

GE_GERICHTE A/3052/2018 vom 1. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3052_2018

FR: GE_GERICHTE A/3052/2018 du 1 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE A/3052/2018 del 1 ottobre 2019

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à VÉSENAZ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sandy ZAECH demanderesse contre SANITAS PRIVATVERSICHERUNGEN AG, sise Jägergasse 3, ZÜRICH défenderesse EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le 9 mars 1976, a conclu avec Sanitas assurances privées SA (ci-après : l'assurance) une police d'assurance complémentaire comprenant les produits « Classic » et « Hospital Extra Liberty ». 2. Dans la déclaration de santé remplie le 15 février 2016 en vue de la conclusion d'une police complémentaire avec l'assurance, à la question n° 2 « souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un trouble de la santé ou d'une maladie ou avez-vous subi un accident au cours des cinq dernières années ? », l'assurée a mentionné une maladie de la peau suite à un changement hormonal. Elle a précisé qu'il ne s'agissait pas d'une affection récurrente et que le trouble était guéri. À la question n° 7 « un traitement, une thérapie, une opération, une cure, un examen ou un examen de contrôle est-il prévu ou recommandé par un médecin ? », l'assurée a coché la case « non ». Sous la question, il était précisé que les « examens gynécologiques préventifs ou les contrôles ainsi que l'hygiène dentaire » étaient exclus. 3. L'offre indiquait que le contrat d'assurance était valable du 1^{er} mars 2016 au 31 décembre 2019.

4. Le 12 septembre 2016, l'assurée a subi une intervention chirurgicale consistant à retirer les fibromes utérins. Elle a de ce fait été hospitalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 12 au 14 septembre 2016. 5. Le 13 septembre 2016, les HUG ont adressé une demande de garantie d'hospitalisation à l'assurance. 6. Répondant à une demande de renseignements médicaux formée par l'assurance, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a indiqué que les fibromes utérins avaient été découverts lors d'un contrôle gynécologique le 19 octobre 2015. Elle a mentionné des « douleurs au bas ventre ». À la question de savoir si des traitements étaient prévus, elle a répondu « oui opération ». L'existence des fibromes avait été par la suite confirmée par une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) pelvienne. Elle a indiqué qu'une laparoscopie, myomectomie et hystéroscopie opératoire était prévue le 12 septembre 2016. L'évolution était favorable après le traitement chirurgical. Ce document comportait la date manuscrite du 19 septembre 2016. 7. Par courrier recommandé du 14 octobre 2016, l'assurance a résilié le contrat d'assurance complémentaire avec effet au 17 octobre 2016, au motif que l'assurée n'avait pas répondu correctement à la question n° 2 figurant dans le questionnaire de santé (cf. supra consid. 2), puisqu'elle souffrait de fibromes utérins depuis le 19 octobre 2015. Elle avait ainsi commis une réticence. L'assurance allait lui rembourser les primes versées par anticipation et réclamer les prestations versées qui concernaient les troubles digestifs. 8. Par courrier du 23 novembre 2016, l'assurée a contesté la résiliation du contrat par l'assurance, faisant valoir sa bonne foi. Les fibromes avaient été détectés à titre préventif en octobre 2015 et ne constituaient pas un trouble de la santé.

