des exemples d'échanges de messages *Whatsapp* et courriels entre C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ pour la période du 1<sup>er</sup> mai au 15 juin 2023, un extrait de compte LPP de Gastrosocial daté du 6 janvier 2025 concernant les cotisations effectuées par la société pour C\_\_\_\_\_ mentionnant un salaire brut de CHF 43'744.70, un décompte de salaire pour le mois de mai 2023, signé par C\_\_\_\_\_ le 26 mai 2023 et mentionnant un salaire de CHF 5'593.80.

**l.** Le 3 février 2025, la défenderesse a conclu à l'irrecevabilité des déterminations de la demanderesse sur l'application de l'art. 40 LCA et des pièces produites, dans la mesure où elles ne se rapportaient à aucun élément de fait correctement allégué. À titre subsidiaire, elle s'est déterminée sur les nouvelles pièces produites par la demanderesse.

**m.** Par ordonnance de preuves du 4 février 2025, la chambre de céans a admis les moyens de preuve consistant à entendre les Drs L\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, renoncé à l'apport du courrier de résiliation de la police d'assurance de la société AXA et refusé de compléter l'ordonnance de preuves du 17 décembre 2024 pour le surplus.

**n.** Le 6 février 2025, la demanderesse a relevé qu'elle s'était prononcée sur la question de l'application de l'art. 40 LCA conformément à la demande de la chambre de céans. Quant aux pièces produites le 17 janvier 2025, elles étaient pertinentes et concernaient les faits allégués dans la demande en paiement.

**o.** Par pli du 10 février 2025, la chambre de céans a précisé que, par son courrier du 9 janvier 2025, elle avait invité les parties à se déterminer sur une éventuelle limitation de la procédure à la question de l'application de l'art. 40 LCA. Il n'était pas question de développer ce point sur le fond.

**p.** Le 12 février 2025, la défenderesse a relevé que les arguments invoqués par la demanderesse ne modifiaient en rien leur irrecevabilité. Elle a également rappelé que la demande de la chambre de céans visait à se déterminer sur une éventuelle limitation de procédure et non à se déterminer sur l'application de l'art. 40 LCA.

**q.** Lors de l'audience d'enquêtes du 14 mars 2025, la Dre L\_\_\_\_\_ a confirmé avoir vu l'assuré pour la première fois le 25 septembre 2023. Il correspondait à un tableau d'épisode dépressif sévère. Elle avait constaté une tristesse constante de l'humeur, une diminution de la capacité à ressentir du plaisir, une absence de modulation émotionnelle, un ralentissement psychomoteur, des troubles de la

concentration, des angoisses avec attaque de panique et une anxiété anticipatoire, avec tendance à l'évitement comportementale. À ce moment-là, sa capacité de travail était nulle. Les causes de son diagnostic étaient multifactorielles (sociales et biologiques) et en fonction de l'historique du patient. Dans son cas, elle avait identifié des conflits de couple comme facteur déclenchant, ainsi que des éléments génétiques, des antécédents familiaux et de graves traumatismes. Un épisode dépressif pouvait se développer à n'importe quel moment, si bien que les symptômes constatés étaient parfaitement compatibles avec une prise d'emploi quelques mois auparavant. L'attestation qu'elle avait établie le 14 décembre 2023 faisait état d'un épisode dépressif sévère. La sévérité de l'épisode était justifiée par le laps de temps sans suivi entre la sortie du CAPPI et sa prise en charge, de même que par la baisse du traitement médicamenteux préconisée par son médecin traitant. Lors de son suivi au CAPPI, il était sous traitement antidépresseur à une dose relativement élevée. Le suivi psychiatrique était intensif et son état de santé s'était amélioré de manière relative.

r. Lors de l'audience d'enquêtes du 2 mai 2025, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était venu le voir à son cabinet le 16 juin 2023 pour la première fois. Son état général était très mauvais, il était « totalement une autre personne ». Le motif de la consultation était un état dépressif, ou burn-out. Il présentait une tristesse, une perte d'envie du plaisir et de travailler. Sa capacité de travail était nulle. Il avait déjà eu un autre épisode d'état dépressif en 2020 en lien avec le post-partum de son épouse. Il l'avait conseillé de consulter un psychiatre au CAPPI. Il avait attesté d'un arrêt de travail du 16 juin au 14 juillet 2023. Dans son dossier, il n'avait pas noté avoir établi de certificat médical le 16 juin 2023. Il était revenu à son cabinet le 28 juin 2023 pour des douleurs épigastriques. Il l'avait revu le 14 juillet 2023. Il était possible d'établir un certificat médical pour une période antérieure.

L'assuré était revenu le voir le 22 août 2023. À ce moment-là, il était sous traitement antidépresseur et sous anxiolytique.

s. Par plaidoiries finales orales du 2 mai 2025, la demanderesse a plaidé et maintenu ses conclusions n° 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 de sa demande et modifié sa conclusion n° 7 en ce sens que la défenderesse soit condamnée à lui verser un montant de CHF 46'156.50 avec intérêts à 5% l'an à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024. La défenderesse a plaidé et maintenu ses conclusions.

t. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

Selon la police d'assurance, qui se réfère aux conditions générales pour l'assurance maladie collective (ci-après : CG), en particulier son art. 28 CG, le contrat est régi par la LCA.

