

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3764/2014

ATAS/47/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 janvier 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître GIARDINA Sara

demandeur

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Centre de Services, LAUSANNE

défendeur

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy
KNÖPFEL, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : le demandeur), né le _____ 1994, a signé, le 11 septembre 2013, une proposition d'assurance auprès d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : HELSANA, l'assurance ou la défenderesse), portant sur la conclusion de deux assurances complémentaires maladie, soit l'assurance des soins Completa et l'assurance d'hospitalisation Hospital Plus, avec effet dès le 1^{er} janvier 2014.
2. Il a rempli et signé le jour-même un questionnaire de la défenderesse intitulé « Déclaration de santé pour les assurances complémentaires des soins et les assurances indemnités journalières ». Il a répondu négativement à toutes les questions posées par rapport à son état de santé, en particulier aux questions 2, 3 et 7, ayant pour teneur respective:
 - question 2: a. Êtes-vous actuellement traité ou suivi par un médecin, dentiste, naturopathe, thérapeute, etc., ou cela est-il prévu ? b. Vous a-t-on recommandé une visite médicale/des examens médicaux qui n'ont toutefois pas encore été effectués ?
 - Question 3: Au cours des cinq dernières années, avez-vous suivi un traitement/contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin, un dentiste, un naturopathe ou un thérapeute pour une maladie ou une affection physique ou psychique ? Par exemple pour une maladie ou affection : a. du système respiratoire ? b. du cœur, du système vasculaire ou du système circulatoire ? c. du système nerveux ou maladies psychiques ? d. du système digestif ? e. des voies urinaires, des organes génitaux ? f. de la peau ou allergies ? g. des muscles, des os, des articulations, de la colonne vertébrale ? h. du métabolisme ou maladies endocrines ? i. du sang ou maladies infectieuses ? j. des organes des sens (yeux, oreilles, nez) ? k. affections tumorales ? l. une autre maladie, infirmité ou malformation indiquée précédemment ?
 - Question 7 : au cours des cinq dernières années, avez-vous pris ou prenez-vous régulièrement des médicaments, ou des médicaments vous ont-ils été prescrits ?
3. Sur la base de ses déclarations, HELSANA a accepté l'offre d'assurance et conclu les deux contrats à partir du 1^{er} janvier 2014. Ces deux assurances sont soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) et aux conditions générales, spéciales et particulières d'assurances y relatives.
4. Le 11 août 2014, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont formulé une demande de garantie de prise en charge en vue d'une hospitalisation en division semi-privée à partir du 8 septembre 2014.
5. Par courrier du 12 août 2014, l'assureur a informé les HUG qu'une prise de décision quant à l'octroi des prestations n'était pas immédiatement possible et qu'une demande de renseignements était nécessaire. Une copie de ce courrier a été adressée au demandeur pour information le 13 août 2014.

6. Des renseignements médicaux ont ainsi été requis le 12 août 2014 des HUG. Le 1^{er} septembre 2014 - reçu le 9 septembre par la défenderesse -, le docteur B_____, privat docent, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et médecin-adjoint, a notamment répondu que son patient présentait le diagnostic d'anosmie à droite, d'hyposmie à gauche ; obstruction nasale chronique sur déviation septale, hypertrophie des cornets inférieurs et concha bullosa bilatérale. Il a précisé que le patient présentait une obstruction nasale bilatérale associée à une diminution des fonctions olfactives depuis plusieurs années, l'affection étant apparue pour la première fois il y a quelques années. La date du premier examen remontait au 29 avril 2014, le diagnostic ayant été posé le même jour, date depuis laquelle il suit son patient. Ce dernier lui avait été adressé par le docteur C_____ (spécialiste FMH médecine interne et maladies des poumons).
7. Malgré la réserve d'HELSANA dans son courrier du 12 août 2014, selon laquelle la garantie ne pouvait être donnée immédiatement, des renseignements médicaux étant nécessaires, l'opération prévue le 8 septembre 2014 a néanmoins eu lieu à la date fixée.
8. Le 15 septembre 2014 HELSANA a également sollicité des renseignements médicaux complémentaires auprès du Dr C_____, et un extrait des prestations à l'ancien assureur, CONCORDIA.
9. Le 17 octobre 2014 HELSANA a dû adresser un rappel à l'ancien assureur qui a finalement répondu le 22 octobre 2014. Il ressort en particulier de l'extrait de prestations de la CONCORDIA que le demandeur a bénéficié de nombreuses consultations médicales auprès d'un dermatologue, d'un allergologue, d'un ophtalmologue et d'autres médecins. Il a également été victime d'un accident en août 2010. De nombreuses factures de pharmacie figurent également dans le listing.
10. Le 14 octobre 2014, HELSANA a reçu copie de la lettre de sortie du 12 septembre 2014, dont il ressortait que le demandeur souffrait d'une obstruction nasale bilatérale à bascule associée à une fatigue diurne et hyposmie depuis des années. Avant l'intervention il avait notamment subi un bilan du sommeil et un traitement d'essai de corticoïdes topiques qui n'avait pas amélioré la situation de façon satisfaisante.
11. Par courrier recommandé du 28 octobre 2014 intitulé « Réticence-Décision », la défenderesse a invoqué une réticence au motif que l'assuré avait répondu aux questions 2, 3 et 7 du questionnaire de santé de manière non conforme à la réalité. S'il avait dûment répondu à ces questions, l'assureur aurait refusé sa demande pour les assurances concernées. Les assurances complémentaires Completa et Hospital Plus ont ainsi été résiliées pour la fin du mois suivant, soit le 30 novembre 2014.
12. Par téléphone du 30 octobre 2014, la mère de l'assuré a notamment expliqué que son fils avait consulté un pneumologue en juin 2013, simplement en raison du fait qu'il ne pouvait pas bien dormir suite à sa mauvaise respiration et qu'il n'avait pas de goût ni d'odorat depuis des années.

13. Par courrier du 31 octobre 2014, HELSANA a informé les HUG, ainsi que le demandeur, qui a reçu copie de ce courrier, que la garantie était admise en division commune, les frais supplémentaires étant à la charge de l'assuré.
14. Par téléphone du 3 novembre 2014, le demandeur sollicitait des explications auprès de HELSANA : il affirmait notamment qu'il n'avait pas eu connaissance de son affection au moment de la signature, et qu'il allait demander au Dr C_____ d'écrire à l'assurance.
15. Par téléphone du 18 novembre 2014, le demandeur a insinué qu' HELSANA n'avait aucune preuve qu'il consultait quelqu'un avant le 11 septembre 2013 et a demandé une copie de son dossier, lequel lui a été adressé le 20 novembre 2014.
16. Par courrier du 22 novembre 2014, le demandeur a contesté la réticence : il n'avait pas menti lors de la déclaration de santé en septembre 2013. Il n'avait aucun traitement en cours à ce moment-là. En juin 2013 il avait consulté le Dr C_____ pour des troubles du sommeil, le bilan ayant révélé qu'il ne souffrait pas d'apnées du sommeil.
17. Par courrier du 19 novembre 2014, et à la demande de son patient, le Dr B_____ est intervenu auprès du médecin-conseil d'HELSANA. Son patient lui avait téléphoné pour lui indiquer que sa couverture en division semi-privée pour l'intervention du 8 septembre 2014 ne serait pas valide. N'ayant pas copie d'une décision à cet égard, mais se fondant sur les dires de son patient, il en retenait que la couverture d'assurance aurait été résiliée rétrospectivement pour l'intervention subie, « simplement parce qu'il (le patient) aurait indiqué avoir eu une obstruction nasale intermittente quelques années avant d'être venu le consulter ». Il relève notamment que « 85 % de la population présente une malformation anatomique sous forme de déviation septale, cornets hypertrophiés ou pneumatisés et que de plus il y a un cycle nasal, chose physiologique, qui gouverne une congestion et décongestion alternant au cours de la journée chez tout le monde. En fonction de l'anatomie nasale, vous pouvez imaginer que lorsque le côté étroit est congestionné, vous ressentez une obstruction nasale. On peut donc partir du principe que la plupart de la population présente une obstruction nasale intermittente, plus ou moins prononcée. Une indication opératoire pour une chirurgie du nez en raison d'une obstruction nasale ne se pose d'ailleurs pas uniquement sur l'inspection endoscopique faite par le médecin mais par la symptomatologie et l'ampleur de celle-ci. Ce patient m'a été envoyé pour un problème d'odorat pour lequel il avait consulté le professeur D_____ (docteur D_____, privat docent, FMH oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervico-faciale). »
18. Le 21 novembre 2014, le Dr C_____ a à son tour écrit au médecin-conseil de l'assurance. Il avait vu le patient les 20 juin et 15 juillet (2013) et 21 janvier 2014. Il lui avait été adressé par son médecin traitant, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, pour rechercher un syndrome d'apnées du sommeil. Une polygraphie respiratoire nocturne avait été réalisée le 20 juin 2013, qui était

