

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 21 février 2012

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :       MM. Neu et Métral  
Greffier     :       M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, demanderesse, représentée par son époux, à Lausanne,

et

**G.**\_\_\_\_\_ **ASSURANCES SA**, à Lausanne, défenderesse.

---

**Art. 3 al. 1 et 12 LCA**

## **E n f a i t :**

**A.**            **a)** X.\_\_\_\_\_ (ci-après: la demanderesse), née le 12 juin 1925, maîtresse de maison, a signé le 2 mars 1977 un formulaire intitulé «demande d'admission ou de réintégration» auprès de la Société D.\_\_\_\_\_ (désormais G.\_\_\_\_\_ Assurances SA). Sous la rubrique «préavis du médecin-conseil», on pouvait lire «angine de poitrine», «varices». Les classes d'assurance choisies étaient celles de première indemnité journalière différée avec risque accidents pour un montant assuré de 18 fr. à partir du 31<sup>ème</sup> jour (prime mensuelle d'un montant de 1 fr. 25), l'assurance complémentaire contre les dommages économiques (capital assuré de 10'000 fr.) (prime de 12 fr. par mois), ainsi que l'assurance complémentaire frais dentaires (avec franchise de 100 fr., pour une prime mensuelle de 13 fr.), et une assurance décès de 70 ct. par mois. Il en résultait une prime mensuelle de 26 fr. 95. On pouvait également lire sur le formulaire «admission dès le 1.04.77».

Le 6 décembre 1978, la demanderesse a complété un nouveau formulaire destiné à la Société D.\_\_\_\_\_, intitulé «demande de modification». Selon ce dernier, les classes d'assurance choisies étaient désormais les suivantes:

- assurance pour «patients privés» avec accident, catégorie illimitée, avec franchise de 300 fr. (représentant une prime mensuelle de 123 fr. 70);
- assurance complémentaire contre les dommages économiques (capital assuré de 10'000 fr., représentant une prime mensuelle de 12 fr.);
- assurance complémentaire des frais dentaires (avec franchise de 100 fr., correspondant à 13 fr. de prime mensuelle);
- assurance décès (prime mensuelle de 70 ct.).

Sous la rubrique «observations» figuraient les précisions «varices, angine de poitrine», affections qui faisaient l'objet d'une réserve.

Il était encore précisé que la modification interviendrait dès le 1<sup>er</sup> janvier 1979.

**b)** Selon la police d'assurance du 15 novembre 2005 annulant et remplaçant tout document antérieur, la demanderesse était assurée auprès de G.\_\_\_\_\_ Assurances SA pour l'assurance obligatoire des soins, avec indication que la police était entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005, ainsi que pour les catégories d'assurances suivantes selon la LCA:

- Naturella,
- Maxi Eco, décrite en ces termes «Assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée des établissements publics ou privés ayant conclu un accord tarifaire préférentiel avec la caisse»,
- Dentis,
- Décès.

La prime mensuelle nette de la catégorie «Maxi Eco» se montait à 420 fr. 30, dont à déduire un rabais familial de 21 fr. 20.

Selon les tarifs de G.\_\_\_\_\_ Assurances SA pour les années 2005 à 2008, la prime mensuelle pour la classe Maxi Eco pour les femmes, sans franchise, s'élevait à 420 fr. 30 pour la classe d'âge 51 ans et plus.

**c)** Selon la police d'assurance du 24 novembre 2008 annulant et remplaçant tout document antérieur, la demanderesse était assurée auprès de G.\_\_\_\_\_ Assurances SA pour l'assurance obligatoire des soins, la police étant entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005, ainsi que pour les catégories d'assurances suivantes selon la LCA:

- Natura\_R (valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009),
- Naturella (valable dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005),
- Maxi (valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009), décrite en ces termes «Assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée de tous les établissements publics ou privés»,

- Dentis (valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009),
- Décès (valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005).

La prime mensuelle nette de la catégorie «Maxi» s'élevait, sans franchise, à 512 fr., dont à déduire un rabais familial de 25 fr. 60.