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

**1.2** S'agissant de la compétence à raison du lieu, il convient de retenir ce qui suit.

**1.2.1** La LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Selon la disposition transitoire relative à cette modification, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812).

En l'occurrence, le contrat entre la demanderesse et la défenderesse a été conclu avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

**1.2.2** L'art. 46a LCA, dans sa teneur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors), qui a été abrogée au 1<sup>er</sup> janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient de se référer.

Selon l'art. 17 CPC, sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant

d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (al. 1). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (al. 2).

L'art. 18 CPC prévoit par ailleurs que, sauf disposition contraire de la loi, le tribunal saisi est compétent lorsque le défendeur procède sans faire de réserve sur la compétence.

L'art. 29 CG prévoit que la défenderesse peut être poursuivie par le preneur d'assurance et la personne assurée à son siège et par les employés assurés disposant d'un droit d'action direct envers la défenderesse, soit au siège de cette dernière, soit à leur lieu de travail.

**1.2.3** En l'occurrence, la défenderesse a son siège à Wallisellen (Zurich). La demanderesse a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève et la défenderesse a procédé sans faire de réserve. S'ajoute à cela que la prorogation de for prévue par l'art. 29 CG précité a été transférée par l'assuré à la demanderesse vu la cession de créance du 31 mai 2024 (art. 170 al. 1 CO). La chambre de céans est partant également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

**1.3** Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

**1.4** Reste à examiner la qualité pour agir de la demanderesse.

**1.4.1** Le succès de toute action en justice suppose que les parties demanderesse et défenderesse aient respectivement, sur chacune des prétentions en cause, qualité pour agir et pour défendre au regard du droit applicable (ATF 136 III 365 consid. 2.1 ; 126 III 59 consid. 1a p. 63). Dans une action en paiement, la qualité pour agir appartient au créancier de la somme réclamée (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_323/2016 du 8 juillet 2016 consid. 6).

La légitimation active ou passive dans un procès civil relève du fondement matériel de l'action ; elle appartient au sujet (actif ou passif) du droit invoqué en justice et son absence entraîne, non pas l'irrecevabilité de la demande, mais son rejet (ATF 128 III 50 consid. 2b/bb p. 55 et les références). La question de la qualité pour agir (légitimation) doit être examinée d'office (art. 57 CPC ; ATF 130 III 550 consid. 2 p. 551 s. ; 126 III 59 consid. 1a p. 63), mais dans les limites des faits allégués et établis lorsque le litige est soumis à la maxime des débats (art. 55 al. 1 CPC).

La qualité pour agir appartient à celui qui est titulaire du droit litigieux; ainsi le créancier d'une créance a la qualité pour agir au procès ayant pour objet cette créance (Fabienne HOHL, Procédure civile, tome I, 2001, ch. 438 p. 98).

En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA jusqu'au 31 décembre 2021 et l'art. 95a LCA depuis le 1er janvier 2022 – tous deux de nature impérative (cf. art. 98 LCA), l'assurance collective contre les accidents ou la maladie donne au bénéficiaire, dès qu'un accident ou une maladie est survenu, un droit propre contre l'assureur.

Un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA, couvrant les employés pour le risque de perte de gain en cas de maladie, est une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre au bénéficiaire (soit le travailleur) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_179/2007 du 12 septembre 2007 consid. 4.2). Ce droit propre a pour conséquence que seul le bénéficiaire (assuré) est titulaire de la prestation d'assurance. À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la nature même du contrat d'assurance collective d'indemnité journalière présuppose que celle-ci soit acquittée entre les mains de l'assuré en faveur duquel il a été conclu, ledit paiement intervenant en lieu et place de l'obligation de l'employeur de verser le salaire. Ce contrat (ou, plus correctement, son mode d'exécution) peut être comparé à une stipulation pour autrui parfaite: le tiers dispose d'un droit de créance propre contre le promettant et peut agir en exécution dès que la créance est exigible, le débiteur ne pouvant par ailleurs se libérer qu'en faisant sa prestation au tiers (art. 112 al. 2 CO). L'assuré ne devient toutefois pas partie au contrat et, partant, l'employeur (preneur d'assurance) est toujours le débiteur des primes d'assurance. Le fait que le preneur d'assurance (employeur) et l'assureur puissent convenir du versement des indemnités journalières à l'employeur ne change rien aux considérations qui précèdent. Ce type de clauses contractuelles n'a trait qu'aux modalités d'encaissement des cotisations et de versement des indemnités journalières (ATF 141 III 112 consid. 4.3 et 4.4).

Une cession de créance (cf. art. 164 ss CO) fait passer au cessionnaire la qualité pour agir (arrêts du Tribunal fédéral 4A\_145/2016 du 19 juillet 2016 consid. 4.2 et 4A\_590/2016 du 26 janvier 2017 consid. 2.2).