normale, suivie d'une polysomnographie le 5 juillet 2013, également dans les limites de la norme. Le bilan a été complété par un CT-scan du massif facial le 20 décembre 2013. Il avait conclu à une fatigue d'origine indéterminée et émis quelques propositions formulées dans un courrier qu'il adressait le 31 janvier 2014 au médecin traitant. Il joignait à sa lettre divers courriers et rapports d'examens complémentaires pour la bonne compréhension du cas et la précision de la chronologie des faits. Le patient avait ensuite rencontré le Dr D_____, le 17 mars 2014, puis le Dr B_____ aux HUG le 29 avril 2014. Au regard de la chronologie des faits, selon lui la décision d'HELSANA de ne pas rembourser le séjour précité au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation, sous prétexte de réticence, était injuste, tant il est vrai que la signature de l'offre relative à la complémentaire précitée apposée le 11 septembre 2013 était antérieure à la prise en charge des problèmes O.R.L. Il a enfin relevé que ce n'est pas lui qui avait adressé l'assuré au Dr B_____. En effet le patient était allé voir de son propre chef le Dr D_____ lequel l'avait adressé au précité. Il considérait ainsi qu'au moment où l'assuré avait signé l'offre relative aux assurances complémentaires, à l'exception du nez constamment obstrué que le patient lui avait rapporté lors de la première consultation à son cabinet le 20 juin 2013, les problèmes ayant conduit à l'intervention rhinologique n'étaient pas encore connus, ni précisés, ni documentés.

19. Par courrier du 25 novembre 2014, HELSANA a maintenu sa position, confirmée par lettre du 1^{er} décembre 2014, après discussion de l'assureur avec son médecin-conseil au vu des rapports médicaux des Drs B_____ et C_____, évoqués ci-dessus. L'assureur a rappelé à l'assuré son droit de saisir le tribunal compétent d'une demande, conformément aux conditions générales d'assurance pour les assurances-maladie complémentaires.
20. Par acte du 8 décembre 2014, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande par laquelle il expose avoir subi une opération du nez le 8 septembre 2014, HELSANA refusant de prendre en charge la facture y relative de CHF 14'154.25. Le 13 août 2014 l'assurance avait écrit aux HUG pour les informer qu'elle n'était pas en mesure de prendre une décision par rapport à la garantie de couverture sollicitée, sans l'en informer personnellement. Si l'assurance l'en avait informé, l'opération étant programmée pour le mois suivant, peut-être aurait-il pris des dispositions différentes. Au vu des pièces produites il n'était pas fautif de cette situation, n'avait pas menti lorsqu'il a rempli sa déclaration de santé. Il conteste donc la décision de son assurance (de lui imputer une réticence). En tout état, issu d'une famille nombreuse, et étudiant, ni lui ni ses parents n'auraient la possibilité de prendre en charge cette facture.
21. La défenderesse a répondu à la demande par mémoire du 15 janvier 2015. Elle conclut au déboutement du demandeur. Selon la loi et les dispositions contractuelles régissant les polices litigieuses, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire, tous les faits importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat.

L'assureur est en droit de résilier le contrat d'assurance, si le proposant a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, et sur lequel il a été questionné par écrit. Le demandeur se demande tout d'abord pourquoi l'assurance ne l'aurait pas informé du courrier du 13 août 2014 aux HUG, par lequel la défenderesse indiquait ne pas pouvoir prendre une décision quant à l'octroi des prestations : l'intéressé avait toutefois bien reçu ce courrier en copie, et l'avait d'ailleurs lui-même produit à l'appui de sa demande, ce courrier ne lui ayant pas été adressé le 20 novembre 2014 suite à sa demande de recevoir copie de son dossier. Lors d'un entretien téléphonique du 3 novembre 2014, le demandeur a prétendu qu'il n'avait pas eu conscience de son affection au moment de la signature de la proposition. Dans son courrier du 22 novembre 2014 il affirme qu'il n'avait aucun traitement en cours. Toutefois, quand bien même on pourrait admettre que le demandeur n'avait pas encore conscience du diagnostic exact ayant nécessité par la suite l'intervention chirurgicale litigieuse, il n'ignorait pas qu'il présentait une obstruction nasale depuis des années, des problèmes olfactifs, des troubles du sommeil et une fatigue constante. Il le dit lui-même dans son courrier du 22 novembre 2014. Sa mère et les rapports médicaux figurant au dossier le confirment également. En rapport avec les questions posées, on ne pouvait nier que le demandeur avait subi un contrôle médical chez un pneumologue en juin 2013, qu'il avait effectué divers examens tels que la polygraphie respiratoire et la polysomnographie et qu'il avait bénéficié d'un traitement de corticoïdes topiques. L'extrait des prestations de la Concordia montre que le demandeur n'avait pas déclaré de nombreux autres traitements et consultations. Rien ne dispensait donc le demandeur de mentionner son problème nasal, et les contrôles et examens y relatifs. Rien ne le dispensait non plus de signaler les atteintes ayant nécessité les nombreuses consultations auprès des divers autres thérapeutes (dermatologue, allergologue, ophtalmologue, médecin interne...) ainsi que l'opération de la jambe gauche en 2009. La question 2 de la déclaration de santé demande de façon claire et explicite si le proposant est actuellement suivi ou si cela est prévu et si une visite, un examen médical a été recommandé. L'extrait des prestations de l'ancien assureur montre que l'intéressé avait consulté auprès des HUG le 9 septembre 2013, le docteur F_____ le 13 septembre 2013, le Dr E_____ le 23 septembre 2013. Il semblait donc « actuellement suivi ». Ce dernier médecin avait d'ailleurs réalisé un bilan rhumatologique et sanguin le 16 novembre 2013. En outre, le suivi chez le Dr C_____ avait commencé le 20 juin 2013 et s'était terminé le 21 janvier 2014. Il ressort des documents médicaux émanant de ce médecin qu'il avait proposé, après les résultats de la polygraphie, de réaliser un CT- scan du massif facial en principe pour août 2013. Finalement cet examen avait été réalisé le 20 décembre 2013. Le demandeur ne pouvait donc ignorer qu'un examen médical était recommandé à court terme. Il lui appartenait donc de répondre par l'affirmative à la question 2. Quant à la question 7, demandant au proposant s'il avait, au cours des cinq dernières années, pris régulièrement des médicaments, ou si, au cours de ces cinq dernières années, des médicaments lui

avaient été prescrits, il avait répondu négativement alors que l'extrait des prestations de l'ancien assureur démontre clairement que de nombreuses factures de pharmacie avaient été payées. Le demandeur n'a en outre pas fait mention du traitement de corticoïdes topiques. Les faits non déclarés sont des faits importants au sens de la loi puisqu'ils étaient de nature à influencer la décision de l'assureur. Les arguments du Dr B_____ n'étaient pas pertinents. Ainsi, en connaissance des faits non déclarés, les assurances complémentaires n'auraient pas été accordées. Selon la loi, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. La défenderesse ne doit dès lors pas prendre en charge la facture litigieuse. Il y avait donc bien eu juridiquement réticence, et l'assureur était alors en droit de se départir du contrat au 30 novembre 2014, les prestations requises ne pouvant être allouées.

