

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3331/2025

ATAS/188/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 décembre 2026

Chambre 6

En la cause

HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA

demanderesse

représentée par HELSANA ASSURANCES
COMPLÉMENTAIRES SA LEGAL

contre

A_____SA

défendeurs

B_____

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. B_____, né le _____ 1993, travaillait à plein temps en qualité d'installateur sanitaire (ci-après : l'employé) auprès de A_____SA (ci-après : l'employeuse) depuis le 11 décembre 2023.

b. À ce titre, il était au bénéfice d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie conclue par l'employeuse auprès de HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA (ci-après : l'assurance).

La police d'assurance, qui renvoie aux conditions générales d'assurances (ci-après : CGA) 2021 Helsana *Business Salary* LCA, prévoit le versement d'indemnités journalières à hauteur de 80% du salaire assuré, pendant 730 jours par cas, à l'expiration d'un délai d'attente d'un jour.

B. a. Par déclaration du 13 février 2024, l'employeuse a annoncé à l'assurance une incapacité de travail de l'employé pour cause de maladie à partir du 5 janvier 2024 pour une durée de quatorze jours. Le travail avait été repris à 100% dès le 20 janvier 2024. Le salaire de base contractuel (brut) s'élevait à CHF 34.50 par heure, de même que le treizième mois. En annexe se trouvait le certificat médical du 6 janvier 2024 attestant d'un arrêt de travail complet du 5 au 19 janvier 2024.

b. Par décompte du 13 février 2024, l'assurance a versé à l'employeuse un montant de CHF 4'403.70 à titre d'indemnités journalières en faveur de l'employé. Le gain assuré pris en considération était de CHF 143'520.- et le montant de l'indemnité journalière de CHF 314.55.

c. Par décompte du 20 février 2024, remplaçant le précédent, l'assurance a réclamé à l'employeuse la restitution d'un montant de CHF 2'018.10. Le gain assuré était chiffré à CHF 77'737.60 et l'indemnité journalière à CHF 170.40. Le montant des indemnités journalières dû à l'employé pour l'incapacité de travail totale du 5 au 19 janvier 2024 était arrêté à CHF 2'385.60.

d. L'assurance a ensuite adressé à l'employeuse deux rappels, puis l'a invitée à signer une reconnaissance de dette, en vain.

C. a. Par acte du 24 septembre 2025, l'assurance a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement, en concluant à la condamnation de l'employeuse et, subsidiairement ou solidairement, l'employé à lui verser le montant de CHF 2'018.10, assorti d'intérêts moratoires de 5% dès le 10 mai 2024.

Elle a allégué avoir établi un nouveau décompte après s'être rendu compte de l'erreur de l'employeuse en ce qui concernait le montant du treizième salaire annoncé, qui n'était pas de CHF 34.50 par heure mais de 8.33% de CHF 34.50, soit CHF 2.87 par heure. Le salaire horaire s'élevait ainsi à CHF 37.37 (contre CHF 69.- retenu précédemment) et le gain assuré à CHF 77'737.60 (CHF 37.37 × 40 heures × 52 semaines). L'indemnité journalière de CHF 170.40 par jour était

obtenue en prenant en considération 80% du gain assuré (soit CHF 62'190.10) et en le divisant par 365 jours.

Elle a ajouté que selon les CGA applicables, les prestations d'assurance étaient en général versées à la preneuse d'assurance. En raison du manque de coopération de l'employeuse, elle ignorait si l'employé avait bénéficié du montant supplémentaire de CHF 2'018.10, raison pour laquelle elle n'avait pas d'autre choix que d'agir également à l'encontre de celui-ci.

Sur le fond, l'assurance s'est prévaluée, en sus des art. 8.4, 15.1, 25.1 et 25.2 CGA, des règles sur l'enrichissement illégitime pour réclamer le remboursement de CHF 2'018.10, en rappelant que le gain effectif avait été annoncé de manière erronée par l'employeuse. Elle avait par conséquent agi sous l'influence d'une connaissance inexacte de la situation de fait et de droit.