La cession de créance est un acte de disposition bilatéral reposant sur la manifestation réciproque et concordante des volontés du cédant et du cessionnaire. À défaut d'une telle manifestation, elle n'existe pas. Comme pour tout contrat, il y a lieu de rechercher la réelle et commune intention du cédant et du cessionnaire, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont ils ont pu se servir (art. 18 al. 1 CO; arrêt du Tribunal fédéral 4C.275/2003 du 29 janvier 2004).

Selon l'art. 165 al. 1 CO, la cession n'est valable que si elle a été constatée par écrit.

**1.4.2** En l'occurrence, l'assuré, qui disposait d'un droit propre pour agir contre la défenderesse, selon les art. 87 LCA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) et 98a LCA (en vigueur depuis le 1er janvier 2022), a valablement cédé sa créance à la société par acte du 31 mai 2024.

Partant, la demanderesse doit se voir reconnaître la qualité pour agir, sous réserve de ce qui suit.

**1.5** Pour le reste, la demande respecte les exigences de forme prévues à l'art. 244 CPC, si bien qu'elle est recevable.

- 2.** Le litige, tel que circonscrit par les conclusions réduites dans les déterminations finales de la demanderesse du 2 mai 2025, porte sur le droit de celui-ci à un montant de CHF 45'156.50 correspondant aux indemnités journalières qu'elle estime dues pour la période du 17 juillet 2023 jusqu'au jour de la demande.
- 3.** La défenderesse conclut à l'irrecevabilité des pièces produites par la demanderesse le 17 janvier 2025 et de ses déterminations sur l'application de l'art. 40 LCA.

**3.1** La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

**3.2** Selon l'art. 244 al. 1 CPC, la demande contient la désignation des parties (let. a), les conclusions (let. b), la description de l'objet du litige (let. c) ; si nécessaire, l'indication de la valeur litigieuse (let. d), la date et la signature (let. e). Une motivation n'est pas nécessaire (al. 2). Sont joints à la demande, le cas échéant : la procuration du représentant (let. a), l'autorisation de procéder ou la déclaration de renonciation à la procédure de conciliation (let. b), les titres disponibles présentés comme moyens de preuve (let. c).

Ainsi, en procédure simplifiée, il n'est exigé ni bordereau, ni indication de l'invocation de ces pièces par rapport à des allégations précises, ce qui n'empêche évidemment pas qu'il soit préférable de les inventorier et de les numéroter, voire de les réunir en cahier ou onglet, en particulier lorsqu'elles sont nombreuses (Denis TAPPY, Commentaire romand de la LCA, n. 20 ad art. 244).

L'art. 244 al. 1 CPC prévoit ainsi des simplifications par rapport à la demande en procédure ordinaire. En effet, en procédure ordinaire, la demande doit contenir l'indication, pour chaque allégation, des moyens de preuves proposés. Selon la jurisprudence, cette disposition implique que la partie présente son moyen de preuve immédiatement après l'allégué, de telle sorte que l'offre de preuve se rapporte sans équivoque à l'allégué à prouver et inversement (ATF 144 III 67 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_31/2024 du 11 janvier 2024 consid. 4.1.3).

**3.3** Selon l'art. 229 al. 3 CPC, applicable par le renvoi de l'art. 219 CO, lorsqu'il doit établir les faits d'office, le tribunal admet des faits et moyens de preuve nouveaux jusqu'aux délibérations.

Selon l'art. 247 al. 2 CPC, le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'art. 243 al. 2 CPC, dont en particulier les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (let. f).

**3.4** Selon l'art. 244 al. 2 CPC, une motivation n'est pas nécessaire en procédure simplifiée.

**3.5** Sous réserve de la description de l'objet du litige selon l'art. 244 al. 1 let. c CPC, la demande simplifiée n'a pas besoin de renfermer des allégués de fait ou de droit et le demandeur n'est pas davantage tenu d'indiquer les moyens de preuve qu'il souhaite voir administrer. La demande simplifiée peut toutefois évidemment comprendre aussi une motivation, pour laquelle le demandeur dispose alors d'une grande latitude : il peut donner des indications relativement détaillées sur les faits et les preuves offertes, mais sans respecter le moule formel impliqué par l'art. 221 al. 1 let. e CPC. Il peut aussi procéder entièrement selon les formes applicables en procédure ordinaire, avec ou sans motivation juridique, notamment lorsqu'il est représenté par un représentant professionnel. Le caractère facultatif de la motivation de la demande, qui vaut aussi à l'égard du défendeur dans le cadre de ses éventuelles déterminations écrites, implique qu'en procédure simplifiée les parties pourront très largement introduire encore des faits ou des offres de preuves aux débats (Denis TAPPY, Commentaire romand de la LCA, n. 15ss ad art. 244).

