



4A_18/2022

Arrêt du 22 avril 2022
Ire Cour de droit civil

Composition

Mmes et M. les Juges fédéraux
Hohl, Présidente, Kiss et Rüedi.
Greffière: Mme Raetz.

Participants à la procédure

A. _____,
représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat,
recourante,

contre

B. _____ **SA**,
intimée.

Objet

contrat d'assurance; réticence,

recours contre l'arrêt rendu le 29 novembre 2021 par la
Chambre des assurances sociales de la Cour de justice
du canton de Genève (A/1545/2021; ATAS/1222/2021).

Faits :

A.

A.a A._____ (ci-après: l'assurée) était assurée auprès de B._____ SA (ci-après: B._____) depuis 2016 au titre des assurances complémentaires www et xxx.

A.b Jusqu'en 2017, la gynécologue de l'assurée était la Dresse C._____. En 2015, cette dernière a diagnostiqué la présence de deux fibromes utérins (aussi appelés myomes) asymptomatiques et sans conséquence sur la fertilité.

A.c Le 3 octobre 2018, l'assurée s'est rendue chez la Dresse D._____, gynécologue, pour une première consultation. La spécialiste a prescrit des examens complémentaires en lien avec un bilan d'infertilité pour l'assurée et son conjoint. Elle a notamment réalisé un bilan hormonal le 17 octobre 2018 et une échographie le 26 octobre 2018. Une hystérosalpingographie était en outre prévue pour début décembre.

A.d Le 26 novembre 2018, l'assurée a complété une offre à destination de B._____ relative aux assurances complémentaires yyy, pour des prestations ambulatoires non prises en charge par l'assurance de base, et zzz, pour une hospitalisation flexible avec libre choix de la division hospitalière au cas par cas.

A la même date, l'assurée a répondu à un questionnaire de B._____ intitulé "déclaration de santé". Elle a répondu par la négative aux questions suivantes: " 2a) Etes-vous actuellement traitée ou suivie par un médecin, dentiste, naturopathe, thérapeute, etc. ou cela est-il prévu? 2b) Vous a-t-on recommandé une visite médicale/des examens médicaux, qui n'ont toutefois pas encore été effectués? 3) Au cours des cinq dernières années, avez-vous suivi un traitement/contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin/dentiste/naturopathe/thérapeute? ".

A.e Le 7 décembre 2018, l'assurée a subi d'importants saignements vaginaux accompagnés de fièvre. Elle s'est rendue le lendemain aux urgences de la Clinique E._____. Le 10 décembre 2018, elle a discuté avec la Dresse D._____, laquelle lui a prescrit des médicaments et a fixé un examen plus poussé au 17 décembre 2018.

A.f Par courrier du 10 décembre 2018, B._____ a envoyé à l'assurée une nouvelle police d'assurance complémentaire valable dès le 1^{er} janvier 2019 et remplaçant toute police antérieure entre les parties. Cette police comprenait les assurances www, yyy et zzz susmentionnées.

A.g Lors de l'examen du 17 décembre 2018, la Dresse D._____ a réalisé une échographie ayant mis en évidence un myome important d'une taille de 6 cm, diagnostic qui a été confirmé par une IRM effectuée le 20 décembre 2018.

A.h Le 7 janvier 2019, l'assurée et son conjoint ont consulté la Dresse D._____. Elle les a dirigés vers un confrère de la Clinique F._____, qui a planifié une opération chirurgicale pour le 8 février 2019 afin de retirer les myomes.

Le 15 janvier 2019, cette Clinique a requis de B._____ une garantie d'hospitalisation pour un séjour de quatre jours en division semi-privée en lien avec l'opération planifiée. B._____ a ensuite demandé des informations complémentaires, notamment auprès de la Dresse D._____.

A.i Par courrier du 29 janvier 2019, B._____ a résilié les assurances complémentaires yyy et zzz pour le 31 janvier 2019 en invoquant une réticence liée notamment au bilan d'infertilité à effectuer. Elle a ajouté que ces faits importants auraient dû être signalés sur la déclaration de santé, aux questions n^{os} 2 et 3 (art. 105 al. 2 LTF).

