

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3701/2018

ATAS/1045/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 novembre 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Diana ZEHNDER
LETTIERI

demanderesse

contre

VISANA ASSURANCES SA, sise Weltpostrasse 19, BERNE

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Depuis le 1^{er} janvier 2013, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1986, est affiliée auprès de VISANA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou Visana) pour l'assurance-maladie complémentaire BASIC, laquelle comprend notamment l'hospitalisation en division semi-privée dans toute la Suisse.
 2. Sa prime mensuelle s'est élevée à CHF 69.30 en 2013, CHF 83,20 en 2014 et 2015, CHF 84.90 en 2016, CHF 100,30 en 2017 et CHF 116,30 en 2018.
 3. L'assurée a omis de payer les primes d'août et septembre 2015, soit un total de CHF 166,40.
 4. Par sommation du 17 septembre 2015, l'assurance l'a mise en demeure de s'acquitter, dans un délai de 30 jours, des primes précitées, assorties de frais de sommation, l'avisant qu'à défaut du paiement du montant total (CHF 216,40, soit CHF 166,40 de primes et CHF 50.- de frais de sommation), sa couverture d'assurance serait suspendue.
 5. Aucune suite n'ayant été donnée à cette sommation, l'assurance a requis la poursuite de l'assurée pour un montant total de CHF 241.50 (soit CHF 166.50 de primes, CHF 50.- de frais de sommation et CHF 25.- de frais administratifs) et, le 10 février 2016, l'Office des poursuites de Genève a notifié à l'assurée un commandement de payer (n° 1_____), auquel l'intéressée n'a pas fait opposition.
 6. Le 5 avril 2016, l'assurance a requis la continuation de la poursuite n° 1_____, pour un montant total de CHF 318.10 (CHF 166.40 de primes, CHF 50.- de frais de sommation, CHF 25.- de frais administratifs et CHF 76.70 de frais de poursuite).
- Le dossier remis à la Cour de céans ne permet pas de déterminer la suite qui a été donnée, par l'Office des poursuites, à la poursuite susmentionnée, entre le 5 avril 2016 et le 22 février 2017, date à laquelle l'assurée l'a soldée.
7. L'assurée, enceinte, ayant manifesté le souhait d'accoucher en ses locaux, la Clinique des Grangettes a adressé à Assura, caisse-maladie, et à Visana, assurance-complémentaire, par télécopies du 30 décembre 2016, une demande de garantie pour une hospitalisation prévue le 13 mars 2017.
 8. Le 3 janvier 2017, Assura a informé la clinique qu'elle était susceptible de participer à hauteur du tarif de la division commune du canton de résidence de l'assurée.
 9. Aucune réponse n'a en revanche été donnée par Visana.
 10. Le 22 février 2017, un entretien téléphonique s'est tenu entre l'assurée et son assurance. À cette occasion, l'assurée a allégué ne pas être au courant de la poursuite intentée à son encontre, se souvenir d'une saisie mais avoir pensé que tout

était réglé depuis lors. L'assurance lui a indiqué que tel n'était pas le cas, précisant que si elle souhaitait payer la totalité des primes en souffrance, il lui fallait le faire auprès de l'Office des poursuites.

11. Le même jour, l'assurée a soldé la poursuite n° 1_____ auprès de l'Office des poursuites. Le montant a été transmis à Visana le 28 février 2017.
12. Le 28 février également, l'assurée a informé son assurance qu'elle s'était acquittée du montant dû auprès de l'Office des poursuites le 22 février 2017 et qu'elle souhaitait que la situation soit régularisée. Selon une note interne du même jour, l'agence de Genève lui a alors suggéré de s'adresser au Centre des prestations pour régulariser la situation.
13. Toujours selon une note interne de l'assurance, la Clinique des Grangettes a téléphoné au Centre des prestations, à Berne, en date du 3 mars 2017, pour savoir si une hospitalisation les jours suivants serait prise en charge. Le Centre des prestations lui a répondu que l'assurée avait fait l'objet d'une suspension de sa couverture d'assurance entre le 17 octobre 2015 et le 28 février 2017. Le séjour hospitalier ayant trait à une grossesse survenue pendant l'interruption de la couverture d'assurance, aucune prestation d'assurance ne serait versée.
14. Le _____ 2017, l'assurée a accouché à la clinique des Grangettes d'une petite fille.
15. Le 22 mars 2017, la Clinique des Grangettes lui a adressé deux factures, de CHF 8'402.35 pour les frais d'hospitalisation et CHF 1'678.75 pour les frais d'anesthésie.
16. Le 15 avril 2017, la doctoresse B_____ spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a adressé à l'assurée sa note d'honoraires d'un montant de CHF 4'612.-, relative à l'accouchement.
17. Ces factures ont été transmises à Visana qui s'est déterminée par courrier du 8 juin 2017. L'assurance a estimé qu'en raison des arriérés de primes, son obligation d'allouer des prestations avait cessé du 17 octobre 2015 au 28 février 2017. La protection d'assurance n'avait été rétablie qu'après paiement de tous les arriérés et la couverture ne pouvait être réactivée avec effet rétroactif. Pour l'assurance, « si une maladie [était] diagnostiquée, si une grossesse [survenait] ou si un accident [avait] lieu durant la période pendant laquelle l'obligation de prise en charge de l'assureur [était] suspendue », il n'y avait pas de droit à des prestations au titre de l'assurance complémentaire pour ce cas. Or, il en allait ainsi de l'assurée, qui ne pouvait dès lors se prévaloir de la protection de l'assurance complémentaire BASIC Hôpital en division mi-privée pour sa grossesse et ses suites, raison pour laquelle l'assurance refusait de s'acquitter des factures.
18. Le 11 juillet 2017, un arrangement de paiement a été convenu entre l'assurée et la Clinique des Grangettes, la facture de CHF 1'678.75 devant être payée en deux acomptes mensuels, et celle de CHF 8'402.35 en douze acomptes mensuels.