**3.6** En l'occurrence, la recevabilité des pièces produites par la demanderesse le 17 janvier 2025 doit être admise. La chambre de céans établit en effet les faits d'office conformément à l'art. 247 al. 2 *cum* 234 al. 2 let. f CPC, si bien que les faits et moyens de preuve nouveaux sont admis jusqu'aux délibérations. Il n'est au demeurant pas nécessaire, en procédure simplifiée, d'invoquer ces pièces par rapport à des allégations précises. Ces pièces visent, en tout état, à démontrer la réalité des relations de travail entre la demanderesse et l'assuré. Or, cet élément fait partie des allégués contenus dans la demande en paiement du 11 juillet 2024.

Il en va de même des déterminations de la demanderesse du 17 janvier 2025 sur l'application de l'art. 40 LCA. Certes, la chambre de céans ne l'avait invitée qu'à se déterminer sur la possibilité de limiter la procédure à cette question. Or, compte tenu de la grande latitude dont dispose le demandeur en procédure simplifiée, il y a lieu de déclarer de telles déterminations recevables. C'est le lieu de préciser que son argumentation juridique à ce sujet figurait déjà en grande partie dans sa demande en paiement et que la défenderesse a pu y répondre de manière détaillée dans ses plaidoiries finales.

- 4.** La défenderesse conclut à l'absence de légitimation active de la société s'agissant de la conclusion en paiement des frais d'expertise.

**4.1** Selon l'art. 164 al. 1 CO, le créancier peut céder son droit à un tiers sans le consentement du débiteur, à moins que la cession n'en soit interdite par la loi, la convention ou la nature de l'affaire.

**4.2** L'objet d'une cession sont des créances (*Forderung, credito*), indépendamment de leur source (p.ex. contrat, testament, acte illicite, enrichissement illégitime) et du domaine dont elles relèvent (p.ex. droit de la famille, droits réels, droit des successions, droit des obligations). Par « créance », il faut entendre le droit subjectif du titulaire (créancier) à une prestation (positive ou négative) du débiteur (Thomas PROBST, Commentaire romand du CO, n. 16 *ad* art. 164 CO).

**4.3** En l'occurrence, l'assurance a réclamé à l'assuré le remboursement des frais engagés lors de la gestion du sinistre d'un montant total de CHF 5'222.-. Cette somme correspond aux frais de l'expertise médicale du Dr G\_\_\_\_\_. Comme le relève la défenderesse, ces frais ne constituent pas une créance de l'assuré à l'encontre de la société, mais une dette de ce dernier envers l'assurance. Ils ne sauraient ainsi faire l'objet d'une cession en faveur de la société. La demanderesse ne dispose donc pas de légitimation active pour réclamer le paiement de ces frais à l'assurance, si bien que sa demande sera rejetée sur ce point.

- 5.** Il convient d'examiner si la demanderesse a droit à un montant de CHF 45'156.50 à titre d'indemnités journalières pour la période du 17 juillet 2023 jusqu'au jour de la demande.

**5.1** L'art. 247 al. 2 let. a CPC constitue une disposition spéciale qui instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid. 2.1). Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_541/2010 du 16 juillet 2010 consid. 1). Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1).

La maxime inquisitoire sociale ne dispense pas les parties de collaborer à l'établissement des faits et de désigner les preuves à administrer. Le juge ne doit s'assurer du caractère complet des allégations et des moyens de preuve que s'il existe des doutes sérieux sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_491/2014 du 30 mars 2015 consid. 2.6.1). Lorsqu'une partie admet expressément un fait

allégué par l'autre, la maxime inquisitoire sociale ne permet au juge de s'en écarter ou d'interpeller la partie désavantagée par cette admission que si l'inexactitude de l'allégué ressort clairement des pièces du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_360/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.2).

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

**5.2** Selon l'art. 8 CC, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent la réduction ou l'extinction du droit (faits destructeurs), ou empêchent sa naissance (faits dirimants) (ATF 141 III 241 consid. 3.1 ; 139 III 13 consid. 3.1.3.1). Conformément à ces principes qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, il incombe à l'assuré ou à l'ayant droit d'alléguer et de prouver l'existence d'un contrat d'assurance, la survenance du sinistre assuré ainsi que l'ampleur de sa prétention (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Lorsque la preuve stricte est impossible à rapporter (état de nécessité en matière de preuve), le degré de preuve requis est réduit à la vraisemblance prépondérante. Tel est fréquemment le cas s'agissant de la preuve de la survenance du sinistre, en particulier en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_671/2010 du 25 mars 2011 consid. 2.3 et les arrêts cités). L'art. 8 CC confère à l'assureur le droit à la contre-preuve; il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance prépondérante que l'ayant droit s'efforce d'établir. Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 p. 326 s. ; arrêts du

---

Tribunal fédéral 4A\_180/2010 du 3 août 2010 consid. 2.4.1 ; 4A\_186/2009 du 3 mars 2010 consid. 6.2.2. et 6.3).