9. Dans un courrier du 14 décembre 2016, l'assurance a fait savoir à l'assurée qu'elle maintenait la résiliation du contrat d'assurance. La découverte des fibromes ayant eu lieu le 19 octobre 2015, elle aurait dû les déclarer dans le questionnaire de santé. 10. Le 8 février 2017, les HUG ont fait parvenir à l'assurance une facture de CHF 16'563.20 pour les traitements du 12 au 14 septembre 2016. 11. Le 11 juillet 2017, l'assurance a informé les HUG de ce que, pour cause de réticence, elle ne pouvait pas prendre en charge la facture concernant les prestations de division semi-privée du séjour de l'assurée. 12. Le 26 juillet 2017, les HUG ont transmis la facture précitée à l'assurée. 13. Le 10 novembre 2017, l'assurée a fait valoir que la résiliation n'était pas valable, l'assurance n'ayant pas observé le délai de péremption de quatre semaines dont elle disposait pour résilier le contrat d'assurance, lequel demeurait par conséquent en vigueur. 14. Sans nouvelles de l'assurance, l'assurée lui a renvoyé son courrier du 10 novembre 2017 par rappels des 13 février 2018 et 22 mars 2018. 15. Par acte du 7 septembre 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), une action en constatation de l'existence du contrat d'assurance et demande en paiement à l'encontre de l'assurance. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que la chambre de céans constate que la résiliation du contrat d'assurance complémentaire pour cause de réticence est tardive et que le contrat d'assurance complémentaire est maintenu. Subsidiairement, elle a requis l'audition de la Dresse B_____ et conclu à l'inexistence d'un cas de réticence et à ce que l'assurance soit condamnée à lui verser la somme de CHF 16'563.20 avec intérêts à 5 % l'an dès le 12 septembre 2016. L'intéressée a rappelé que l'assurance n'avait pas observé le délai de péremption de quatre semaines dont elle disposait pour résilier le contrat d'assurance, lequel demeurait par conséquent en vigueur. Le rapport médical de la Dresse B_____ avait été posté entre le 19 et le 20 septembre 2016, de sorte qu'il était arrivé en mains de l'assurance le 23 septembre 2016 au plus tard. L'échéance des quatre semaines tombait ainsi au plus tard le 21 octobre 2016. Or, le courrier de résiliation, envoyé le 14 octobre 2016, n'avait été notifié que le 24 octobre 2016 (réception fictive après le délai de garde de sept jours). Elle a ajouté qu'elle n'avait pas retiré le courrier de résiliation et avait été informée de la résiliation le 27 octobre 2016 lors d'une conversation téléphonique avec l'assurance. Elle avait reçu le courrier de résiliation par pli simple le 1^{er} novembre 2016. L'assurée a également relevé qu'à la découverte des fibromes utérins le 19 octobre 2015, il n'était pas encore question de l'opérer. Il ne s'agissait que d'un examen gynécologique préventif. Ce n'était que dans le courant du mois de juin 2016 qu'une opération avait été décidée afin d'extraire les fibromes utérins. Compte tenu de leur banalité, les fibromes utérins ne pouvaient pas être compris comme une maladie telle que définie par les conditions générales d'assurance. 16. Par réponse du 30 novembre 2018 (dans le délai prolongé à trois reprises par la chambre de céans), l'assurance a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande. Elle a exposé que le rapport de la Dresse B_____, daté du 19 septembre 2016, avait été reçu par l'assurance le 14 octobre 2016, comme cela ressortait du timbre humide apposé sur ledit rapport et produit à l'appui de sa réponse. Elle avait envoyé la lettre de résiliation le même jour, de sorte que le délai de quatre semaines avait été respecté. Elle a précisé en outre que l'examen gynécologique du 19 octobre 2015 avait été nécessaire suite à des douleurs du bas ventre. L'assurée était donc consciente du fait qu'elle avait subi un trouble de la santé, de sorte qu'elle n'avait pas répondu correctement au questionnaire de santé du 15 août 2016. 17. Dans sa réplique du 15 janvier 2019, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Contrairement à ce qu'a indiqué l'assurance dans sa réponse, le rendez-vous médical du 19

