

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3873/2024

ATAS/782/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 octobre 2025

Chambre 3

En la cause

HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA
représentée par HELSANA ASSURANCES SA, mandataire

demanderesse

contre

A _____

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1943 et mariée à B_____, est domiciliée à Genève.
- b.** L'assurée est affiliée auprès d'HELSANA ASSURANCES SA, depuis le 1^{er} janvier 2021 en tous les cas, pour l'assurance obligatoire des soins (HELSANA BASIS Standard).
- c.** Selon une police d'assurance d'octobre 2020, l'assurée est affiliée depuis le 1^{er} janvier 2021 auprès d'HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA (ci-après : HELSANA) pour une couverture d'assurance complémentaire comprenant l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL PLUS BONUS en division demi-privée (« *Halbprivate Abteilung* ») pour un séjour en chambre double, ainsi que le libre choix du médecin et de l'hôpital dans toute la Suisse (« *Aufenthalt im Zweibettzimmer sowie freie Arzt-und Spitalwahl in der ganzen Schweiz* »). Cette police d'assurance complémentaire fait référence aux conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires du 1^{er} janvier 2021 (ci-après : CGA-2021), aux conditions supplémentaires d'assurance (CSA) Assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL BONUS du 1^{er} janvier 2014 (ci-après : CSA-2014), ainsi qu'aux conditions particulières d'assurance (CPA) n°46 et 57 (« *Massgebend sind die Versicherungsbedingungen [AVB 2021 / ZVB 2014 / BVB 46 / BVB 57] dieses Produkts* »).
- B.** **a.** En août 2021, alors qu'elle passait ses vacances en Espagne, l'assurée a été hospitalisée en raison d'une septicémie aigüe.
- b.** À la demande de l'assurance, l'assurée a été rapatriée d'urgence depuis l'Espagne à la Clinique HIRSLANDEN de Zurich (ci-après : la clinique), où elle a été hospitalisée en division privée, du 25 août au 27 septembre 2021.
- c.** Le 25 août 2021, la clinique a adressé à l'assurance une demande de garantie pour une hospitalisation en division privée dès cette date.
- d.** Par courrier du 30 août 2021, adressé à la clinique, l'assurance a accordé une garantie de prise en charge des frais de séjour hospitalier stationnaire en division privée dès le 25 août 2021, tout en mentionnant l'existence d'une sous-assurance (« *Unterversicherung Privat* »).
- e.** Par courrier séparé du 30 août 2021 également, elle a informé l'assurée que, s'agissant de son admission à la clinique en division privée dès le 25 août 2021, elle prendrait en charge les frais suivants :
- au titre de l'assurance de base : les frais d'hospitalisation en division commune, déduction faite de la franchise et de la quote-part de 10% ;

- au titre de l'assurance complémentaire HOSPITAL PLUS BONUS : 75% de la différence entre les frais d'hospitalisation en division commune et en division privée, sur la base du tarif convenu avec l'hôpital.

L'assurance a en outre indiqué qu'elle procèderait au paiement des frais de séjour et de traitement en division privée directement auprès de la clinique.

Les frais à charge de l'assurée étaient les suivants :

- 25% de la différence entre les frais d'hospitalisation en division commune et en division privée, sur la base du tarif convenu avec l'hôpital ;
- la franchise et 10% de participation aux frais ;
- CHF 15.- par jour de contribution aux frais d'hospitalisation.

f. Postérieurement à son séjour à la clinique, l'assurée a été hospitalisée en rééducation au sein de la clinique de rééducation de ZIHLSCHLACHT en Thurgovie (REHAKLINIK ZIHLSCHLACHT) jusqu'au 18 décembre 2021.

g. Selon un formulaire de la clinique de rééducation de ZIHLSCHLACHT intitulé « Convention d'achat pour forfait de surclassement » (« *Kaufvereinbarung für Upgrade Package* »), daté du 27 septembre 2021, l'assurée a demandé un surclassement (« *Upgrade Excellence* ») avec une garantie de prise en charge en division privée (« *Kostengutsprache für Halbprivat* ») de CHF 250.- par jour, prévoyant le paiement d'un acompte (« *Fällige Depotzahlung* ») d'un montant de CHF 7'000.-. Le formulaire porte la signature de l'assurée.

h. Selon un décompte de prestations du 13 novembre 2021, fondé sur une facture du même jour établie par la clinique, cette dernière a facturé à l'assurance un montant de CHF 59'597.75 pour la période du 25 août au 27 septembre 2021 (CHF 46'861.- à titre d'hospitalisation stationnaire aiguë et assurance complémentaire [« *Spitalaufenthalt stationär akut Usatzversicherung* »] + CHF 12'736.75 à titre de frais supplémentaires pour médecin lors d'une hospitalisation stationnaire [« *Mehrkosten für Arzt bei Spitalbehandlung stationär* »]). Sur ce montant total de CHF 59'597.75, CHF 44'698.30 (75%) étaient à charge de l'assurance, conformément à la couverture d'assurance complémentaire HOSPITAL PLUS BONUS, et CHF 14'899.45 (25%) à charge de l'assurée, à titre de frais non couverts (« *nicht gedeckte Kosten* »).

i. À teneur d'un décompte de prestations du 5 décembre 2021, un montant total de CHF 5'200.- (CHF 4'900.- + CHF 300.-) a été facturé à l'assurance par la clinique. Selon les copies des factures établies par la clinique et annexées à ce courrier, les montants de CHF 4'900.- et CHF 300.- étaient dus à titre de frais supplémentaires pour médecin lors d'une hospitalisation stationnaire (« *Mehrkosten für Arzt bei Spitalbehandlung stationär* ») pour la période du 25 août au 27 septembre 2021. Sur le montant de CHF 4'900.-, l'assurance prenait en charge CHF 3'675.-, correspondant aux 75% du montant total, conformément à la couverture d'assurance complémentaire HOSPITAL PLUS BONUS ; le

montant de CHF 1'225.- était à charge de l'assurée, à titre de frais non couverts (« *nicht gedeckte Kosten* »). De même, s'agissant du montant de CHF 300.-, le montant de CHF 225.- était à charge de l'assurance (75%) et les frais non couverts de CHF 75.- (25%) à la charge de l'assurée.

j. Le 3 janvier 2022, l'assurée a demandé à l'assurance des explications et justificatifs des montants réclamés. Elle a en outre réclamé que ses créances soient fortement réduites, voire annulées.

k. Le 10 janvier 2022, l'assurance lui a répondu qu'elle ne pouvait ni réduire, ni annuler les décomptes qui lui avaient été adressés. Elle a rappelé que l'assurée avait été informée, par courrier du 30 août 2021, des conditions de prise en charge des coûts de la division privée.

l. Selon un décompte de prestations du 25 février 2022, un montant total de CHF 9'900.-, dû à titre de frais supplémentaires pour médecin lors d'une hospitalisation stationnaire (« *Mehrkosten für Arzt bei Spitalbehandlung stationär* ») pour la période du 25 août au 27 septembre 2021, a été facturé par la clinique à l'assurance. Sur ce montant, l'assurance a pris en charge CHF 7'425.- (75%), conformément à la couverture d'assurance complémentaire HOSPITAL PLUS BONUS ; le montant de CHF 2'475.- (25%) a été mis à la charge de l'assurée, à titre de frais non couverts (« *nicht gedeckte Kosten* »).

m. Le 26 février 2022, l'assurance a adressé à l'assurée deux rappels de paiement pour les montants suivants :

- CHF 14'899.45 facturés par décompte du 12 novembre 2021 [*recte* : 13 novembre 2021] ; après déduction d'un paiement partiel de CHF 18.15 effectué le 1^{er} novembre 2021, le montant dû s'élevait à CHF 14'881.30 ;
- CHF 1'300.- (CHF 1'225.- + CHF 75.-), facturés par décompte du 5 décembre 2021.