**5.3** Par le contrat individuel de travail, le travailleur s'engage, pour une durée déterminée ou indéterminée, à travailler au service de l'employeur et celui-ci à payer un salaire fixé d'après le temps ou le travail fourni (art. 319 al. 1 CO). Les éléments caractéristiques de ce contrat sont une prestation de travail, un rapport de subordination, un élément de durée et une rémunération (arrêts du Tribunal fédéral 4A\_141/2023 du 9 août 2023 consid. 3.1.2 ; 4A\_53/2021 du 21 septembre 2021 consid. 5.1.3 ; 4A\_64/2020 du 6 août 2020 consid. 6.1 et les arrêts cités ; 4A\_10/2017 du 19 juillet 2017 consid. 3.1).

**5.4** Le contrat de travail se distingue avant tout des autres contrats de prestation de services, en particulier du mandat, par l'existence d'un lien de subordination (ATF 125 III 78 consid. 4 ; 121 I 259 consid. 3a ; 112 II 41 consid. 1a ; arrêts du Tribunal fédéral 4A\_53/2021 précité consid. 5.1.3.1 ; 4A\_64/2020 précité consid. 6.2 et les arrêts cités), qui place le travailleur dans la dépendance de l'employeur sous l'angle personnel, organisationnel et temporel ainsi que, dans une certaine mesure, économique (ATF 121 I 259 consid. 3a ; arrêts du Tribunal fédéral 4A\_53/2021 précité consid. 5.1.3.1 ; 4A\_64/2020 précité consid. 6.2 et les arrêts cités). Le travailleur est assujéti à la surveillance, aux ordres et instructions de l'employeur; il est intégré dans l'organisation de travail d'autrui et y reçoit une place déterminée (arrêts du Tribunal fédéral 4A\_53/2021 précité consid. 5.1.3.1 ; 4A\_64/2020 précité consid. 6.3.1 ; 4A\_10/2017 précité consid. 3.1 ; 4A\_200/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.2.1 et les arrêts cités).

En principe, des instructions qui ne se limitent pas à de simples directives générales sur la manière d'exécuter la tâche, mais qui influent sur l'objet et l'organisation du travail et instaurent un droit de contrôle de l'ayant droit, révèlent l'existence d'un contrat de travail plutôt que d'un mandat (arrêts du Tribunal fédéral 4A\_53/2021 précité consid. 5.1.3.1 ; 4A\_64/2020 précité consid. 6.3.1 et les arrêts cités).

Les critères formels, tels l'intitulé du contrat, les déclarations des parties ou les déductions aux assurances sociales, ne sont pas à eux seuls déterminants (arrêts du Tribunal fédéral 4A\_53/2021 précité consid. 5.1.3.2 ; 4A\_64/2020 précité consid. 6.4 et les arrêts cités). Il faut bien plutôt tenir compte de critères matériels relatifs à la manière dont la prestation de travail est effectivement exécutée, tels le degré de liberté dans l'organisation du travail et du temps, l'existence ou non d'une obligation de rendre compte de l'activité et/ou de suivre les instructions, ou encore l'identification de la partie qui supporte le risque économique.

Seul l'examen de l'ensemble des circonstances du cas concret permet de déterminer si l'activité en cause est exercée de manière dépendante ou indépendante (ATF 130 III 213 consid. 2.1 ; 129 III 664 consid. 3.2 ; 128 III 129 consid. 1a/aa).

**5.5** Devant la chambre de céans, la défenderesse conteste la réalité du contrat de travail liant l'assuré à la demanderesse. La police d'assurance se réfère aux CG, dont l'art. 5 al. 1 prévoit que sont assurées les personnes qui entretiennent un rapport de travail contractuel avec le preneur d'assurance. Ainsi, dès lors que la police d'assurance litigieuse requiert l'existence d'un contrat de travail, ce point doit être examiné en premier lieu.

En l'occurrence, la demanderesse a produit un contrat de travail, daté du 8 mars 2023, pour un poste de « responsable administratif » auprès de la société à compter du 1<sup>er</sup> mai 2023. Le salaire mensuel brut s'élevait à CHF 6'000.- pour un taux d'activité de 80%. Le contrat ne contient aucune description de la prestation de travail attendue de l'intéressé. Entendu en audience, l'associé-gérant de la demanderesse a expliqué qu'il avait engagé l'intéressé pour « développer les restaurants et établir le *business model* », précisant que ce dernier avait « effectivement établi le *business model* ». Or, entendu en audience, l'assuré a indiqué que le « *business plan* » avait été établi en 2016 et qu'il n'avait pas été changé depuis (cf. pièce 50 demanderesse). Il a ajouté n'avoir pas eu le temps de rendre de « *business plan* » ou de prendre contact avec des fournisseurs. Il s'agissait surtout de « mettre de l'ordre dans les documents administratifs ». Or, sur ce point, la prestation de travail de l'assuré n'apparaît pas différente de celle qui était la sienne lorsqu'il agissait en qualité de comptable indépendant pour la société. Les pièces transmises par la demanderesse, en particulier les extraits de messages *WhatsApp* et échanges de courriels pour la période du 1<sup>er</sup> mai au 15 juin 2023 (pièces 46 et 52 demanderesse), qui évoquent un travail purement administratif, ne permettent pas de démontrer que l'intéressé a cherché à prendre contact avec des fournisseurs ou à établir un « *business model* ». L'assuré a d'ailleurs indiqué en audience qu'il n'avait pas de séances avec des collègues et qu'il passait au travail au minimum une fois par semaine pour relever le courrier. Ces éléments mettent ainsi en doute les déclarations de la demanderesse selon lesquelles l'intéressé était engagé pour développer les restaurants et établir un « *business model* », aucun élément au dossier ne permettant de confirmer que l'intéressé a concrètement réalisé ces prestations. Tout porte en réalité à croire, comme on le verra plus loin, que l'intéressé a continué à exercer son activité de comptable indépendant qu'il exerçait jusqu'à la conclusion du prétendu « contrat de travail ».

