

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3459/2025

ATAS/435/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mai 2026

Chambre 8

En la cause

A_____

demandeur

représenté par Me Razi ABDERRAHIM, avocat

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

défenderesse

Siégeant : Marie-Josée COSTA, présidente suppléante ; Yves MABILLARD, Michael RUDERMANN, juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Selon le contrat du 10 juin 2024 avec B_____ SA (ci-après : l'employeuse), sise à C_____, A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), domicilié en France, a débuté une mission auprès D_____ SA à compter du 10 juin 2024 en tant qu'ouvrier.

b. Par attestation du 9 septembre 2024, le docteur E_____, psychologue et psychothérapeute, a indiqué que l'assuré présentait un syndrome de stress post-traumatique et un syndrome dépressif important consécutivement à une longue situation d'harcèlement s'étant conclue par des violences subies pendant de longs mois sur son lieu de travail.

c. Par certificat du 9 mai 2025, le docteur F_____, médecin généraliste, a attesté d'un arrêt de travail du 9 mai au 9 juin 2025 pour raisons médicales.

d. Par contrat avec l'employeuse signé le 4 avril 2025, l'assuré a débuté une mission auprès D_____ SA à compter du 7 avril 2025 en tant qu'ouvrier.

e. L'employeuse a conclu avec la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou la défenderesse), police n° 16.278.893, en faveur de son personnel, un contrat d'assurance collective perte de gain maladie prévoyant une indemnité journalière en cas de maladie fixée à 80% du salaire assuré durant 720 jours, après écoulement d'un délai d'attente de deux jours.

f. Par courrier du 5 juin 2025, l'assurance a informé l'assuré qu'elle considérait la nouvelle incapacité de travail comme une rechute de l'arrêt de travail du 14 août 2024 dont les prestations avaient été arrêtées au 28 février 2025. Elle ne pouvait malheureusement pas prendre en charge le cas et le clôturait sans versement d'indemnités.

g. Par courriel du 19 juin 2025, l'assuré a fait valoir que son arrêt de travail n'était pas une rechute, mais une nouvelle pathologie indépendante comme le confirmait son médecin traitant.

h. Par courrier du 27 juin 2025, l'assurance a relevé que le rapport médical du Dr F_____ mentionnait que l'incapacité du 9 mai au 9 juin 2025 était en lien avec un épisode dépressif, soit la même atteinte que l'ancien arrêt de travail.

i. Par courrier du même jour, l'assurance a demandé à l'assuré de rembourser la somme de CHF 3'266.80 versée en lien avec l'incapacité débutée le 9 mai 2025.

j. Par courrier de son conseil du 15 août 2025, l'assuré a expliqué qu'il avait été en arrêt de travail pendant six mois à compter du mois d'août 2024 en raison d'une dépression à la suite du mobbing de ses collègues de travail. Sa dépression avait été prise en charge par l'assurance.

Après discussion avec son ancien chef d'équipe courant avril 2025, il lui avait été proposé de revenir au sein de l'employeuse. Le 9 mai 2025, il avait consulté son

médecin qui l'avait mis en arrêt de travail. Comme il l'avait déjà relevé, cette nouvelle incapacité de travail n'était pas une rechute. Les courriers du 5 et 27 juin 2025 de l'assurance ne mentionnaient pas de voies de droit. Il sollicitait le réexamen de son dossier en précisant que le nouvel arrêt de travail n'avait aucun lien avec celui de l'année antérieure. Il demandait la notification d'une décision sur opposition conforme à la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1).