19. Sous la plume de son conseil, l'assurée a rappelé les faits à son assurance. En date du 9 novembre 2016, elle lui avait annoncé son hospitalisation pour cause de maternité prévue pour le 13 mars 2017 à la Clinique des Grangettes. A cette occasion, l'agence de Genève l'avait informée du fait qu'elle n'avait pas payé certaines primes, lesquelles avaient donné lieu à une poursuite. Son interlocutrice lui avait alors suggéré de solder la poursuite de manière à pouvoir bénéficier de la couverture d'assurance. Même si elle s'étonnait de cette situation au vu de la mise en place d'un système d'ordre permanent, l'assurée s'était acquittée, le 22 février 2017, du montant de la poursuite, intérêts et frais compris. Le 3 mars 2017, la Clinique des Grangettes lui avait signalé le refus de couverture. Lors d'une discussion avec son compagnon, l'assistante de la responsable de l'agence de Genève s'était étonnée de ce refus et avait regretté la prise de position du Centre de prestations de Berne. Elle avait finalement accouché le _____ 2017, avec quelques jours d'avance sur la date programmée. Au vu des garanties reçues par l'agence de Genève quant à la couverture des prestations une fois la poursuite soldée, le refus de prise en charge était constitutif, selon elle, d'un abus de droit. Par conséquent, elle mettait l'assurance en demeure de s'acquitter des trois fractures précédemment mentionnées dans un délai de 10 jours.
20. Le courrier précité étant resté sans réponse, l'assurée a relancé l'assurance en date du 12 janvier 2018.
21. Ce courrier étant également resté sans réponse, l'assurée a requis, le 12 mars 2018, la copie de plusieurs pièces (rappel de prime, avis de sommation, avis de suspension des prestations) afin de pouvoir « aller de l'avant ».
22. Par courrier du 16 mars 2018, l'assurance lui a transmis les pièces requises.
23. Le 16 avril 2018, l'assurée a noté que sa couverture d'assurance avait été suspendue du 17 octobre 2015 au 22 février 2017. Elle a fait valoir qu'en application des principes de la bonne foi et de la loyauté contractuelle, les circonstances du cas d'espèce commandaient que la couverture d'assurance soit garantie compte tenu des informations données par l'agence de Genève quant à la prise en charge des frais liés à l'hospitalisation à la Clinique des Grangettes postérieurement au paiement du montant en poursuite. Compte tenu de la modicité de l'arriéré en cause, lequel résultait manifestement d'une inadvertance qu'elle avait tenté de réparer par la mise en place d'un ordre permanent, elle priait l'assurance d'entrer en matière sur la prise en charge de ses frais d'hospitalisation, ajoutant qu'elle aurait accouché en division commune si elle avait été informée par l'agence de Genève du fait que les coûts d'hospitalisation en clinique ne seraient pas couverts en raison de la suspension de la couverture d'assurance.
24. Par courrier du 12 juin 2018, l'assurance a persisté dans son refus de prendre en charge les frais d'hospitalisation.

L'information fournie par l'agence de Genève, selon laquelle la couverture était réactivée dès le paiement des arriérés, était en principe correcte. Cependant,

lorsqu'un sinistre survenait durant l'interruption de la couverture, aucune prestation n'était allouée au titre de l'assurance complémentaire pour les traitements correspondants et ce, durant toute la vie de la personne concernée. La grossesse de l'assurée étant survenue pendant l'interruption de la couverture d'assurance, aucune prestation n'était due pour l'ensemble des traitements effectués dans ce contexte.

L'assurance partait également du principe que l'assurée avait dû signer un document, lors de son admission à la Clinique des Grangettes, lui signifiant qu'elle devait payer elle-même les coûts pour la division semi-privée ; elle pouvait alors encore opter pour la division commune.