Ces doutes sont renforcés par le fait que la demanderesse n'apporte pas la moindre preuve du versement d'une rémunération pour les mois de mai à juillet 2023. Aucun élément au dossier ne permet d'établir qu'un salaire aurait été versé. La demanderesse soutient certes que celui-ci aurait été réglé en espèces. Les seules pièces produites par l'intéressée à l'appui de cette allégation consistent en des décomptes de salaire signés par l'assuré pour la période considérée. Il est toutefois piquant de constater que le décompte de salaire signé pour le mois de mai 2023 n'a été produit que le 17 janvier 2025, alors même que l'assurance

sollicitait des preuves de versement du salaire depuis septembre 2023. Quoiqu'il en soit, les prétendus versements de salaire ne sont corroborés par aucune pièce comptable. En effet, les extraits PostFinance, produits par la demanderesse, ne mentionnent aucun prélèvement correspondant aux salaires prétendument versés à l'intéressé, soit un salaire de CHF 5'593.80 versé à l'assuré le 26 mai 2023 pour le travail effectué en mai 2023 (cf. fiche de salaire pour le mois de mai 2023, signé par ce dernier le 26 mai 2023 : pièce 51 demanderesse), un salaire de CHF 5'593.80 versé à l'assuré le 27 juin 2023 pour le travail effectué en juin 2023 (cf. fiche de salaire pour le mois de juin 2023, signé par ce dernier le 27 juin 2023 : pièce 8 demanderesse) et un salaire de CHF 2'999.25 versé à l'assuré le 28 juillet 2023 pour le travail effectué en juillet 2023 (cf. fiche de salaire pour le mois de juillet 2023, signé par ce dernier le 28 juillet 2023 : pièce 8 demanderesse).

Quant à la comptabilité de la société, le « Compte 1000 Caisse » de celle-ci, établi le 12 octobre 2023, et couvrant la période du 1<sup>er</sup> mars 2023 au 30 juin 2023, ne mentionne aucun paiement de salaire qui aurait été versé à l'assuré pour le travail effectué en mai et juin 2023. Devant la chambre de céans, la demanderesse a produit un nouvel extrait de « Compte 1000 Caisse » de la société établi le 15 novembre 2023 et couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2023. Il ressort de ce document que pour la même période du 17 mai au 30 juin 2023, de nombreux débits intitulés « rapport caisse » et « salaire » - dont des versements à l'assuré - ont été intégrés à la comptabilité de la société, alors qu'ils n'y figuraient pas dans celle établie le 12 octobre 2023. À cet égard, les explications de la demanderesse, selon lesquelles les documents transmis le 12 octobre 2023 n'indiquaient que les dépenses (d'achats) effectuées par la société entre le 1<sup>er</sup> mars et le 30 juin 2023, et non les salaires versés aux employés durant cette période, ne sont pas crédibles. Il ressort en effet du courriel de l'assurance du 2 octobre 2023 (pièce 13 défenderesse), précédant la transmission de l'extrait de compte établi le 12 octobre 2023, qu'elle sollicitait un extrait complet de la caisse de la société et de tous les prélèvements en relation avec le versement du salaire de l'assuré. Dans ces conditions, on ne peut accorder aucune valeur à l'extrait de compte établi postérieurement à celui du 12 octobre 2023. Il en va de même du « Compte 2022 Dettes résultant de charges de personnel » et du document intitulé « traitements et salaires bruts 2023 » (documents annexés à la pièce 18 demanderesse), tous deux établis le 23 novembre 2023. Il s'ensuit que la demanderesse n'a pas réussi à prouver la réalité du versement du salaire à l'assuré. D'ailleurs, questionné à ce sujet lors de l'audience devant la chambre de céans, l'assuré, qui a pourtant déclaré s'occuper de la comptabilité de la société, a indiqué qu'il n'avait pas tenu compte de ses propres récépissés de salaire dans la comptabilité de la société car il « avait d'autres tâches à faire ». Or, une telle négligence dans la comptabilité de la société ne peut qu'interpeller.