Selon les tarifs de G.\_\_\_\_\_ Assurances SA pour les années 2009 et 2010, la prime mensuelle pour la classe Maxi pour les femmes, sans franchise, s'élevait à 512 fr. pour la classe d'âge 51 ans et plus.

**d)** Un courrier de G.\_\_\_\_\_ Assurances SA à la demanderesse du 8 octobre 2009 indiquait ce qui suit:

«Nous nous référons au passage de votre époux à notre réception le 22 septembre 2009.

Pour y faire suite, nous vous remettons en annexe une copie de la proposition d'assurance que vous avez complétée le 6 décembre 1978, afin que vous puissiez constater que votre assurance complémentaire des frais d'hospitalisation a été souscrite au 1<sup>er</sup> janvier 1979, soit à l'âge de 54 ans.

Le tarif qui vous est appliqué (classe d'âge 51 et plus) est par conséquent justifié.»

Par courrier du 10 novembre 2009 à G.\_\_\_\_\_ Assurances SA, l'époux de la demanderesse s'est déclaré surpris du fait que sa fille, également assurée auprès de G.\_\_\_\_\_ Assurances SA, paie 685 fr. 80 par mois, alors que son épouse devrait payer 839 fr. 85 avec la classe d'âge 51 et plus. Il expliquait que, de mémoire, la photocopie que lui avait fait parvenir G.\_\_\_\_\_ Assurances SA, datée du 6 décembre 1978 avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1979, était calculée avec un âge de 29 ans. Il en déduisait que la prime de son épouse devrait dès lors être plus faible que celle demandée sur la police de sa fille, en retenant la classe d'âge 26 à 30 ans. Il demandait dès lors que les primes perçues en trop lui soient remboursées jusqu'à décembre 2009 et que les primes de cette police soient adaptées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Dans une correspondance du 30 novembre 2009 à G.\_\_\_\_\_ Assurances SA, l'époux de la demanderesse a rappelé que G.\_\_\_\_\_ Assurances SA avait recouru en 1978 à une classe d'âge inférieure à 30

ans, si bien que celle-ci devait être utilisée pendant toute la durée de l'appartenance de l'assurée à la caisse, l'invitant à remonter (sic) à 1979 pour calculer le trop perçu.

Par courrier du 21 décembre 2009, l'époux de la demanderesse s'est une nouvelle fois adressé à G. \_\_\_\_\_ Assurances SA, pour expliquer que la caisse qui précédait G. \_\_\_\_\_ Assurances SA n'avait pas modifié la classe d'âge d'entrée de 29 ans. Il demandait à nouveau l'adaptation des primes à compter du 1<sup>er</sup> février 2010 ainsi que le remboursement des primes perçues en trop.

Par courrier du 15 janvier 2010 à G. \_\_\_\_\_ Assurances SA, la demanderesse a indiqué qu'au cours des 25 à 30 dernières années, un employé de G. \_\_\_\_\_ Assurances SA avait tapé sur la touche 5 au lieu de 4 (sic), ce qui avait provoqué l'établissement d'une classe d'âge de 51 à 55 ans au lieu de celle de 41 à 45 ans, et qu'il en résultait une prime trop élevée. Elle demandait à nouveau le remboursement de la part des primes payées en trop et l'adaptation des primes actuelles et futures.

Le 15 mars 2010, l'autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (ci-après: la Finma) s'est adressée en ces termes à G. \_\_\_\_\_ Assurances SA:

«Monsieur X. \_\_\_\_\_ s'est adressé à notre office au sujet de l'assurance-maladie complémentaire de Madame X. \_\_\_\_\_ (no de police [...]), en vigueur auprès de votre société. Il fait valoir que la tarification de ladite police est fondée sur une erreur (portant notamment sur la détermination de l'âge d'entrée). Il nous a remis copie de la lettre qu'il a adressée à votre société le 15 janvier 2010. Nous vous remercions de prendre position sur le cas en question et de nous orienter sur la réponse que vous donnerez à sa lettre du 15 janvier 2010.»