n. À teneur d'un décompte de prestations du 25 mars 2022, un montant total de CHF 22'400.-, dû à titre de frais supplémentaires pour médecin lors d'une hospitalisation stationnaire (« *Mehrkosten für Arzt bei Spitalbehandlung stationär* ») pour la période du 25 août au 27 septembre 2021, a été facturé par la clinique à l'assurance. Sur ce montant, cette dernière a pris en charge CHF 16'800.- (75%), conformément à la couverture d'assurance complémentaire HOSPITAL PLUS BONUS ; le montant de CHF 5'600.- (25%) a été mis à la charge de l'assurée à titre de frais non couverts (« *nicht gedeckte Kosten* »).

o. Il ressort d'un décompte de prestations du 16 avril 2022 que la clinique a facturé un montant total de CHF 39'500.- à l'assurance à titre de frais supplémentaires pour médecin lors d'une hospitalisation stationnaire (« *Mehrkosten für Arzt bei Spitalbehandlung stationär* ») pour la période du 25 août au 27 septembre 2021. L'assurance a pris en charge une part s'élevant à

CHF 29'625.- (75%), conformément à la couverture d'assurance complémentaire HOSPITAL PLUS BONUS, et a réclamé à l'assurée le solde, soit CHF 9'875.- (25%), à titre de frais non couverts (« *nicht gedeckte Kosten* »).

p. Les 3 juillet, 4 septembre et 2 octobre 2022, l'assurance a adressé à l'assurée des rappels de paiement pour les montants réclamés par décomptes des 13 novembre et 5 décembre 2021, 25 février 2022, 25 mars 2022 et 16 avril 2022.

q. Le 13 octobre 2022, l'assurance a adressé une copie du courrier du 10 janvier 2022 et des décomptes de prestations à l'époux de l'assurée en précisant qu'elle n'entendait pas renoncer aux créances en suspens, mais qu'un paiement échelonné pouvait être demandé.

r. Le 18 octobre 2022, l'assurance a adressé à l'assurée un ultime rappel avant poursuites pour un montant total de CHF 35'347.85 (CHF 34'131.30 + CHF 145.- de frais de rappel + CHF 1'071.55 d'intérêts moratoires).

s. Le 20 octobre 2022, l'époux de l'assurée a demandé à l'assurance de suspendre la procédure de recouvrement jusqu'à ce que la procédure avec la Fondation SANA soit résolue, ce que l'assurance a accepté par courriel du même jour, jusqu'à la fin de l'année 2022.

t. Le 12 décembre 2022, la Fondation SANA a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation au motif que le traitement en division privée n'était pas absolument nécessaire.

u. Par courrier du 22 décembre 2022, l'assurée a demandé à la Fondation SANA de reconsidérer sa décision du 12 décembre 2022.

v. Le 27 décembre 2022, l'assurance a informé l'assurée qu'elle n'avait aucune influence sur les décisions de la Fondation SANA et que les factures dues ne seraient pas annulées.

w. Le 29 août 2023, l'assurance a fait notifier à l'assurée un commandement de payer (poursuite n°1_____) portant sur un montant de CHF 34'131.30, correspondant à la participation de l'assurée aux coûts d'août à septembre 2021 ; s'y ajoutaient des intérêts (CHF 2'343.-), ainsi que des frais de rappel et de dossier (CHF 145.-). L'assurée a fait opposition totale à ce commandement de payer.

x. Par courrier du 1^{er} décembre 2023, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'elle considérait qu'en vertu du contrat, elle était pleinement assurée auprès d'elle et que, compte tenu de ses revenus, elle n'était plus en mesure de payer des « cotisations douteuses et non assurées ». À son sens, la meilleure solution était d'envoyer à l'assurance un acte de défaut de biens.

y. Le 16 janvier 2024, l'assurance a imparti à l'assurée un délai d'un mois pour lui verser le montant de CHF 34'324.45 (CHF 34'149.15 + CHF 175.- de frais de rappel), l'avertissant qu'à défaut de paiement de sa part, elle initierait une procédure judiciaire à son encontre.

z. Le 30 janvier 2024, l'assurée a répondu que son revenu s'élevait à CHF 3'100.-, qu'elle bénéficiait d'un subside cantonal d'assurance-maladie, qu'elle était exemptée du paiement des impôts cantonaux et fédéraux et ne possédait aucune fortune personnelle. Le litige avait fait l'objet d'une demande auprès de la Fondation SANA le 14 septembre 2023 et elle restait dans l'attente d'une réponse de cette dernière. Elle a réaffirmé qu'étant assurée pour « tout événement », il était « inacceptable » que des frais médicaux soient « non couverts ». Elle refusait de payer CHF 30'000.- sans l'aide de la Fondation SANA.

C. a. Le 21 novembre 2024, l'assurance a déposé une demande en paiement à l'encontre de l'assurée en concluant à ce que celle-ci soit condamnée à lui payer, sous suite de frais et dépens, la somme de CHF 34'131.30, avec intérêts à 5% dès le 18 juillet 2023, ainsi que CHF 145.- à titre de frais de rappels et CHF 2'343.30 à titre d'intérêts pour la période jusqu'au 17 juillet 2023.

b. Invitée à se déterminer, la défenderesse, représentée par son époux, a conclu au rejet de la demande. Elle estime ne rien devoir à l'assurance.

c. Les 28 novembre et 12 décembre 2024, la Cour de céans a adressé à l'assurée une copie de la demande en paiement originale et des pièces produites par la demanderesse. Ces deux envois recommandés n'ont pas été retirés par l'assurée.

d. Après avoir réceptionné les documents qui lui ont été renvoyés sous pli simple, la défenderesse, en date du 3 janvier 2025, a complété sa réponse.

Elle allègue qu'elle n'a fait que suivre les directives du corps médical et n'a pas demandé une chambre en division privée ou d'autres prestations que celles couvertes par son assurance complémentaire.

Elle affirme n'avoir jamais été consultée au sujet d'une chambre en division privée ou demi-privée, n'avoir pas non plus été informée des conséquences financières d'un surclassement durant l'hospitalisation et fait valoir qu'elle n'aurait jamais accepté un séjour en division privée, compte tenu de sa situation financière.

Elle expose qu'elle ne dispose d'aucune fortune et d'un revenu de CHF 3'400.- par mois, dont il faut soustraire CHF 1'200.- de primes d'assurance-maladie mensuelles, qu'elle bénéficie des subsides cantonaux pour son assurance-maladie de base et pour les transports publics et que l'appartement qu'elle occupe lui est prêté gratuitement par sa famille. Enfin, elle annonce vouloir transmettre à la Cour un acte de défaut de biens.

e. Par détermination spontanée du 17 janvier 2025, l'assurée expose encore que ses médecins ont ordonné son isolement complet après deux interventions cérébrales au motif qu'une nouvelle infection (au COVID-19, par exemple), aurait pu avoir des conséquences fatales. Les cliniques de réhabilitation ont suivi les directives médicales et, renseignements pris, aucun accord sur les coûts n'a été conclu avec la demanderesse en 2021/2022. Ni elle-même, qui était dans un état léthargique, ni son représentant légal, n'ont été informés par les cliniques de la

situation d'un point de vue financier et le traitement spécial a été une décision du corps médical uniquement. Elle n'a jamais été en position de demander son hospitalisation en division privée, des traitements spéciaux, et n'a pas été consultée par qui que ce soit en matière de couverture des frais.

f. Dans sa réplique du 11 février 2025, la demanderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle fait remarquer que, si la défenderesse n'était pas en état de prendre des décisions quant à son traitement, le choix de la division appartenait, soit à l'un de ses proches – en l'occurrence son époux –, soit à la clinique.