octobre 2015 ne constituait pas un « contrôle gynécologique nécessaire » mais était un simple examen de routine s'inscrivant dans un suivi gynécologique ordinaire. Lors de l'examen médical, l'assurée avait fait part à son médecin d'un inconfort au niveau du bas ventre, qui n'avait cependant pas justifié la prise d'un rendez-vous pour ce seul motif. Il n'avait par ailleurs pas été question de pratiquer une opération. Les fibromes s'étaient révélés bénins et sans danger pour l'intéressée. La question de l'opération ne s'était posée qu'au cours de l'été 2016 puisque l'assurée avait fait part à son médecin de son souhait d'avoir un enfant. S'agissant du délai de résiliation, l'assurance n'avait pas apporté la preuve qu'elle avait reçu le rapport de la Dresse B_____ le 14 octobre 2016. Elle a précisé enfin qu'elle était enceinte et que le terme prévu était le 16 mars 2019. 18. Dans sa duplique du 27 mars 2019 (dans le délai prolongé à trois reprises par la chambre de céans), l'assurance a persisté dans ses conclusions. Le rapport de la Dresse B_____ avait été envoyé par courrier normal. L'assurée n'avait pas démontré que le rapport avait été envoyé par poste A ou par lettre recommandée. Il n'incombait pas à l'assurance de supporter le risque que le rapport daté ne lui parvienne pas le lendemain. 19. Dans ses observations du 23 mai 2019, l'assurée a persisté dans ses conclusions. S'agissant du délai de résiliation, elle a relevé que l'assurance n'apportait aucune preuve quant à la date de réception du rapport de la Dresse B_____, étant précisé que le tampon humide ne suffisait pas, l'assurance étant libre d'apposer la date qu'elle souhaitait. 20. Le 24 septembre 2019, après avoir rendu une ordonnance de preuves, la chambre de céans a tenu une audience d'enquêtes et de comparution personnelle. La Dresse B_____ a indiqué que le contrôle du 19 octobre 2015, évoqué dans son rapport du 19 septembre 2016, était un contrôle habituel. C'est lors de cet examen qu'elle avait pu mettre en évidence les fibromes utérins. Ce diagnostic avait été posé à la suite d'une échographie. Elle avait discuté de ce diagnostic avec sa patiente, en particulier en lien avec un désir de grossesse éventuel. Il avait été décidé qu'il convenait de voir l'évolution, étant précisé que sa patiente était asymptomatique. Elle ne souvenait pas d'avoir discuté d'une opération à ce stade. Les « douleurs du bas ventre » mentionnées dans son rapport du 19 septembre 2016 n'avaient pas été évoquées lors de ce contrôle. Elles avaient été mentionnées par sa patiente pour la première fois lors d'un contrôle effectué le 8 février 2016, étant précisé qu'il s'agissait en réalité plutôt d'une gêne et une sensation de ballonnement. C'est lors de la consultation du 8 février 2016 que la Dresse B_____ avait discuté d'une opération. Il s'agissait encore d'une éventualité. Elle avait alors demandé qu'une IRM soit effectuée. La discussion au sujet de l'opération faisait suite à un éventuel désir de grossesse de sa patiente ainsi qu'à la gêne évoquée. Le 26 février 2016, elle avait adressé sa patiente à la maternité des HUG pour des consultations de pré-hospitalisation. Il s'agissait d'un deuxième avis quant à l'opération. Aucun traitement n'avait été proposé avant l'intervention du 12 septembre 2016. Sur question de Me ZAECH, elle a indiqué que les fibromes de sa patiente étaient bénins et qu'elle n'avait, à sa connaissance, jamais été en arrêt de travail pour ce motif. Elle n'avait constaté ni saignements, ni règles hémorragiques, ni problème urinaires, ni problèmes digestifs (hormis les ballonnements évoqués). Elle a précisé enfin avoir scanné le rapport du 19 septembre 2016 dans le dossier médical, ce qui signifiait en général qu'elle l'avait envoyé par pli simple à cette date. Lors de la comparution personnelle des parties, A_____ a indiqué avoir conclu une assurance complémentaire car elle approchait les 40 ans et envisageait la possibilité d'une grossesse. Elle n'avait pas indiqué la présence des fibromes dans le questionnaire de santé car, pour elle, il ne s'agissait pas d'une maladie. Elle ignorait à ce stade qu'elle allait subir une opération. Elle avait rempli ce questionnaire de bonne foi. Le 30 juin 2016, elle avait été examinée par le

Dr C_____ des HUG. Ils avaient eu une discussion détaillée au sujet de l'opération et c'était à ce moment-là qu'elle était en train de prendre sa décision quant à l'intervention. La prise de décision avait été longue. Le représentant de l'assurance a indiqué que tous les documents étaient réceptionnés par la « Poste interne » qui se chargeait de trier les courriers et de les envoyer dans les vingt-quatre heures aux différents départements de l'entreprise. Les documents n'étaient pas systématiquement estampillés. Les timbres humides étaient apposés par les collaborateurs des différents départements à volonté selon les besoins lorsqu'ils en prenaient connaissance. Il a précisé qu'il s'agissait de départements spécialisés qui connaissaient les délais à suivre dans les cas de réticence. Il ignorait si des rappels avaient été envoyés à la Dresse B_____ pour qu'elle remplisse le questionnaire qui lui avait été envoyé. Il ne savait pas non plus si le rapport de la Dresse B_____ avait été scanné. Sur ce, après avoir indiqué n'avoir pas d'autres offres de preuve à formuler, les parties ont plaidé et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 31 des conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances complémentaires selon la LCA, version 2013, prévoit qu'en cas de litiges, le tribunal du lieu de domicile en Suisse ou à Zurich est compétent pour les plaintes du preneur d'assurance ou de l'assuré. La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. La demande, qui comporte notamment un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions de forme légales (art. 130 et 244 CPC). Il convient toutefois d'examiner la recevabilité des deux premières conclusions principales de la demanderesse, celles-ci étant de nature constatatoire.