G. \_\_\_\_\_ Assurances SA s'est adressée en ces termes à la Finma le 31 mars 2010:

«Nous vous remettons en annexe copie de la demande d'admission qui a été signée par Madame X. \_\_\_\_\_ le 2 mars 1977. A la lecture de ce document, vous pourrez constater, qu'à cette date, notre assurée n'avait pas encore d'assurance complémentaire couvrant

les frais d'hospitalisation. Les catégories souscrites à cette époque étaient l'assurance pour une indemnité journalière différée, l'assurance complémentaire contre les dommages économiques, l'assurance complémentaire pour les frais dentaires, ainsi qu'une assurance décès.

L'assurance complémentaire «patients privés» n'a été ajoutée au contrat de Madame X. \_\_\_\_\_ qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1979 (voir copie de la demande de modification complétée le 6 décembre 1978). Notre assurée avait 54 ans lors de l'entrée en vigueur de cette catégorie. Elle n'a donc aucune raison de contester le tarif qui lui est appliqué pour son assurance complémentaire des frais d'hospitalisation, division privée, catégorie «Maxi», soit la classe d'âge (51 ans et plus).»

La Finma a fait savoir à G. \_\_\_\_\_ Assurances SA par courrier du 10 mai 2010 que du point de vue de la surveillance, elle n'avait pas de remarques à formuler concernant ses conclusions et considérait ce dossier comme clos.

Par courrier du même jour, elle a en outre fait savoir ce qui suit à l'époux de la demanderesse:

«Vous affirmez que Mme X. \_\_\_\_\_ était assurée en hospitalisation privée dès l'âge de 29 ans, en vous basant sur la demande de modification datée du 6 décembre 1978. Ce document indique le 1<sup>er</sup> janvier 1979 comme étant la date du début de la couverture mentionnée. A notre avis, ce document ne démontre pas de manière irréfutable que Mme X. \_\_\_\_\_ était assurée pour la couverture des frais d'hospitalisation avant cette date. Dès lors, du point de vue de la surveillance, nous ne sommes pas en mesure de nous opposer à la manière de procéder de G. \_\_\_\_\_ Assurances SA.»

Le 19 mai 2010, l'époux de la demanderesse s'est à nouveau adressé à la Finma, pour lui faire savoir que sa prise de position l'attristait, car il demeurait persuadé que le mode de gestion de G. \_\_\_\_\_ Assurances SA suivait un système bien établi qui prétérait une quantité d'assurés dès qu'ils n'étaient plus aptes à changer de caisse en fonction de leur âge ou de leur état de santé. Il reprenait les arguments développés dans ses courriers à G. \_\_\_\_\_ Assurances SA et indiquait attendre la poursuite de la marche de ce dossier.

Le 23 juin 2010, G. \_\_\_\_\_ Assurances SA a transmis à l'époux de la demanderesse une copie du courrier du 10 mai 2010 de la Finma à son attention.

Par courrier du 24 juin 2010 à G. \_\_\_\_\_ Assurances SA, l'époux de la demanderesse a sollicité une entrevue, en expliquant que tout indiquait que son épouse était victime de l'erreur d'écriture d'un employé qui l'avait placée dans la classe d'âge 51 à 55 ans au lieu de la classe d'âge 41 à 45 ans pour la couverture Maxi Eco. A nouveau, il demandait l'ajustement de la prime et le remboursement du trop perçu des quinze dernières années.

Dans sa correspondance du 25 juin 2010 à G. \_\_\_\_\_ Assurances SA, l'époux de la demanderesse lui a fait savoir que la Finma rouvrirait le dossier à la suite de son envoi du 19 mai 2010. Il joignait à son courrier une correspondance du 18 juin 2010 de la Finma, à la teneur suivante:

«Selon les documents en notre possession, il est évident que votre femme était assurée auprès de l'assureur en question au moins depuis 1977.

Selon la demande d'admission de 1977, une assurance des frais dentaires, une assurance contre les dommages économiques et une assurance d'indemnités journalières pour traitements hospitaliers étaient proposées. La demande de modification de 1979 propose à la place de l'assurance d'indemnités journalières pour traitements hospitaliers la couverture pour «patients privés». Les deux autres couvertures déjà mentionnées sont indiquées de nouveau dans ce formulaire. Dès lors, on peut conclure que la couverture d'hospitalisation privée a débuté probablement à cette époque. Etant donné qu'il ne ressort pas des documents que votre femme était couverte pour l'hospitalisation en division privée avant 1979, nous vous renvoyons à nos conclusions exprimées dans notre lettre du 10 mai 2010 que nous maintenons intégralement.»