La demanderesse souligne avoir correctement donné suite à la demande de garantie en division privée du 25 août 2021 en accordant, par courrier du 30 août 2021, une garantie en division demi-privée, conforme au contrat d'assurance, et en informant personnellement la défenderesse des conséquences de son choix. Il ne peut donc lui être reproché un quelconque manquement ou une violation des obligations contractuelles. À supposer que ni la défenderesse, ni son époux n'aient choisi la division privée, il leur appartenait de demander un transfert en division demi-privée dès réception du courrier du 30 août 2021.

Afin de clarifier la situation, la demanderesse a indiqué avoir questionné la clinique par courriel du 21 janvier 2025 et lui avoir demandé si le formulaire de consentement à une hospitalisation en chambre privée avait été signé par la défenderesse ou l'un de ses proches et, dans la négative, les raisons pour lesquelles l'intéressée avait tout de même été placée en division privée, alors qu'elle était assurée en division demi-privée. La demanderesse a aussi demandé à la clinique si la défenderesse ou ses proches avaient été informés des conséquences financières d'une sous-assurance. La réponse de la clinique serait communiquée à la Cour de céans dès réception.

La demanderesse souligne que le fournisseur de prestations assume un devoir d'information en matière économique, de sorte qu'en cas d'information défailante, les frais non couverts par un assureur peuvent être mis à charge dudit fournisseur.

Enfin, elle relève qu'il ne lui appartenait pas d'entamer un dialogue avec le fournisseur de prestations, dès lors qu'elle avait déjà communiqué à ce dernier sa position en accordant la prise en charge en division demi-privée le 30 août 2021.

g. Le 14 février 2025, la demanderesse a transmis à la Cour de céans la réponse de la clinique du 7 février 2025.

Cette dernière indique que l'époux de la défenderesse a donné son accord verbal pour un surclassement en division privée et qu'il a été informé des conséquences financières, à savoir une participation financière de sa part de 25%, qu'il a acceptée.

Même si cet accord n'a été que verbal, il est rappelé que la défenderesse a signé le surclassement en division privée pour le séjour consécutif en clinique de

réhabilitation dès le 27 septembre 2021, soit dans la continuité du premier séjour, ce qui démontre sa volonté de séjourner en division privée.

La demanderesse a persisté dans ses conclusions.

h. Par duplique du 20 février 2025, la défenderesse a contesté avoir donné son accord verbal tel qu'allégué par la demanderesse.

Elle affirme qu'au contraire, elle a demandé, à plusieurs reprises, un « déclassement » en division demi-privée au personnel de la clinique. Lors de sa visite, son époux a également avisé la réception de la clinique qu'elle avait le « statut semi-privé ».

La défenderesse ajoute que, lorsqu'elle a été transférée auprès de la clinique de rééducation de ZIHLSCHLACHT, on lui a fait signer un document qu'elle n'a pas su identifier en raison de son état comatique (sic). Lui faire signer ce document, interprété par la demanderesse comme une approbation pour une chambre en division privée, serait constitutif d'un abus de confiance.

Son époux aurait par ailleurs été induit en erreur lorsqu'il a versé le montant de CHF 7'000.-, en date du 21 octobre 2021, pour des frais non couverts, croyant que cette somme était due pour des frais médicaux et d'ergo-physiothérapie.

i. Le 23 septembre 2025, la Cour de céans, constatant que ni la défenderesse, ni la demanderesse n'avaient sollicité la tenue d'une audience de débats, a indiqué à la défenderesse qu'à défaut de demande contraire expresse de sa part, elle partirait du principe qu'elle renonçait à la tenue d'une telle audience.

j. Par courrier du 29 septembre 2025, la défenderesse, représentée par son époux, s'est limitée à indiquer à la Cour de céans qu'elle était en chaise roulante et qu'un déplacement était exclu sans aide.

k. Copie de cette écriture a été transmise à la demanderesse et la cause gardée à juger.

l. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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

2.

2.1 L'assurance en cause est une assurance-maladie complémentaire soumise à la LCA, ce qui est confirmé par l'art. 4 CGA-2021.

2.2 La LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

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

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

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

2.3 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 une personne physique, le for est celui de son domicile (art. 10 al. 1 let. a CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 31 des CGA-2021 prévoit que pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents au choix, soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées et des ayants droit, soit ceux du siège de la demanderesse.

La défenderesse ayant son domicile à Genève, la Cour de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la demande.

3. Le litige porte sur le droit de la demanderesse d'obtenir de la défenderesse le montant relatif aux frais d'hospitalisation pour la période du 25 août au 27 septembre 2021 au titre de l'assurance-maladie complémentaire en division privée.
4. 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).

4.1 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 Cour 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).

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).

4.2 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).

5.

5.1 Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement (al. 2).

Les prestations générales en cas de maladie (art. 25 LAMal) font partie du catalogue des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Les prestations générales en cas de maladie comprennent le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (art. 25 al. 2 let. e LAMal).

Selon l'art. 49 LAMal, pour rémunérer les traitements hospitaliers, y compris le séjour et les soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance, les parties à une convention conviennent de forfaits, en règle générale de forfaits par cas (al. 1 phr. 1 et 2). L'art. 49 al. 2 phr. 1 LAMal précise que les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures (donc du système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières). Cette organisation a été créée sous la forme d'une société anonyme d'utilité publique, SwissDRG SA. Pour la rémunération des traitements hospitaliers, SwissDRG SA a adopté une structure tarifaire, uniforme sur tout le territoire suisse, à savoir un système de forfaits par cas qui attribue un cas hospitalier global en fonction de certains critères comme les diagnostics, les traitements, etc., à un groupe de cas et qui l'indemnise au moyen d'un forfait. Le système SwissDRG comprend au total environ 1'000 groupes de cas ; chaque groupe ou DRG (*Diagnosis Related Group*) réunit des cas de traitement homogènes sur le plan médical et économique (ATAS/430/2016 du 1^{er} juin 2016 consid. 3f ; Bettina HOLZER, SwissDRG – L'essentiel en bref, *in* Bulletin des médecins suisses 2012 p. 1079 ss ; Gebhart EUGSTER, Krankenversicherung, *in* Sécurité sociale, éd. par Ulrich MEYER, 3^{ème} éd., 2016, vol. XIV, p. 385 ss, n. 1018 ss ; Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, « *in* Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/Bettina KAHIL-WOLFF/Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015 », n. 212 et 367).

5.1.1 En principe, l'assurance-maladie obligatoire prend en charge les soins donnés à l'hôpital, en division commune, par des personnes rattachées à cet établissement (Guy LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale en cas de séjour à l'hôpital, en établissement médico-social et/ou en cas de soins à domicile, thèse, IRAL n° 30, 2004, n. 3.3.1.2, p. 393).

La notion de « division commune » fait référence aux établissements dispensant des soins qui satisfont aux critères légaux (art. 39 LAMal), notamment à l'exigence d'économicité (art. 32 al. 1 LAMal) ; il s'agit d'une notion de nature fonctionnelle, celle-ci permettant de délimiter, dans le domaine des traitements stationnaires, les prestations qui sont prises en charge et celles qui ne le sont pas. En effet, si le séjour en division commune est remboursé, tel n'est pas le cas des séjours effectués en division privée ou semi-privée (art. 34 al. 1 LAMal) ; la prise en charge de ce type de prestations est subordonnée à la conclusion d'une assurance-maladie complémentaire soumise au droit privé (Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, *in* Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/Bettina KAHIL-WOLFF/Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 132 n. 211).