22. Par courrier du 11 février 2015, le demandeur a constitué un avocat. Ce dernier, agissant dans le délai prolongé qui lui avait été imparti pour se prononcer dans le cadre d'un second échange d'écritures, s'est déterminé par mémoire du 12 mars 2015. Il conclut à l'annulation de la résiliation des contrats d'assurances complémentaires des soins Completa et d'hospitalisation Hospital Plus, à la condamnation de la défenderesse à prendre en charge les coûts de la division mi-privée pour le séjour du 8 au 10 septembre 2014 en relation avec l'intervention pratiquée le 8 septembre 2014 aux HUG, ainsi qu'au déboutement de la défenderesse de toutes autres ou contraires conclusions. Le demandeur avait changé d'assurance suite à un démarchage à domicile par M. G_____, intermédiaire d'assurance, qui avait lui-même rempli le questionnaire lors de son entretien avec la mère du demandeur. Il persiste à prétendre ne pas avoir reçu copie du courrier de la défenderesse aux HUG du 13 août 2014. S'agissant des examens pratiqués par le Dr C_____ en juin et juillet 2013, pour rechercher un syndrome d'apnées du sommeil (ci-après : SAS), les résultats furent connus en juillet 2013. Ils étaient dans la norme. Aucun élément ne parlait en faveur d'un SAS. Dans le cadre d'une éventuelle sinusite, ce médecin avait alors indiqué au demandeur de procéder à des lavements à l'eau salée et lui avait suggéré de compléter le bilan par un CT-scan, « un peu par acquis de conscience et sans suspicion particulière ». Lorsqu'il avait signé la proposition d'assurance et le questionnaire, le 11 septembre 2013, le demandeur n'avait aucune idée de l'existence d'une maladie ou d'une affection quelconque, les résultats s'étant révélés dans la norme. Ce n'est que par la suite, et après signature de l'offre de la déclaration de santé que le demandeur s'était soumis au CT-scan, soit le 20 décembre 2013, et qu'il avait découvert devoir subir une intervention en rhinologie. Bien que le courrier du 13 août 2014 de la défenderesse aux HUG mentionne qu'une copie en serait adressée au demandeur, celui-ci ne l'a jamais reçue. La réponse du Dr B_____ répondant au questionnaire de la défenderesse était datée du 1^{er} septembre 2014 et était parvenue à l'assurance le 9 septembre. Le 28 octobre 2014 la défenderesse se prévalait de la réticence, résiliait le contrat d'assurance pour le 30 novembre 2014 et refusait de couvrir les

coûts de la division mi-privée suite à l'intervention du 8 septembre 2014. Au moment de la signature de la déclaration de santé, le demandeur avait effectivement suivi un contrôle par un médecin pour une recherche de SAS. Les examens effectués avaient révélé que le demandeur ne souffrait pas de cette maladie, les résultats étant dans la norme. L'examen complémentaire CT-scan avait simplement été suggéré sans qu'il y ait de suspicion quelconque. Au pire, le Dr C _____ envisageait une sinusite pouvant être traitée par des lavements à base de sérum physiologique. Le demandeur n'a ainsi pas pensé que cet examen pouvait avoir une incidence sur la conclusion du contrat d'assurance. Il n'était par ailleurs plus suivi à ce moment-là par un médecin. Au vu des avis médicaux des Drs C _____ et B _____, tant d'un point de vue subjectif qu'objectif le demandeur pouvait de bonne foi répondre par la négative aux questions pour lesquelles la défenderesse se prévaut de la réticence. Selon la loi l'assureur qui entend résilier le contrat doit, sous peine de déchéance, le faire dans les quatre semaines qui suivent le moment où il a eu connaissance de la réticence. En l'occurrence, il ressortait de la décision querellée, au vu des éléments sur lesquels elle se fonde, qu'elle avait été prise sur la seule base du courrier du Dr B _____ du 1^{er} septembre 2014, reçu le 9 septembre 2014, car l'assurance n'en avait pas reçu d'autre de la part de ce médecin à la date où elle a invoqué la réticence. La défenderesse était donc en mesure de prendre une décision dès cette dernière date. En prenant ainsi sa décision le 28 octobre 2014, soit plus de quatre semaines après avoir eu connaissance du fait qu'elle reproche au demandeur, elle avait ainsi agi tardivement. Au demeurant, la décision de résiliation ne répond pas aux exigences de motivation précise requises par la jurisprudence. La défenderesse outre une motivation très succincte, conclut de manière très générale et refuse de couvrir les prestations en « relation avec l'affection en cause », sans jamais décrire celle-ci. Ainsi, cette décision ne saurait être valable.

23. La défenderesse a dupliqué par mémoire du 27 avril 2015 : elle a modifié les conclusions formulées dans sa réponse en les complétant: elle conclut reconventionnellement sous suite de frais et dépens à ce que le contrat d'assurance LCA soit déclaré nul ab initio faute de signature valable du demandeur, et sur demande principale au rejet de celle-ci, et à titre subsidiaire au rejet de la demande ainsi qu'au déboutement du demandeur de toutes autres ou plus amples conclusions. M. G _____ n'était pas un employé d'HELSANA pas plus qu'un intermédiaire d'assurance lié à cette compagnie. Il travaillait, jusqu'à février 2014, pour le compte de la société MBS Management, laquelle était liée par un contrat d'agence avec la défenderesse. Il ne représentait donc pas en tant que tel la défenderesse. Quoi qu'il en soit, et conformément à la jurisprudence, le fait que les documents aient été complétés par ce dernier - ce qui n'est en l'occurrence pas prouvé - ne change en rien la responsabilité du preneur d'assurance. Il en va de même du fait que le demandeur n'aurait pas changé d'assurance par une démarche spontanée. En tant que le demandeur affirme ne jamais avoir reçu copie du courrier du 12 août 2014, ce dernier fait preuve de mauvaise foi. Dans la mesure où il a été à même de produire ce document avec sa demande en justice, on doit admettre qu'il l'a bel et

bien reçu. La défenderesse avait par courrier du 20 novembre 2014, suite à la demande de dossier présentée par le demandeur, fait tenir à l'intéressé uniquement 3 pièces. Or, une copie de la lettre du 12 août 2014 ne lui avait pas été adressée à cette occasion. Il précise que le contenu de la lettre du 12 août 2014 adressé aux HUG est identique à celui du courrier qui a été adressé au demandeur le 13 août 2014, seule la date changeant. Or le demandeur a été le seul destinataire du courrier du 13 août qu'il a lui-même produit en procédure. Si la défenderesse a bien reçu le rapport médical du Dr B_____ en date du 9 septembre 2014, ce courrier ne permettait pas encore de conclure, sans nul doute, à l'existence d'une réticence. Dans son rapport, ce médecin indiquait qu'il ne suivait le demandeur que depuis le 29 avril 2014, et qu'il lui avait été adressé par le Dr C_____. Il stipulait également qu'il ne pouvait pas s'exprimer sur la question de savoir si le demandeur avait déjà connaissance de l'affection en date du 11 septembre 2013. L'indication que l'affection était apparue pour la première fois « il y a quelques années » laissait donc clairement suspecter une réticence, mais les éléments pour la confirmer étaient insuffisants. C'est la raison pour laquelle il appartenait à l'assureur de compléter ses investigations, ce qu'elle a fait le 15 septembre 2014 auprès du Dr C_____ et de l'ancien assureur AOS. Dès lors et contrairement à ce qu'affirme le demandeur, l'extrait des prestations fournies par l'ancien assureur est clairement en rapport avec le litige, et revêt même une certaine importance. C'est en effet ce document qui a permis à HELSANA de lever ses doutes et de prononcer la réticence. Au demeurant, et contrairement à ce qu'affirme le demandeur, au moment où la défenderesse a rendu sa décision, elle disposait d'un autre document médical émanant du Dr B_____ : la lettre de sortie du 12 septembre 2014, réceptionnée le 14 octobre 2014. Ainsi, l'extrait des prestations de la Concordia ayant été réceptionné le 23 octobre 2014 au plus tôt, la réticence du 28 octobre 2014 n'est pas tardive. Quant au CT-scan des sinus, réalisé le 20 décembre 2013, il avait été indiqué, selon les termes spécifiques du rapport y relatif du même jour, en raison de « suspicion d'apnées du sommeil. Recherche de sinusite. Trouble de l'olfaction ». Selon ce libellé, il y avait donc bien suspicion et, de surcroît, troubles avérés (olfaction).