**B.** Par demande du 25 octobre 2010 adressée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, la demanderesse, pour qui agit son époux, a conclu à ce que sa prime d'assurance SX2 Maxi soit ajustée «pour le passé, le présent et l'avenir», que les trop perçus lui soient remboursés et que sa prime actuelle soit adaptée à la classe d'âge d'entrée dans la caisse de 26 à 30 ans. En substance, elle explique avoir signé le 6 décembre 1978 une demande de modification de sa police LCA prévalant jusqu'alors, et expose que cette couverture, vu son importance, ne pouvait qu'être l'objet d'une prestation existant avant 1963. Elle

estime donc que la correspondance de la défenderesse du 8 octobre 2009, selon laquelle son assurance complémentaire des frais d'hospitalisation a été souscrite le 1<sup>er</sup> janvier 1979, est infondée, dans la mesure où elle avait bénéficié d'une couverture privée dès l'âge de 29 ans (et non de 54 ans). Elle soutient ainsi que la prime d'assurance qui aurait dû lui être facturée devrait correspondre à celle de la classe d'âge de 26 à 30 ans, dès lors qu'elle a contracté cette assurance à l'âge de 29 ans. Elle précise encore que la proposition d'admission qu'elle a signée le 2 mars 1977 l'avait été car la couverture en privé était alors limitée à deux ans et conteste la teneur de la correspondance adressée par la défenderesse à la Finma le 31 mars 2010. La demanderesse a complété son écriture le 23 novembre 2010, en faisant valoir qu'aucune caisse n'aurait consenti à l'assurer pour un risque nouveau en division privée à l'âge de 52 ans, alors qu'elle souffrait depuis l'âge de 38 ans d'une angine de poitrine. Elle indique avoir été assurée auprès de R. \_\_\_\_\_ de l'âge de 27 à 29 ans, puis avoir adhéré à la Société D. \_\_\_\_\_ dès l'âge de 29 ans en division privée. Elle produit notamment à l'appui de ses écritures un certificat médical du Dr K. \_\_\_\_\_ attestant la suivre depuis 1995 et confirmant qu'elle présentait déjà à cette époque des symptômes compatibles avec une angine de poitrine (angor).

Dans sa réponse du 17 décembre 2010, G. \_\_\_\_\_ Assurances SA conclut au rejet de la demande. S'agissant du tarif applicable, la défenderesse renvoie à l'art 10.1 de ses conditions générales d'assurance et explique que la demanderesse a souscrit l'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation à l'âge de 54 ans. Elle relève d'une part que la demanderesse n'est pas en mesure de prouver qu'elle serait entrée dans l'assurance à l'âge de 29 ans et d'autre part qu'elle s'est acquittée de la prime afférente à la classe d'âge 51 ans et plus durant vraisemblablement plus de trente ans et assurément plus de cinq ans sans élever la moindre contestation. Elle fait valoir par surabondance en se référant à l'art. 12 LCA que le preneur d'assurance qui estime que la teneur de la police ne concorde pas avec les conventions intervenues doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception, faute de quoi la police est considérée comme acceptée. A cet égard, la

défenderesse relève que la demanderesse n'a pas requis dans le délai impératif prévu par la loi la rectification des polices adressées en 2005 et 2008, si bien que même si le contenu de la dernière police n'était pas conforme au contrat conclu initialement, le contenu de celui-ci résulterait de la police uniquement. Quant à la restitution des primes, G. \_\_\_\_\_ Assurances SA estime superflu de se déterminer, dans la mesure où la demanderesse n'est pas parvenue selon elle à démontrer que le tarif qui lui était appliqué n'était pas fondé.