L'intérêt moratoire de 5% était dû dès le 21 février 2024, à réception de son courrier du 20 février 2024.

b. Invitée à répondre, l'employeuse ne s'est pas déterminée dans le délai qui lui avait été fixé par la chambre de céans d'abord au 23 octobre 2025, puis au 14 novembre 2025.

c. Dans sa réponse du 13 novembre 2025, l'employé a indiqué avoir démissionné et ne pas être en mesure de fournir les informations ou documents demandés.

d. Par réplique du 27 novembre 2025, l'assurance a persisté dans ses conclusions.

Elle ne pouvait pas savoir qui avait bénéficié du versement erroné de CHF 2'018.10 - non contesté par l'ancien employé -, raison pour laquelle elle avait été contrainte d'agir à la fois contre la preneuse d'assurance et l'ancien employé. Elle a ajouté que ce dernier pourrait tout à fait apporter la preuve des montants qu'il avait reçus de son ancienne employeuse, notamment pour la période concernée du 5 au 18 janvier 2024.

e. Invitée à dupliquer, l'ancienne employeuse ne s'est à nouveau pas manifestée.

f. Le 6 janvier 2026, l'ancien employé a produit un extrait de son compte bancaire auprès de Banque Migros portant sur la période du 1^{er} au 31 janvier 2024.

g. Par écriture du 21 janvier 2026, l'assurance a maintenu ses conclusions.

Selon cet extrait, l'ancien employé aurait reçu de l'ancienne employeuse un montant de CHF 1'000.- le 12 janvier 2024 et de CHF 1'798.95 le 16 janvier 2024. Aucune fiche de salaire n'avait toutefois été versée au dossier et aucune explication n'avait été fournie sur la nature de ces montants, qui pourraient être des salaires antérieurs. En conséquence, l'ancien employé n'avait pas apporté la preuve qu'il n'avait pas perçu le montant de CHF 4'403.70. Il était possible que l'ancien employé ait obtenu son salaire de janvier 2024 en février 2024, compte tenu des versements de salaire en cours de mois, et qu'il dispose d'un autre compte bancaire. Les deux montants précités s'élevaient au total à CHF 2'798.95,

supérieur à celui réellement dû par l'ancienne employeuse à son ancien employé, soit CHF 2'385.60 (CHF 170.40 × quatorze jours).

h. Le 9 février 2026, la chambre de céans a tenu une audience de débats à laquelle les défendeurs ont fait défaut.

i. Par ordonnance de preuves du 9 février 2026, la chambre de céans a ordonné à l'ancienne employeuse de produire dans le délai imparti toutes les fiches de salaire de l'ancien employé, et a ordonné à ce dernier de produire dans ce même délai ses fiches de salaire ainsi que l'extrait de son compte bancaire pour la période de décembre 2023 à mars 2024.

j. Le 12 février 2026, l'assurance a versé au dossier les CGA applicables au présent litige, remplaçant celles produites sous titre 2 de la demande non applicables.

k. Les défendeurs n'ont pas donné suite à l'ordonnance de preuves précitée dans le délai fixé par la chambre de céans.

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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), 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).

Le contrat d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie couvrant le risque de perte de gain, soumis à la LCA, relève de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (arrêts du Tribunal fédéral 4A_47/2012 du 12 mars 2012 consid. 2 ; 4A_118/2011 du 11 octobre 2011 consid. 1.3 et les références citées).

Selon la police d'assurance et le chiffre 2.5 des CGA, le contrat est régi par la LCA.

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

1.2 Selon l'art. 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).

En l'occurrence, selon le chiffre 42 des CGA, pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents les tribunaux du domicile suisse ou du siège du preneur ou de la preneuse d'assurance, de la personne assurée ou de l'ayant droit.