A.j Le 31 janvier 2019, la Dresse D._____ a écrit à B._____ que l'assurée n'avait pas été en traitement d'infertilité jusqu'à ce jour mais qu'un bilan d'infertilité était prévu en décembre 2018. Il n'avait toutefois pas pu être effectué à cause des métrorragies subies par l'assurée, qui avaient conduit au diagnostic du myome symptomatique et à l'indication opératoire.

A.k Le 6 février 2019, B._____ a maintenu sa résiliation du 29 janvier 2019 en affirmant qu'un traitement était prévu lors de la réponse au questionnaire.

A.I Le 8 février 2019, l'assurée a subi une intervention chirurgicale à la Clinique F._____. La facture établie s'élevait à 19'670 fr., après déduction d'une somme de 4'271 fr. 72 couverte par l'assurance de base. De ce dernier montant, l'assurée a pris en charge 742 fr. 10 à titre de franchise 2019, de quote-part et de contribution journalière aux frais de séjour hospitalier.

B.

L'assurée a déposé auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève une demande tendant à la condamnation de B._____ à lui verser, sur la base des assurances complémentaires zzz et yyy, le montant de 18'412 fr. 10 pour l'opération du 8 février 2019 et celui de 4'250 fr. à titre de frais d'avocat hors procès, le tout avec intérêts.

Par arrêt du 29 novembre 2021, la cour cantonale a rejeté la demande.

C.

L'assurée (ci-après: la recourante) a exercé un recours en matière civile au Tribunal fédéral à l'encontre de cet arrêt. Elle a conclu, principalement, à sa réforme en ce sens que B._____ (ci-après: l'intimée) soit condamnée à lui payer les montants de 18'412 fr. 10 et 4'250 fr. avec intérêts. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à la cour cantonale pour nouvelle décision au sens des considérants.

L'intimée a conclu au rejet du recours.

La cour cantonale a renoncé à se déterminer.

La recourante a déposé une réplique spontanée, suscitant une duplique de l'intimée.

Considérant en droit :

1.

Le litige porte sur une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, régie par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1; cf. art. 2 al. 2 de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale [LSAMal; RS 832.12]). Ce type de conflit

ressortit à la matière civile au sens de l'art. 72 al. 1 LTF (ATF 138 III 2 consid. 1.1; 133 III 439 consid. 2.1).

L'arrêt attaqué est une décision finale (art. 90 LTF) rendue par la Cour de justice du canton de Genève statuant en qualité d'instance cantonale unique au sens de l'art. 7 CPC (cf. art. 75 al. 2 let. a LTF et ATF 138 III 799 consid. 1.1). Aussi le présent recours est-il ouvert sans égard à la valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Interjeté au surplus par l'assurée, qui a succombé dans ses conclusions (art. 76 al. 1 LTF), dans le délai fixé par la loi (art. 46 al. 1 let. c et 100 al. 1 LTF), le recours en matière civile est recevable.

2.

2.1 Le Tribunal fédéral statue sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF). Il ne peut s'en écarter que si ces faits ont été établis de façon manifestement inexacte – ce qui correspond à la notion d'arbitraire au sens de l'art. 9 Cst. (ATF 140 III 115 consid. 2; 137 I 58 consid. 4.1.2; 137 II 353 consid. 5.1) – ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF), et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF).

Concernant l'appréciation des preuves, le Tribunal fédéral n'intervient, du chef de l'art. 9 Cst., que si le juge du fait n'a manifestement pas compris le sens et la portée d'un moyen de preuve, a omis sans raisons objectives de tenir compte des preuves pertinentes ou a effectué, sur la base des éléments recueillis, des déductions insoutenables (ATF 137 III 226 consid. 4.2; 136 III 552 consid. 4.2; 134 V 53 consid. 4.3).

La critique de l'état de fait retenu est soumise au principe strict de l'allégation énoncé par l'art. 106 al. 2 LTF (ATF 140 III 264 consid. 2.3 et les références). La partie qui entend attaquer les faits constatés par l'autorité précédente doit expliquer clairement et de manière circonstanciée en quoi ces conditions seraient réalisées (ATF 140 III 16 consid. 1.3.1 et les références). Si la critique ne satisfait pas à ces exigences, les allégations relatives à un état de fait qui s'écarterait de celui de la décision attaquée ne pourront pas être prises en considération (ATF 140 III 16 consid. 1.3.1). Les critiques de nature appellatoire sont irrecevables (ATF 130 I 258 consid. 1.3).