Dans sa réplique du 7 février 2011, la demanderesse explique en substance que son époux n'a pu entreprendre la vérification des calculs de la défenderesse qu'à l'arrêt de son travail, que ce dernier avait toujours été intrigué par l'habitude de la défenderesse de mentionner sur les propositions de modification l'année d'entrée du changement, semblant ainsi faire disparaître l'année d'entrée dans la caisse, ce qu'il avait fait savoir par téléphones et lettres non recommandées dans les quatre semaines, et que son appartenance à la classe «ECO» n'altérerait pas les prestations de la «MAXI». Après s'être déterminée sur les arguments de la défenderesse, elle répète qu'elle est assurée depuis l'âge de 29 ans auprès de la Société D. \_\_\_\_\_, devenue G. \_\_\_\_\_ Assurances SA.

Le 25 février 2011, en complément à son écriture du 7 février 2011, la demanderesse rappelle en substance qu'elle s'insurge depuis le 22 septembre 2009 contre G. \_\_\_\_\_ Assurances SA, qu'elle réfute les termes de la correspondance de cette dernière du 8 octobre 2009, et que c'est à l'assureur de démontrer que le tarif appliqué est fondé.

Dans sa duplique du 8 mars 2011, la défenderesse confirme ses conclusions. Elle explique que la collocation dans une classe d'âge est fonction de l'âge de l'assuré au moment de la conclusion du contrat et qu'il n'existe aucun passage de celle-ci à une classe supérieure puisque l'assuré demeure dans le groupe tarifaire de l'époque pour toute la durée du contrat, et qu'il appartient à la demanderesse d'établir ses prétentions.

Dans ses déterminations du 17 mars 2011, la demanderesse maintient que l'attitude de la défenderesse est critiquable. Par courrier du 6 avril 2011, elle déplore en outre que la défenderesse n'ait pas répondu à ses courriers et demandes par écrit entre le 8 octobre 2009 et le 25 février 2011. Le 24 mai 2011, la demanderesse maintient qu'en 1977, elle était assurée en privé, se référant à la proposition de la Société D. \_\_\_\_\_ du 8 mars 1977. Elle explique que la même couverture lui a été demandée en 1978, à la différence près que la couverture était désormais illimitée dans le temps, contrairement à ce qui prévalait sur la proposition de 1977 qui était limitée à 720 jours, avec pour conséquence une différence de prime de 12 fr. 90. Par un nouveau courrier du 31 mai 2011, la demanderesse a sollicité que G. \_\_\_\_\_ Assurances SA soit interpellée sur le point de savoir comment les primes des propositions de la Société D. \_\_\_\_\_ des 8 mars 1977 et 6 décembre 1978 avaient été tarifées à la classe d'âge de 26 à 30 ans, alors que pour cette caisse, elle n'était pas assurée en frais d'hospitalisation. Elle rappelle pour le surplus son argumentation relative à la hausse de primes de 12 fr. 90.

Dans ses observations du 11 juillet 2011, G. \_\_\_\_\_ Assurances SA explique qu'il ressort de la demande de modification du 6 décembre 1978 que dès le 1<sup>er</sup> janvier 1979, la demanderesse a bénéficié de la couverture d'assurance pour les frais d'hospitalisation. La demande d'admission du 2 mars 1977 prouve que la demanderesse n'avait pas souscrit cette couverture auparavant puisque la rubrique relative à l'assurance pour patients privés n'a pas été complétée. La défenderesse en déduit qu'il est téméraire de soutenir que le tarif correspondait à la tranche d'âge 26-30 alors que la demanderesse en avait plus de 50. Elle observe qu'il y a incontestablement eu une modification entre la proposition d'assurance signée le 8 mars 1977 et celle du 6 décembre 1978, laquelle se résume toutefois à la suppression de l'assurance indemnité journalière pour introduire celle d'hospitalisation, les primes des autres produits étant demeurées identiques. La défenderesse note enfin que la demanderesse confond la couverture d'indemnité journalière, versée durant 720 jours, et l'assurance d'hospitalisation, qui ne prévoit aucune limite de durée ni de montant.

La demanderesse a rappelé par courrier du 20 juillet 2011 qu'elle était assurée en patient privé avant le 1<sup>er</sup> janvier 1979.