La signature du demandeur figurant sur l'offre d'assurance ne correspond pas à celle apposée sur sa demande justice du 8 décembre 2014 ou sur ses divers courriers figurant au dossier. Se pose dès lors la question de savoir si le demandeur a bel et bien signé lui-même la proposition d'assurance. De son propre aveu, il était absent lorsque M. G_____ s'est présenté au domicile, c'est la mère qui, avec ce dernier, a rempli les déclarations de santé. C'est donc la mère qui a ainsi signé le 11 septembre 2013 les offres d'assurance pour ses trois enfants mineurs. Or, tout porte à croire qu'elle a également signé l'offre d'assurance de son fils H_____ (majeur), alors que celui-ci était absent. Il est donc essentiel de déterminer qui a signé l'offre. En effet, dans la mesure où le demandeur, majeur, n'avait pas signé lui-même la proposition d'assurance, le contrat devait être frappé de nullité ab initio, sa mère ne bénéficiant pas de pouvoir de représentation ou de procuration.

Les autres points d'argumentation de la défenderesse seront, dans la mesure utile, évoqués dans la discussion.

24. Le 19 mai 2015, le demandeur a encore formulé des observations par rapport à la dernière écriture de la défenderesse. Pour l'essentiel il a persisté dans son argumentation et dans ses conclusions. La proposition d'assurance et la déclaration de santé avaient bien été signées par lui-même et non par sa mère, ce qu'il offre de prouver en sollicitant notamment l'audition de sa mère ainsi que celle de M G_____. Les autres points d'argumentation du demandeur seront, en tant que de besoin, repris dans les considérants.
25. Par courrier du 9 juin 2015, la défenderesse s'est brièvement exprimée : elle a intégralement persisté dans ses conclusions et écritures antérieures, contestant dans leur ensemble les observations du demandeur du 19 mai 2015, relevant que les déclarations du Dr C_____ du 12 mars 2015 étaient postérieures à l'acte introductif de procédure et ont été établies à la demande de son patient, de sorte que l'on devait s'en tenir uniquement au rapport du CT-scan du 20 décembre 2013, qui stipule clairement une suspicion. La défenderesse ne formulait aucune accusation par rapport à la signature des documents litigieux, question qu'il était nécessaire d'élucider, d'autant que le demandeur n'explique pas la raison pour laquelle les signatures seraient différentes, n'apporte pas de preuve, par la production de documents de comparaison, par exemple.
26. La chambre des assurances sociales a entendu les parties en audience, le 31 août 2015:

Le demandeur, interrogé sur plusieurs documents produits par la défenderesse, et dont les signatures respectives paraissaient très différentes, a confirmé être l'auteur de toutes les signatures, soit des deux signatures différentes que l'on retrouve alternativement sur les documents présentés. Il a précisé, en relation avec la pièce 23 produite par la défenderesse : « Je vous indique que c'est effectivement moi qui ai signé ce document malgré une très grosse différence avec les spécimens de signatures que nous avons vus dans les divers documents. J'ai en effet amené à l'audience un certain nombre de documents, dont mon passeport, ma carte d'abonnement TPG et d'autres documents encore où l'on voit l'une ou l'autre de mes signatures, dont je confirme être l'auteur. »

Questionné au sujet des assurances-maladie auprès desquelles il était assuré avant de l'être par la défenderesse, - cette dernière ayant produit des extraits de prestations de l'assureur CONCORDIA, alors que l'un des documents qu'il fournissait à l'audience de ce jour, soit la copie d'un courrier recommandé à INTRAS pour la résiliation de contrats, les assurances visées dans ce courrier concernant les assurances complémentaires, il a déclaré : « J'en déduis que je devais être assuré à la CONCORDIA pour l'assurance de base, sous réserve car c'est ma mère qui s'occupait de toutes ces questions à l'époque. »

La représentante de la défenderesse a observé que cette dernière avait interpellé la CONCORDIA pour lui demander un extrait détaillé des prestations versées au titre de l'assurance obligatoire (AOS), ce qui, mis en relation avec la pièce évoquée par le demandeur (lettre à INTRAS), permettait de constater que ce dernier était assuré à l'époque en complémentaire auprès d'INTRAS. La défenderesse remarquait au passage que le courrier à INTRAS était daté du 25 juin 2013, soit bien avant la signature de l'offre auprès de la défenderesse.

A ce sujet, le conseil du demandeur a remarqué que ce document comportait des empreintes de timbres humides « reçus le... », l'une mentionnant la date du 26 septembre et l'autre du 3 octobre 2013. Si l'on suivait le même raisonnement que par rapport à la date de signature de la procuration que son client lui avait remise en janvier, et qui mentionnait « janvier 2004 » au lieu de janvier 2015, la lettre recommandée à INTRAS pourrait être datée du 25 septembre « (09) » et non du 25 juin « (06) ». En effet, le premier timbre humide du groupe CSS, chronologiquement, est daté du 26 septembre.

La représentante de la défenderesse a suggéré qu'il était aussi possible que la décision de résilier (chez INTRAS) ait été prise en juin et la lettre envoyée en septembre...

Le demandeur a confirmé avoir répondu négativement à toutes les questions qui étaient posées sur le questionnaire concernant l'état de santé. Sa mère lui avait dit que lorsque M. G_____ était venu au domicile, il avait passé en revue le questionnaire, et lui avait indiqué qu'il fallait répondre négativement à toutes les questions. Sa mère lui avait indiqué notamment qu'elle avait dit à M. G_____ qu'il avait subi une polysomnographie, et que ce dernier lui avait alors demandé quel en avait été le résultat. Comme celui-ci était négatif, ce dernier aurait indiqué que ce n'était pas la peine de le mentionner.

Encore questionné sur le fait qu'il n'avait pas uniquement répondu négativement par rapport aux problèmes relatifs à ses voies respiratoires, mais encore par rapport à toutes les prestations que son assurance de base avait prises en charge durant les cinq années précédant la signature de l'offre, le demandeur a répondu que cela n'avait rien à voir avec son problème de voies respiratoires. S'il avait signé ce questionnaire sous cette forme, il protestait de sa bonne foi car il partait l'idée que M. G_____ savait ce qu'il faisait en leur disant de répondre négativement, et qu'il représentait l'assurance.

Après une suspension d'audience de 10 minutes, le demandeur a sollicité un délai au 15 septembre 2015 pour se déterminer sur la question de savoir s'il maintenait sa demande ou non. Pour le surplus la suite de la procédure a été réservée.

27. Par courrier du 15 septembre 2015, le demandeur a maintenu sa demande.

28. Sur quoi les parties ont été informées de ce que la cause était 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) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, 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-maladie complémentaires, d'HELSANA, édition du 1^{er} janvier 2014 applicable aux rapports contractuels entre les parties, prévoit que pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents, au choix, soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées et des ayants droit, soit ceux du siège de l'assureur.

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

3. a) 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). Par conséquent, la demande est directement recevable par-devant la Cour de céans, qui statue selon la procédure simplifiée (art. 243 al. 2 let. f CPC) et établit d'office les faits (art. 247 al. 2 let. a CPC).

b) La demande, déposée le 8 décembre 2014, satisfaisant aux conditions précitées et respectant pour le surplus les conditions de recevabilité prévues par les art. 59 et 244 CPC, est par conséquent recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la défenderesse de résilier le contrat conclu pour cause de réticence.
5. 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).

6. 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 plaisir 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).