Quant au critère du lien de subordination, l'associé-gérant de la demanderesse a expliqué en audience que l'assuré n'avait pas de bureau au sein de la société. Un bureau était toutefois à disposition dans une autre de ses sociétés, étant précisé qu'il travaillait aussi dans des cafés ou à la maison. Il n'y avait pas d'horaires fixes de travail, l'assuré travaillant selon ses propres horaires, et il ne contrôlait pas son temps de travail. Au vu de ces éléments, force est de constater que le critère du rapport de subordination fait également défaut en l'espèce.

En réalité, l'ensemble de ces éléments amène à penser que l'assuré a continué à exercer l'activité de comptable indépendant, qu'il effectuait pour la société avant la conclusion du « contrat de travail » litigieux. La poursuite pure et simple du contrat de mandat pourrait d'ailleurs expliquer la confusion quant à la date effective de la prise d'emploi. On rappellera qu'alors que le contrat de travail mentionne un début d'activité le 1<sup>er</sup> mai 2023, la déclaration de maladie indique que le contrat a débuté le 1<sup>er</sup> juin 2023. L'assuré a d'ailleurs lui-même omis d'évoquer son activité de « responsable administratif » pour la société demanderesse, puisqu'il a indiqué aux médecins du CAPPI en août 2023 qu'il travaillait « à 60% comme responsable des ressources humaines et à 20% dans l'entreprise de recrutement d'un ami » (cf. rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ du 5 janvier 2024, p. 2). On notera, en tant que la demanderesse a contesté cet allégué, que la Dre L\_\_\_\_\_ a confirmé en audience la teneur du rapport du CAPPI sur ce point. Enfin, dans la demande de paiement du 11 juillet 2024, la demanderesse n'a produit, devant la chambre de céans, que les décomptes de salaire pour les mois de juin et juillet 2023. Le décompte de salaire pour le mois de mai 2023 n'a été produit qu'à l'audience du 15 novembre 2024. S'ajoute à cela que l'engagement d'un « responsable administratif » pour un salaire mensuel de CHF 6'000.- alors que la société subissait d'importantes difficultés financières apparaît peu crédible. Il n'est en effet pas contesté que pour l'année 2022, la demanderesse a subi une perte d'environ CHF 70'000.- (pièce 117 défenderesse). Or, selon les déclarations de la demanderesse, l'activité de comptable indépendant était rémunérée à hauteur de CHF 500.- par mois. Il est ainsi pour le moins curieux que la demanderesse, en proie à d'importantes difficultés financières, soit disposée à engager l'assuré pour un salaire douze fois supérieur à celui de comptable indépendant, sans que la différence de prestations entre les deux activités n'ait été aucunement démontrée. On rappellera enfin que les intéressés se connaissent de longue date, l'associé-gérant de la demanderesse ayant fait état, en audience, d'une confiance mutuelle.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, en particulier des rapports personnels liant les intéressés, de l'absence de lien de subordination, de la prestation de travail effective réalisée - correspondant à celle de comptable indépendant -, des difficultés financières de la demanderesse, de l'absence de preuve quant au versement d'une rémunération et des déclarations contradictoires des intéressés quant à l'existence et la date de la prise d'emploi, il convient de retenir que la

demanderesse n'a pas réussi à prouver la réalité du contrat de travail la liant à l'assuré.

Dès lors que la police d'assurance litigieuse, qui se réfère aux CG, requiert l'existence d'un contrat de travail, ce que la demanderesse ne conteste pas, le droit aux prestations d'assurance-maladie collective n'est pas ouvert. La demande doit dès lors également être rejetée sur ce point. Le droit à des indemnités journalières étant exclu, la mise en œuvre d'une expertise pour évaluer la capacité de travail de l'assuré s'avère superflue.

6. Reste à examiner si la demanderesse peut prétendre à sa réintégration dans le cercle des assurés.

**6.1** À teneur de l'art. 40 LCA, si l'ayant droit ou son représentant, dans le but d'induire en erreur, dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur, ou si, dans le but d'induire l'assureur en erreur, il ne fait pas ou tardivement les communications que lui impose l'art. 39 LCA, l'assureur n'est pas lié par le contrat envers l'ayant droit. Cette disposition précise que sur demande de l'assureur, l'ayant droit doit lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre.

D'un point de vue objectif, la dissimulation ou la déclaration inexacte doit porter sur des faits qui sont propres à remettre en cause l'obligation même de l'assureur ou à influencer sur son étendue. Il faut, en d'autres termes, constater que, sur la base d'une communication correcte des faits, l'assureur aurait versé une prestation moins importante, voire aucune. Ainsi en est-il lorsque l'ayant droit déclare un dommage plus étendu qu'en réalité, par exemple lorsque l'atteinte à la santé n'est pas aussi grave qu'annoncée. En plus, l'ayant droit doit, sur le plan subjectif, avoir l'intention de tromper. Il faut qu'il ait agi avec la conscience et la volonté d'induire l'assureur en erreur, afin d'obtenir une indemnisation plus élevée que celle à laquelle il a droit; peu importe à cet égard qu'il soit parvenu à ses fins (arrêts du Tribunal fédéral 4A\_534/2018 du 17 janvier 2019 consid. 3.1 ; 4A\_401/2017 du 20 décembre 2017 consid. 6.2.2 ; 4A\_643/2016 du 7 avril 2017 consid. 4.1; 4A\_286/2016 du 29 août 2016 consid. 5.1.2).