k. Par courrier du 21 août 2025, l'assurance a maintenu sa position. Elle expliquait que l'assuré l'avait appelé le 30 mai 2025 pour annoncer être en arrêt de travail pour dépression en raison de difficultés professionnelles déjà survenues en 2024. Il avait précisé avoir été licencié au 30 septembre 2024, puis réengagé en avril 2025 auprès de l'employeuse, où les mêmes problèmes au travail avaient persisté. Le 25 mai 2025, le Dr F_____ avait adressé deux rapports médicaux, le premier mentionnait une lombalgie découlant d'un déménagement le 13 mai 2025, mais ce rapport ne pouvait pas être pris en compte pour une incapacité de travail débutée le 9 mai 2025. Quant au second rapport, il établissait un diagnostic de dépression en lien avec les difficultés rencontrées au travail depuis 2024. Or, une incapacité de travail avait déjà eu lieu le 14 août 2024 pour les mêmes motifs. Les prestations avaient été arrêtées au 28 février 2025 car une pleine capacité de travail était exigible dès le 1^{er} mars 2025 dans une autre entreprise selon les conclusions de l'expertise du 14 janvier 2025. La nouvelle incapacité était par conséquent une rechute. Elle refusait dès lors de prendre en charge le cas étant donné qu'une capacité de travail avait été jugée exigible auprès d'un autre employeur, ce qui n'avait pas été respecté par l'assuré.

l. Par certificat du 24 septembre 2025, le Dr F_____ a indiqué n'avoir reçu aucune demande de rapport médical de mai à juillet 2025.

- B.** **a.** Par acte du 2 octobre 2025, l'assuré a déposé un recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision sur opposition du 21 août 2025, en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'une indemnité pour perte de gain devait lui être octroyée, subsidiairement à son annulation et au renvoi à l'assurance pour nouvelle prise de position. Il faisait valoir que la première incapacité de travail résultait de difficultés rencontrées avec un collègue spécifique de son équipe qui l'avait humilié en raison de ses origines et était allé jusqu'à lui asséner un coup de tête, ce qui avait conduit à un suivi psychologique et à un arrêt de travail à compter du 14 août 2025 (*recte* : 2024), lequel avait été pris en charge par la défenderesse jusqu'au 28 février 2025. Il avait été licencié au 30 septembre 2024. Après sa récupération, il avait recherché du travail et avait été contacté par son ancien chef d'équipe, lequel lui avait assuré qu'il n'aurait plus de contact avec le collègue qui avait causé son incapacité de travail car il serait affecté à une autre équipe. Il avait été réengagé par B_____ SA pour une nouvelle mission auprès D_____ SA. Cependant, dans cette nouvelle équipe, il

avait à nouveau fait l'objet de mobbing de plusieurs collègues manifestement informés des événements passés. Il avait également été harcelé car il avait décidé de faire appel à un psychologue, ce qui provoquait une mauvaise image de l'entreprise. Enfin, il ressentait une énorme pression de la part de son équipe pour le travail à effectuer sans aucun répit. Il subissait également des mauvais traitements de la part des techniciens qui l'entouraient. Ne supportant plus cette ambiance toxique, il avait consulté son médecin le 9 mai 2025 et avait été immédiatement mis en arrêt maladie. La défenderesse avait refusé de couvrir son incapacité invoquant une rechute, ce qu'il contestait. Il ne comprenait pas pourquoi la défenderesse mentionnait une lombalgie en lien avec un déménagement datant du 13 mai 2025 en alléguant s'appuyer sur un rapport du Dr F _____. Il n'avait pas déménagé et son médecin n'ait avoir adressé un rapport médical de mai à juillet 2025. Dans son argumentation, il invoquait la LPGA et la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), notamment les dispositions relatives à la maladie professionnelle. Il expliquait que sa nouvelle incapacité de travail n'était pas une rechute, mais un nouvel épisode distinct, les circonstances étant différentes. Le fait qu'il s'agissait d'un épisode dépressif dans les deux cas était insuffisant pour admettre une rechute, le déclenchement étant dû à des facteurs différents. Il rappelait que son médecin avait uniquement mentionné un arrêt de travail pour raisons médicales sans autre précision.

b. Par réponse du 31 octobre 2025, la défenderesse a conclu à l'irrecevabilité du « recours », sollicitant que la procédure soit en l'état limitée à cette seule question. Elle expliquait que la police d'assurance était un contrat de droit privé, la procédure ne relevait dès lors ni de la LPGA, ni de la LAA. L'acte du demandeur ne satisfaisait pas aux conditions de recevabilité de l'action puisqu'elle n'était notamment pas chiffrée.

c. Par communication du 7 novembre 2025, la chambre de céans a accordé un délai au demandeur afin qu'il se détermine sur la réponse de la défenderesse et formule le cas échéant des conclusions de demande en droit privé conformes au Code de procédure (code de procédure civile du 19 décembre 2008 - CPC - RS 272).