7. a) Celui qui veut s'assurer 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 (art. 4 al. 1 LCA). Sont importants tous les

faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 3 LCA). Le proposant doit donc 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. Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque; le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 p. 513). Il peut en particulier s'agir de faits propres à aggraver le risque assuré; l'aggravation du risque est décisive lorsqu'il faut admettre que l'assureur refuserait le contrat s'il connaissait le fait en question ou qu'il ne le conclurait qu'à d'autres conditions, plus restrictives ou plus onéreuses (cf. ATF 122 III 458 consid. 3b/aa p. 460). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 336; 134 III 511 consid. 3.3.4 p. 515). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 336 s.).

b) La présomption de l'art. 4 al. 3 LCA tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve (ATF 118 II 333 consid. 2a et les références citées). Il demeure loisible au preneur d'assurance de prouver que les indications de fait qu'il a données n'ont eu en l'espèce aucune influence sur la détermination de la volonté de l'assureur, en d'autres termes que ce dernier aurait conclu le contrat aux conditions convenues même s'il avait connu le fait que le preneur d'assurance a omis de déclarer ou inexactement déclaré (ATF 99 II 67 consid. 4e p. 82; 92 II 342 consid. 5 p. 352; arrêt 5C.5/2005 du 23 juin 2005 consid. 2.4 non publié aux ATF 131 III 542). L'opinion contraire de CARRE (Loi fédérale sur le contrat d'assurance, art. 4 LCA, p. 142), selon laquelle il appartient à l'assureur de prouver que tel élément de fait, objet d'une question du formulaire de proposition, revêt en soi une importance pour l'appréciation du risque est contraire au texte de loi et à la jurisprudence du Tribunal fédéral, elle ne saurait être suivie (Arrêt du 28 mai 2008; 5C.262/2006).

c) Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (cf. art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne

peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337; 134 III 511 consid. 3.3.3 p. 514). Il résulte clairement du texte des articles 4 et 6 LCA qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assurance, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devait connaître. Ce qui est finalement décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées. (ATF 118 II 333 consid. 2b ; ATF 116 V 226 consid. 5a et b ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340 et les références). De son côté, l'assureur doit examiner avec diligence et esprit critique les réponses qu'il reçoit, faute de quoi il s'expose à ne pas pouvoir invoquer la réticence (cf. art. 8 ch. 3 et 4 LCA). La jurisprudence a cependant souligné qu'il ne fallait pas poser à ce sujet des exigences excessives, afin de ne pas renverser les rôles: il appartient en premier lieu au proposant de donner des réponses véridiques (arrêt 4A_370/2012 du 4 décembre 2012 consid. 2.1).

8. a) Sous l'empire de l'art. 6 aLCA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration des faits importants pour l'appréciation des risques avait omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'était pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il avait eu connaissance de la réticence. Un lien de causalité entre le fait caché ou inexactement déclaré et le sinistre n'était pas nécessaire (cf. ATF 92 II 342 consid. 4; arrêt 5C.262/2006 du 25 mai 2009 consid. 4.2, SJ 2008 I 400). A noter que les dispositions générales sur les vices du consentement (art. 23 ss CO) ne s'appliquent pas (cf. ATF 118 II 333 consid. 3d in fine; 61 II 281 consid. 1). Dans ce cas, l'assureur pouvait résilier le contrat avec effet rétroactif (ex tunc) et refuser les prestations pour un dommage déjà survenu même s'il n'était pas lié au fait à l'origine de la réticence (ATF 111 I 388 consid. 3a; ATF 109 II 60 consid. 3c; ATF 92 II 342 consid. 4, ATF 138 III 416, consid. 6.1).

Cette règle en matière de réticence a été considérée comme trop sévère, spécialement par la doctrine. Le Conseil fédéral a dès lors proposé de remplacer le droit de se départir du contrat par un droit de résiliation et de ne permettre à l'assureur de se libérer de l'obligation d'accorder sa prestation qu'à la condition qu'il existe un lien de causalité entre le fait non déclaré ou inexactement déclaré et le

sinistre survenu par la suite (Message du 9 mai 2003 concernant une loi sur la surveillance des entreprises d'assurance et la modification de la loi fédérale sur le contrat d'assurance [ci-après: Message], FF 2003 3370 ch. 1.2.5.2.1). Si le contrat prenait fin suite à un cas de réticence, l'assureur ne devait être libéré de son obligation d'accorder sa prestation que pour les sinistres dont la survenance ou l'étendue avaient été influencées par le fait qui avait fait l'objet de la réticence; l'obligation de l'assureur devait ainsi subsister si le fait non déclaré ou inexactement déclaré n'avait pas exercé d'influence sur la survenance du sinistre et l'étendue des prestations dues par l'assureur (cf. Message, FF 2003 3419 ch. 2.2.2 ad art. 6 et 8). Le Conseil fédéral a dès lors proposé un nouvel art. 6 al. 3 prévoyant que "l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre" (FF 2003 3474).

b) L'art. 6 LCA dispose désormais que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit ; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (al. 3). L'existence d'un lien de causalité entre le fait passé sous silence ou inexactement déclaré et le sinistre déjà survenu influe uniquement sur l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation à la suite d'une réticence (art. 6 al. 3 LCA), mais pas sur la validité de la résiliation du contrat en tant que tel, réglée à l'art. 6 al. 1 et 2 LCA (ATF 138 III 416).

Dans un arrêt du 11 août 2010 (4A_303/2010), le Tribunal fédéral rappelle qu'une partie de la doctrine plaide pour une notion de la causalité large, car une notion étroite reviendrait à primer les abus et à faire porter à la collectivité des assurés les conséquences d'une appréciation des risques non conforme à la réalité. Elle est donc d'avis qu'il s'impose d'assimiler la violation d'informations qui auraient permis de tirer des conclusions sur l'existence d'un risque aux faits non déclarés en relation de causalité avec le sinistre (cf. BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, n° 500 p. 226 s.). D'autres auteurs ne s'expriment pas sur la question, tout en plaidant pour une application stricte du principe de la causalité (cf. EISNER-KIEFER, Kausalität und Verschulden im VVG und VE-VVG, HAVE 2008 p. 215 ss, spéc. p. 217; GAUCH, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, RSJB 2006, p. 361 ss, spéc. p. 368 ss). Si l'on retient une notion de la causalité large pour refuser les prestations en cas de sinistre, le fait important pour apprécier le risque qui n'a pas été déclaré doit néanmoins se rapporter au risque qui s'est réalisé. L'assureur ne saurait, en vertu de l'art. 6 al. 3

LCA, refuser d'indemniser l'assuré dont le véhicule parké a été endommagé parce que cet assuré, par exemple, lui a tu avoir été condamné pour conduite en état d'ébriété ou vitesse excessive. Dans le cas jugé par le Tribunal fédéral, dans la mesure où l'assuré avait, par le passé, déjà obtenu des prestations d'assurances suite à des actes de vol et de vandalisme sur un véhicule lui appartenant, on pouvait admettre qu'il s'agissait là de faits qui étaient susceptibles d'influer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues s'il en avait eu connaissance, de sorte que la réticence était admise.

c) Sous l'ancien et le nouveau droit, la jurisprudence exige que la déclaration - écrite (cf. art. 6 al. 1 LCA) - par laquelle l'assureur se départit du contrat décrive de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactly déclaré (ATF 129 III 713 consid. 2.1 p. 714). Une déclaration de résiliation qui ne mentionne pas la question précise à laquelle il a été répondu inexactly n'est pas suffisamment détaillée (ausführlich) (ATF 129 III 713 ibidem, qui se réfère à l'arrêt 5C.229/1993 du 18 mars 1994 consid. 5b, lequel renvoie à l'ATF 110 II 499). L'exigence tenant à ce que la déclaration de résiliation désigne concrètement la question de la proposition d'assurance qui a reçu une réponse erronée a été approuvée par la doctrine (STEPHAN FUHRER, Höhere formelle Hürden bei Vertragsauflösung wegen Anzeigepflichtverletzung, in HAVE/REAS 2004 p. 42 et la note 6; ROLAND SCHAER, CaseBook, Modernes Versicherungsrecht, Bern 2007, Case 32 p. 124/125).