Compte tenu de la définition de la division commune, les frais supplémentaires engendrés par une hospitalisation en division privée ou demi-privée sont, en principe, ceux occasionnés par des exigences plus grandes des patients, dans le secteur hôtelier essentiellement, ainsi que ceux entraînés par les prestations médicales non indispensables souhaitées par l'assuré (Guy LONGCHAMP, *op. cit.*, n. 5.4.3.2, p. 435).

5.1.2 La couverture d'assurance résultant de l'assurance obligatoire des soins prévue par la LAMal peut être étendue par la conclusion d'assurances complémentaires, qui sont soumises au droit privé et régies par la LCA. De telles assurances peuvent être souscrites dans le domaine des soins ambulatoires (par exemple pour la couverture notamment des frais de sauvetage à l'étranger, des coûts de médecines parallèles, de soins dentaires, de médicaments non admis dans la liste des spécialités), dans le secteur stationnaire (par exemple pour la couverture de l'hospitalisation en division commune dans toute la Suisse, le séjour en division privée ou semi-privée), comme aussi en matière d'indemnités journalières, le cas échéant en sus de l'assurance d'indemnités journalières facultative, soumise au droit public, que les art. 67 ss LAMal permettent de conclure (*cf.* Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, *op. cit.*, n. 19, 147, 211, 350, 368, 409 ; Guy LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale en cas de séjour à l'hôpital, en établissement médico-social et/ou en cas de soins à domicile, IRAL n° 30, 2004, p. 263 s., 342 ss, 370 ss, 430 ss ; Bernard VIRET, Assurances-maladies complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, *in* LAMal – KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, IRAL n° 17, 1997, p. 665-702 ; Alfred MAURER, Verhältnis obligatorische Krankenversicherung und Zusatzversicherung, *in* LAMal – KVG, Recueil de travaux précité, p. 703-734 ; Vincent BRULHART, Quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau droit de la LAMal, *in* LAMal – KVG, Recueil de travaux précité, p. 735-755).

L'assurance complémentaire ne couvre pas les frais de traitement et de soins qui ressortissent à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, conformément au principe même de l'assurance complémentaire, qui est de couvrir certaines prestations – telles que l'hospitalisation en clinique privée ou en division privée (ou semi-privée) d'un hôpital public – en plus (et non pas à la place) de l'assurance de base (arrêt du Tribunal fédéral 5C.194/2006 du 9 janvier 2008 consid. 2.3.2 et la référence citée).

5.2 Les relations juridiques entre l'assuré et l'assureur-maladie complémentaire sont précisées par les conditions générales d'assurance et la police d'assurance, à comprendre à l'aune de la LCA, mais aussi, en tant qu'elles visent à assurer une couverture complémentaire à celle de l'assurance obligatoire des soins, du système mis en place par la LAMal (Bernard VIRET, Assurances-maladies complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, *in* LAMal – KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, IRAL n° 17, 1997, p. 690).

5.3 En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties, hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnités journalières (ATF 124 V 201 consid. 3d). Le droit aux prestations d'assurance se détermine 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.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). Ainsi, le contenu du contrat peut en principe être déterminé librement. Il est le plus souvent défini au moyen de conditions générales préformulées, qui sont des conditions contractuelles réglant les droits et obligations des contractants, lesquelles fixent notamment l'étendue de la couverture lorsque la loi leur en laisse la possibilité (Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2^{ème} éd. 2017, n. 367).

5.4 L'art. 44 al. 1 LAMal prévoit que les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la loi (protection tarifaire). Comme l'indique expressément cette disposition, et l'a précisé le Tribunal fédéral dans son arrêt 2P.25/2000 du 12 novembre 2002 (consid. 8.3), la protection tarifaire est limitée aux prestations de soins accordées selon la LAMal, pour lesquelles une facturation supplémentaire est exclue. Cette protection s'adresse à l'assuré en tant que débiteur des coûts des soins, comme à son assureur en sa qualité de tiers garant. *A contrario*, les prestations qui ne tombent pas sous le coup de l'assurance obligatoire ne bénéficient pas de la protection tarifaire. Ainsi, celle-ci ne s'étend pas notamment aux rapports avec des patients privés, aux assurances complémentaires qui couvrent des prestations non comprises dans le tarif

(par exemple: un moyen thérapeutique non reconnu ou un médicament qui ne figure pas sur la liste des spécialités), ni au fournisseur de prestations qui s'est refusé, c'est-à-dire qui refuse de fournir des prestations conformément à la loi (art. 44 al. 2 LAMal). S'agissant de prestations qui ne tombent pas sous le coup de la loi sur l'assurance-maladie, le fournisseur est en principe libre d'en déterminer le prix ou de les facturer hors tarif (ATF 129 I 346 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_627/2010 du 3 octobre 2011 consid. 3.2).

6. En l'occurrence, il est admis par les parties que, depuis le 1^{er} janvier 2021 à tout le moins, la défenderesse est assurée auprès de la demanderesse pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et qu'elle est également au bénéfice d'une assurance-maladie complémentaire, dont la police indique qu'elle est couverte pour les cas d'hospitalisation en division « demi-privée », avec libre choix du médecin et de l'hôpital dans toute la Suisse (cf. pièce 1 – demanderesse). Ladite police d'assurance comporte également une mention déclarant applicables les CGA-2021 et les CSA-2014 (cf. ci-dessus).

Les dispositions pertinentes contenues dans ces conditions générales et spéciales ont la teneur suivante.

6.1 Selon l'art. 1 CGA-2021, les conditions générales d'assurance constituent le fondement de toutes les assurances-maladie complémentaires dont le contenu est régi par les Conditions supplémentaires d'assurance (CSA).

En vertu de l'art. 3 CGA-2021, est assurée la personne mentionnée sur la police (preneur d'assurance).

L'art. 20 CGA-2021 prévoit que le preneur d'assurance est en principe débiteur des honoraires vis-à-vis des fournisseurs de prestations. Demeurent réservées les conventions entre la demanderesse et les fournisseurs de prestations qui prévoient le paiement direct aux fournisseurs de prestations.

Sous le titre « exclusions de prestations », l'art. 21.1 let. m CGA-2021 dispose qu'il n'y a pas de couverture d'assurance pour les participations aux coûts légaux et convenues de l'assurance obligatoire des soins.

Selon l'art. 28.2 CGA-2021, les communications de l'assurance au preneur d'assurance ont lieu valablement à la dernière adresse indiquée ou elles sont publiées sur le site Internet de l'assurance et dans l'annexe annuelle à la police d'assurance.

6.2 L'art. 1 CSA-2014 dispose que l'assurance HOSPITAL BONUS couvre les frais de séjour et de traitement dans un hôpital et garantit des contributions aux frais d'hôtellerie lors de soins stationnaires aigus et de transition, aux cures balnéaires et de convalescence, aux soins à domicile et à l'aide-ménagère ainsi qu'aux opérations ambulatoires. Toutes ces prestations ne sont octroyées qu'à condition qu'il existe une nécessité médicale.

Pour un séjour à l'hôpital, les assurances suivantes sont possibles : HOSPITAL BONUS PLUS (division hospitalière demi-privée) qui couvre les coûts d'un séjour stationnaire dans une chambre à deux lits de la division demi-privée d'un hôpital (art. 2a et 3.2 CSA-2014) et HOSPITAL COMFORT BONUS qui couvre les coûts d'un séjour stationnaire dans une chambre à un lit de la division privée d'un hôpital (art. 2b et 3.3 CSA-2014).