La demanderesse a encore déposé des observations le 10 octobre 2011. Elle répète qu'elle était couverte en division privée bien avant 1977, et que la modification du 6 décembre 1978 est intervenue pour qu'elle n'ait pas, le cas échéant, à être transférée de la division privée à la salle commune (sic) après 720 jours. Elle rappelle en outre qu'une caisse maladie n'accepterait pas de couvrir en division privée une femme de 52 ans souffrant d'une angine de poitrine depuis l'âge de 38 ans, dont le dossier médical comporte la preuve de cette maladie. Elle observe encore que la tarification de la couverture en privé a été établie dans la proposition du 2 mars 1977 par des primes propres à la classe d'âge de 26 à 30 ans. Elle soutient dès lors que la demande d'admission à la Société D. \_\_\_\_\_ du 2 mars 1977 est le reflet de la continuation de couverture de frais de guérison en division privée depuis fort longtemps.

Les divers courriers de la demanderesse ayant été transmis à la défenderesse pour détermination, cette dernière a indiqué le 20 octobre 2011 qu'elle renonçait à se déterminer, dès lors que les éléments avancés par la demanderesse constituaient des redites sur lesquelles elle s'était déjà prononcée.

### **E n d r o i t :**

**1.** Conformément à l'art. 1 DTAs-AM (Décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, RSV 173.431), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010, le présent litige relève de la compétence dudit tribunal, respectivement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui lui a succédé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 (cf. JdT 2009 III 106).

Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont dans la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique.

Néanmoins, les anciennes règles de compétence et de procédure s'appliquent lorsque la demande a été introduite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]). Tel est le cas en l'espèce. Il appartient donc à la Cour de céans de statuer.

**2. a)** La présente contestation relève du contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.

A la différence de la couverture des soins relevant de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, n° 263 ss p. 120).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles sont constituées de conditions générales (art. 3 al. 1 LCA) et de conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Brulhart, loc. cit.).

**b)** En matière d'assurances sociales (ATF 135 V 39 consid. 6.1), comme d'ailleurs en matière d'assurances privées (ATF 130 III 321), le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Aussi, lorsque ce même juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>e</sup> éd., Berne 1983, p. 274; Guldener, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 3<sup>e</sup> éd., Zurich 1979, p. 321; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence).

**c)** In casu, la question litigieuse est celle de savoir si la tarification de la police de la demanderesse est fondée sur une erreur s'agissant de la détermination de l'âge d'entrée, ainsi qu'elle le soutient, et s'il doit en résulter un remboursement de primes et une adaptation de celles-ci pour l'avenir.

**3.** Il convient en premier lieu d'examiner depuis quel âge la demanderesse est au bénéfice d'une assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée auprès de la défenderesse, respectivement auprès de la Société D.\_\_\_\_\_, afin de déterminer si la défenderesse était fondée à lui appliquer le tarif afférent à la classe d'âge 51 ans et plus.

A cet égard, la demanderesse fait valoir que le tarif qui aurait dû être appliqué par la défenderesse est celui relatif à la classe d'âge 26 à 30 ans, dans la mesure où elle aurait conclu l'assurance en cause à l'âge de 29 ans.

Il est constant que selon l'art. 10 al. 1 des conditions générales des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents, édition 01.2001 (ci-après: CGA), les assurés sont colloqués dans des groupes d'âges tarifaires selon leur âge d'entrée et leur lieu de domicile. Cette disposition réserve pour le surplus les dispositions des conditions spéciales. Ainsi les conditions spéciales de l'assurance complémentaire Micro - Media - Maxi des frais d'hospitalisation, édition 01.2001, prévoient à l'art. 1 al. 1 que jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il atteint 55 ans, le preneur d'assurance peut demander son admission dans la présente assurance ou l'augmentation de sa couverture d'assurance.

Il n'est ainsi pas contesté que les assurés sont colloqués en fonction de groupes d'âge. Il est dès lors déterminant de savoir à quel âge la demanderesse est entrée dans l'assurance ici en cause.