a. Selon l'art. 88 CPC, le demandeur intente une action en constatation de droit pour faire constater par un tribunal l'existence ou l'inexistence d'un droit ou d'un rapport de droit. Selon une jurisprudence constante, une conclusion en constatation de droit est recevable si le demandeur dispose d'un intérêt de fait ou de droit digne de protection à la constatation immédiate de la situation de droit (cf. art. 59 al. 2 let. a CPC ; sur les conditions de cette action, cf. ATF 141 III 68 consid. 2.3 ; ATF 136 III 523 consid. 5 ; ATF 135 III 378 consid. 2.2). L'action en constatation de droit est subsidiaire par rapport à l'action condamnatoire ou à l'action formatrice. Seules des circonstances exceptionnelles conduisent à admettre l'existence d'un intérêt digne de protection à la constatation de droit lorsqu'une action en exécution est ouverte. Un litige doit en principe être soumis au juge dans son ensemble par la voie de droit prévue à cet effet. Le créancier qui dispose d'une action condamnatoire ne peut en tout cas pas choisir d'isoler des questions juridiques pour les soumettre séparément au juge par la voie d'une action en constatation de droit (ATF 135 III 378 consid. 2.2). Il appartient au demandeur

d'établir qu'il dispose d'un intérêt digne de protection à la constatation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_688/2016 du 5 avril 2017 consid. 3.3). Le but de la demande en constatation de droit est de clarifier une situation juridique lorsque les parties sont en désaccord. Elle a généralement pour objet de faire constater l'existence ou l'inexistence, actuelle et prétendue, d'un rapport de droit (François Bohnet, in Commentaire romand, 2019, n° 13 ad art. 88 CPC). Un intérêt au constat peut exister lorsqu'une action condamnatoire est possible pour une prestation, mais qu'il s'agit de lever les incertitudes sur l'existence d'un rapport de droit dont elle est issue (arrêts du Tribunal fédéral 4A_719/2016 du 31 août 2017 consid. 1.2.3 ; 5C.7/2004 du 22 avril 2004 consid. 1 ; 5C.151/2002 du 30 septembre 2002 consid. 1.2 ; Bohnet, op. cit. , n° 15 ad art. 88 CPC). b. En l'espèce, le contrat d'assurance complémentaire a été résilié avec effet au 17 octobre 2016 en raison d'une réticence qui se rapporte au fait de ne pas avoir annoncé la présence de fibromes utérins. Les deux premières conclusions principales de la demanderesse consistent à dire et constater que la résiliation du contrat d'assurance complémentaire pour cause de réticence notifiée par l'assurance à l'assurée est tardive et que le contrat d'assurance complémentaire liant l'assurée et l'assurance est maintenu. L'action en constatation de droit vise ainsi à clarifier de façon générale la situation contractuelle des parties. La demanderesse a notamment précisé qu'elle était enceinte et souhaitait accoucher en clinique privée. Dans ces conditions, la demanderesse ne saurait se voir dénier un intérêt digne de protection, car il s'agit pour elle non seulement d'obtenir les prestations litigieuses, qui font l'objet de la présente demande en paiement, mais également de faire constater de manière définitive le fondement juridique de ses prétentions pour les prestations futures. En cela, son action en constatation de droit est recevable. 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). La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). 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 ; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 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 ; ATF 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 ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 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 ATF 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).

5. L'objet du litige consiste à déterminer si la demanderesse a droit au paiement de CHF 16'563.20 avec intérêts à 5 % dès le 12 septembre 2016, singulièrement si elle a commis une réticence justifiant la résiliation du contrat d'assurance et si la résiliation a été effectuée en temps utile.

6. À teneur de l'art. 4 al. 1 LCA, celui qui présente une proposition d'assurance doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat. Selon l'art. 6 al. 1 à 3 LCA, l'assureur est en droit de résilier le contrat en cas de réticence, c'est-à-dire lorsque les déclarations du proposant se révèlent inexactes ou incomplètes (al. 1) ; il est autorisé à refuser sa prestation aussi pour les sinistres déjà survenus, si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur leur survenance ou leur étendue (al. 3). Ce droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Lorsque l'assureur se prévaut de la réticence et que celle-ci est contestée par le preneur d'assurance, le juge doit examiner si et dans quelle mesure le preneur pouvait donner de bonne foi une réponse négative à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de sa situation et, le cas échéant, selon les renseignements qu'il avait reçus de personnes qualifiées. L'art. 4 al. 1 LCA exige du preneur qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait appréhendé par la question de l'assureur. Le preneur satisfait à son devoir s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur. Il est fondé à attribuer aux termes techniques employés dans ces questions, dont il ne connaît pas le sens et qui ne lui sont pas expliqués, le sens qu'il leur est en général prêté dans le milieu où il vit, en particulier le sens que le langage usuel attribue à ces termes (ATF 116 II 338 consid. 1c p. 341 ; voir aussi ATF 134 III 511 consid. 3.3.3 p. 514 ; 136 III 334 consid. 2.3 p. 337). La réticence suppose que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude. La réticence résulte de la divergence entre la vérité et ce qui a été déclaré. Elle peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité. Selon l'art. 4 al. 3 LCA, il incombe à l'assureur de poser des questions précises et non équivoques. Il n'y a pas de réticence si l'assureur a posé une question ambiguë et que la réponse apparaît véridique selon la manière dont le preneur pouvait de bonne foi comprendre la question (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337).

7. En l'espèce, par courrier du 14 octobre 2016, la défenderesse a résilié le contrat d'assurance au motif que la demanderesse avait répondu de façon erronée à la question n° 2 du questionnaire de santé, puisqu'elle y avait indiqué qu'elle ne souffrait pas d'atteinte à la santé, alors qu'elle était porteuse de fibromes utérins. La question n° 2 du questionnaire de

santé est libellée comme suit : « souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un trouble de la santé ou d'une maladie ou avez-vous subi un accident au cours des cinq dernières années ? Par exemple : des organes des voies respiratoires, du coeur, du système vasculaire, du système nerveux ou du psychisme, des organes de l'appareil digestif, de l'appareil urogénital, de maladies propres à la femme, de maladies de la peau, de l'appareil locomoteur, du métabolisme ou des glandes, de maladies du sang ou maladies infectieuses, des organes sensoriels (yeux, oreilles, nez), de tumeurs, d'infirmités congénitales ou d'une autre maladie, blessure ou trouble non précité ». Quand bien même cette question est floue et évasive, comme l'a retenu le Tribunal fédéral dans une affaire portant sur une question semblable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_94/2019 du 17 juin 2019 consid. 4 et la référence mentionnée), la demanderesse ne pouvait pas de bonne foi répondre « non ». Ainsi que le relève la défenderesse, le questionnaire de santé a été rempli le 15 février 2016, soit une semaine après la consultation gynécologique du 8 février 2016, lors de laquelle la Dresse B_____ avait discuté avec sa patiente de l'opportunité d'une opération pour retirer les fibromes utérins. Aux dires de la gynécologue, cette discussion avait été menée en raison d'un désir de grossesse et d'une gêne dans le bas ventre, étant précisé que les répercussions des fibromes utérins sur une éventuelle grossesse avaient déjà été évoquées lors de la consultation du 19 octobre 2015, au cours de laquelle la présence des fibromes avait été détectée. La décision d'opérer n'avait certes pas encore été prise lors de la consultation du 8 février 2016, la gynécologue ayant demandé la réalisation d'une IRM. Il n'en demeure pas moins que par le fait même qu'une opération était envisagée pour retirer les fibromes utérins, la demanderesse devait se rendre compte, à l'instar de toute personne capable de discernement, qu'il s'agissait d'un fait important pour l'appréciation du risque à assurer. Il est à cet égard indifférent que la demanderesse n'ait suivi aucun traitement en raison des fibromes, ou qu'elle n'ait jamais été en arrêt de travail pour ce motif avant l'intervention du 12 septembre 2016. L'intéressée ne saurait en effet se prévaloir de « l'absence de répercussions des fibromes sur sa santé ». Dans la mesure où elle admet avoir sollicité une offre de la défenderesse car elle approchait les 40 ans et envisageait la possibilité d'une grossesse, elle ne pouvait pas de bonne foi considérer la présence de fibromes utérins comme étant sans importance, ce d'autant moins qu'une opération était envisagée pour les retirer. Ainsi, en répondant par la négative à la question formulée, la demanderesse a commis une réticence, de sorte que la défenderesse était en droit de résilier le contrat d'assurance complémentaire avec effet au 17 octobre 2016. 8. Reste à examiner si la résiliation du contrat est intervenue tardivement, comme le prétend la demanderesse. a. Le délai de quatre semaines de l'art. 6 al. 2 LCA dont dispose l'assureur pour résilier le contrat d'assurance est un délai de préemption. Le respect du délai doit être prouvé par l'assureur (ATF 118 II 333 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_150/2015 du 29 octobre 2015 consid. 6.3 et 6.6). Il dispose d'un droit formateur qu'il ne peut exercer que dans un certain délai (cf. Hans Peter WALTER, in Berner Kommentar, 2012, n° 624 ad art. 8 CC). Il doit donc établir, par pièces ou autres moyens de preuve, le moment où il a eu connaissance de la réticence. Il n'est dispensé d'apporter cette preuve que si la partie adverse a admis ses allégations (arrêt du Tribunal fédéral 4A_150/2015 du 29 octobre 2015 consid. 6.3 et 6.6). Si l'assureur ne résilie pas le contrat dans le délai légal à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence, le contrat d'assurance subsiste entre les parties avec le même contenu (NEF/VON ZEDTWITZ, in Basler Kommentar, Versicherungs-vertragsgesetz, 2012, n° 16 ad art. 6 LCA ; Peter GAUCH, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, in RSJB 2006, p. 367). Selon une

jurisprudence établie, le délai ne commence à courir que lorsque l'assureur dispose d'informations dignes de foi sur des faits dont on peut déduire avec certitude qu'une réticence a été commise ; de simples présomptions, qui apportent une plus ou moins grande vraisemblance, ne sont pas suffisantes (ATF 130 V 9 consid. 2.1 ; ATF 119 V 283 consid. 5a ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_294/2014 du 30 octobre 2014 consid. 4 ; 4A_112/2013 du 20 août 2013 consid. 2.1). L'assureur doit être complètement orienté sur tous les points relatifs à la réticence et en avoir une connaissance effective, de simples doutes étant insuffisants (ATF 118 II 333 consid. 3a et 3b p. 340). L'abus de droit est réservé ; par exemple, le délai pourra commencer de courir si l'assureur refuse sciemment de prendre connaissance des éléments constitutifs de la réticence (ATF 118 II 333 consid. 3). b. Le délai de quatre semaines de l'art. 6 al. 2 LCA se calcule conformément à l'art. 77 al. 1 ch. 2 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations ; RS 220), aux termes duquel « si le délai est fixé par semaines, la dette est échue le jour qui, dans la dernière semaine, correspond par son nom au jour de la conclusion du contrat » (ATF 129 III 713 consid. 2.1). S'agissant de l'observation du délai légal de quatre semaines, la LCA n'indique pas si la déclaration de résiliation de l'assureur doit parvenir à son destinataire ou s'il suffit qu'elle soit expédiée (le cachet postal faisant foi) avant la fin dudit délai. La question n'a jamais été expressément tranchée par le Tribunal fédéral (cf. ATF 129 III 713 consid. 2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_104/2018 du 12 juin 2018 consid. 2 ; 4A_150/2015 du 29 octobre 2015 consid. 6.4 ; 4A_289/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2 ; 4A_112/2013 du 20 août 2013 consid. 2 ; 5C.5/2005 du 23 juin 2005 consid. 3.3 non publié in ATF 131 III 542). Plusieurs auteurs sont d'avis que la déclaration de résiliation doit parvenir au preneur d'assurance avant l'expiration du délai de péremption (NEF/VON ZEDTWITZ, op. cit. , p. 63 et les références ; GAUCH, op. cit. , p. 367 ; Urs NEF, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n° 16 ad art. 6 LCA et les références ; ROELLI/KELLER, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, vol. I, 2 e éd. 1968, p. 140). L'on trouve aussi l'opinion selon laquelle il suffit que la déclaration soit postée dans le délai de péremption (Eva POUGET-HÄNSELER, Anzeigepflichtverletzung : Auswirkungen der Revision auf die Praxis, REAS 2006 p. 28 s.). Dans un arrêt du 29 octobre 2015, la chambre de céans s'est ralliée à la doctrine majoritaire et a considéré que la résiliation doit parvenir au preneur d'assurance, respectivement à l'assuré, au plus tard à la fin du délai de quatre semaines après le moment où l'assureur a eu connaissance de la réticence. Eu égard à la rigueur de la loi quant aux conséquences de la réticence, il y a lieu de se montrer exigeant quant au respect du délai de résiliation. L'assureur ne saurait attendre le dernier moment pour résilier le contrat (ATAS/840/2015 consid. 8b). c. En vertu du principe de l'unité de l'ordre juridique, le droit qui fixe le délai est déterminant pour le calcul de ce délai (ATF 137 III 208 consid. 3.1.2). Les règles de procédure du CPC ne sont pas applicables pour la computation des délais de droit matériel (Fabienne HOHL, Procédure civile, Tome 2, 2 e éd., 2010, n° 908). Ainsi, tant le point de départ de ce délai que sa computation doivent se faire selon le droit matériel. Une manifestation de volonté écrite déploie ses effets, selon le système dit de la réception (« Empfangstheorie »), dès qu'elle entre dans la sphère de puissance du destinataire - elle lui est remise, ou est déposée dans sa boîte aux lettres - même si celui-ci n'en prend pas connaissance. Si le destinataire d'un envoi recommandé ne peut pas être atteint et que le facteur lui laisse un avis de retrait, la déclaration est considérée comme reçue dès que le destinataire est en mesure d'en prendre possession au bureau de poste, pour autant qu'on puisse attendre de lui qu'il le fasse aussitôt. Il s'agit donc soit du

jour même où l'avis de retrait est déposé dans la boîte aux lettres si l'on peut attendre du destinataire qu'il le retire aussitôt, sinon en règle générale, le lendemain de ce jour (ATF 143 III 15 consid. 4.1 ; ATF 140 III 244 consid. 5 ; ATF 137 III 208 consid. 3.1.2 ; ATF 118 II 42 consid. 3 ; ATF 107 II 189 consid. 2). La fiction de notification le 7^{ème} jour du délai de garde prévue pour les délais de procédure (art. 138 al. 3 let. a CPC ; 44 al. 2 LTF) ne vaut pas pour les délais de droit matériel. Il en va de même de la réserve faite à l'art. 138 al. 3 let. a CPC, selon laquelle la fiction ne vaut que si le destinataire devait s'attendre à recevoir une notification (sur cette dernière notion, cf. ATF 138 III 225 consid. 3.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 5A_466/2012 du 4 septembre 2012 consid. 4 ; 5D_130/2011 du 22 septembre 2011 consid. 2.1). Selon la jurisprudence, la théorie de la réception absolue tient compte de manière équitable des intérêts antagonistes des deux parties, à savoir ceux de l'expéditeur et ceux du destinataire. L'expéditeur supporte le risque de transmission du pli jusqu'au moment où il parvient dans la sphère d'influence du destinataire, alors que celui-ci supporte le risque, à l'intérieur de sa sphère d'influence, du fait qu'il prend connaissance tardivement, respectivement ne prend pas connaissance du support de la communication (ATF 143 III 15 consid. 4.1 ; ATF 140 III 244 consid. 5.1 in fine ; ATF 137 III 208 consid. 3.1.3 in fine). Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de la date à laquelle celle-ci a été effectuée incombe en principe à celui qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 122 I 97 consid. 3b p. 100 ; ATF 114 III 51 consid. 3c et 4 p. 53 ss). Une manifestation de volonté unilatérale ne déploie ses effets que lorsqu'elle parvient à son destinataire (ATF 113 II 259 consid. 2a). Autrement dit, c'est la partie qui résilie le contrat qui supporte les conséquences de l'absence de preuve, ce qui signifie que si la notification même, ou sa date, sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il convient de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 103 V 63 consid. 2a). 9. En l'espèce, il n'est pas contesté que la défenderesse a eu connaissance du motif de réticence lorsqu'elle a reçu le rapport de la Dresse B_____ intitulé « renseignements médicaux » et contenant la date manuscrite du 19 septembre 2016. Les parties s'opposent en revanche sur la date de réception dudit document par la défenderesse. Dans sa réponse à la demande, la défenderesse se prévaut uniquement du timbre humide apposé sur ce document portant la date du 14 octobre 2016. Elle précise que « l'expédition tardive de ce rapport est ennuyeuse, mais ne peut pas être reprochée à la défenderesse ». La demanderesse conteste la valeur probante du timbre à date, faisant valoir que le tampon pouvait être apposé à la date souhaitée par la défenderesse, en fonction de ses besoins. Elle souligne par ailleurs qu'il est douteux que la défenderesse n'ait eu connaissance du rapport de la Dresse B_____ qu'un mois après la date indiquée dans ledit document. En l'occurrence, il convient d'admettre avec la demanderesse que les enquêtes ont permis de mettre en doute la fiabilité de la date indiquée par le tampon humide. En effet, lors de son audition, la Dresse B_____ a indiqué avoir scanné le rapport du 19 septembre 2016 dans le dossier médical de sa patiente, ce qui signifiait qu'elle l'avait envoyé par pli simple à cette date. Le représentant de la défenderesse a quant à lui déclaré en audience que les documents réceptionnés par la société défenderesse n'étaient pas systématiquement estampillés. La « Poste interne » de la société se chargeait de trier les courriers et de les envoyer dans les vingt-quatre heures aux différents départements. Les timbres humides étaient ensuite apposés par les collaborateurs des différents départements de la société « à volonté » et « selon les besoins », « lorsqu'ils prenaient connaissance des courriers ». La détermination du dies a quo du délai de quatre semaines peut cependant rester ouverte. Même dans l'hypothèse la plus favorable à la

demanderesse, où le rapport de la Dresse B_____ aurait été envoyé le 19 septembre 2016, le délai de quatre semaines prescrit par l'art. 6 al. 2 LCA pour la résiliation du contrat d'assurance complémentaire a été respecté. En effet, à suivre le raisonnement de la demanderesse, le rapport de la Dresse B_____, daté du 19 septembre 2016, a été envoyé à cette date par pli simple, de sorte qu'il a été notifié à la défenderesse au plus tard le 23 septembre 2016. Ainsi, pour respecter le délai de quatre semaines, la résiliation devait parvenir à la demanderesse le 21 octobre 2016 au plus tard. En l'occurrence, devant la chambre de céans, la défenderesse n'a pas apporté la preuve de la notification de la résiliation. Elle a uniquement produit une copie de l'enveloppe qui contenait la résiliation, et dont il ressort que le courrier, envoyé le 14 octobre 2016, avait été retourné à l'expéditeur avec la mention « non réclamé » le 31 octobre 2016. En pareilles circonstances, et conformément à la jurisprudence précitée, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi. Or, dans son acte formé le 7 septembre 2018 par-devant la chambre de céans, la demanderesse a indiqué avoir été avisée pour retrait le 17 octobre 2016 (cf. demande en paiement, p. 15). Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée, la déclaration est considérée comme reçue dès le lendemain, à savoir le 18 octobre 2016, soit trois jours avant le dies ad quem du délai de quatre semaines. À relever que ce délai serait respecté même si l'on devait considérer que le rapport du 19 septembre 2016 avait été reçu le lendemain par la défenderesse. Force est ainsi de constater que, contrairement à ce que soutient la demanderesse, et même en retenant l'hypothèse qui lui est la plus favorable, la résiliation du contrat a été effectuée en temps utile. 10. En conséquence, conformément à l'art. 6 al. 3 LCA, c'est à juste titre que la défenderesse a refusé de prendre en charge le montant de CHF 16'563.20 correspondant à la facture des HUG en lien avec le traitement du 12 au 14 septembre 2016. 11. La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la défenderesse (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC et 22 al. 3 let. b LaCC). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.