À teneur de l'art. 4 CSA-2014, les prestations pour des applications thérapeutiques reconnues scientifiquement à l'occasion d'un séjour dans un hôpital sont octroyées lorsque l'état d'une personne assurée nécessite un traitement stationnaire et que ce dernier est dispensé par l'hôpital, respectivement la division hospitalière dans lequel/laquelle la personne assurée doit se trouver pour des raisons médicales.

Selon l'art. 5.2 CSA-2014, les traitements hospitaliers comprennent les prestations dans le cadre des tarifs reconnus par l'assureur pour l'hôpital concerné, à savoir, les frais d'hébergement et de pension (let. a), les honoraires médicaux (let. b), les coûts des mesures thérapeutiques et diagnostiques scientifiquement reconnues (let. c), les soins aux malades à l'hôpital (let. d), les coûts des médicaments, matériel de soins, salle d'opération et anesthésie (let. e) et les coûts des moyens et appareils prescrits par l'hôpital (let. f).

En cas de sous-assurance, l'art. 7.1 CSA-2014 prévoit que les personnes qui sont assurées auprès de l'assureur pour la division hospitalière demi-privée reçoivent 75% des prestations de l'assurance HOSPITAL COMFORT BONUS si elles séjournent en division privée, tout au plus cependant 75% des tarifs reconnus par l'assureur pour l'hôpital concerné.

7. En l'espèce, il est établi, et non contesté, que la défenderesse a été hospitalisée à la clinique HIRSLANDEN de Zurich du 25 août au 27 septembre 2021 en division privée, alors qu'elle est assurée auprès de la demanderesse pour l'assurance-maladie complémentaire en division hospitalière demi-privée (variante HOSPITAL BONUS PLUS) depuis le 1^{er} janvier 2021.

7.1 Dans un premier grief, la défenderesse soutient n'avoir jamais demandé à être hospitalisée en division privée. Selon elle, l'hospitalisation dans cette division a été requise par les médecins de la clinique, compte tenu de son état de santé et de la pandémie de Covid-19. Son état de santé ne lui permettait pas de remettre en question les instructions du corps médical (*cf.* détermination spontanée de la défenderesse du 17 janvier 2025).

Interrogée par la demanderesse, la clinique a expliqué, par courriel du 7 février 2025, ne pas être en mesure de remettre une copie du formulaire d'admission de la défenderesse, que cette dernière n'avait pu signer. Son époux avait toutefois confirmé oralement que l'assurée souhaitait être traitée et séjourner en division privée, quand bien même elle était assurée en division demi-privée. Sur la base des clarifications apportées par la garantie de revenu, à la fois la clinique et la demanderesse avaient informé l'époux de la défenderesse que le

traitement et le séjour en division privée étaient possibles, moyennant une participation aux frais de 25%. L'époux de la défenderesse ayant donné son accord, la clinique maintenait la facturation au tarif de la division privée (cf. pièce 27 – demanderesse).

Il ressort des pièces produites qu'en date du 25 août 2021, soit le premier jour d'hospitalisation de la défenderesse, la clinique a adressé à l'assurance une demande de garantie pour une hospitalisation en division privée dès cette date. Par courrier du 30 août 2021, la demanderesse a répondu à la clinique qu'elle octroyait la garantie de prise en charge demandée, tout en mentionnant l'existence d'une sous-assurance en division privée (« *Unterversicherung Privat* »). Dans un second courrier daté du 30 août 2021 également, la demanderesse a informé la défenderesse qu'elle prenait en charge les frais induits par son hospitalisation en division privée auprès de la clinique selon les modalités suivantes : s'agissant des frais d'hospitalisation au titre de l'assurance-maladie obligatoire, la couverture d'assurance était celle d'une hospitalisation en division commune, déduction faite de la franchise et de la quote-part de 10%. Au titre de l'assurance-maladie complémentaire HOSPITAL BONUS PLUS, la demanderesse a indiqué prendre en charge 75% de la différence entre les frais d'hospitalisation en division commune et ceux en division privée, sur la base du tarif convenu avec l'hôpital. La demanderesse a précisé en outre que les frais restant à charge de la défenderesse correspondraient à 25% de la différence entre les frais d'hospitalisation en division commune et ceux de la division privée, sur la base du tarif convenu avec l'hôpital ainsi que la franchise et 10% de participation aux frais et CHF 15.- par jour de contribution aux frais d'hospitalisation (cf. pièce 7 – demanderesse).

Les explications ainsi fournies par la demanderesse dans son courrier du 30 août 2021 reprennent la teneur de l'art. 7.1 CSA-2014 qui prévoit, pour les preneurs d'assurance ayant conclu, comme la défenderesse, une assurance complémentaire HOSPITAL COMFORT PLUS, à savoir une couverture d'assurance complémentaire pour la division hospitalière demi-privée, une prise en charge par l'assurance de 75% des prestations s'ils séjournent en division privée.

Par ailleurs, le courrier du 30 août 2021 susvisé a été valablement adressé au domicile de la défenderesse, conformément à ce que prévoit l'art. 28.2 CGA-2021. S'il apparaît certes douteux, au vu de l'état de santé de la défenderesse, que celle-ci ait pu prendre connaissance de cette correspondance à la fin du mois d'août 2021, son époux avait la possibilité de le faire et de représenter sa femme, en vertu de l'art. 374 al. 2 ch. 3 CC. La défenderesse a d'ailleurs indiqué, dans un courrier adressé à la Fondation SANA le 22 décembre 2022, que son époux était « son représentant » lors de son hospitalisation au sein de la clinique (cf. pièce 17 – demanderesse). En tout état de cause, la défenderesse ne conteste pas avoir reçu le courrier de la demanderesse du 30 août 2021 concernant la prise en charge des frais d'hospitalisation durant la période litigieuse.

La Cour de céans retient donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la défenderesse et son époux ont été dûment informés, dès le début de la période d'hospitalisation, des modalités de la prise en charge des frais du séjour hospitalier en division privée qui ressortent expressément des conditions spéciales d'assurance applicables à sa police d'assurance-maladie complémentaire dont elle avait connaissance avant son hospitalisation en division privée litigieuse. Or, il ne ressort pas des pièces du dossier que la défenderesse s'est opposée à son hospitalisation en division privée et a réclamé, auprès de la clinique et/ou de la demanderesse, que l'hospitalisation se réalise en division demi-privée. Enfin, interrogée sur les motifs d'une hospitalisation en division privée, la clinique n'a pas indiqué que l'hospitalisation en division privée était requise pour des raisons médicales (cf. pièce 27 – demanderesse).

Il est au surplus relevé que la demande de surclassement en division privée pour l'hospitalisation au sein de la clinique de réhabilitation de ZIHLSCHLACHT dès le 27 septembre 2021, signée par la défenderesse, tend aussi à confirmer une volonté de sa part d'être hospitalisée au bénéfice des prestations de la division privée en dépit de sa couverture d'assurance-maladie complémentaire en division demi-privée (cf. pièce 25 – demanderesse).

S'agissant de la demande de surclassement susvisée, il apparaît douteux que le formulaire ait été soumis pour signature à la défenderesse alors qu'elle se trouvait dans un état qui ne lui permettait pas d'en comprendre la teneur et la portée, mais que son époux ait tout de même procédé au paiement de l'acompte d'un montant de CHF 7'000.- sans vérifier pour quelles prestations ce paiement était effectué. En outre, l'argument selon lequel ce dernier aurait été induit en erreur en versant ce montant, au nom de son épouse, pour des frais non couverts, croyant que cette somme était due pour des frais médicaux et d'ergo-physiothérapie (cf. mémoire de duplique du 20 février 2025, p. 2), n'est aucunement étayé et ne permet pas d'écarter la volonté d'être hospitalisée en division privée, dès lors que le formulaire signé par la défenderesse fait référence à des prestations supplémentaires d'hôtellerie (« *Mit einem Upgrade werden Zusatzleistungen gekauft. Die Zusatzleistungen der Hotellerie sind in der Broschüre "Upgrades" dokumentiert.* »), mais ne fait en revanche aucunement mention de frais médicaux ou d'ergo-physiothérapie supplémentaires (cf. pièce 25 – demanderesse).