Le complètement de l'état de fait ne relève pas de l'arbitraire; un fait non constaté ne peut pas être arbitraire, c'est-à-dire constaté de manière insoutenable. Mais si un fait omis est juridiquement pertinent, le recourant peut obtenir qu'il soit constaté s'il démontre qu'en vertu des règles de la procédure civile, l'autorité précédente aurait objectivement pu en tenir compte et s'il désigne précisément les allégués et les offres de preuves qu'il lui avait présentés, avec référence aux pièces du dossier (art. 106 al. 2 LTF; ATF 140 III 86 consid. 2; arrêt 4A_571/2021 du 15 mars 2022 consid. 2.1).

2.2 Le Tribunal fédéral applique en principe d'office le droit (art. 106 al. 1 LTF) à l'état de fait constaté dans l'arrêt cantonal (ou à l'état de fait qu'il aura rectifié). Cela ne signifie pas que le Tribunal fédéral examine, comme le ferait un juge de première instance, toutes les questions juridiques qui pourraient se poser. Compte tenu de l'obligation de motiver imposée par l'art. 42 al. 2 LTF, il ne traite que les questions qui sont soulevées devant lui par les parties, à moins que la violation du droit ne soit manifeste (ATF 140 III 115 consid. 2, 86 consid. 2). Le recourant doit discuter les motifs de la décision entreprise et indiquer précisément en quoi il estime que l'autorité précédente a méconnu le droit (ATF 140 III 86 consid. 2).

3.

Tout d'abord, la recourante reproche à la cour cantonale d'être tombée dans l'arbitraire en omettant de reproduire la totalité du courrier du 6 février 2019 de l'intimée, qu'elle avait allégué en son entier dans sa demande. Elle requiert que l'état de fait soit complété en ce sens que dans cette lettre, l'intimée avait indiqué ce qui suit: " par son questionnaire, l'assureur souhaite savoir si vous avez suivi un traitement ambulatoire ou stationnaire, dispensé par un médecin, un naturopathe ou un thérapeute pour une maladie ou une affection physique ou psychique. Il souhaite également connaître les éventuels traitements prévus ou recommandés ".

Le complètement de l'état de fait ne relève pas de l'arbitraire. La recourante a néanmoins exposé de façon précise, notamment par un renvoi à son écriture et à la pièce concernée, avoir allégué ce fait devant la cour cantonale. Toutefois, il ne peut être considéré comme juridiquement pertinent (cf. consid. 6.3.1 *infra*).

4.

Est litigieuse la question de savoir si les contrats d'assurance qui permettraient une prise en charge des coûts engendrés par l'opération du 8 février 2019 ont été valablement résiliés le 29 janvier 2019 par l'intimée pour cause de réticence.

5.

La réticence se définit comme l'omission de déclarer ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat, un fait important que celui ayant l'obligation de déclarer connaissait ou devait connaître (art. 6 al. 1 LCA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, ici déterminante). La notion renvoie aux déclarations obligatoires au sens de l'art. 4 LCA. Selon l'alinéa 1 de cette disposition, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, celui qui présente une proposition d'assurance doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat. La question posée par l'assureur doit être rédigée de manière précise et non équivoque (cf. art. 4 al. 3 LCA; ATF 136 III 334 consid. 2.3; 134 III 511 consid. 3.3.4; arrêt 4A_555/2019 du 28 août 2020 consid. 2). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi; il n'y a pas de réponse inexacte si la question est 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).

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). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. 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; 134 III 511 consid. 3.3.3; arrêt précité 4A_555/2019 consid. 2).

Il faut en plus que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 et art. 6 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). L'art. 4 al. 3 LCA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il s'agit toutefois d'une présomption susceptible d'être renversée. S'il n'appartient pas au proposant de déterminer – à la place de l'assureur – quels sont les éléments pertinents pour apprécier le risque, il n'en demeure pas moins que la présomption sera renversée si le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 136 III 334 consid. 2.4 et les arrêts cités; 134 III 511 consid. 3.3.4; arrêt précité 4A_555/2019 consid. 2).

En cas de réticence, l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 LCA); s'il exerce ce droit, il est autorisé à refuser également sa prestation pour les sinistres déjà survenus, si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur leur survenance ou leur étendue (art. 6 al. 3 LCA). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA).

La jurisprudence exige que la résiliation (comme conséquence de la réticence) soit motivée avec précision; la déclaration de résiliation doit mentionner la question qui a reçu une réponse inexacte et préciser de façon circonstanciée en quoi consiste le fait important non déclaré ou inexactement déclaré (ATF 129 III 713 consid. 2.1; arrêt 4A_376/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.3.1).

6.

La recourante dénonce une appréciation arbitraire des faits et des preuves, ainsi qu'une violation des art. 4 et 6 LCA, dans la mesure où la cour cantonale a retenu une réticence en lien avec de potentiels problèmes de fertilité.

6.1 La cour cantonale a considéré qu'il apparaissait certes qu'aucun " traitement " contre l'infertilité n'était planifié au dernier jour précédant la conclusion du contrat, soit le 10 décembre 2018, mais que les questions n^{os} 2b et 3 de la déclaration de santé faisaient également mention des termes " contrôle " et " examen ". On pouvait douter que la simple visite du 3 octobre 2018 de l'assurée chez la Dresse D._____ pour discuter d'une possible infertilité avec anamnèse du couple doive être mentionnée par une personne de bonne foi en réponse à ces questions. Cependant, l'activité de la Dresse D._____ en lien avec le bilan d'infertilité ne s'était pas limitée à cet entretien. Elle avait réalisé un bilan hormonal le 17 octobre 2018 et une échographie le 26 octobre 2018. Une hystérosalpingographie était en outre planifiée pour début décembre 2018. Or, cet examen, comportant l'introduction dans les trompes de Fallope de la patiente d'un produit de contraste et une exposition à des rayons-X était typique de la médecine de fertilité et allait au-delà d'un contrôle gynécologique usuel.

La cour cantonale a ajouté que l'assurée s'était rendue aux urgences le 8 décembre 2018 en raison de saignements. Le 10 décembre 2018, elle avait fixé avec la Dresse D._____ un rendez-vous pour un examen gynécologique plus poussé, qui avait eu lieu le 17 décembre 2018. Le moment déterminant pour juger de la réponse de bonne foi aux questions écrites d'un assureur était, jusqu'au 31 décembre 2021, le moment de la conclusion du contrat et non celui de la signature de la déclaration de santé (cf. art. 6 al. 1 LCA dans sa teneur en vigueur jusqu'à cette date).

Ainsi, selon la cour cantonale, à la question n° 2b " vous a-t-on recommandé une visite médicale/des examens médicaux, qui n'ont toutefois pas encore été effectués? " l'assurée aurait de bonne foi dû mentionner, à tout le moins, l'hystérosalpingographie planifiée pour décembre 2018. De plus, elle aurait dû annoncer spontanément à B._____ la planification d'un examen médical plus poussé à la suite des saignements suspects avec de la fièvre survenus les 7 et 8 décembre 2018. Ces symptômes l'avaient déterminée à consulter rapidement à nouveau une spécialiste. Ces différents événements constituaient précisément le genre d'éléments dont B._____ cherchait à déterminer l'existence avec les questions n^{os} 2a et 2b entendues de bonne foi. En réfléchissant sérieusement à ces questions, l'assurée ne pouvait donc se contenter d'y répondre par la négative, respectivement se dispenser d'une information à l'assurance préalablement à la conclusion des contrats en cause.

Par ailleurs, la cour cantonale a considéré que les examens gynécologiques d'ores et déjà planifiés avec la Dresse D._____ jusqu'au 10 décembre 2018, en particulier ceux liés à un potentiel problème d'infertilité, apparaissaient comme des faits importants pour que l'assurance puisse apprécier les probabilités de réalisation des risques couverts par les assurances complémentaires zzz et yyy, au vu des conditions supplémentaires d'assurance de ces contrats. Certains traitements contre l'infertilité n'étaient pas pris en charge par la LAMal. Il ne pouvait être exclu que de tels traitements entraîneraient une prise en charge par B._____.

En conclusion, la cour cantonale a retenu que la résiliation de l'assurance pour cause de réticence était valable en tant qu'elle se fondait sur une réponse incorrecte à la question n° 2 du formulaire en relation avec les examens prescrits par la Dresse D._____ liés à de potentiels problèmes de fertilité de l'assurée. La résiliation ayant produit son effet le 31 janvier 2019, les contrats d'assurance zzz et yyy ne pouvaient obliger B._____ à prendre en charge les frais liés à l'opération de l'assurée du 8 février 2019.

6.2 La recourante a fait valoir que les visites chez la Dresse D._____ ne constituaient pas un "traitement" au sens de la question n° 2a. Elle ne suivait aucun "traitement" et cela n'était pas non plus prévu. Elle avait répondu de manière véridique à cette question, telle qu'elle pouvait la comprendre de bonne foi, c'est-à-dire dans le sens que cette question portait sur le traitement d'une *maladie*. C'était également ainsi que l'intimée avait compris la question, comme il en ressortait de son courrier du 6 février 2019. Quant à la question n° 2b, elle devait nécessairement être comprise comme concernant de futures visites ou examens médicaux en anticipation de l'éventuel traitement d'une *maladie*. La recourante ne pouvait donc pas de bonne foi comprendre que cette question portait également sur d'éventuelles investigations en lien avec une potentielle infertilité. Ces examens avaient uniquement pour but de vérifier que tout fonctionnait correctement. Le fait de ne pas tomber enceinte n'était sans doute pas une maladie. Le raisonnement de la cour cantonale, admettant qu'une discussion avec la gynécologue pour faire le point sur une éventuelle infertilité ne devait pas nécessairement être annoncée par une personne de bonne foi, tout en retenant que la recourante aurait dû mentionner à tout le moins l'hystérosalpingographie planifiée pour le mois de décembre 2018, était contradictoire.

Ensuite, la recourante a allégué que les examens prévus ne constituaient pas des faits importants aux yeux de l'intimée. Elle a ajouté que la cour cantonale avait retenu de manière arbitraire que le traitement potentiellement successif au bilan d'infertilité non annoncé aurait été susceptible d'être pris en charge dans le cadre des assurances litigieuses.

La recourante a encore soutenu, en se fondant sur l'art. 10 al. 1 CO, que la police incluant ces assurances lui avait été envoyée le 10 décembre 2018, de sorte que son devoir d'annonce avait pris fin le soir du 9 décembre 2018. Elle n'avait ainsi pas à informer spontanément l'intimée de la discussion qu'elle avait eue avec sa gynécologue le 10 décembre 2018 pour planifier l'examen du 17 décembre 2018. Enfin, le courrier de résiliation de l'intimée ne mentionnait ni la discussion du 10 décembre 2018, ni la planification de l'examen du 17 décembre 2018, ni même les saignements survenus le 7 décembre 2018 suivis de la visite aux urgences le 8 décembre 2018.

6.3

6.3.1 Tout d'abord, en tant que la recourante soutient qu'elle ne suivait aucun "traitement", elle ne discute pas les développements formulés par la cour cantonale à cet égard, ce qui lui appartenait pourtant de faire. Ensuite, on doit retenir avec la cour cantonale que l'assurée ne pouvait pas de bonne foi occulter – à tout le moins – l'existence de l'hystérosalpingographie planifiée pour le début du mois de décembre 2018. Ce d'autant plus qu'elle avait subi deux examens plus poussés en lien avec une potentielle infertilité quelques semaines avant la conclusion du contrat d'assurance et qu'elle savait que ce nouvel examen avait été fixé dans un avenir proche. Ces examens dépassent clairement le cadre d'un simple contrôle annuel. En outre, dès lors qu'ils excèdent également le cadre d'une première discussion en lien avec un bilan d'infertilité, on ne saurait voir de contradiction dans les considérations de l'autorité précédente à ce propos. Par ailleurs, à la lecture des questions posées, l'assurée ne pouvait de bonne foi comprendre qu'elles concernaient uniquement les (futurs) suivis et examens médicaux en lien avec une *maladie*, ce terme n'étant pas mentionné dans ces questions. Le contenu de la lettre du 6 février 2019 de l'intimée ne permet pas d'en déduire le contraire.

6.3.2 En outre, la cour cantonale était fondée à retenir que les examens planifiés en lien avec un potentiel problème d'infertilité devaient être qualifiés de faits importants pour l'assureur. La présomption selon laquelle il s'agissait de faits importants pour l'appréciation

du risque – au vu des questions écrites de l'intimée – ne peut être renversée que si la recourante a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Or, ces examens ne sont pas objectivement insignifiants.

Par ailleurs, l'arrêt 9C_768/2016 du 15 mars 2017 invoqué par la recourante ne lui est d'aucun secours, puisqu'elle en fait une lecture partielle. Dans cet arrêt, l'assuré n'avait pas annoncé à l'assureur qu'il avait subi un traumatisme cervico-crânien. Le Tribunal fédéral a relevé qu'il ne s'agissait que d'un épisode sans conséquence et sans importance pour l'évaluation du risque (il avait été qualifié de léger, n'avait justifié qu'une très courte période d'incapacité de travail et le traitement médical n'avait consisté qu'en quelques consultations médicales, sans laisser de séquelles), que cet événement était ancien puisqu'il s'était produit plus de dix ans avant la conclusion du contrat et que la question posée par l'assureur était particulièrement vague car elle ne comportait notamment aucune limite de date. Dès lors, il a confirmé que l'assuré n'avait pas violé son obligation de renseigner en omettant de communiquer cet élément à l'assureur (consid. 6.4 de l'arrêt précité). Or, en l'espèce, les examens en lien avec la fertilité étaient clairement d'actualité au moment de la conclusion du contrat. De plus, les questions formulées par l'intimée étaient limitées à une période de cinq ans en arrière. La recourante devait ainsi annoncer ces examens, à tout le moins s'agissant de l'hystérosalpingographie.

Le fait que cette dernière n'a finalement pas eu lieu n'est pas déterminant, puisqu'il ressort des constatations de la cour cantonale qu'elle a été annulée uniquement à la suite des saignements subis par l'assurée, lesquels ont conduit à l'indication opératoire.

Pour le surplus, si la formulation des juges précédents (" il ne peut être exclu que des traitements [contre l'infertilité] entraînent une prise en charge [par la défenderesse] ") est vague, la recourante ne parvient pas, en une, voire deux phrases, à critiquer valablement cette appréciation. Les compléments fournis dans sa réplique qui excèdent le cadre des observations sur la réponse de l'intimée sont tardifs et n'ont pas à être pris en compte. En outre, la recourante fonde le reste de ses arguments sur des dispositions des conditions générales d'assurance dont la teneur n'a pas été constatée par les juges précédents. Elle ne démontre toutefois pas que ces derniers auraient établi les faits de manière arbitraire en ne reprenant pas la teneur de ces dispositions; ces critiques s'avèrent ainsi irrecevables.

6.4 En conclusion, la cour cantonale a jugé à bon droit que la recourante avait commis une réticence en ne mentionnant pas à tout le moins l'hystérosalpingographie en réponse à la question n° 2 de la déclaration de santé et, partant, que la résiliation de l'assureur – faisant état d'une réticence liée notamment au bilan d'infertilité à effectuer – était valable à cet égard.

La résiliation ayant pris effet le 31 janvier 2019, l'intimée n'avait pas à prendre en charge les frais liés à l'opération du 8 février 2019.

6.5 Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'analyser si la recourante avait également le devoir d'informer l'intimée de l'examen convenu le 10 décembre 2018 avec sa gynécologue, fixé au 17 décembre 2018.

Il en va de même de la question de savoir si la lettre de résiliation de l'intimée était ou non suffisamment explicite en lien avec ce point-ci, de même qu'avec les saignements intervenus le 7 décembre 2018 et la consultation aux urgences du 8 décembre 2018.

7.

Au vu de ce qui précède, la cour cantonale était également fondée à rejeter la conclusion de l'assurée tendant au remboursement de ses frais d'avocat avant procès. En effet, le refus de prise en charge des frais liés à l'opération du 8 février 2019 n'était pas injustifié. La recourante ne fait pas valoir d'autres arguments à cet égard.

8.

En définitive, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable.

La recourante, qui succombe, prendra en charge les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF). L'intimée n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'elle a agi par son propre service juridique, sans recourir aux services d'un avocat externe (art. 68 al. 1 et 2; ATF 133 III 439 consid. 4).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 2'000 fr., sont mis à la charge de la recourante.

3.

Le présent arrêt est communiqué aux parties et à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève.

Lausanne, le 22 avril 2022

Au nom de la Ire Cour de droit civil
du Tribunal fédéral suisse

La Présidente :

La Greffière :

Hohl

Raetz