9. Dans le cas d'espèce, il est établi et non contesté que le demandeur a répondu négativement à toutes les questions que l'assureur lui a posées dans le questionnaire qu'il a signé, le 11 septembre 2013, en même temps que la proposition d'assurance. Il l'a d'ailleurs expressément confirmé lors de son audition par la chambre de céans.

Il est établi également que le 12 août 2014, la défenderesse, à réception d'une demande de garantie des HUG du 11 août 2014, reçue le 12, pour la couverture de frais d'hospitalisation privée conventionnée - prévue dès le 8 septembre de la même année -, dès la date d'entrée et sans limitation de durée, la défenderesse a répondu le jour-même aux HUG qu'après examen des documents transmis il ne lui était pas possible pour l'instant de prendre une décision quant à l'octroi de ces prestations. Un complément de renseignements médicaux avait été demandé par son médecin-conseil. Ce courrier mentionne qu'une copie est adressée à l'assuré.

Par courrier séparé du jour-même, la défenderesse a adressé un questionnaire aux HUG, posant à cet établissement une série de onze questions comprenant notamment le diagnostic, l'anamnèse, la date de première apparition de l'affection, respectivement à quel moment le patient avait-il constaté l'affection, Il est constant également que la réponse du Dr B_____ (HUG) datée du 1^{er} septembre 2014, est parvenue à la connaissance de la défenderesse le 9 septembre. La chambre de céans se réfère à la description détaillée de cette réponse ci-dessus dans la partie en fait (ch. 6), il a notamment indiqué que le patient présentait une obstruction nasale bilatérale associée à une diminution des fonctions olfactives depuis plusieurs

années, l'affection étant apparue pour la première fois il y a quelques années. Il suivait le patient depuis le 29 avril 2014. Il ne pouvait pas répondre à la question de savoir si en date du 11 septembre 2013 (jour de la signature de la déclaration de santé et de la proposition d'assurance) le patient avait connaissance de cette affection, car il ne le connaissait pas encore. Il a indiqué qu'un test avec un corticoïde topique n'avait rien changé à la situation, de sorte qu'une intervention chirurgicale était retenue pour améliorer la situation. Le patient lui avait été adressé par le Dr C_____. Il ressort du dossier qu'à réception des renseignements médicaux d'HUG, respectivement le 15 septembre 2014, la défenderesse s'est adressée d'une part au Dr C_____ lui indiquant : « Vous avez suivi (l'assuré) qui est couvert depuis peu par d'autres assurances complémentaires, à savoir depuis le 1^{er} janvier 2014. Afin que nous puissions déterminer notre obligation de prestations, nous vous prions de bien vouloir répondre au questionnaire annexé et le faire parvenir à notre médecin-conseil... »; d'autre part à CONCORDIA, assureur ayant couvert l'intéressé pour l'AOS jusqu'au 31 décembre 2013. Elle sollicitait de cette compagnie un extrait détaillé des prestations versées à ce titre, pour les cinq dernières années, avec nom du prestataire et date de traitement. Ce n'est qu'après un rappel du 17 octobre 2014, que cette dernière a fourni les renseignements sollicités, par courrier du 22 octobre 2014 et annexes. A ce stade, le Dr C_____ n'avait pas donné suite à la demande de renseignements de la défenderesse. Il ressortait toutefois des renseignements reçus de l'assurance-maladie susmentionnée que de 2010 à 2013, de nombreux frais médicaux avaient été pris en charge par l'AOS, pour des prestations de divers médecins (pédiatre, allergologue, dermatologue, interniste, pneumologue) ainsi que des frais de laboratoire et de pharmacie. On relevait en 2013 diverses factures des HUG, de médecins soit, parmi d'autres, des Drs E_____ et C_____, des frais de pharmacie et autres examens notamment de polysomnographie. La défenderesse avait encore reçu, le 14 octobre 2014, copie de la lettre de sortie des HUG du 12 septembre 2014 après intervention pendant l'hospitalisation du 8 au 10 septembre 2014, ainsi que la copie du compte rendu opératoire y relatif. C'est fort de ces renseignements médicaux que par courrier recommandé du 28 octobre 2014 la défenderesse a notifié au demandeur sa décision de résilier au 30 novembre 2014 les assurances complémentaires concernées, et son refus de prise en charge des coûts de la division mi-privée pour le séjour du 8 au 10 septembre 2014 en relation avec l'affection (respiratoire) en cause: les indications qu'il avait données sur la déclaration de santé, soit le fait que durant les cinq dernières années aucun traitement ni contrôle ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin n'avait été subi pour une affection physique ou psychique et qu'aucun médicament n'avait été pris de manière régulière au cours de la même période, avaient été déterminantes pour la conclusion de la nouvelle police (assurances complémentaires des soins et d'hospitalisation). Or, suite à la demande de garantie de prise en charge des coûts d'hospitalisation aux HUG du 12 août 2014 pour le séjour prévu dès le 8 septembre 2014, son médecin avait confirmé qu'il souffrait de problèmes respiratoires depuis plusieurs années déjà, ce que confirmait

l'extrait des prestations de son ancien assureur, dont il ressortait qu'il consultait un pneumologue depuis le 20 juin 2013, et qu'il aurait ainsi dû impérativement signaler cette situation aux questions 2, 3 et 7 du formulaire de déclaration de santé. Si la défenderesse en avait été informée, elle aurait refusé sa demande pour les assurances précitées. En signant la déclaration il avait confirmé avoir répondu aux questions posées de manière complète est conforme à la vérité. Par sa signature il avait accepté les conditions d'assurance pour les assurances complémentaires demandées.

La chambre des assurances sociales constate que la décision susmentionnée répond pleinement aux exigences de la jurisprudence en matière de motivation de la réticence invoquée par la défenderesse pour justifier sa résiliation des polices en cause au 30 novembre 2014. Il apparaît en effet évident que le demandeur, au moment où il a signé la proposition d'assurance et la déclaration de santé ne pouvait ignorer et se dispenser de signaler le problème qu'il rencontrait par rapport à ses troubles respiratoires et olfactifs depuis de plusieurs années, et pour lesquels il avait déjà consulté plusieurs médecins, et en tout état, le Dr E_____, plusieurs fois en 2013, ce médecin l'ayant adressé à un spécialiste, le Dr C_____, suspectant des apnées du sommeil. Ceci dans un contexte comportant un autre aspect lié, soit les troubles olfactifs dont il souffrait. Des premières investigations avaient ainsi été menées, par rapport à la suspicion d'apnées du sommeil. Le demandeur ne pouvait ignorer qu'il avait fait l'objet d'investigations, et d'exams, et que le Dr C_____, avait en outre préconisé des investigations supplémentaires sous forme de CT-scan, qui aurait dû avoir lieu déjà en août 2013, mais qui n'a eu lieu en définitive qu'en décembre de la même année.

A réception de la notification de cette décision, sa mère a appelé l'assurance. Il ressort à cet égard d'une note téléphonique du gestionnaire, non contestée par le demandeur, que sa mère a interpellé l'assureur en ces termes : « En septembre 2013, comment voulez-vous qu'il sache qu'il allait se faire opérer ? En effet il a consulté un pneumologue en juin 2013, mais simplement car il ne pouvait pas bien dormir suite à sa mauvaise respiration. D'ailleurs il n'a pas de goût ni d'odorat depuis longtemps, mais elle ne l'a jamais cru. Bref, elle va voir avec le Dr B_____ (HUG) pourquoi il a dit qu'il souffrait de cette affection depuis des années "car ce n'était pas prévu". Si nous maintenons notre décision, elle résiliera pour toute sa famille. » Il ressort également de la même note, que le 3 novembre 2014, l'assuré avait pris contact téléphoniquement avec l'assurance. Il ne comprenait pas que l'on puisse faire le lien entre son hospitalisation de septembre 2014 qui concernait une partie du nez à ses traitements auprès du pneumologue avant la signature, qui concernaient une autre partie du nez. Il se demandait comment pouvoir prouver qu'il n'avait pas eu conscience de son affection au moment de la signature et souhaiterait que l'assurance demande un rapport au Dr C_____. Quelques minutes plus tard il annonçait toutefois qu'il allait demander au Dr C_____ d'écrire à l'assurance.