7.2 La défenderesse soutient ensuite que la demande concerne « uniquement un surclassement de chambre/pension et non pas des frais médicaux couverts » (cf. mémoire de réponse du 26 décembre 2024, p. 2). Elle estime être assurée auprès de la demanderesse pour « tout événement », de sorte que des frais médicaux « non couverts » seraient « inacceptables » (cf. pièce 23 – demanderesse).

Il s'agit d'examiner ci-après si la défenderesse pouvait de bonne foi partir de l'idée que l'intégralité des frais afférents à son traitement médical durant la période

d'hospitalisation du 25 août au 27 septembre 2021 serait prise en charge par la demanderesse.

7.2.1 Il est rappelé que la défenderesse est assurée auprès de la demanderesse pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (*cf.* police d'assurance HELSANA BASIS STANDARD, pièce 1 – demanderesse).

Si, à teneur de l'art. 25 al. 2 let. e LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les prestations générales en cas de maladie, qui comprennent le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (art. 25 al. 1 et 2 let. e LAMal), l'art. 64 al. 1 LAMal prévoit que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Cette participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (art. 64 al. 2 let. a et b LAMal).

En l'espèce, il ressort de la facture établie par la clinique le 19 octobre 2021 (*cf.* facture n°2_____, pièce 8a – demanderesse), d'un montant total de CHF 122'814.90, que les prestations correspondant à l'assurance obligatoire des soins, d'un montant de CHF 63'217.15, sont celles correspondant à la tarification SwissDRG, en l'occurrence à l'intervention portant le code B02A, à savoir « une craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale, âge < 6 ans ou < 18 ans avec grandes interventions, avec CC extrêmement sévères ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points » (*cf.* SwissDRG 10.0 version de tarification (2021/2021), *Swiss Diagnosis Related Groups Version 10.0*, Manuel de définition Volume 1 [DRGs A01A-F98C], p. 166, disponible sous le lien suivant : https://www.swissdrg.org/application/files/4716/0828/1510/DefHB_SwissDRG_10.0_AV_2021_2021_volume_1_f.pdf). Il apparaît que ce montant de CHF 63'217.15 était, en partie, à charge de la demanderesse (CHF 28'447.70, sous déduction de la franchise et de la quote-part qui étaient à charge de la défenderesse, conformément à l'art. 64 al. 2 let. a et b LAMal) et en partie à charge du canton de domicile de la défenderesse (CHF 34'769.45) en application de l'art. 49a al. 1 LAMal.

À teneur de l'ensemble des décomptes facturés à la défenderesse (*cf.* pièces 8a, 8b, 8c, 8d et 8e – demanderesse), les autres montants facturés à la défenderesse sont dus au titre de l'assurance-maladie complémentaire.

7.2.2 En concluant la police d'assurance-maladie complémentaire auprès de la demanderesse, la défenderesse a souhaité étendre sa couverture d'assurance en cas de maladie afin de bénéficier des prestations correspondant à la division demi-privée. Ce faisant, elle a accepté les conditions supplémentaires d'assurance (CSA-2014), en particulier, les prestations hospitalières prévues à l'art. 5 CSA-2014. Or, l'art. 5.2 CSA-2014 prévoit que les traitements hospitaliers comprennent les prestations dans le cadre des tarifs reconnus par l'assureur pour l'hôpital concerné, à savoir : les frais d'hébergement et de pension (let. a), les honoraires médicaux (let. b), les coûts des mesures thérapeutiques et diagnostiques

scientifiquement reconnues (let. c), les soins aux malades à l'hôpital (let. d), les coûts des médicaments, matériel de soins, salle d'opération et anesthésie (let. e) et les coûts des moyens et appareils prescrits par l'hôpital (let. f) (cf. pièce 3 – demanderesse).

Contrairement à ce que soutient la défenderesse, les prestations couvertes par sa police d'assurance-maladie complémentaire ne sont pas limitées aux frais d'hébergement, mais s'étendent à l'ensemble du catalogue de prestations contenu à l'art. 5.2 CSA-2014, en particulier aux honoraires médicaux et aux soins aux malades à l'hôpital dans la division demi-privée.

Ayant été hospitalisée en division privée du 25 août au 27 septembre 2021, la défenderesse a été mise au bénéfice des prestations susvisées selon le standard de soins prévu par la division privée. Cette hospitalisation en division privée constitue, en l'occurrence, un cas de sous-assurance, dès lors que la défenderesse est au bénéfice d'une couverture d'assurance-maladie complémentaire correspondant à la division demi-privée. Or, pour les cas de sous-assurance, l'art. 7.1 CSA-2014 prévoit que les personnes assurées pour la division hospitalière demi-privée reçoivent 75% des prestations de l'assurance HOSPITAL COMFORT BONUS [division hospitalière privée] si elles séjournent en division privée, tout au plus cependant 75% des tarifs reconnus par l'assureur pour l'hôpital concerné (cf. pièce 3 – demanderesse, p. 2).

Au vu de ces éléments, la défenderesse ne pouvait, de bonne foi, partir de l'idée que l'intégralité des frais afférents à son traitement médical durant la période d'hospitalisation du 25 août au 27 septembre 2021 seraient pris en charge par la demanderesse.

Par conséquent, la demanderesse est fondée à obtenir de la défenderesse la participation aux frais médicaux engendrés par son hospitalisation en division privée en se fondant sur les factures établies par la clinique et aux conditions de l'art. 7.1 CSA-2014 applicables en cas de sous-assurance.

7.2.3 Il convient à présent d'examiner ci-après si le montant de la créance alléguée par la demanderesse est établi par les pièces au dossier.

À réception de la facture de la clinique du 19 octobre 2021, d'un montant total de CHF 122'814.90, la demanderesse, intervenant en qualité de tiers payant, a acquitté le montant de CHF 59'597.75 à la clinique au titre de l'assurance-maladie complémentaire, le montant restant – de CHF 63'217.15 – étant dû au titre de l'assurance-obligatoire des soins par la demanderesse et le canton de domicile de la défenderesse (cf. ci-dessus).

Selon la facture de la clinique susvisée, le montant de CHF 59'597.75 correspond au montant de CHF 46'861.- dû à titre d'hospitalisation stationnaire aiguë + CHF 12'736.75 dus à titre de frais supplémentaires pour médecin lors d'une hospitalisation stationnaire. La mention des termes « cas / séjour en clinique LCA » (« *Fall/Aufenthalt VVG Klinik* ») s'agissant du montant de CHF 46'861.- et

celle de « LCA Médecin » (« VVG Arzt ») concernant le montant de CHF 12'736.75 indiquent que ces montants ont été facturés selon des tarifs convenu entre la demanderesse et la clinique. Il apparaît ainsi que les prestations ainsi facturées ne sont pas des prestations légales accordées selon la LAMal, mais des prestations accordées au titre de l'assurance-maladie complémentaire, lesquelles ne bénéficient pas de la protection tarifaire de l'art. 44 al. 1 LAMal. Or, aucun élément au dossier ne permet de contester que ces prestations correspondent à des frais supplémentaires ne tombant pas sous le coup de la loi sur l'assurance-maladie, de sorte que la clinique était libre de les facturer hors tarif (cf. ATF 129 I 346 consid. 3.2). La défenderesse n'a au demeurant pas contesté les montants susvisés.