L'ancien employé, en sa qualité d'assuré, a son domicile dans le canton de Genève, et l'ancienne employeuse, en sa qualité de preneuse d'assurance, a son siège dans ce canton. Par conséquent, la chambre de céans est 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 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

1.4 Pour le reste, la demande respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC, ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC, de sorte qu'elle est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'assurance est en droit de demander la restitution des indemnités journalières versées en trop à l'ancienne employeuse en faveur de l'ancien employé, voire à celui-ci, à hauteur de CHF 2'018.10 -, à la suite d'une incapacité de travail totale pour cause de maladie du 5 au 19 janvier 2024.

3.

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).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. 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).

3.2 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 ; 130 III 321 consid. 3.1; 129 III 18 consid. 2.6 ; 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 ; 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 ; 119 III 60 consid. 2c ; 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 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).

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (*Beweisnot*), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de

causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (*die überwiegende Wahrscheinlichkeit*), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (*die Glaubhaftmachung*). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

3.3 Aux termes de l'art. 168 al. 1 CPC, les moyens de preuve sont le témoignage (let. a) ; les titres (let. b) ; l'inspection (let. c) ; l'expertise (let. d) ; les renseignements écrits (let. e) ; l'interrogatoire et la déposition de partie (let. f).

En cas de défaut d'une partie, le tribunal statue sur la base des actes qui ont, le cas échéant, été accomplis conformément aux dispositions du CPC. Il se base au surplus, sous réserve de l'art. 153 CPC, sur les actes de la partie comparante et sur le dossier (art. 234 al. 1 CPC par le renvoi de l'art. 245 al. 2 CPC) - ce dont les défendeurs ont été avisés par convocations du 29 janvier 2026.

3.4 Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA ; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie à la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; 122 III 118 consid. 2a ; 117 II 609 consid. 6c).

La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en

particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

3.5 Celui qui a effectué une prestation supérieure à ce qu'il devait sur la base de ses engagements contractuels ne peut réclamer la différence qu'en vertu du droit de l'enrichissement illégitime (ATF 127 III 421 consid. 3c/bb).

Selon l'art. 63 al. 1 CO, celui qui a payé volontairement ce qu'il ne devait pas ne peut le répéter s'il ne prouve qu'il a payé en croyant, par erreur, qu'il devait ce qu'il a payé.

La prétention en enrichissement illégitime n'est donnée à la créancière que pour autant que la prestation volontaire ait été effectuée sur la base d'une erreur. Cette dernière peut être le fruit d'une inadvertance ou porter sur le devoir que l'auteur de la prestation avait de l'exécuter. Elle n'a pas besoin d'être excusable pour être prise en considération, de sorte que n'importe quelle erreur suffit (Benoît CHAPPUIS, Commentaire romand Code des obligations I, 2021, n. 8 ad art. 63 CO).

Pour rechercher s'il y a erreur aux termes de l'art. 63 CO, les circonstances ne doivent pas être appréciées de façon trop stricte. L'erreur est admissible lorsque, d'après les faits de la cause, il est exclu que l'auteur du paiement ait agi dans l'intention de donner. Il faut prendre en considération que dans les relations d'affaires, il n'y a en principe jamais intention de donner. Il n'est notamment pas nécessaire que l'erreur soit excusable (arrêt du Tribunal fédéral 4D_13/2015 du 3 juin 2015 consid. 4.1).

3.6 Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). L'intérêt moratoire de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation, ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1).

3.7 La question de la qualité pour défendre relève, comme dans un procès civil, du fondement matériel de l'action (ATAS/1277/2012 du 23 octobre 2012 consid. 4a et la référence citée). À la qualité pour défendre, ou la légitimation passive, la personne qui est débitrice du droit matériel allégué. La légitimation passive relève ainsi du droit de fond puisqu'elle a trait au fondement matériel de l'action, mais elle n'emporte pas encore décision sur l'existence de la prétention de la demanderesse, que ce soit quant à son principe ou quant à la mesure dans laquelle elle la fait valoir. L'absence de légitimation passive conduit au rejet de la demande (ATF 111 V 342 consid. 1c ; 114 II 345 consid. 3a).