d. Par détermination du 15 décembre 2025, le demandeur a développé que l'intitulé « recours » et la forme de son acte ne sauraient justifier son irrecevabilité. Des conclusions non chiffrées suffisaient lorsque la somme à allouer était d'emblée reconnaissable au regard de la motivation du recours ou de la décision attaquée. Le fond de son écriture était suffisant à démontrer l'existence d'une demande ainsi que son bien-fondé. Son incapacité de travail persistait depuis le 9 mai 2025, étant précisé que celle-ci avait été prise en charge par la défenderesse pendant les deux premières semaines. La chambre de céans disposait dès lors de suffisamment d'éléments dans l'écriture du 2 octobre 2025 pour que la somme soit reconnaissable. Par ailleurs, s'il devait y avoir un vice de forme, celui-

ci était désormais réparé, la chambre de céans lui ayant octroyé un délai pour formuler des conclusions. La LPGA était applicable à la procédure devant les tribunaux sociaux notamment par application par analogie de l'art. 61 LPGA. Par ailleurs même si la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) était applicable, il était salarié de l'employeuse et disposait dès lors d'un droit propre contre la défenderesse au sens de l'art. 95a LCA à la suite de son incapacité de travail pour état dépressif depuis le 9 mai 2025. Il concluait principalement à ce qu'il soit dit et constaté que le contrat d'assurance avec la défenderesse couvrait son incapacité de travail et à ce qu'elle soit condamnée à lui verser la somme mensuelle de CHF 4'000.- avec intérêts de 5% dès le 9 mai 2025 à titre d'indemnités journalières dès cette date et ce jusqu'à la fin de son incapacité de travail. Il sollicitait également l'annulation de la demande de remboursement de la défenderesse de CHF 3'266.80. Subsidiairement, il demandait l'annulation de la décision sur opposition du 21 août 2025 et le renvoi à la défenderesse pour nouvelle prise de position.

e. Dans son écriture du 15 janvier 2026, la défenderesse a maintenu sa position. Elle développait que les références citées par le demandeur visaient un recours au niveau fédéral et non une action en justice devant une autorité cantonale. La demande en justice aurait dû reposer sur la LCA et le CPC alors que le demandeur avait basé son « recours » sur la LPGA et la LAA. Le demandeur persistait d'ailleurs dans sa dernière écriture à invoquer l'application de la LPGA et à prendre des conclusions subsidiaires en annulation d'une décision sur opposition inexistante. Le « recours » ne pouvait donc pas être converti en demande en justice au sens du CPC. S'agissant des conclusions non chiffrées, le CPC prévoyait qu'une action tendant au paiement d'une somme d'argent devait être chiffrée. Le demandeur n'invoquait aucune des exceptions quant à l'impossibilité d'articuler le montant de ses conclusions ou le fait que cette indication ne pouvait pas être exigée. La dernière détermination n'indiquait pas de valeur minimale litigieuse. Il se limitait à faire valoir des prestations passées en tout cas pour la période du 9 mai au 2 octobre 2025 en se prévalant d'un montant mensuel de CHF 4'000.- alors qu'elles auraient pu être précisément chiffrées. L'art. 132 CPC prévoyait que le tribunal fixait un délai de rectification des vices de forme, il ne permettait dès lors pas de remédier à un défaut de motivation ou de conclusions déficientes.

f. Par acte du 5 février 2026, le demandeur a persisté. Son acte pouvait être converti en demande en paiement par la chambre de céans, puisque les prestations réclamées, soit le versement d'indemnités journalières, étaient identifiables. Même en cas d'application de la LCA, la défenderesse restait à devoir les indemnités journalières, étant précisé que le CPC n'imposait pas une motivation juridique. Il avait par ailleurs complété ses conclusions en indiquant le montant mensuel réclamé dans le délai accordé par la chambre de céans par écriture du 15 décembre 2025. Le montant minimal auquel il pouvait prétendre réclamer était

de CHF 24'000.-, étant précisé qu'il était toujours en incapacité de travail. Une autorité cantonale pouvait par ailleurs tout à fait appliquer le raisonnement établi par la jurisprudence fédérale.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 CPC 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 LCA.