Cette facture du 19 octobre 2021 a fait l'objet du décompte de prestations de la demanderesse du 13 novembre 2021 à teneur duquel celle-ci a déterminé le montant de la participation de la défenderesse aux coûts des prestations hospitalières concernées à hauteur de 25% (CHF 14'899.45) et le montant restant à sa charge (CHF 44'698.30), correspondant à 75% du montant total de CHF 59'597.75, conformément à l'art. 7.1 CSA-2014 (cf. pièce 8a – demanderesse).

La demanderesse a procédé de la même manière s'agissant des factures subséquentes établies par la clinique pour des prestations accordées au titre de l'assurance-maladie complémentaire.

Ainsi, s'agissant du décompte de prestations du 5 décembre 2021, fondé sur les factures établies par la clinique les 4 et 5 novembre 2021, les montants de CHF 4'900.- et CHF 300.- étaient dus à titre de frais supplémentaires pour médecin. Sur le montant de CHF 4'900.-, le montant de CHF 3'675.- (75%) restait à charge de la demanderesse et le montant de CHF 1'225.- devait être supporté par la défenderesse. Quant au montant de CHF 300.-, CHF 225.- (75%) étaient pris en charge par la demanderesse et CHF 75.- (25%) correspondaient à la participation aux coûts par la défenderesse (cf. pièce 8b – demanderesse).

Concernant le décompte de prestations du 22 février 2022, établi sur la base de la facture de la clinique du 25 janvier 2022, le montant de CHF 9'900.- était dû à titre de frais supplémentaires pour médecin. La demanderesse prenait en charge CHF 7'425.- (75%), de sorte que la défenderesse devait lui rembourser le montant de CHF 2'475.- (25%) (cf. pièce 8c – demanderesse).

Par décompte de prestations du 25 mars 2022, fondé sur la facture de la clinique du 8 février 2022, la demanderesse a indiqué que, sur le montant total de CHF 22'400.-, le montant de CHF 16'800.- (75%) restait à sa charge et que le montant de CHF 5'600.- (25%) était dû par la défenderesse (cf. pièce 8d – demanderesse).

Enfin, au moyen du décompte de prestations du 1^{er} avril 2022, basé sur la facture de la clinique du 8 mars 2022, la demanderesse a réclamé à la défenderesse le

paiement du montant de CHF 9'875.-, correspondant à 25% du montant de CHF 39'500.- versé à la clinique, indiquant que la différence de 75%, d'un montant de CHF 29'625.-, restait à sa charge (*cf.* pièce 8e – demanderesse).

La demanderesse a ainsi réclamé à la défenderesse le montant total de CHF 34'149.45 (CHF 14'899.45 + CHF 1'225.- + CHF 75.- + CHF 2'475.- + CHF 5'600.- + CHF 9'875.-) pour son hospitalisation en division privée du 25 août au 27 septembre 2021, en procédant, pour chacune des factures de la clinique, à la répartition des coûts entre elle-même et la défenderesse conformément à celle prévue par l'art. 7.1 CSA-2014 (75%-25%).

Il ressort toutefois de la demande litigieuse que la demanderesse a réduit le montant de CHF 34'149.45 à CHF 34'131.30, soit une différence de CHF 18.15, suite à une compensation en faveur de la défenderesse (*cf.* mémoire de demande du 21 novembre 2024, allégué n°6, p. 4).

7.2.4 De ce qui précède, il ressort que la demanderesse a établi le montant de sa créance de CHF 34'131.30 à satisfaction de droit.

7.3 La demanderesse a par ailleurs requis que sa créance de CHF 34'131.30 soit acquittée par la défenderesse avec un intérêt de 5% l'an dès le 18 juillet 2023.

7.3.1 La LCA, qui régit les relations entre les parties, prévoit que la créance résultant du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'entreprise d'assurance a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (art. 41 al. 1 LCA).

La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102ss CO. Selon l'art. 102 CO, le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1) ; lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (al. 2). 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 (ATF 103 II 102 consid. 1a) 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 (ATF 98 II 23, consid. 7 ; Luc THEVENOZ, *in* Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 *ad* art. 104 CO). Une facture ne vaut interpellation que si elle indique au débiteur que le créancier attend le paiement immédiatement. L'indication d'un délai de paiement est une interpellation à terme (THEVENOZ, *op. cit.*, n. 24 *ad* art. 102 CO).

Lorsque l'obligation porte sur une somme d'argent, le créancier doit indiquer le montant qu'il réclame, ce qu'il peut faire par renvoi à une facture (THEVENOZ, *op. cit.*, n. 18 *ad* art. 102 CO).

Une facture est d'abord une information donnée au débiteur quant au montant de sa dette. Elle ne vaut donc interpellation que si elle indique au débiteur que le créancier attend un paiement immédiat, que ce soit par une mention expresse telle que « payable immédiatement » ou en indiquant que le créancier porte en compte un intérêt moratoire ou engagera une poursuite. L'indication d'un délai de paiement (« payable à 30 jours », « 30 Tage Netto » est une interpellation à terme (*befristete Mahnung*) et déploie ses effets à son expiration (THEVENOZ, *op. cit.*, n. 24 ad art. 102 CO).

7.3.2 En l'espèce, les conditions générales prévoient des dispositions particulières sur la demeure.

Ainsi, selon l'art. 14.1 CGA-2021, lorsque l'assurance rembourse directement les fournisseurs de prestations, le preneur d'assurance a l'obligation de restituer à l'assurance les franchises et les quotes-parts convenues dans les 30 jours qui suivent la facturation par l'assurance.

Si le preneur d'assurance ne donne pas suite à son obligation de paiement, les art. 13.2, 13.3 et 13.4 [NDR : qui concernent le paiement des primes] s'appliquent par analogie (art. 14.2 CGA-2021).

En particulier, l'art. 13.2 CGA-2021 prévoit que si le preneur d'assurance ne donne pas suite à son obligation de paiement, il est sommé par écrit, avec mention des conséquences du retard, de régler son dû dans les 14 jours dès l'expédition de la mise en demeure. Si la mise en demeure reste sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulé le délai de mise en demeure.

7.3.3 En l'espèce, la demanderesse a adressé à la défenderesse plusieurs décomptes de prestations pour lui réclamer le remboursement du montant de CHF 34'131.30 correspondant au montant total dû pour l'hospitalisation en division privée du 25 août au 27 septembre 2021 et lui a imparti, à chaque fois, un délai de paiement de 30 jours au minimum (*cf.* décomptes de prestations des 13 novembre 2021 [délai au 19 décembre 2021] et 5 décembre 2021 [délai au 11 janvier 2022], du 25 février 2022 [délai au 2 avril 2022], du 25 mars 2022 [délai au 1^{er} mai 2022] et du 16 avril 2022 [délai au 22 mai 2022]). Ces décomptes ont été suivis de rappels de paiement et d'une sommation avant poursuite (« *Betreibungsandrohung* ») du 18 octobre 2022, à teneur de laquelle la défenderesse était mise en demeure de payer le montant de CHF 34'131.30 dans un délai de sept jours (*cf.* pièce 14 – demanderesse).

En premier lieu, s'agissant du montant de CHF 34'131.30, la demanderesse allègue que les intérêts moratoires de 5% l'an sont dus dès le 18 juillet 2023. La demanderesse n'ayant pas indiqué expressément la raison pour laquelle le *dies a quo* de l'intérêt moratoire doit courir dès cette date, la Cour de céans retiendra qu'au vu des pièces au dossier, la date du 18 juillet 2023 semble correspondre à la période postérieure à la réquisition de poursuite du 17 juillet 2023 (*cf.* pièce 18 – demanderesse).