La défenderesse a confirmé sa décision du 28 octobre 2014, après avoir pris connaissance des courriers complémentaires, sollicités par le demandeur, des Drs B_____ et C_____.

Quoi qu'en pense le demandeur, ces avis médicaux ne lui sont d'aucun secours pour tenter de justifier le fait de n'avoir pas signalé les traitements en cours au moment de la signature de la proposition et de la déclaration de santé.

Dans son courrier du 19 novembre 2014, le Dr B_____ précise d'emblée qu'il n'a pas connaissance de la décision écrite de refus de couverture. Son courrier se base sur les dires du patient, d'après lequel la couverture semi-privée aurait été résiliée rétrospectivement pour l'intervention subie simplement parce qu'il (le patient) aurait indiqué avoir eu une obstruction nasale intermittente quelques années avant d'être venu le voir. Ainsi, fort de prémisses erronées, - le refus de prestations ne se fonde pas sur les « déclarations de l'intéressé », mais au contraire sur la résiliation desdites polices en raison d'une réticence, soit le fait que l'intéressé n'ait pas signalé ses problèmes lorsqu'il a rempli le questionnaire de santé -, les considérations médicales et statistiques de population concernant les malformations anatomiques sous forme de déviation septale, cornets hypertrophiques ou pneumatisés, ... n'ont aucune incidence sur la problématique posée, soit la justification que le demandeur n'ait pas signalé ses problèmes et répondu de manière conforme à la vérité aux questions qui lui étaient posées.

Il en va de même du Dr C_____ qui n'avait d'ailleurs pas répondu à la demande de renseignements de l'assureur du 15 septembre 2014. Dans son courrier du 21 novembre 2014 à la défenderesse, il confirme avoir pris en charge le patient à la demande de son médecin traitant, le 20 juin 2013 ; qu'il l'a revu le 15 juillet puis le 21 janvier 2014. Il avait fait réaliser une polygraphie respiratoire nocturne le 20 juin 2013, et une polysomnographie le 5 juillet 2013, dans le cadre d'investigations au sujet d'un syndrome d'apnées du sommeil. Les examens s'étaient révélés normaux ou à la limite de la norme. Il avait conclu à une fatigue d'origine indéterminée et émis quelques propositions, renvoyant à cet égard à son courrier du 21 janvier 2014 au médecin traitant. Pour la bonne compréhension du cas, et la chronologie des faits, il annexait également à son courrier ses autres missives au médecin traitant et rapports d'examens complémentaires. Il considère que la décision de l'assureur imputant une réticence à son patient apparaît injuste au regard de la chronologie des faits, tant il est vrai que la signature de l'offre, apposée le 11 septembre 2013, est antérieure à la prise en charge des problèmes O.R.L. Il avait en effet proposé un avis O.R.L., mais ceci, - écrit-il -, dans son courrier du 31 janvier 2014, et il note en plus que le CT scan du massif facial est ultérieur à la signature précitée. S'il est vrai que ce dernier examen est postérieur à la signature de la déclaration de santé, la proposition d'un avis O.R.L. par ce médecin ne date pas du 31 janvier 2014, mais de juillet 2013 déjà. En effet, dans son courrier au médecin traitant du 7 juillet 2013, il proposait déjà cet examen, qui « devrait être agendé en août après le retour des vacances ». Dans un courrier, qu'il aurait adressé au Dr E_____ le

18 septembre 2013 (?), il écrit : « un CT scan des sinus a été agendé le 17 septembre 2013 et j'ai prié le patient de faire soigneusement des lavages du nez à l'eau salée. Il devrait reprendre contact avec moi en septembre pour un contrôle. » C'est le lieu de relever que lorsque le demandeur minimise l'importance des résultats des investigations menées par le Dr C_____ en été 2013, en faisant observer que ce dernier lui avait simplement conseillé de faire des lavages du nez à l'eau salée, la réalité de ce conseil est toute autre : manifestement il ressort du courrier précité que les lavages recommandés procédaient d'une préparation au CT scan des sinus, et ne constituaient pas en tant que tel un processus de soins.

Le Dr C_____ précise encore dans son courrier qu'il lui a en outre été rapporté oralement que c'est lui qui aurait adressé l'assuré au Dr B_____. Il écrit à ce sujet : « Je tiens à rectifier. Cela est faux. En effet, (son patient) est allé voir de son propre chef le Dr D_____ le 17 mars 2014, lequel l'a adressé au Dr B_____, qu'il a rencontré le 29 avril 2014. Ainsi, au moment où l'assuré a signé l'offre relative aux assurances complémentaires, à l'exception d'un nez constamment obstrué que le patient m'avait rapporté lors de la première consultation à mon cabinet le 20 juin 2013, les problèmes qui ont conduit à l'intervention rhinologique n'étaient pas encore connus, ni précisés, ni documentés. »

Il apparaît ainsi que l'avis du Dr C_____, d'ailleurs sollicité par le demandeur lui-même, après que ce médecin n'eût pas répondu à la défenderesse, en septembre 2014, ne saurait être retenu, tant il montre, au prix de nombreuses contradictions ou inexactitudes, qu'il n'est en définitive destiné qu'à soutenir la thèse de son patient, de manière totalement subjective, au point de sacrifier à la chronologie rigoureuse, censée être à la base de son raisonnement.

Dans le cas particulier, peu importe qu'au moment où le demandeur a signé la déclaration de santé l'examen qui était préconisé dans le cadre d'investigations ORL, consécutives aux résultats des examens concernant la suspicion de l'apnée du sommeil, n'ait pas encore été pratiquée. Tout montre au contraire qu'à tout le moins dès le début 2013, sinon antérieurement, le demandeur souffrait de ses troubles respiratoires et du nez et recherchait la cause de ses troubles. A l'époque où il a signé les documents, il ne pouvait donc ignorer les investigations en cours: l'examen préconisé était envisagé pour août 2013 déjà, reporté en septembre et finalement en décembre 2013, et relevait d'une préoccupation de longue date, dont l'objectif était de trouver la cause et soigner son état de fatigue, ses troubles du sommeil, de l'odorat et du goût. Ces problèmes le handicapaient, sinon le gênaient sensiblement, comme le traduisent les maux qu'il décrivait aux médecins successifs qu'il a consultés. Dans sa lettre au médecin traitant du « 18 septembre 2013 », le Dr C_____ lui rappelle les raisons pour lesquelles il lui avait adressé le patient (tendance à la somnolence diurne dans le contexte d'un nez constamment bouché et d'une anamnèse familiale positive pour un syndrome de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil chez le père, tableaux perçus depuis deux à trois ans), le patient rapportant (au Dr C_____) avoir fait huit épisodes de paralysie du

sommeil dans la même nuit il y a un à deux ans, et deux autres paralysies une autre nuit. Le fait, mis en évidence par le Dr C_____ qu'au printemps 2014 son patient soit allé voir « de son propre chef » le Dr D_____, certes postérieurement à la signature liquide litigieuse, démontre toutefois que depuis fort longtemps, il cherchait à faire soigner les troubles dont il souffrait, tant par rapport à son sommeil, que par rapport à ses capacités olfactives, le tout étant lié au nez, et au système respiratoire, d'une manière générale. Il ne pouvait donc de bonne foi répondre négativement à toutes les questions qui lui ont été posées, et en particulier aux questions 2, 3 et 7, retenues dans la décision de résiliation des polices d'assurance du 28 octobre 2014, confirmée par courrier du 1^{er} décembre 2014 par la défenderesse.

Il n'appartient en effet pas au postulant à une assurance de déterminer ce qui est important à savoir pour l'assureur - qui lui pose des questions précises et par écrit -, mais à ce dernier d'en décider, en toute connaissance de cause. Dans le cas particulier, on ne saurait douter de l'affirmation de la défenderesse selon laquelle, si elle avait eu connaissance des informations tues par le demandeur, au moment où il a signé la proposition d'assurance, elle aurait refusé de contracter.

En conséquence, la chambre de céans constate qu'il y a bien eu réticence de la part du demandeur au moment où il a signé la proposition d'assurance et la déclaration de santé. La réticence étant ainsi établie et confirmée.