Selon l'art. 87 LCA, abrogé avec effet au 1^{er} janvier 2022, et remplacé par l'art. 95a LCA depuis lors (RO 2020 4969), 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'entreprise d'assurance.

En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA - remplacé par l'art. 95a LCA depuis le 1^{er} janvier 2020 - de nature impérative (cf. art. 98 LCA) - confère un droit propre à l'assuré, qu'il peut faire valoir contre l'assureur. La volonté du législateur était de protéger l'assuré contre des comportements du preneur d'assurance susceptibles de mettre en danger la prestation d'assurance. 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).

Le contrat d'assurance collective conclu entre l'assureur (promettant) et le preneur d'assurance (stipulant) confère un droit propre au bénéficiaire (*selbständiges Forderungsrecht des Begünstigten*), qu'il peut faire valoir directement à l'encontre de l'assureur (art. 95a LCA). Ce droit appartient de par la loi à l'assuré et signifie que seul celui-ci est titulaire de la prestation d'assurance. La légitimation active pour faire valoir le droit aux prestations à l'encontre de l'assureur appartient dès lors au seul ayant droit (droit exclusif) sous réserve d'une subrogation du preneur d'assurance dans les droits de l'assuré ou d'une cession du droit aux prestations du second au premier (Stéphanie PERRENOUD, Commentaire romand Loi sur le contrat d'assurance, 2022, n. 31 *ad* art. 95a LCA).

Lorsque l'assureur verse les prestations convenues à l'employeur (preneur d'assurance), il n'est valablement libéré de son obligation qu'une fois que celui-ci s'est acquitté de son obligation salariale envers le bénéficiaire ; en cas de faillite de l'employeur, l'assureur s'expose ainsi à devoir verser les prestations une seconde fois, au travailleur cette fois-ci. Lorsque l'employeur paie son salaire au travailleur et que l'assureur s'acquitte du paiement des indemnités journalières en mains de l'employeur, celui-ci a la légitimation pour réclamer les prestations en cas de refus de prester de l'assureur ; en pareille hypothèse, il faut admettre l'existence d'une subrogation au sens de l'art. 110 ch. 2 CO, laquelle s'opère

lorsque le créancier (le travailleur) accepte le paiement à titre d'intervention du tiers (l'employeur) et sait qu'il y a changement de créancier du fait du paiement par ce dernier, ce qui est le cas lorsque l'employé a admis le paiement de l'employeur et était conscient qu'il n'était plus créancier de l'assureur. L'ayant droit peut par ailleurs céder son droit de créance au preneur d'assurance ; une cession du droit aux prestations d'assurance ne peut cependant concerner que des prestations existantes, de sorte que ce procédé n'est pas admissible avant la survenance du cas d'assurance, s'agissant d'un droit à des prestations futures (PERRENOUD, op cit., n. 33 *ad* art. 95a LCA).

4.

4.1 La police d'assurance prévoit le versement d'indemnités journalières à hauteur de 80% du salaire assuré, pendant 730 jours par cas, à l'expiration d'un délai d'attente d'un jour.

Selon le chiffre 15.2 des CGA, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail, à partir d'une incapacité attestée de 25% au minimum.

Selon le chiffre 25.1 des CGA, le dernier salaire perçu avant le début du cas de prestations (...) sert de base pour le calcul des indemnités journalières. Selon le chiffre 25.2 des CGA, le montant de l'indemnité journalière est obtenu en calculant le salaire assuré sur toute une année et en divisant la somme salariale annuelle par 365.

Selon le chiffre 25.4 des CGA, sauf accord contraire, les prestations sont versées au preneur ou à la preneuse d'assurance. Le droit propre des personnes assurées au remboursement des prestations conformément à l'art. 87 LCA demeure réservé.