S'agissant d'un moyen libératoire, il incombe à l'assureur de prouver les faits permettant l'application de l'art. 40 LCA, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A\_534/2018 du 17 janvier 2019 consid. 3.1 ; 4A\_613/2017 du 28 septembre 2018 ; 4A\_20/2018 du 29 mai 2018 consid. 3.1 ; 4A\_194/2016 du 8 août 2016 consid. 3.1).

Lorsque les conditions de l'art. 40 LCA sont réunies, l'assureur peut non seulement refuser ses prestations, mais aussi se départir du contrat et répéter en principe celles qu'il a déjà versées (ATF 131 III 314 consid. 2.3; arrêt du Tribunal

---

fédéral 4A\_671/2010 du 25 mars 2011 consid. 2.6). Il peut également se départir du contrat lorsque l'employé fraudeur ayant en principe droit à des prétentions dans le cadre d'une assurance collective contre les accidents ou la maladie est en même temps le gérant de la Sàrl, soit un organe de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_382/2014 du 3 mars 2015 consid. 5.2 et 6.3). La résolution du contrat, laquelle produit des effets *ex tunc*, n'étend ses effets que jusqu'au jour de la fraude et non au jour de la conclusion du contrat (BRULHART, Droit des assurances privées, 2e éd. 2017, n° 817 p. 422; ROELLI/KELLER, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, vol. I, 2e éd. 1968, p. 586).

**6.2** Selon l'art. 10 let. h CG, la couverture d'assurance de chaque personne assurée prend fin pour toutes les prestations et événements assurés en cas d'exclusion de la personne assurée du contrat d'assurance avec le preneur d'assurance si la personne assurée n'a pas rempli son devoir d'informer ou a commis une fraude ou une tentative de fraude à l'assurance.

**6.3** En se fondant sur l'art. 40 LCA et l'art. 10 let. h CG, l'assurance a exclu la demanderesse du cercle de ses assurés avec effet à la date de la déclaration de sinistre du 16 juin 2023.

En l'occurrence, la demanderesse s'est prévalu d'un contrat de travail indiquant une activité à 80% et un salaire mensuel de CHF 6'000.- pour un poste de « responsable administratif ». Or, il a été vu qu'en pratique, l'activité exercée par l'assuré ne correspondait pas à celle pour laquelle il avait été engagé et la demanderesse n'a pas réussi à prouver qu'il avait été rémunéré conformément au « contrat de travail » litigieux. Il convient ainsi d'admettre qu'en se prévalant d'une relation de travail avec l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> mai 2023, la demanderesse a fait une fausse déclaration ayant un effet sur l'obligation de prester de l'assurance, dès lors que la police d'assurance litigieuse requiert l'existence d'un contrat de travail. La condition objective de la prétention frauduleuse est donc réalisée.

La condition subjective est également remplie, dans la mesure où la demanderesse a déclaré faussement et à plusieurs reprises avoir employé l'intéressé dans l'intention d'obtenir des prestations indues de l'assurance. Ainsi que l'a relevé la défenderesse, les pièces produites par la demanderesse pour chercher à démontrer la réalité du contrat du travail, en particulier le versement d'un salaire durant les mois de mai à juillet 2023, ont varié au gré des besoins de la procédure. On rappellera que le compte de caisse de salaire établi le 12 octobre 2023 ne mentionnait aucun versement de salaire, et ce malgré la demande claire de l'assurance de recevoir un extrait complet pour justifier le versement des salaires par la société. Elle a ensuite produit, un mois après, un nouvel extrait de caisse, ainsi que des nouveaux documents comptables, dont la force probante doit être niée pour les raisons susmentionnées. À relever également que la demanderesse a attendu le 17 janvier 2025 pour produire le décompte de salaire signé pour le

mois de mai 2023. Or, l'assurance a sollicité des justificatifs de versement de salaire à la demanderesse depuis octobre 2023. C'est dire que la demanderesse était nécessairement consciente de la fausseté de ses allégations. L'assurance a donc réussi à démontrer, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, que la société avait la conscience et la volonté de l'induire en erreur pour obtenir les prestations voulues. Elle pouvait ainsi se fonder sur ce motif pour se départir de la relation contractuelle la liant à la demanderesse en tant que bénéficiaire de l'assurance collective en cas de maladie.

Par conséquent, le contrat d'assurance a été valablement résilié, ce qui conduit au rejet de la demande en réintégration de la demanderesse dans le cercle des assurés.

**7.** La demande est par conséquent mal fondée et sera rejetée.

Bien qu'obtenant gain de cause, la défenderesse n'a pas droit à des dépens (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 - LaCC - E 1 05).

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

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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