Selon la police d'assurance, 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.

2. S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 31 CPC prévoit que le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat.

Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre une personne morale, le for est celui de son siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 28 CGA, Édition 2022, pour l'assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA, prévoit que, pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux zurichois, soit le domicile ou le siège suisse ou au Liechtenstein du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit (let. b). L'assuré peut également choisir pour for son lieu de travail habituel (let. c).

Le demandeur, assuré, travaillait habituellement à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

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).
4. 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).

5. En l'espèce, la défenderesse invoque l'irrecevabilité de l'écriture du demandeur, ce que ce dernier conteste.
6. En vertu de l'art. 59 al. 1 CPC, le tribunal n'entre en matière que sur les demandes et les requêtes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action. Ces conditions sont examinées d'office (art. 60 CPC). La liste des conditions de recevabilité prévue à l'art. 59 al. 2 CPC n'est pas exhaustive (François BOHNET, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 9 ad art. 59 CPC).
7. À titre liminaire, il convient d'examiner l'écriture de l'assuré du 2 octobre 2025.
- 8.

8.1 En premier lieu, il sied de relever que celui-ci a fait erreur lorsqu'il a pensé interjeter un « recours » contre une « décision » de l'assurance. En effet, s'agissant d'un litige fondé sur la LCA, l'assuré doit saisir l'autorité judiciaire par voie d'une action en justice dans les deux ans à compter de la survenance du fait duquel naît l'obligation (art. 46 al. 3 LCA), non pas par la voie d'un recours. En effet, en matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 95a LCA (de nature impérative selon l'art. 98 LCA) confère un droit propre à l'assuré, qu'il peut faire directement valoir contre l'assureur.

8.2 Si l'acte déposé le 2 octobre 2025 est qualifié improprement de « recours », l'on comprend toutefois à sa lecture que le demandeur sollicite le paiement des indemnités journalières par la défenderesse. En effet, l'écriture comprend un bref exposé des faits qui permet de cerner l'objet du litige. De plus, le demandeur a joint à son écriture les courriers de la défenderesse des 5 et 27 juin 2025 refusant la prise en charge de l'incapacité de travail du 9 mai 2025, en indiquant contester l'analyse de la défenderesse et dès lors ses prises de position.

Il convient donc de considérer que le demandeur a déposé par-devant la Cour de céans une demande en paiement, libellée à tort « recours ».

8.3 En second lieu, il convient d'examiner la recevabilité des conclusions du demandeur.

8.3.1 L'art. 84 al. 2 CPC prescrit que l'action tendant au paiement d'une somme d'argent doit être chiffrée. Il s'agit d'une condition de recevabilité, que le juge doit examiner d'office (arrêt du Tribunal fédéral 4A_235/2016 du 7 mars 2017 consid. 2.1; BOHNET, op. cit., n. 17 ad art. 84 et 25 ad art. 85 CPC).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une conclusion doit être formulée de manière suffisamment précise pour qu'elle puisse être reprise dans le jugement si la demande est admise. C'est pourquoi l'art. 84 al. 2 CPC prescrit qu'une demande en paiement d'une somme d'argent doit être chiffrée. Ce principe – qui découle en définitive de la maxime de disposition (art. 58 al. 1 CPC) – marque le déroulement du procès civil dès le début. Tout d'abord, l'indication du montant sert à déterminer la compétence matérielle (art. 4 al. 2 et art 8 al. 1 CPC) et le type de procédure applicable (art. 243 al. 1 et 247 al. 2 let. b CPC, *cum* art. 91 al. 1, première phrase, CPC). Ensuite, elle est nécessaire pour respecter le droit d'être entendu de la partie adverse : celle-ci doit savoir contre quoi elle doit se défendre. Le chiffrage est également important pour la détermination de l'objet du litige et donc des effets de la litispendance et, plus tard, de l'autorité de chose jugée, ainsi que pour calculer les avances de frais et les sûretés, une adaptation ultérieure étant possible. Il est ensuite important, sous l'angle du droit matériel, pour déterminer dans quelle mesure la prescription est interrompue par l'introduction d'une action au sens de l'art. 135 ch. 2 CO *cum* art. 64 al. 2 et 62 al. 1 CPC, de même que pour les intérêts moratoires à payer, dans certaines circonstances, dès la notification de la demande (art. 102 al. 1 et 105 al. 1 loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse - CO, Code des obligations - RS 220). Il en résulte que le chiffrage doit impérativement être contenu dans l'écriture introductive de la procédure, à savoir le mémoire de demande (art. 220 CPC), comme cela résulte également de l'art. 221 al. 1 lit. b *cum* art. 84 al. 2 CPC. (ATF 148 III 322 consid. 3.2). Ainsi, la demanderesse, qui demande le paiement d'une somme d'argent, doit soit formuler une conclusion chiffrée dans le mémoire de demande, soit exposer, dans le mémoire de demande, en quoi ceci lui est impossible ou ne peut être exigé d'elle (ATF 148 III 322 consid. 3.7).