Cette dernière soutient dans un premier moyen qu'elle ne peut y être entrée à l'âge de 54 ans, au motif que l'angine de poitrine dont elle souffre aurait constitué un obstacle à la conclusion du contrat. Elle produit à cet égard un certificat médical de son médecin traitant qui confirme cette affection. Cet argument ne suffit cependant pas à permettre de constater que la demanderesse serait entrée dans l'assurance en cause à l'âge de 29 ans, dès lors qu'une réserve a été formulée s'agissant de l'angine de poitrine (et des varices). Le fait d'affirmer qu'aucune caisse n'aurait consenti à l'assurer pour un risque nouveau en division privée à l'âge de 52 ans, alors qu'elle souffrait depuis l'âge de 38 ans d'une angine de poitrine, ne permet pas plus d'attester qu'elle était assurée auprès de la Société D. \_\_\_\_\_ depuis l'âge de 29 ans en division privée.

La défenderesse s'est en outre déterminée sur le reproche que lui fait la demanderesse de faire mentionner sur les propositions de modification l'année du changement, et non l'année d'entrée dans la caisse, en expliquant que s'il est vrai que la date d'entrée en vigueur du contrat sur la police d'assurance au 1<sup>er</sup> janvier 2005 ne correspond certes pas à la date réelle, cette mention s'explique par la migration à cette date

de la base de données des assurés dans un nouveau programme informatique.

Quoi qu'en dise la demanderesse, selon la teneur de la demande d'admission de 1977, les catégories d'assurances choisies étaient une assurance de première indemnité journalière différée avec risque accidents, une assurance complémentaire contre les dommages économiques, une assurance complémentaire frais dentaires et une assurance décès. Il n'était pas question à l'époque d'une assurance pour hospitalisation en privé, laquelle apparaît dans la demande de modification signée le 6 décembre 1978, en lieu et place de l'assurance de première indemnité journalière différée, l'assurance complémentaire contre les dommages économiques, celle de frais dentaires et l'assurance décès demeurant. En pareilles circonstances, aucun élément au dossier ne permet d'établir que la demanderesse bénéficiait déjà d'une couverture pour frais d'hospitalisation privé avant 1979.

La demanderesse relève encore dans ce contexte qu'en 1977, elle était assurée en privé, se référant à la proposition de la Société D. \_\_\_\_\_ de mars 1977. Or il apparaît en réalité que selon la proposition de mars 1977, elle était assurée du versement d'une indemnité journalière, et non pour une assurance pour patients privés. Or elle a renoncé à cette assurance selon demande de modification du 6 décembre 1978, pour opter pour une assurance pour patients privés. Il ne s'agit pas là de la même couverture, mais bien d'un changement de couverture, avec une nouvelle couverture en assurance pour patients privés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1979 qui n'existait pas jusqu'à cette date. En effet, selon la demande d'admission de mars 1977, la demanderesse n'avait pas souscrit cette couverture auparavant puisque la rubrique relative à l'assurance pour patients privés n'avait alors pas été complétée. Les explications de la demanderesse selon lesquelles elle était couverte en division privée bien avant 1977, et que la modification du 6 décembre 1978 était intervenue pour qu'elle n'ait pas, le cas échéant, à être transférée de la division privée à la salle commune (sic) après 720 jours, ne sont étayées par aucun élément. Enfin, les primes relatives à l'assurance contre les dommages

économiques, celle de frais dentaires et l'assurance décès sont demeurées identiques, le changement entre la demande d'admission de 1977 et la demande de modification de 1978 résidant dans la suppression de l'assurance de première indemnité journalière différée et l'apparition de l'assurance pour patients privés. A la suite de ce changement, la prime totale de 26 fr. 95 en 1977 est passée à 149 fr. 40, savoir une hausse conséquente qui atteste également du changement de prestations intervenu avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1979.

Finalement, il convient de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que la demanderesse a bien été couverte pour la première fois pour l'assurance pour «patients privés» à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1979, soit dans sa 54<sup>ème</sup> année, et que le tarif appliqué par la défenderesse, compte tenu de la classe d'âge de l'assurée qu'il convient de retenir en l'espèce (51 ans et plus) n'est pas critiquable.