25. Le 22 octobre 2018, l'assurée (ci-après : la demanderesse), sous la plume de son conseil, a saisi la Cour de céans, sous suite de frais et dépens, d'une demande en paiement de CHF 8'402,35 avec intérêts à 5% dès le 22 avril 2017, de CHF 1'678.75 avec intérêts à 5% dès le 22 avril 2017 et de CHF 4'612.- avec intérêts à 5% dès le 15 mai 2017 à l'encontre de l'assurance.

À l'appui de sa demande, l'assurée reprend les mêmes arguments que ceux portés à la connaissance de l'assurance par courriers des 9 novembre 2017 et 16 avril 2018.

26. Invitée à se déterminer, l'assurance (ci-après : la défenderesse), dans sa réponse du 21 janvier 2019, a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à la production du dossier relatif au séjour hospitalier en mars 2017, principalement, au rejet de la demande.

À l'appui de sa réponse, la défenderesse conteste notamment la teneur des échanges entre l'agence de Genève et la demanderesse.

Elle soutient que la demanderesse a été avertie avant son hospitalisation qu'aucune prestation ne serait versée et qu'elle aurait dès lors pu choisir d'accoucher en division commune. Au lieu de cela, elle s'est rendue à la clinique pour accoucher en connaissance de cause, raison pour laquelle elle sollicite la production du dossier concernant l'hospitalisation en mars 2017, dont elle pense qu'il corroborera cette version.

Par ailleurs, la défenderesse fait valoir que la demanderesse ne l'a pas informée de son séjour avant son admission, de sorte que, conformément à ses conditions générales, elle était habilitée à refuser de prester.

Pour le surplus, elle reprend les mêmes arguments que ceux développés dans ses courriers des 8 juin 2017 et 12 juin 2018.

27. Le 18 février 2019, la demanderesse s'en est rapportée à l'appréciation de la Cour de céans s'agissant de la production de dossier requise par la défenderesse et a sollicité pour sa part la retranscription de l'enregistrement de l'entretien téléphonique échangé le 3 mars 2017 entre la responsable de l'agence de Genève et son compagnon, dont elle a requis, à défaut, l'audition.

La demanderesse ajoute que le refus de prester de la défenderesse lui a été signifié le 3 mars 2017, par l'intermédiaire de la Clinique des Grangettes et qu'à aucun moment entre le 22 février et le 3 mars 2017, la défenderesse ne l'a informée de son refus de prendre en charge les frais de son hospitalisation future à la Clinique des Grangettes.

28. Le 26 février 2019, la demanderesse a précisé à la Cour que son compagnon s'était rendu le 5 ou le 6 mars 2017 à l'agence de Genève pour y rencontrer personnellement la responsable suite au refus de prester de l'assurance. Il ne s'était dès lors pas agi d'un entretien téléphonique, comme elle l'avait soutenu dans un premier temps, mais d'une discussion *de visu*, raison pour laquelle elle sollicitait l'audition des deux participants à ladite discussion.

29. Par écriture du 14 mars 2019, la défenderesse a persisté dans les termes de sa réponse.

Elle s'est opposée à l'audition du compagnon de la demanderesse et de la responsable de l'agence de Genève, considérant que les faits sur lesquels ces auditions devaient porter, postérieurs au refus d'octroyer la garantie de paiement pour l'hospitalisation à la Clinique, respectivement à l'accouchement, étaient, partant, dénués de pertinence pour l'issue du litige.

Cela étant, force était de constater que la demanderesse n'avait à aucun moment annoncé son séjour à la clinique. Si elle s'était souciée de régulariser la situation sur le plan financier, elle n'avait jamais pris contact avec le service des prestations. Ce faisant, elle avait agi en violation des conditions générales. Seule la Clinique avait contacté le Centre de prestations pour connaître l'étendue de la prise en charge. À aucun moment, la défenderesse n'avait donc garanti à la demanderesse une quelconque couverture pour les frais entraînés par la grossesse.

30. Une audience s'est tenue le 23 mai 2019.

À cette occasion, la demanderesse a maintenu sa demande d'audition de son compagnon et de la responsable de l'agence de Genève, arguant que, même si la discussion s'est tenue après l'accouchement, les termes de l'entretien sont susceptibles de corroborer les propos tenus par les collaborateurs de la défenderesse lors des contacts téléphoniques ayant eu lieu en février 2017. Pour sa part, la défenderesse a persisté à considérer ces auditions non nécessaires, dès lors que le dossier comporte les notes relatives aux entretiens téléphoniques invoqués, et a sollicité une nouvelle fois la production, par la Clinique des Grangettes, du dossier relatif à l'hospitalisation de mars 2017, demande à laquelle la demanderesse ne s'est pas opposée.

En sus de ces questions procédurales, la demanderesse a expliqué avoir été informée le 3 mars 2017, par la Clinique - et non pas l'assurance - du refus de prester, contrairement à ce qui lui avait été répondu lors de l'entretien téléphonique du 28 février 2017. Elle dit avoir tenté de joindre la défenderesse le même jour,

mais avoir été confrontée à l'absence de réponse du standard téléphonique, étant précisé qu'il était déjà 16 h.

Un premier refus lui a été communiqué par la Clinique qui l'a informée que la défenderesse refusait d'entrer en matière, vu le retard de paiement. Par la suite, elle a appelé la défenderesse, le 22 février 2017, pour avoir confirmation dudit retard. Elle s'est ensuite acquittée des montants encore dus, avant de rappeler l'assurance, le 28 février 2017. À cette occasion, son interlocutrice lui a répondu, après avoir vérifié que le paiement était bien arrivé, qu'elle pouvait accoucher en clinique. La demanderesse réaffirme que si on lui avait répondu le contraire, elle aurait pris d'autres dispositions et se serait sans doute arrangée autrement, par exemple en accouchant aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Quant à la défenderesse, elle a répété que, conformément à ce qui ressort de la note téléphonique du 28 février 2017, l'assurée a été invitée à s'adresser au service des prestations pour toute question relative à celles-ci. Il n'y a trace d'aucun appel de l'intéressée à ce service.

Enfin, la défenderesse a demandé la prise en charge de ses débours.

31. Par ordonnance du 6 août 2019, la Cour de céans a requis la production, par la Clinique des Grangettes, du dossier concernant l'hospitalisation de la demanderesse du 4 au 8 mars 2017.
32. Le 22 août 2019, la Clinique a transmis le dossier administratif requis, dont il ressort notamment que :
 - Le 29 décembre 2016, la Clinique des Grangettes a informé la demanderesse que « pour garantir le paiement des soins, les cliniques privées [demandaient] une prise en charge de la part de l'assurance maladie complémentaire. Si [ledit] assureur ne délivrait pas de garantie, [elle prendrait] contact avec [l'assurée] afin d'organiser un éventuel dépôt financier couvrant les frais occasionnés ».
 - Les relevés des prestations hospitalières (salle d'accouchement, anesthésie, néonatalogie, obstétrique).
 - Les demandes de garantie pour cas d'hospitalisation adressées, par télécopies du 30 décembre 2016, à Assura et Visana.
 - Le courrier d'Assura du 3 janvier 2017 concernant l'importance de la prise en charge.
 - La facture du 22 mars 2017 de CHF 1'678,75 concernant l'anesthésie.
 - Les factures pour les frais d'un accompagnant (lit/petit-déjeuner).
 - La facture du 22 mars 2017 de CHF 8'402.35 concernant l'accouchement et l'hospitalisation du 4 au 8 mars 2017.
 - Un échange de courriels entre le compagnon de la demanderesse et la Clinique des Grangettes, entre les 4 et 10 avril 2017.

- Les reconnaissances de dettes et arrangements de paiement concernant les factures susmentionnées de juillet 2017.
33. Par courrier du 11 septembre 2019, la défenderesse a noté qu'il ressortait de ce dossier que la Clinique avait informé la demanderesse, par courrier du 29 décembre 2016, que si son assureur complémentaire ne délivrait pas de garantie de paiement, elle reprendrait contact avec elle afin d'organiser un éventuel dépôt financier couvrant les frais occasionnés par le séjour hospitalier. Aucune garantie de paiement n'avait été octroyée à la Clinique pour l'hospitalisation initialement prévue le 12 mars 2017. Par ailleurs, la demanderesse avait reconnu être débitrice des montants de CHF 8'402,35 et de CHF 1'678,75 en date du 31 juillet 2017. S'agissant de la note d'honoraires de la Dresse B_____ relative à l'hospitalisation en mars 2017, la défenderesse considère qu'elle n'a pas non plus à la prendre en charge étant donné l'absence de garantie de paiement pour l'hospitalisation précitée. Cas échéant et subsidiairement, elle a requis la production de l'entier du dossier relatif à cette note d'honoraires et à la facture n° 2_____. Pour le surplus, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.
34. Quant à la demanderesse, elle a relevé, par courrier du 26 septembre 2019, que le dossier précité ne comprend aucun document sollicitant une garantie de paiement de sa part, tant lors de la réservation de la salle d'accouchement le 29 décembre 2016 que lors de son admission. Il est manifeste, selon elle, qu'en cas de refus de couverture de la part de l'assureur, les établissements médicaux privés, tels que la Clinique des Grangettes, exigent avant toute prise en charge une garantie de paiement de la part du patient. Or, dans son cas, ni garantie de paiement, ni dépôt d'espèces n'ont été sollicités, ce qui démontre le bien-fondé de ses prétentions.
- La demanderesse relève également que ce n'est qu'en juillet 2017, soit plus de quatre mois après l'accouchement, que des arrangements de paiement ont été convenus.
- Cela étant, elle a persisté intégralement dans sa demande d'audition de témoins et dans ses conclusions.
35. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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, le contrat est régi par la LCA.