Concernant la période antérieure au 18 juillet 2023, la demanderesse réclame le paiement d'intérêts moratoires à 5% l'an pour chacun des montants faisant l'objet des décomptes susvisés qui composent le montant total de CHF 34'131.30. Pour cette période, l'intérêt moratoire est calculé à partir de la date d'échéance du délai de paiement octroyé pour chacun de ces montants et jusqu'au 17 juillet 2023, tel que cela ressort du tableau ci-dessous, établi par la demanderesse (cf. mémoire de demande du 21 novembre 2024, p. 10) :

capital	intérêt	date de début	date de fin	jours	intérêts dus	capital et intérêts
5'600.00	5%	01.05.2022	17.07.2023	436	339.11	5'939.10
9'875.00	5%	22.05.2022	17.07.2023	415	569.18	10'444.20
2'475.00	5%	02.04.2022	17.07.2023	465	159.84	2'634.85
14'881.30	5%	19.12.2021	17.07.2023	568	1'173.97	16'055.25
1'300.00	5%	11.01.2022	17.07.2023	546	98.58	1'398.60
34'131.30					2'340.69	36'472.00

Il ressort en effet du dossier de la procédure que le montant total de CHF 34'131.30 a fait l'objet de plusieurs décomptes de prestations adressés à la défenderesse à des dates différentes, de sorte que les montants y afférents font courir l'intérêt moratoire selon des *dies a quo* distincts (« date de début »).

7.3.4 S'agissant du *dies a quo*, il est rappelé ce qui suit.

Selon l'art. 102 al. 2 CO, lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour.

L'intérêt commence en principe à courir (*dies a quo*) le jour suivant (art. 77 al. 1 CO par analogie) le terme d'exécution ou l'expiration du délai d'exécution prévu au contrat (art. 102 al. 2 CO) (cf. THÉVENOZ, *op. cit.*, n. 9 ad art. 104 CO).

Il est en l'occurrence constaté que la demanderesse s'est conformée à l'art. 14.1 CGA-2021 prévoyant l'obligation de restituer les franchises et les quotes-parts convenues dans un délai de 30 jours qui suivent la facturation, dès lors que chacun des décomptes prévoit à tout le moins un délai de paiement de cette durée.

S'agissant du montant des intérêts moratoires dus pour la période jusqu'au 17 juillet 2023, la demanderesse soutient que celui-ci s'élève à CHF 2'343.30, et non

à CHF 2'340.69, en raison du « calcul automatique par le système » (*cf.* mémoire de demande du 21 novembre 2024, p. 9). Cette motivation n'apparaît toutefois pas suffisante pour retenir le premier montant plutôt que le second.

Enfin, s'agissant de la manière de calculer les intérêts moratoires, le calcul effectué par la demanderesse distingue une première période jusqu'au 17 juillet 2023 et une seconde période dès le 18 juillet 2023. Cette manière de procéder ne prête pas le flan à la critique au vu du *dies a quo* de chacun des montants composant la somme totale de CHF 34'131.30 et du calcul des intérêts moratoires effectué par la demanderesse (*cf.* tableau et motivation ci-dessus), de sorte qu'elle sera admise par la Cour de céans.

7.3.5 Au vu des éléments qui précèdent, le calcul des intérêts moratoires effectué par la demanderesse est fondé, étant toutefois précisé que le montant des intérêts moratoires pour la période jusqu'au 17 juillet 2023 doit être retenu à hauteur de CHF 2'340.69 (*cf.* ci-dessus).

7.4 La demanderesse réclame aussi le paiement du montant de CHF 145.- à titre de frais de rappel.

En l'occurrence, selon l'art. 13.4 CGA-2021, applicable au cas d'espèce par renvoi de l'art. 14.3 CGA-2021, les frais résultant du retard dans l'acquittement des primes, tels que les frais de rappel et les frais d'encaissement, sont à la charge du preneur d'assurance.

Le montant de CHF 145.- a été réclamé par sommation avant poursuite du 18 octobre 2022 à teneur de laquelle la demanderesse a également réclamé à la défenderesse le paiement du montant de CHF 34'131.30, avant d'initier la procédure de poursuite par le dépôt d'une réquisition de poursuite du 17 juillet 2023 et la notification du commandement de payer le 29 août 2023 (*cf.* pièces 18 et 19 – demanderesse).

Par conséquent, les frais de rappel de CHF 145.- réclamés par la demanderesse sont dus par la défenderesse.

7.5 Au surplus, la Cour de céans constate que la demanderesse n'a pas requis la mainlevée de l'opposition formulée par la défenderesse à l'encontre du commandement de payer notifié le 29 août 2023 (*cf.* pièce 19 – demanderesse).

7.5.1 Or, il sied de souligner que, même dans les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale et régis par la maxime inquisitoire sociale, les parties restent tenues de soumettre au tribunal la trame factuelle sur laquelle portera son jugement. Le juge, en particulier lorsqu'il est confronté à des parties représentées par des avocats, n'a pas à investiguer dans les pièces pour tenter d'y trouver un argument favorable à celle qui l'a produite. En présence de personnes assistées, il doit bien plutôt faire preuve de retenue, à l'instar de ce qui prévaut dans un procès ordinaire. La portée de la maxime inquisitoire sociale s'apprécie aussi en considération du principe de disposition ancré à

l'art. 58 al. 1 CPC, véritable prolongement procédural de l'autonomie privée gouvernant le droit civil. Ce dernier précepte implique en particulier que le juge intervient à la seule initiative des parties, auxquelles il échoit de définir le cadre du procès et de déterminer dans quelle mesure elles veulent faire valoir les moyens et prétentions qui leur appartiennent (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 4A_563/2019 du 14 juillet 2020 consid. 4.2 non publié *in* ATF 146 III 339, et les références).

En application du principe de disposition (art. 58 al. 1 CPC), le juge ne peut pas prononcer la mainlevée s'il n'est pas saisi d'une conclusion en ce sens (*cf.* Grégory BOVEY/Arnaud CONSTANTIN, *in* Commentaire romand, Poursuite et faillite, 2^{ème} éd., 2025, n 11, *ad* art. 79 LP).

7.5.2 En l'occurrence, la demanderesse dispose d'un service juridique et était représentée par des juristes familiers des questions soulevées par la présente affaire durant toute la procédure. Il n'appartient donc pas à la Cour de céans de l'interpeller pour qu'elle indique si elle sollicite la mainlevée de l'opposition susvisée.

7.5.3 Par conséquent, la mainlevée de l'opposition ne sera pas prononcée par la Cour de céans dans le cas d'espèce.

- 8.** La demande étant fondée, elle doit être admise partiellement. La défenderesse est donc condamnée au paiement de la somme de CHF 34'131.30, plus intérêts à 5% l'an dès le 18 juillet 2023, ainsi qu'au paiement du montant de CHF 2'340.69, à titre d'intérêts à 5% l'an jusqu'au 17 juillet 2023, et de la somme de CHF 145.- à titre de frais de rappel.

Ni la défenderesse, ni la demanderesse n'ont droit à des dépens. En effet, la première succombe (*cf.* art. 106 al. 1 CPC), tandis que la seconde ne peut y prétendre en raison de sa qualité d'assurance (*cf.* l'art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et autres lois fédérales en matière civile du 28 novembre 2010 [LaCC - E 1 05] qui prévoit qu'il n'est pas prélevé de frais judiciaires, ni alloué de dépens à la charge de l'assuré, dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire prévue par la LAMal).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse la somme de CHF 34'131.30 plus intérêts à 5% dès le 18 juillet 2023.
3. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse la somme de CHF 2'340.69 correspondant aux intérêts moratoires dus jusqu'au 17 juillet 2023.
4. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse la somme de CHF 145.- à titre de frais de rappel.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Pascale HUGI

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