La règle n'est certes pas absolue et l'art. 85 CPC prévoit que le demandeur peut ne pas prendre de conclusions chiffrées lorsqu'il lui est impossible d'articuler d'entrée de cause le montant de ses prétentions, parce que, par exemple, les informations lui permettant de l'articuler sont en mains du défendeur ou d'un tiers ou qu'il serait déraisonnable de le lui demander, notamment en raison d'investigations lourdes et coûteuses ou lorsque le dommage n'est pas clairement connu (BOHNET, op. cit., nn. 6, 7 et 13 ad art. 85 CPC). Dans ce cas, le demandeur doit tout de même tenter de chiffrer ses prétentions, puisqu'il doit indiquer une valeur litigieuse minimale,

conformément à l'art. 85 al. 1 *in fine* CPC (BOHNET, op. cit., n. 18 ad art. 85 CPC ; David HOFFMANN/Christian LÜSCHER, Le Code de procédure civile, 2015, p. 60).

Il incombe toutefois au demandeur qui formule une conclusion en paiement non chiffrée de démontrer dans quelle mesure il n'est pas possible, ou du moins pas exigible d'indiquer d'entrée de cause le montant de sa prétention (ATF 140 III 409 consid. 4.3.1 et 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.2).

8.3.2 Exceptionnellement, des conclusions non chiffrées suffisent lorsque la somme à allouer est d'emblée reconnaissable au regard de la motivation du recours ou de la décision attaquée (ATF 134 III 235 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_11/2014 du 3 juillet 2014 consid. 1.2).

Toutefois, dans deux affaires d'assurance maladie collective perte de gain, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant du contrat d'assurance n°... » ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie au demandeur, dès le ..., plus intérêts à 5% dès la même date » (ATF 134 III 235 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008 consid. 2.2).

Dans un arrêt du 27 juillet 2017, le Tribunal fédéral a considéré que les conclusions d'un assuré tendant à ce que l'assureur fut condamné à lui verser rétroactivement et de manière continue toutes les indemnités journalières (« *rückwirkend ab [] und fortdauernd das ganze Krankentaggeld auszurichten* ») ne remplissaient pas les conditions d'une action en paiement non chiffrée au sens de l'art. 85 al. 1 CPC (arrêt du Tribunal fédéral 4A_110/2017 du 27 juillet 2017 consid. 1.3).

Dans un autre arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que la juridiction cantonale pouvait, sans violer le droit, déclarer irrecevable le chef de conclusion « visant le paiement des prestations découlant du contrat d'assurance », dès lors qu'on ne discernait pas en quoi le calcul des indemnités journalières dues à l'assuré, déduction faite de celles déjà versées, apparaissait compliqué au point de confiner à l'impossibilité (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.2).

8.3.3 Au regard de l'art. 56 CPC, le tribunal interpelle les parties lorsque leurs actes ou déclarations sont peu clairs, contradictoires, imprécis ou manifestement incomplets et leur donne l'occasion de les clarifier et de les compléter.

Le devoir d'interpellation du juge dépend des circonstances concrètes, notamment de la difficulté de la cause, du niveau de formation des parties et de leur représentation éventuelle par un mandataire professionnel. Ce devoir concerne avant tout les personnes non assistées et dépourvues de connaissances juridiques, tandis qu'il a une portée restreinte vis-à-vis des parties représentées par un avocat. Dans ce dernier cas, le juge doit faire preuve de retenue. Selon la jurisprudence, le

devoir d'interpellation du juge ne doit pas servir à réparer des négligences procédurales. Ce point de vue est aussi exprimé dans la doctrine (arrêt du Tribunal fédéral 4D_57/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2 et les références).