10. Le demandeur prétend toutefois que celle-ci invoquée le 28 octobre 2014 par l'assurance, comme motif de résiliation des contrats d'assurances complémentaires litigieux serait tardive, car la défenderesse aurait eu connaissance des faits fondant la réticence, bien avant le délai de quatre semaines dans lequel il devait se déterminer, au sens de l'art. 6 al. 2 LCA.

Les premières informations reçues par la défenderesse, pouvant laisser soupçonner des faits relevant de réticence, soit en l'espèce la réponse du Dr B_____ aux questions posées aux HUG, qui indiquait notamment que l'affection était apparue pour la première fois il y a quelques années, que le patient présentait une obstruction nasale bilatérale associée à une diminution des fonctions olfactives depuis plusieurs années, est parvenue à l'assureur le 9 septembre 2014. A ce stade, l'assureur n'était qu'en présence d'un indice, qui devait encore être corroboré par d'autres renseignements complémentaires, notamment émanant des médecins traitants ayant suivi le patient à une période antérieure au 11 septembre 2013 - ce qui n'était pas le cas du Dr B_____ -. Ce dernier avait indiqué - à tort selon le confrère concerné - que ce patient lui avait été adressé par le Dr C_____. C'est ainsi, fort de ces premiers renseignements, que l'assureur a interpellé ce dernier médecin, ainsi que l'ancien assureur AOS, par courriers du 15 septembre 2014. Le premier n'a jamais répondu au questionnaire que lui a adressé la défenderesse. Le second n'a répondu qu'après un rappel du 17 octobre 2014, adressant comme demandé les relevés des prestations qu'elle avait servies au cours des cinq dernières années, pour des prestations médicales en faveur de cet assuré. Ces éléments sont

parvenus à la défenderesse en annexe à un courrier du 22 octobre 2014, soit au plus tôt le 23. Il ressortait de ces informations que le demandeur avait consulté le Dr C_____ en juin 2013 déjà, et que des investigations avaient été menées sous forme de polygraphie du sommeil et polysomnographie, dans le courant du mois de juillet 2013, pour ce dernier examen. Ces informations confirmaient le lien entre l'intervention du Dr C_____ et la consultation du printemps 2014 auprès du Dr B_____, indépendamment de certaines autres prestations survenues entre-temps, soit jusqu'au 31 décembre 2013, - certes postérieurement à la signature des documents litigieux, mais relevant manifestement d'une certaine continuité dans les investigations en cours. Ce fut notamment le cas du CT scan des sinus en décembre 2013.

Prononçant sa décision du 28 octobre 2014, soit cinq jours après avoir reçu les informations de l'ancienne caisse-maladie du demandeur, et avoir ainsi pu lever les doutes qui pouvaient encore subsister, la défenderesse a manifestement agi dans le délai de quatre semaines de l'art. 6 al. 2 LCA.

Le demandeur prétend encore que cette décision serait en réalité fondée sur le seul avis du Dr B_____, que la défenderesse ait jamais reçu de ce médecin (le 9 septembre 2014), au moment où elle a invoqué la réticence. À tort. En effet, elle avait eu en plus connaissance, le 14 octobre 2014, de la lettre de sortie signée par ce médecin après l'intervention chirurgicale survenue entre les 8 et 10 septembre 2014. Ce rapport venait confirmer le diagnostic posé par ce médecin, selon ses premières informations. Mais une fois encore, il fallut attendre les renseignements de la caisse-maladie pour être certain que le demandeur n'avait effectivement pas répondu correctement aux questions posées, par rapport à la situation prévalant au 11 septembre 2013.

Ainsi, la réticence qui a conduit l'assureur à résilier le contrat pour le 30 novembre 2014 par décision du 28 octobre 2014 a bien été invoqué dans les 4 semaines de l'art. 6 al. 2 LCA.

11. En conséquence, et au vu de ce qui précède, conformément à l'art. 6 al. 3 LCA, si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'alinéa 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Il reste à déterminer si, en dépit de cette disposition claire, l'assureur doit se voir dénier le droit de refuser d'accorder les prestations litigieuses, en raison du comportement que lui impute le demandeur. Ce dernier prétend en effet qu'il n'aurait jamais reçu la copie du courrier que l'assureur aurait adressé aux HUG le 12 août 2014, l'informant de ce qu'il ne pouvait pas se prononcer à ce stade sur la garantie demandée, sans avoir procédé à des demandes de renseignements complémentaires. Le demandeur prétend que s'il avait été informé de ce refus, il aurait peut-être pu prendre d'autres dispositions que d'aller avec l'opération. Certes l'assuré n'a pas reçu stricto sensu la copie du courrier du 12 août 2014, mais un courrier daté du 13 août 2014, dont le destinataire - les HUG - et le texte étaient les

mêmes que celui de la veille. Ce courrier a été acheminé à l'assuré au moyen d'un mémo pour information mentionnant « copie de notre décision », ce mémo étant lui-même daté du 13 août 2014. Ce document, produit par le demandeur en procédure, démontre qu'il l'a reçu. La défenderesse a expliqué à cet égard qu'elle n'avait précisément pas adressé la copie de ce courrier, lorsqu'elle a fait tenir à l'assuré, à la demande de ce dernier, en novembre 2014, la copie de pièces de son dossier. Cette affirmation apparaît crédible, d'autant que le document produit par le demandeur, à la différence de celui figurant au dossier de la défenderesse, ne comporte pas en trame le mot " copy". Ainsi, le demandeur savait, au moment où il a été admis à l'hôpital comme prévu le 8 septembre, que l'assureur n'avait pas donné sa garantie de couverture aux HUG, dans l'attente de renseignements complémentaires. Il a donc pris sur lui d'être hospitalisé et de subir l'intervention prévue, et ainsi le risque qu'au terme de ses investigations complémentaires l'assureur refuse les prestations concernées.

Non seulement son argument ne repose sur aucune base légale précise, mais il est encore empreint d'une mauvaise foi certaine.

12. Le demandeur prétend encore que l'assureur aurait, par le truchement de M. G_____, d'emblée été informé des examens subis pendant l'été 2013 à la recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil. Ce dernier, en affirmant qu'au vu des résultats de l'examen, celui-ci ne devait pas être mentionné en réponse au questionnaire, engagerait l'assureur. Or, selon les explications convaincantes de la défenderesse, M. G_____ n'a jamais été un employé de la défenderesse, pas plus qu'il n'a été lié à elle à aucun moment par des relations contractuelles faisant de lui son représentant. Le fait que, comme l'allègue le demandeur, M.G_____ ait lui-même complété le document que le demandeur a signé, ne change rien à la responsabilité du demandeur. Cette question peut donc rester ouverte. En effet comme l'a relevé à juste titre la défenderesse, selon la jurisprudence, il appartient à celui qui laisse à l'agent le soin de remplir le questionnaire, non seulement de relire avant de le signer, les questions et les réponses, mais aussi, le cas échéant, de vérifier les réponses qui ont été inscrites en son nom. Le proposant est en effet responsable du contenu des réponses données, même si elles ont été inscrites par l'agent (RBA XVI no 7 RBA XIII no 15).

Ainsi, la chambre de céans renoncera à l'audition de témoins supplémentaires, notamment la mère du demandeur, ainsi que M. G_____, dès lors qu'au vu de ce qui précède, les déclarations de ces personnes ne seraient en aucune mesure susceptibles d'avoir une incidence sur la solution du litige.

13. La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (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 art. 22 al. 3 let. b LaCC).

14. Pour faire reste des conclusions des parties, les conclusions reconventionnelles de la défenderesse sont sans objet, dans la mesure où elles étaient fondées sur l'hypothèse que la proposition d'assurance et la déclaration de santé n'auraient pas été signées par le demandeur lui-même. La défenderesse doit être déboutée de ses conclusions sur ce point, dès lors que l'instruction a établi que c'est bien le demandeur lui-même qui a signé ces documents.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. Déboute le demandeur de toutes ses conclusions.
3. Déboute la défenderesse de ses conclusions reconventionnelles.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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