4.2 Il n'est pas contesté que le salaire annuel assuré de l'ancien employé s'élevait à CHF 77'737.60, dont le 80% représente un montant de CHF 62'190.10. En conséquence, l'indemnité journalière se chiffrait à CHF 170.40 par jour (CHF 62'190.10 / 365 jours). Le montant des indemnités journalières en faveur de l'ancien employé pour la pleine incapacité de travail du 5 au 19 janvier 2024, sous déduction d'un délai d'attente d'un jour, se montait donc à CHF 2'385.60 (CHF 170.40 × quatorze jours). Les prestations versées au-delà de ce montant étaient indues. Il ressort du décompte du 13 février 2024 que l'assurance a procédé au versement d'une somme de CHF 4'403.70 à l'ancienne employeuse en faveur de l'ancien employé. Les indemnités journalières versées à tort s'élèvent ainsi à CHF 2'018.10 (CHF 4'403.70 - CHF 2'385.60).

L'assurance a fait ce paiement volontaire, par mégarde, en fixant l'indemnité journalière à CHF 314.55 par jour eu égard aux données figurant dans la déclaration d'annonce de maladie du 13 février 2024. L'assurance croyait donc à tort devoir payer ce qu'elle a payé indûment.

Les conditions de l'art. 63 al. 1 CO sont par conséquent réalisées, étant relevé que le juge ne peut suppléer d'office le moyen résultant de la prescription (art. 142 CO en lien avec l'art. 67 CO, par renvoi de l'art. 100 al. 1 LCA).

4.3 Reste à déterminer qui doit restituer le montant litigieux.

Il ressort du décompte du 13 février 2024 que les indemnités journalières dues à l'ancien employé ont été versées par l'assurance à l'ancienne employeuse en application de l'art. 25.4 des CGA. Comme une partie desdites prestations l'a été à tort, l'assurance a établi un décompte rectificatif le 20 février 2024 et a exigé la restitution du trop-versé. Lors de l'audience de débats du 9 février 2026, le représentant de l'assurance a affirmé avoir eu un entretien téléphonique le 3 février 2026 avec l'ancien employé qui lui avait indiqué n'avoir pas reçu l'argent et qu'il ne comprenait donc pas pourquoi celle-ci agissait contre lui. L'ancien employé lui avait également déclaré qu'il y avait des problèmes avec le versement de son salaire et qu'il n'avait pas de fiches de salaire pour l'intégralité de son activité (jusqu'à sa démission). Il n'est ainsi pas établi que les prestations indues - ici litigieuses - aient été payées par l'ancienne employeuse à l'ancien employé.

Certes, en matière d'assurance collective contre la maladie, seul le bénéficiaire (assuré) est titulaire de la prestation d'assurance et a en conséquence la qualité pour agir en cas de refus de prester de l'assureur. Toutefois, la situation est différente en l'occurrence, dès lors que l'ancien employé (assuré) ne peut pas être tenu de rembourser à l'assurance une somme d'argent qu'il n'a pas reçue.

Dans ces circonstances, il convient de reconnaître que c'est l'ancienne employeuse, entre les mains de qui se trouve le montant litigieux, qui en est la seule débitrice, et qui, en conséquence, a la légitimation passive. La demande en paiement est donc rejetée en tant qu'elle est dirigée contre l'ancien employé.

4.4 Enfin, il ressort du dossier que, en date du 12 mai 2024, l'assurance a fixé un délai au 31 mai 2024 à l'ancienne employeuse pour le remboursement de la dette. Ainsi, c'est dès le lendemain que l'intérêt moratoire de 5% est dû, soit le 1^{er} juin 2024.

- 5.** Au vu de ce qui précède, la demande en paiement est partiellement admise, en ce sens que l'ancienne employeuse sera condamnée à verser à l'assurance le montant de CHF 2'018.10, assorti d'intérêts moratoires de 5% l'an dès le 1^{er} juin 2024.

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 en paiement du 24 septembre 2025 recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, en ce sens que A_____SA est condamnée à verser à HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA le montant de CHF 2'018.10, avec intérêts moratoires de 5% l'an dès le 1^{er} juin 2024.
3. Rejette la demande en paiement en tant qu'elle est dirigée contre B_____.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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