Ni le devoir d'interpellation, ni la maxime inquisitoire sociale applicable à la procédure (art. 247 al. 2 let. a CPC en lien avec l'art. 243 al. 2 let. f CPC), selon laquelle le juge établit les faits d'office, ne s'opposent à ce qu'une demande soit déclarée irrecevable en raison d'une motivation insuffisante ou de conclusions mal formulées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.3.1 et 4.3.2).

8.3.4 En vertu de l'art. 132 CPC, le tribunal fixe un délai pour la rectification des vices de forme telle l'absence de signature ou de procuration. À défaut, l'acte n'est pas pris en considération (al. 1). L'al. 1 s'applique également aux actes illisibles, inconvenants, incompréhensibles ou prolixes (al. 2). Les actes abusifs ou introduits de manière procédurière sont renvoyés à l'expéditeur (al. 3).

La jurisprudence a précisé que cette disposition n'est pas applicable aux conclusions incomplètes prises dans un recours ou dans une demande (ATF 137 III 617 consid. 6.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.4), et en particulier aux conclusions non chiffrées figurant dans une demande (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.4).

8.3.5 En l'espèce, force est de constater que le demandeur, qui conclut dans son écriture du 2 octobre 2025 à ce qu'il soit dit qu'une indemnité pour perte de gain doit lui être octroyée, vise le paiement d'une somme d'argent, ce qui implique qu'une telle conclusion doit être chiffrée conformément à l'art. 84 al. 2 CPC, ce que le demandeur a omis d'effectuer.

Il n'a pas précisé d'emblée de cause, soit au moment du dépôt de sa demande, le montant des indemnités journalières qu'il sollicitait, ni indiqué la période pour laquelle il réclamait des prestations.

Ses conclusions reviennent dans les faits à déléguer au juge la tâche de déterminer lui-même les indemnités journalières qui seraient potentiellement dues, sans que la somme à allouer ne soit d'emblée reconnaissable, aucun montant n'étant notamment mentionné dans l'acte du 2 octobre 2025, ce qui n'est pas admissible au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionnée.

En outre, le fait d'indiquer dans le cadre de la réplique, le montant mensuel que représenterait selon son appréciation l'indemnité journalière, en concluant à son paiement avec intérêts dès le 9 mai 2025 jusqu'à la fin de son incapacité de travail, ne permet pas de souscrire à l'exigence de l'art. 84 al. 2 CPC conformément aux principes rappelés ci-dessus.

9. Le demandeur n'a pas non plus mentionné, à titre provisoire, une valeur litigieuse minimale avant ses observations du 5 février 2026, ni même allégué qu'il lui était

impossible de chiffrer le montant de sa conclusion condamnatoire d'entrée de cause.

À ce stade, il sera rappelé que la défenderesse a initialement versé les indemnités journalières pendant quinze jours suite à l'incapacité de travail du 9 mai 2025 avant de revenir sur sa position, de sorte que le demandeur disposait des éléments nécessaires pour quantifier ses prétentions au moment du dépôt de la demande.

Ses conclusions ne remplissent pas les conditions de l'art. 85 al. 1 CPC, ouvrant la possibilité d'intenter une action non chiffrée.

10. Par conséquent, il convient de retenir que la demande ne remplit pas les conditions de recevabilité.

Dès lors, au vu de ce qui précède, la demande est déclarée irrecevable.

11. La Cour de céans attire l'attention du demandeur sur le fait qu'il conserve la possibilité de redéposer une demande en paiement en bonne et due forme, ses prétentions n'étant en l'état pas encore prescrites (art. 46 al. 3 LCA ; art. 59 al. 2 let. e CPC ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 4D_88/2014 du 25 mars 2015 consid. 3).
12. Pour le surplus, il n'est ni alloué de dépens à la charge du demandeur (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]), ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

1. Déclare irrecevable la demande déposée le 2 octobre 2025 contre la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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 suppléante

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

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