La compétence *ratione materiae* de la Cour de céans est ainsi établie.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. a/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. 9.3 des conditions générales pour l'assurance-maladie complémentaire BASIC prévoit qu'en cas de contentieux, l'ayant droit peut choisir entre le for juridique du siège de VISANA ASSURANCES SA à Berne ou celui de son propre domicile.

La demanderesse, qui est l'ayant droit, a son domicile à Genève, de sorte que la Cour de céans est également compétente *ratione loci* pour connaître de la 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 Cour de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). Il s'agit donc d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid. 2.1).
5. À titre liminaire, il convient de se pencher sur la qualité pour défendre de VISANA ASSURANCES SA.

a/aa. La question de la qualité pour défendre relève, comme dans un procès civil, du fondement matériel de l'action (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 59/03 du 30 décembre 2003, consid. 3.2 et les références citées). A 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 ; ATF 114 II 345 consid. 3a).

a/bb La demande est en principe figée pour ce qui concerne la désignation des parties principales, sans qu'il ne soit possible pour le demandeur de la modifier

après coup, à moins d'un accord contraire de la partie défenderesse rendu possible dans les limites de la maxime de disposition. Le législateur en charge du CPC montre toutefois une conception large de la substitution de partie, n'hésitant pas à l'autoriser en dépit de l'absence cumulée d'aliénation de l'objet litigieux au sens de l'art. 83 al. 1 et de dispositions spéciales au sens de l'art. 83 al. 4 in fine. En effet, l'art. 83 al. 4, 1^{ère} partie vise des situations dans lesquelles aucun changement de légitimation ne survient en cours de litispendance: la substitution de partie tend en réalité à corriger une demande ab initio mal dirigée ou émanant d'une partie n'étant pas la bonne. Ces cas ne relèvent pas de la figure procédurale classique de la substitution de partie, raison pour laquelle le législateur soumet de tels changements au consentement de la partie adverse. Celle-ci peut en effet refuser de prêter son concours à ce type de mesures coercitives et exiger que le juge tranche le litige sur la base de la demande initiale, ce qui mènera à un déboutement pour autant que le juge - appliquant le droit d'office - parvienne à la conclusion que la légitimation de l'un ou l'autre des plaideurs fait défaut (JEANDIN, in BOHNET/HALDY/JEANDIN/SCHWEIZER/TAPPY, CPC, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 32ss ad. art. 83).

b. En l'occurrence, la demanderesse a assigné VISANA SERVICES SA, la considérant comme étant débitrice des frais liés à son hospitalisation du 4 au 8 mars 2017. En effet, les échanges de courriers ont eu lieu avec VISANA SERVICES SA. Il ressort toutefois des polices d'assurance établies par VISANA SERVICES SA que l'assureur est en réalité VISANA ASSURANCES SA.

Dans sa réponse du 21 janvier 2019, VISANA SERVICES SA a expliqué qu'elle ne possédait pas la légitimation passive, au contraire de VISANA ASSURANCES SA. Elle a par conséquent conclu à une substitution des parties conformément à l'art. 83 al. 4 CPC.

Lors de l'audience du 23 mai 2019, Madame C_____ représentant tant VISANA ASSURANCES SA que VISANA SERVICES SA selon les procurations datées du 16 mai 2019, a expressément conclu à la substitution des parties, ce à quoi la demanderesse ne s'est pas opposée.

Au vu des éléments susmentionnés, la Cour de céans ordonnera donc préalablement la substitution des parties, en ce sens que la partie défenderesse est désormais VISANA ASSURANCES SA.

6. Le litige porte sur la prise en charge, par la défenderesse, des frais liés à l'hospitalisation de la demanderesse en mars 2017, singulièrement sur les conséquences de la demeure de la demanderesse dans le paiement des primes.
7. En premier lieu, la défenderesse justifie son refus de prester par le fait que le sinistre - soit la grossesse - est survenu pendant la période de suspension de la couverture d'assurance.

a. Conformément à l'art. 20 LCA, si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordé par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses

frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation doit rappeler les conséquences du retard (al. 1). Si la prime est encaissée chez le débiteur, l'assureur peut remplacer la sommation écrite par une sommation verbale (al. 2). Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (al. 3). L'art. 93 de la présente loi demeure réservé (al. 4).

En vertu de l'art. 21 LCA, si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'art. 20 de la présente loi, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée (al. 1). Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais (al. 2).

b. La LCA déroge en faveur de l'assureur au régime commun de la demeure en ce sens que, à l'expiration du délai fixé au débiteur pour s'exécuter, non seulement l'assureur a le choix de poursuivre le paiement de la prime en souffrance ou de se départir du contrat, mais encore son obligation est suspendue ; si l'assureur ne se départit pas du contrat - la résiliation étant présumée si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'art. 20 LCA, son obligation ne reprend effet qu'à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais (ATF 128 III 186 consid. 2d).

c. La demeure a pour effet que l'obligation de prêter de l'assureur est suspendue dès la fin du délai de sommation (arrêt du Tribunal fédéral 5C.284/2001 du 20 décembre 2001 consid. 2a et 2b). Cela signifie que le contrat reste en vigueur, mais qu'en cas de sinistre, l'assureur n'est pas tenu au versement de ce que le contrat prévoit, alors même qu'il conserve son droit à la prime. Le fait que la suspension n'intervienne qu'en cas de demeure qualifiée du preneur, au terme du délai de grâce, est important : un sinistre survenant pendant le délai de 14 jours ou un éventuel délai plus long donné par l'assureur ne permet aucunement à l'assureur de refuser le versement de sa prestation, quand bien même ce dernier ne parviendrait finalement pas à disposer de la prime (Vincent BRULHART, op. cit., n° 717). Ainsi, par la suspension de l'obligation de couverture d'assurance, l'assureur se soustrait à l'obligation de répondre d'un sinistre survenu après le délai de mise en demeure et jusqu'au moment où la prime aura été acquittée avec les intérêts et les frais (Jean-Benoît MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, 1994, pp. 31-32).

d. C'est à partir du moment où le preneur est en demeure, c'est-à-dire à l'échéance du délai de grâce de l'art. 20 al. 1 LCA, que la suspension commence. Elle perdure tant que la prime arriérée n'a pas été acquittée avec intérêts et frais. L'art. 21 al. 2 LCA permet la remise en vigueur de la couverture d'assurance dès le moment où la prime arriérée est acquittée avec effet *ex nunc* (ATF 138 III 2 consid. 5.2.2, Alfred MAURER, Privatversicherungsrecht, 3ème éd. 1995, p. 295).

Le sinistre, également appelé cas d'assurance, n'est pas défini par la LCA (Vincent BRUHLART, Le cas d'assurance, in Totalrevision VVG, 2006, p. 85).

8. Selon le Tribunal fédéral, le cas d'assurance peut être défini comme la réalisation du risque, contre lequel l'assurance a été conclue (ATF 142 III 671 consid. 3.6 et ATF 129 III 510 consid. 3.2).

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser la notion de survenance du sinistre dans des cas particuliers. Ainsi, en matière d'assurance perte de gain maladie, le sinistre ne survient pas avec la maladie, mais seulement avec l'incapacité de gain en résultant (ATF 142 III 671). Il en va de même en cas d'indemnité journalière pour cause d'hospitalisation, dans laquelle le sinistre survient avec l'hospitalisation et non pas déjà avec la maladie (arrêts du Tribunal fédéral 4A_626/2016 du 22 mars 2017 et 4A_12/2016 du 23 mai 2017, voir également le résumé in Andrea EISNER-KIEFER, Strassenverkehrsrechts-Tagung 21. Juni 2018, Privatversicherungsrecht – Wichtige Urteile, note de bas de page n° 21).

9. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que la demanderesse n'a pas payé ses primes d'août et septembre 2015 et qu'elle n'a pas donné suite à la sommation du 17 septembre 2015. Ainsi, conformément à l'art. 20 al. 3 LCA, aux conditions générales et à la sommation précitée, la couverture d'assurance - ce par quoi il faut entendre l'obligation de prester de la défenderesse - a été suspendue à l'expiration d'un délai de 30 jours. La défenderesse a requis la poursuite de la demanderesse en date du 13 novembre 2015, soit dans le délai de deux mois prévu par l'art. 21 al. 1 LCA, de sorte que le contrat d'assurance est resté en vigueur. Il n'est pas non plus contesté que la demanderesse s'est acquittée des arriérés de primes en date du 22 février 2017, ce qui a entraîné la levée de la suspension de l'obligation de prester.

La question qui se pose est dès lors celle de savoir si, comme le prétend la défenderesse dans ses courriers et écritures, la survenance de la grossesse pendant la suspension de la couverture doit être considérée comme la survenance du sinistre.

b. Selon l'art. 3.1 des conditions générales pour l'assurance complémentaire BASIC (ci-après : les conditions générales), le preneur d'assurance peut notamment s'assurer contre les conséquences économiques de la maternité (grossesse, accouchement et période de convalescence ultérieure de la mère). La couverture concrète de l'assurance conclue ressort de la police ainsi que des conditions complémentaires.

Dans le cas d'espèce, la demanderesse a conclu une assurance Basic Hôpital.

Selon les conditions complémentaires, l'assurance Basic comprend les assurances BASIC traitements ambulatoires, BASIC médecine complémentaire et BASIC Hôpital. Sont assurés, dans le contexte de cette dernière assurance, les frais de séjour dans un hôpital pour cas aigus en Suisse, dans la division hospitalière assurée, en complément à l'assurance obligatoire des soins. Selon l'art. 2.1 des

conditions complémentaires, en cas de séjour (traitement et nuitée dans un hôpital pour cas aigus), les frais couverts dans la division assurée comprennent le logement et la nourriture, les soins infirmiers, les honoraires des médecins, les mesures diagnostiques et thérapeutiques (prescrites par le médecin), les médicaments (prescrits par le médecin), l'anesthésie ainsi que l'utilisation de la salle d'opération.

Les frais d'hospitalisation tels que définis précédemment constituent ainsi le risque assuré, à savoir l'objet contre lequel l'assurance a été conclue.

Au vu de ce qui précède, force est de considérer que le sinistre survient avec l'hospitalisation et non pas déjà avec la grossesse ou la maladie à l'origine de l'hospitalisation. Cela correspond d'ailleurs à l'esprit de la jurisprudence fédérale mentionnée ci-dessus (voir *supra* consid. 8).

Or, dans le cas de la demanderesse, l'hospitalisation a eu lieu alors que les primes en souffrance avaient été acquittées et que la suspension de l'obligation de prester de la défenderesse avait été levée.

Dans ces circonstances, la défenderesse ne peut invoquer le fait que la grossesse a débuté pendant la suspension de la couverture d'assurance pour refuser de prester.

10. Subsidiairement, la défenderesse invoque également, à l'appui de son refus de prester, le fait que la demanderesse ne lui aurait pas annoncé son hospitalisation dans les délais.

- a. À teneur de l'art. 8.1 des conditions générales, l'assuré doit communiquer à la défenderesse les séjours à l'hôpital ou dans une autre institution 14 jours au plus tard avant l'admission. En cas d'urgence, la communication doit au plus tard être faite dans les 14 jours qui suivent le début de l'hospitalisation. La défenderesse remet alors dans les dix jours une garantie de paiement dans le cadre de la couverture d'assurance. L'art. 8.3 des mêmes conditions générales prévoit que lorsque l'assuré viole ses obligations découlant de la loi, des conditions générales, des conditions complémentaires ou des conventions spéciales, la défenderesse est habilitée à refuser des prestations, à moins qu'il puisse être prouvé que la non-observation des dispositions contractuelles n'a eu aucune répercussion sur les suites de la maladie ou de l'accident, ni sur leur constatation et qu'elle n'a pas entraîné de faute.

- b. En l'espèce, il ressort du dossier transmis par la Clinique des Grangettes que cette dernière a adressé à la défenderesse une demande de garantie d'hospitalisation en date du 30 décembre 2016, soit plus de deux mois avant la date d'hospitalisation prévue. Certes, ce n'est pas la demanderesse en personne qui a informé la défenderesse de son intention d'accoucher à la Clinique des Grangettes, mais cette dernière. Cela correspond toutefois à la pratique en la matière, selon laquelle c'est l'établissement hospitalier qui adresse à l'assurance du futur patient une demande de garantie d'hospitalisation, portant ainsi à sa connaissance le fait qu'un séjour en ses locaux est envisagé. Le 3 mars 2017, la Clinique des Grangettes a, une nouvelle

fois, informé la défenderesse de l'intention de la demanderesse d'accoucher en ses locaux, comme cela ressort de la note téléphonique du même jour.

Ainsi, à pas moins de deux reprises, la Clinique des Grangettes a porté à la connaissance de la défenderesse le souhait de la demanderesse d'accoucher en ses locaux. La première communication a été faite plus de deux mois et demi avant la date d'accouchement escomptée par les médecins. Quant à la deuxième communication, elle date certes de la veille de l'hospitalisation. Toutefois, dans la mesure où la demanderesse disposait encore, en cas d'urgence, de 14 jours après l'hospitalisation pour en informer la défenderesse, on ne saurait lui reprocher d'avoir procédé tardivement.

Une fois encore, le motif invoqué par la défenderesse à l'appui de son refus de prester s'avère donc infondé.

11. Dans un souci d'exhaustivité, la Cour de céans examinera encore si la défenderesse pouvait refuser de prester pour d'autres motifs.

a/aa. À teneur de l'art. 3.1 des conditions générales, les prestations en cas de maternité ne sont allouées que si, au moment de la naissance, la mère a déjà été assurée au moins 360 jours dans l'assurance complémentaire correspondante.

Se pose dès lors la question de savoir si la demanderesse était assurée auprès de la défenderesse durant les 360 jours précédant l'hospitalisation.

À teneur de l'art. 4.3 des conditions générales, le contrat d'assurance prend effet dès que la défenderesse a remis la police ou qu'elle a notifié l'acceptation de la proposition. La couverture d'assurance débute au jour convenu et mentionné dans la police. L'assurance s'éteint en cas de décès de la personne assurée ou en cas de résiliation du contrat (art. 4.4 des conditions générales). S'il n'est pas fait usage du droit de résiliation, le contrat est prolongé d'un an (art. 4.6 des conditions générales). En cas de retard dans le paiement des primes, la défenderesse adresse une sommation au débiteur des primes. Si la sommation reste sans effet, l'obligation en matière de prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation (art. 6.4).

a/bb. En l'espèce, seule l'obligation de prester de la défenderesse a été suspendue ensuite du non-paiement, par la demanderesse, des primes d'août et septembre 2015, étant précisé que les primes subséquentes semblent avoir été intégralement acquittées. Le contrat d'assurance ayant toujours été en vigueur, force est d'admettre que la demanderesse était bien assurée pendant les 360 jours précédant son hospitalisation.

b/aa. A teneur de l'art. 3.5 des conditions générales, l'assurance n'accorde aucune prestation notamment pour des maladies et des accidents, y compris séquelles et rechutes en résultant, survenus pendant la suspension ou après la résiliation du contrat. L'art. 3.2 des conditions générales prévoit que la notion de maladie englobe également les troubles liés à la grossesse et à la naissance.

Lorsqu'une assurance complémentaire a pour but d'offrir les mêmes prestations que la LAMal et de les compléter, les parties peuvent en principe considérer que les notions communes en matière d'assurances complémentaires et d'assurance de base ont la même signification (ATAS/529/2012 du 10 avril 2012, consid. 10a et ATAS/772/2011 du 24 août 2011, consid. 7c). Tel est bien le cas en l'espèce, conformément à l'art. 1 des conditions générales et au premier paragraphe des conditions complémentaires relatives à l'assurance Basic Hôpital.

Dans l'assurance de base, l'art. 5 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après: LPGA) dispose que la maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier. Une maternité se déroulant sans complications n'est pas considérée comme une maladie (ATF 127 V 271, 112 V 304 ; SVR 2005 KV No 5). Ainsi, « les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse » (art. 29 al. 2 let. a LAMal) sont considérés comme des « prestations spécifiques de maternité » (art. 29 al. 1 LAMal) pour lesquelles l'assureur ne peut exiger aucune participation de l'assurée (art. 64 al. 7 LAMal). En revanche, le traitement de troubles à la santé survenus au cours de la grossesse est assimilé à une maladie à laquelle le régime ordinaire de participation aux coûts s'applique de par la loi (art. 64 al. 1, 3, 5, 6 et 8 LAMal).

b/bb. En l'espèce, l'art. 3.2 des conditions générales formalise la jurisprudence précitée dès lors qu'il y est fait référence de troubles liés à la grossesse et à la naissance. Or, il ne ressort pas du dossier que la maternité de la demanderesse ait connu des complications. Par conséquent, la grossesse ne saurait être assimilée à une maladie au sens de l'art. 3.2 et elle ne peut être visée par l'exclusion prévue par l'art. 3.5 des conditions générales.

12. En résumé, il ressort de ce qui précède que c'est à tort que la défenderesse a refusé de prester.

Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire d'entendre Madame D_____ et Monsieur E_____.

Par ailleurs, force est de constater que la défenderesse n'a pas contesté le montant de la facture de la Dresse B_____, de sorte qu'il ne sera pas donné suite à sa demande de production du dossier relatif à cette note d'honoraires.

13. Au vu de ce qui précède, la demande est admise et la défenderesse condamnée à verser à la demanderesse les montants suivants, non contestés :
- CHF 8'402,35 avec intérêts à 5% dès le 22 avril 2017,
 - CHF 1'678.75 avec intérêts à 5% dès le 22 avril 2017, et
 - CHF 4'612.- avec intérêts à 5% dès le 15 mai 2017.
14. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). A Genève, le règlement fixant le

tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC).

La demanderesse, représentée par un conseil, obtenant gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 3'104.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à 26 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]; art. 84 et 85 du RTFMC).

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 :

Préalablement :

2. Ordonne la substitution des parties en ce sens que la défenderesse devient VISANA ASSURANCES SA.

Principalement :

3. Admet la demande du 22 octobre 2018.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse :
 - CHF 8'402,35 avec intérêts à 5% dès le 22 avril 2017,
 - CHF 1'678.75 avec intérêts à 5% dès le 22 avril 2017, et
 - CHF 4'612.- avec intérêts à 5% dès le 15 mai 2017.
5. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de CHF 3'104.-, à titre de dépens, TVA et débours inclus.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

La Présidente

Karine STECK

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