**4. a)** Il convient encore de rappeler que la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelle ce qui suit à propos de la portée du texte d'une police d'assurance selon la LCA (arrêt TF 4A\_53/2010 du 29 avril 2010 consid. 2.3): pour éviter de sempiternelles controverses sur la conformité de la police avec les propositions ou discussions antérieures, le législateur a posé une règle stricte à l'art. 12 LCA, conçue dans l'intérêt des assureurs. La rigueur de cette règle est tempérée par l'exigence qu'elle soit insérée textuellement dans chaque police, afin que le preneur y soit rendu attentif (art. 12 al. 2 LCA). Selon l'art. 12 al. 1 LCA, si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée. Il incombe donc au preneur, dûment averti, d'examiner avec soin la police pour s'assurer qu'elle correspond à sa volonté réelle. En d'autres termes, il est exigé du preneur qu'il réagisse dans les quatre semaines si la police ne correspond pas à sa volonté réelle. On peut raisonnablement attendre de lui qu'il sache ce qu'il veut ou non à ce moment déterminant. L'art. 12 al. 1 LCA crée donc une présomption juridique irréfutable que la teneur de la police est conforme

à la réelle et commune intention des parties; toute contestation ultérieure du contenu de la police est exclue et il est sans effet de se référer à d'autres accords, même si la police ne reproduit effectivement pas ce qui avait été convenu.

**b)** En l'espèce, la demanderesse ne prétend pas avoir été empêchée de réagir dans les quatre semaines dès la communication des polices en cause. Si elle allègue certes que son époux n'a pu entreprendre la vérification des calculs de la défenderesse que lorsqu'il a cessé son activité professionnelle, un tel motif ne constitue à l'évidence pas un empêchement propre à l'empêcher d'agir. Il ressort par ailleurs des pièces produites qu'elle n'a pas demandé la rectification des polices qui lui ont été communiquées en 2005 et 2008, sur lesquelles figure pourtant, ainsi que le prescrit la loi (cf. art. 12 al. 2 LCA), la règle selon laquelle le preneur d'assurance doit demander la rectification de la police dans les quatre semaines dès réception de l'acte pour le cas où la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, faute de quoi la teneur en est considérée comme acceptée. Si la demanderesse prétend certes en procédure que son époux aurait réagi dans les quatre semaines par l'envoi de courriers non recommandés, aucune pièce au dossier n'en atteste. Au contraire, l'époux de la demanderesse a déclaré en procédure s'insurger contre la défenderesse depuis le 22 septembre 2009. Cette date est ainsi largement postérieure à quatre semaines dès l'envoi de la police du 24 novembre 2008. Il convient ainsi de constater que conformément à la jurisprudence, il faut donc considérer que la teneur de ces polices est conforme à la réelle et commune intention des parties. Les primes dues en vertu de ces polices, et payées par la demanderesse, n'ont donc pas à être partiellement remboursées, pas plus que les primes antérieures, au demeurant acquittées sans réserve.

Compte tenu des griefs invoqués et de l'état du dossier, l'interpellation de la demanderesse sur le point de savoir comment les primes des propositions de la Société D. \_\_\_\_\_ des 8 mars 1977 et 6 décembre 1978 auraient été tarifées à la classe d'âge 26 à 30 ans alors que selon la défenderesse elle n'était pas assurée en frais

d'hospitalisation, n'apparaît pas nécessaire. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008).

**5.** En définitive, mal fondées, les prétentions formulées dans la demande du 25 octobre 2010 doivent être rejetées dans leur entier.

Il ne sera pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (cf. ancien art. 85 al. 3 LSA). La défenderesse, bien qu'obtenant gain de cause n'a pas droit à des dépens, faute pour elle d'avoir eu recours aux services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] a contrario, applicable par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Les conclusions de la demande du 25 octobre 2010 sont rejetées.
  
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Mme X. \_\_\_\_\_,
- G. \_\_\_\_\_ Assurances SA,

par l'envoi de photocopies.

Un appel au sens des art. 308 ss CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272) peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. La décision objet de l'appel doit être jointe.

Le greffier: