RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1096/2021 **ATAS/491/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mai 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Robert ZOELLS	demanderesse

contre

HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA, sise Zürichstrasse 130, DÜBENDORF	défenderesse

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Antonio Massimo DI TULLIO, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse) a souscrit le 3 décembre 2012, une police d'assurance complémentaire avec Helsana assurances complémentaires SA (ci-après : l'assurance ou la défenderesse) comprenant une complémentaire des soins Completa et une complémentaire d'hospitalisation Hospital plus.

b. Au début de l'année 2019, elle a été victime d'un accident d'escalade qui lui a provoqué une triple fracture du pied gauche.

c. Suite à cet accident, elle a dû subir une intervention chirurgicale à l'Hôpital de la Tour en mai 2019, laquelle a été prise en charge par l'assurance.

d. Le 2 novembre 2019, l'assurance a adressé à l'assurée une facture de CHF 156.60 pour la prime de décembre 2019 à payer jusqu'au 1er décembre 2019, en la priant, de toujours utiliser le bulletin de versement prévu à cet effet, avec le numéro de référence correspondant, afin de pouvoir garantir un traitement rapide et correct de son paiement.

e. Le 21 décembre 2019, elle lui a adressé un rappel pour le paiement de la prime de décembre avec un délai au 9 janvier 2020.

f. Le 19 janvier 2020, l'assurance a adressé à l'assuré un nouveau rappel l'invitant à effectuer le paiement du montant dû pour la prime de décembre 2019 jusqu'au 6 février 2020 au plus tard. Elle précisait, sous une rubrique « Remarque importante », que si les arriérés de l'assurance complémentaire mentionnés dans ce rappel n'étaient pas acquittés dans le délai de sommation indiqué (art. 21 al. 1 LCA), son obligation de participation aux prestations cessait après l'expiration de ce délai et jusqu'à la date du paiement total. Cela signifiait que l'assurée n'aurait plus de couverture d'assurance si un événement généralement couvert devait survenir (art. 20 al. 3 LCA). Il n'était pas possible de faire valoir les droits aux prestations qui survenaient durant ce blocage des prestations, même en cas de règlement ultérieur du montant en souffrance. L'assurance se réservait encore le droit de résilier le contrat dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation indiqué ou d'exiger les montants impayés ainsi que les éventuels frais par voie de poursuite. Si l'assurance n'engageait aucune démarche juridique dans les deux mois après expiration du délai de sommation indiqué, le contrat serait considéré comme annulé, par présomption légale (art. 21 al. 1 LCA).

g. Une seconde intervention médicale à l'hôpital de la Tour a ensuite été fixée pour les 27 et 28 février 2020, pour la suite du traitement de la fracture du pied gauche de l'assurée.

h. Le 10 février 2020, l'assurance, sur demande l'hôpital de la Tour, lui a confirmé la couverture des frais médicaux pour les frais liés à l'opération de l'assurée des 27 et 28 février 2020.

i. Le 15 février 2020, l'assurance a adressé à la demanderesse un dernier rappel lui impartissant un délai de 14 jours pour régler sa prime de décembre 2019, précisant que faute de paiement, les conséquences précédemment évoquées prendraient effet et que des frais supplémentaires lui seraient facturés. Ses paiements jusqu'au 14 février avaient été pris en compte. Sa couverture d'assurance complémentaire faisait désormais l'objet d'un blocage des prestations. Elle ne pourrait pas faire valoir son droit aux prestations durant cette période même en cas de paiement ultérieur des arriérés.

j. En date des 27 et 28 février 2020, l'assurée a subi l'intervention médicale annoncée.

k. Trois factures relatives à cette intervention ont été établies, soit pour les frais d'hospitalisation, de chirurgie, et d'anesthésie, pour un total CHF 4'942.30.

l. Par décision du 5 mai 2020, l'assurance a refusé le paiement des factures précitées, au motif que l'assurée avait payé irrégulièrement ses primes et que les prestations en cause étaient apparues durant la suspension de l'obligation aux prestations.

m. Le 5 juin 2020, l'assurée, par l'intermédiaire d'un conseil, a contesté la décision précitée et demandé la prise en charge des frais médicaux.

n. Par courriel du 11 août 2020, l'assurance a refusé d'annuler sa décision du 5 mai 2020.

B. **a.** Le 26 mars 2021, l'assurée a déposé une demande en paiement devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant à la condamnation de l'assurance à lui verser CHF 4'942.30 avec intérêts à 5% l'an dès le 21 juillet 2020 et à tous les frais et dépens de l'instance. Elle considérait en substance que c'était à tort que l'assurance avait décidé du blocage des prestations et qu'elle était tenue par la garantie de prise en charge qu'elle avait communiquée à l'Hôpital de la Tour et à elle-même.

b. La défenderesse a répondu que les différents traitements subis par l'assurée les 27 et 28 février 2020 avaient été effectués lors d'une période de blocage de prestations et qu'elle n'était dès lors pas débitrice des différents montants invoqués par l'assurée.

c. Les parties ont procédé à un nouvel échange d'écritures et maintenu leur position respective.

d. La demanderesse a été entendue par la chambre de céans le 19 janvier 2022.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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 1er 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 morale, le for est celui de son siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 31 des conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires prévoient que pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées ou des ayants droit, soit ceux du siège de l'assureur.

La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

2. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à la prise en charge des frais relatifs à l'intervention médicale à l'hôpital de la Tour des 27 et 28 février 2020.

3.

3.1 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 chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

3.2 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'allégement 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; ATF 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; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 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).

3.3 La maxime inquisitoire sociale relevant de l'assurance-maladie complémentaire s’applique (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).

3.4 Il est de jurisprudence constante que les dispositions d'un contrat d'assurance, de même que les conditions générales qui y ont été expressément incorporées, doivent être interprétées selon les principes qui gouvernent l'interprétation des contrats (ATF 135 III 410 consid. 3.2 p. 412). L'art. 100 al. 1 LCA prévoit par ailleurs que le contrat d'assurance est régi par le droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA.

Lorsque l'assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; si une volonté réelle et concordante n'a pas été constatée, il faut donc se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi. Cela conduit à une interprétation objective des termes contenus dans les conditions générales, même si elle ne correspond pas à la volonté intime de l'assureur (cf. ATF 136 III 186 consid. 3.2.1 p. 188; ATF 135 III 295 consid. 5.2 p. 302). Si l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de dégager le sens de clauses ambiguës, celles-ci sont à interpréter contre l'assureur qui les a rédigées, en vertu de la règle " *in dubio contra stipulatorem* " (ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3 p. 69; 126 V 499 consid. 3b p. 503 s.; 124 III 155 consid. 1b p. 158; 122 III 118 consid. 2a p. 121; 119 II 368 consid. 4b p. 373).

4.

4.1

4.1.1 En l'espèce, la demanderesse a fait valoir qu'elle avait payé toutes ses primes, mais avec un retard reporté d'un mois. Elle avait déjà eu du retard dans ses paiements, mais elle s'était toujours acquittée de ses primes et n'avait jamais eu de suspension des prestations. Elle ne s'était pas rendue compte qu'elle n'avait pas payé la prime de décembre 2019 mais une autre facture, en utilisant le mauvais BVR. Au vu des circonstances, il fallait considérer qu'elle avait déclaré, à tout le moins tacitement, imputer le paiement intervenu le 31 décembre 2019 à sa prime du même mois, qui était la seule prime ouverte et en souffrance à cette date.

Ce fait était corroboré par le fait qu'elle avait poursuivi le paiement des primes subséquentes. Il était absurde de considérer qu'elle aurait eu l'intention de payer ses primes de janvier à avril 2020 et de laisser sa prime de décembre 2019, alors qu'une intervention chirurgicale était prévue en février 2020.

4.1.2 L'intimé, se référant à l'art. 86 al. 1 CO, a considéré que faute de déclaration, le versement de CHF 164.05 effectué par la demanderesse en faisant usage du bulletin de versement pour la prime de janvier 2020, désignait clairement que c'était cette dernière dette dont elle entendait s'acquitter.

4.2 Selon l'art. 86 CO, le débiteur qui a plusieurs dettes à payer au même créancier a le droit de déclarer, lors du paiement, laquelle il entend acquitter (al. 1). Faute de déclaration de sa part, le paiement est imputé sur la dette que le créancier désigne dans la quittance, si le débiteur ne s'y oppose immédiatement (al. 2).

Selon l'art. 87 al. 1 CO, lorsqu'il n'existe pas de déclaration valable, ou que la quittance ne porte aucune imputation, le paiement s'impute sur la dette exigible; si plusieurs dettes sont exigibles, sur celle qui a donné lieu aux premières poursuites contre le débiteur; s'il n'y a pas eu de poursuites, sur la dette échue la première.

4.3

En l'espèce, la demanderesse a versé à la défenderesse CHF 164.05 en utilisant le bulletin de versement pour la prime de janvier 2020, de sorte que la défenderesse a correctement considéré, en application de l'art. 86 al. 1 CO, que la demanderesse s'acquittait ainsi de la prime de janvier 2020, quand bien même celle-ci n'avait pas encore versé la prime de décembre 2019. Si comme elle l'allègue, la demanderesse a probablement fait une erreur et pensé payer la prime de décembre 2019 et non celle de janvier 2020, elle ne peut reprocher à la défenderesse de ne pas avoir corrigé cette erreur d'office, ce que cette dernière n'avait pas faire. La défenderesse a en revanche clairement attiré l'attention de la demanderesse sur le fait qu'elle n'avait pas payé la prime de décembre en lui adressant des rappels les 21 décembre 2019 et 19 janvier 2020. La demanderesse était ainsi suffisamment informée pour corriger son erreur et l'on ne peut reprocher à la défenderesse d'avoir été de mauvaise foi.

5.

5.1

5.1.1 La défenderesse estime qu'elle n'a pas à payer les frais liés à l'opération subie par la demanderesse en février 2020, car ils sont intervenus pendant la période de blocage des prestations, qu'elle avait signifiée à la demanderesse le 15 février 2020, en raison du non-paiement de la prime d'assurance du mois de décembre 2019, suite à une sommation du 19 janvier 2020, faite en application de l'art. 20 al. 1 LCA.

5.1.2 La demanderesse a fait valoir que c'était le courrier du 15 février 2020 qui la mettait en demeure de payer la prime de décembre 2019 dans le délai de 14 jours, soit jusqu'au 29 février 2020. Au vu des CGA, le blocage ne pouvait pas intervenir avant le 1er mars 2020, soit après l'opération des 27, 28 février, dont les frais devaient dès lors être pris en charge par la défenderesse.

5.2

5.2.1 Selon l'art. 20 LCA, si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordé par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation doit rappeler les conséquences du retard (al. 1). Si la prime est encaissée chez le débiteur, l'assureur peut remplacer la sommation écrite par une sommation verbale (al. 2). Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (al. 3). L'art. 93 de la présente loi demeure réservé (al. 4).

Selon l'art. 13 CGA, les primes sont payables d'avance pour toute la période d'assurance (al. 1). 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 pour toute la période d'assurance dans les 14 jours dès l'expédition de la mise en demeure, quel qu'aient été les éventuels paiements par acompte convenu. Si la mise en demeure reste sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulée le délai de mise en demeure (al. 2). On ne peut prétendre à des prestations pour des maladies, accidents et leurs suites qui sont apparus durant la suspension de l'obligation aux prestations, même si la prime est payée par la suite (al. 3).

5.2.2 Pour apprécier la forme et les clauses d'un contrat, il y a lieu de rechercher la réelle et commune intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 CO).

5.3

5.3.1 En l'espèce, le courrier du 19 janvier 2020 ne portait pas la mention « sommation ». Cela étant, il constituait matériellement une telle sommation, au sens de l'art. 20 al. 1 LCA, dans la mesure où il impartissait un dernier délai à la demanderesse pour s'acquitter de la prime en souffrance et attirait expressément

son attention sur les conséquences d'un défaut de paiement dans le délai imparti au 6 février suivant, à savoir notamment le blocage des prestations.

Dans son « dernier rappel » du 15 février 2020, la recourante a octroyé un nouveau délai à la recourante pour payer la prime de décembre 2019, en lui précisant que faute de paiement, les conséquences « précédemment évoquées » prendraient effet et que des frais supplémentaires lui seraient facturés. Elle indiquait encore que sa couverture d'assurance complémentaire faisait désormais l'objet d'un blocage des prestations et que la défenderesse ne pourrait pas faire valoir son droit aux prestations durant cette période même en cas de paiement ultérieur des arriérés.

Dans la mesure où la défenderesse indiquait clairement dans ce courrier que le blocage des prestations était désormais en vigueur, « les conséquences précédemment évoquées » en cas de non paiement dans le dernier délai accordé pour payer la prime de décembre étaient les autres conséquences invoquées dans le courrier du 19 janvier 2020, à savoir la résiliation du contrat dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation indiqué ou l'exigence des montants impayés ainsi que les éventuels frais par voie de poursuite. La demanderesse ne pouvait comprendre de bonne foi autrement la teneur de cette décision. L'interprétation selon le principe de la confiance permet ainsi de dégager le sens du courrier de la défenderesse et il n'y a pas lieu d'interpréter celui-ci contre elle, en vertu de la règle " *in dubio contra stipulatorem* ".

En application de l'art. 21 al. 3 LCA, la défenderesse pouvait suspendre le droit aux prestations de la demanderesse à partir de l'expiration du délai légal, soit dès le 6 février 2020. L'intervention en cause ayant eu lieu après cette date et avant la fin de la suspension du droit aux prestations, c'est à juste titre que la défenderesse a refusé de prendre en charge les frais liés à cette intervention.

5.4

5.4.1 La demanderesse a finalement payé le 16 avril 2020 la prime du mois de décembre 2019, et fait valoir que la crise sanitaire étant alors moins importante et que son état de santé lui permettait de reprendre la situation en main.

5.4.2 La demanderesse n'a produit aucun document attestant qu'elle n'aurait pas été capable de payer sa prime de décembre 2019 en temps utile, en raison de son état de santé ou de la pandémie. Elle a par ailleurs allégué avoir appelé la défenderesse en février 2020 pour s'assurer que celle-ci prendrait en charge les frais liés à son opération, ce qui démontre qu'elle était en mesure de procéder à des démarches administratives.

5.5

5.5.1 La demanderesse a encore fait valoir que la défenderesse l'avait induite en erreur, en adressant à l'hôpital de la Tour et à elle-même le 10 février 2020, soit

4 jours après le début du blocage annoncé, un courrier confirmant la prise en charge du traitement.

5.5.2 Selon la défenderesse, la garantie du 10 février 2020, qui avait été effectuée antérieurement au courrier du 15 février 2020, aurait été valable si la demanderesse avait payé sa dette, mettant dès lors fin au blocage, ce que cette dernière n'avait malheureusement pas fait avant son intervention du 27 février 2020.

5.6 Il n'apparaît pas en l'occurrence que la défenderesse ait induit la demanderesse en erreur, puisqu'elle avait adressé à cette dernière un rappel le 21 décembre 2019 lui octroyant un délai au 9 janvier pour payer la prime de décembre 2019, puis, le 19 janvier 2020, un nouveau rappel l'invitant à effectuer le paiement intégral du montant dû pour la prime de décembre 2019 d'ici au 6 février 2020 au plus tard, en l'informant clairement sur les conséquences d'un non paiement de la prime.

La garantie s'adressait en premier lieu à l'hôpital de la Tour et ne pouvait engager la défenderesse à prendre en charge les frais médicaux concernés par cette garantie, si les conditions d'assurance n'étaient pas respectées.

5.7

5.7.1 La demanderesse a encore fait valoir qu'elle avait contacté téléphoniquement la demanderesse en février 2020 pour s'assurer que son compte n'était pas débiteur et de la prise en charge de sa seconde intervention chirurgicale. Malgré les diverses demandes en ce sens, la défenderesse avait, le 27 août 2020, refusé de remettre l'enregistrement dudit entretien téléphonique arguant que tous les enregistrements téléphoniques étaient effacés après 21 jours. La défenderesse n'avait cependant pas nié l'existence de l'entretien téléphonique précité.

Il était ainsi clairement établi, que la demanderesse avait eu un entretien téléphonique avec la défenderesse en février 2020. Si tel n'avait pas été le cas, l'existence même de celui-ci aurait été contestée en août 2020. Or, ce n'était que lorsqu'une demande avait été déposée devant la chambre des assurances sociales que cet argument avait été invoqué pour les besoins de la cause.

5.7.2 Selon la défenderesse, la demanderesse ne l'avait pas contactée téléphoniquement avant sa seconde opération de février 2020, mais en novembre 2019, mars, mai et août 2020 et elle a produit des notes au dossier attestant de ces appels.

5.7.3 La demanderesse n'a pas été en mesure de prouver que lors d'un téléphone passé avant son opération de février 2020, la défenderesse lui aurait dit que son compte n'était pas débiteur et qu'elle prendrait en charge les frais liés à son opération du mois de février 2020 avant celle-ci. Cet allégué étant contesté et non

prouvé, il n'y a donc pas lieu de le prendre en considération, le fardeau de la preuve incombant à la demanderesse.

6. Au vu des considérations qui précèdent, la demande est infondée et doit être rejetée.

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. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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