Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
5C.47/2003 /frs

Arrêt du 7 juillet 2003
IIe Cour civile

Composition
MM. et Mme les Juges Raselli, Président, Meyer et Hohl.
Greffière: Mme Jordan.

Parties
A._____,
demanderesse et recourante, représentée par Me Pierre Gabus, avocat, boulevard des Philosophes 17, 1205 Genève,

contre

Generali Assurances de Personnes,
défenderesse et intimée, représentée par Me Christian Bruchez, avocat, rue d'Aoste 1, case postale 3647, 1211 Genève 3.

Objet
contrat d'assurance, réticence,

recours en réforme contre l'arrêt de la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève du 13 décembre 2002.

Faits:
A.
A._____ a connu différents épisodes de sciatique en 1981, 1984 et 1987. Dès l'année 1986, en raison de problèmes à la colonne lombaire, elle a régulièrement suivi des traitements physiothérapeutiques chez Z._____, soit en particulier du 27 mai au 8 juillet 1986, du 19 janvier au 9 mars 1987, du 11 mars au 25 mai 1987, du 8 octobre au 1er décembre 1987 et du 21 novembre 1989 au 17 janvier 1990.
Le 14 décembre 1989, elle a été opérée par le Dr X._____ pour une hernie discale qui a nécessité un arrêt de travail jusqu'au mois de mars 1990. Parallèlement, elle a poursuivi un traitement physiothérapeutique chez Z._____.
A cinq reprises entre 1992 et 1996, elle a consulté, en raison d'une sciatique résiduelle et de lombalgies, le Dr S._____. Ce praticien a fait procéder à des examens radiologiques et a prescrit une physiothérapie.
Du 9 octobre au 7 décembre 1995, A._____ a été traitée par le Dr Y._____, chiropraticien, pour des douleurs cervicales hautes d'origine mécanique.
B.
A._____ a conclu trois contrats d'assurance (polices n00 00 000, 11 11 111 et 22 22 222) en 1989, 1991 et 1993 avec Secura, devenue, par suite de fusion, Fortuna, puis Generali Assurances de personnes (ci-après: Generali). En 1993 et 1996, ces trois contrats d'assurance vie-décès (capital assuré de 50'000 fr., de 100'000 fr. et de 23'000 fr.) ont chacun été complétés par des avenants stipulant des assurances pour incapacité de gain (rente annuelle de 15'000 fr., 30'000 fr. et 7'000 fr.) et des réserves.
A l'exception de la première assurance vie-décès de 1989, pour laquelle la réserve a été émise ultérieurement, tous les risques assurés ont été assortis d'emblée d'une réserve pour les affections de la colonne vertébrale, leurs conséquences ne donnant droit ni à une rente ni à une exonération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain. Toutes les réserves ont été levées au plus tard le 1er janvier 1997.

C.
Dès le 31 octobre 1997, A._____ a été en incapacité totale de travail en raison de dorsalgies lombaires chroniques, épuisement psychique et troubles anxieux. Le 6 décembre 1999, l'Office cantonal de l'assurance invalidité l'a reconnue invalide à 100% dès le 25 août 1998.
Dans l'intervalle, invoquant des réticences, Secura s'était départie, le 19 novembre 1999, du troisième contrat d'assurance vie-décès, ainsi que des avenants aux premier et deuxième contrats. Le 8 février 2000, elle en a fait de même avec les premier et deuxième contrats. A._____ a contesté l'existence de réticences.
D.
Le 16 janvier 2001, A._____ a déposé une demande tendant à ce qu'il soit constaté que les parties étaient toujours liées par les trois contrats et leurs avenants et à ce que Generali soit condamnée à payer l'ensemble des prestations découlant de ceux-ci. Le 21 février 2002, elle a été déboutée de toutes ses conclusions par le Tribunal de première instance de Genève.
Statuant le 13 décembre 2002 sur appel de A._____, la Chambre civile de la Cour de justice a confirmé ce jugement. En bref, elle a considéré que l'assurée a commis une réticence lors de la conclusion des deux premiers contrats, en n'indiquant pas dans la proposition d'assurance avoir subi sept mois de physiothérapie chez Z._____ en 1987. La même conclusion s'imposait s'agissant de la troisième police, l'intéressée ayant omis de mentionner les traitements pour des sciatiques et des lombalgies postopératoires suivis chez le Dr S._____ en 1992 et 1993. L'extinction des contrats principaux ayant également entraîné celle des avenants, il n'était pas nécessaire de rechercher si une réticence avait été commise dans les propositions en relation avec ceux-ci.
E.
A._____ exerce un recours en réforme au Tribunal fédéral. Elle conclut principalement à ce qu'il soit constaté que les parties sont toujours liées par les trois polices d'assurance, y compris leurs avenants, et à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser l'ensemble des prestations en découlant. Elle demande subsidiairement le renvoi de la cause à l'autorité cantonale pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
La défenderesse n'a pas été invitée à se déterminer.

Le Tribunal fédéral considère en droit:
1.
Le Tribunal fédéral examine d'office et librement la recevabilité des recours qui lui sont soumis (ATF 128 II 56 consid. 1 p. 58 et les références citées).
1.1 Interjeté en temps utile contre une décision finale rendue par le Tribunal suprême du canton dans une contestation civile dont la valeur litigieuse atteint manifestement 8'000 fr., le recours est recevable au regard des art. 46, 48 al. 1 et 54 al. 1 OJ.
1.2 La demanderesse n'a pas chiffré sa demande principale, mais a requis la juridiction fédérale de condamner la défenderesse à lui verser l'ensemble des prestations découlant des contrats d'assurance. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi pour nouvelle décision au sens des considérants. Vu le sort du recours, la question de la recevabilité de telles conclusions (cf. ATF 111 II 384 consid. 1 p. 386; Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. II, n. 1.4.1.2 ad art. 55 OJ) peut demeurer ouverte.
2.
Saisi d'un recours en réforme, le Tribunal fédéral fonde son arrêt sur les faits tels qu'ils ont été constatés par la dernière autorité cantonale, à moins que des dispositions fédérales en matière de preuve n'aient été violées, qu'il n'y ait lieu de rectifier des constatations reposant sur une inadvertance manifeste (art. 63 al. 2 OJ) ou qu'il ne faille compléter les constatations de l'autorité cantonale parce que celle-ci n'a pas tenu compte de faits pertinents, régulièrement allégués et prouvés (art. 64 OJ; ATF 127 III 248 consid. 2c p. 252). Hormis ces exceptions, il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits ou de moyens de preuve nouveaux (art. 55 al. 1 let. c OJ).
3.
La demanderesse reproche à la cour cantonale d'avoir violé les art. 4 et 6 LCA en admettant l'existence de réticences et la résolution des trois contrats ainsi que de leurs avenants par la défenderesse.
3.1 Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant 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 (al. 1); sont importants les faits de

nature à influer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2); sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). Si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 LCA).
3.2 Les faits visés à l'art. 4 LCA sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 118 II 333 consid. 2a p. 336 et les arrêts cités). En d'autres termes, il s'agit de tous les faits qui sont de nature à influencer, dans le cas particulier, la survenance, l'intensité et l'importance du risque, c'est-à-dire non seulement les faits qui font naître le risque, mais aussi tous ceux qui permettent de conclure rétrospectivement à l'existence d'un risque (Urs Ch. Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), n. 12 ad art. 4 LCA).
Savoir si un certain fait établi en procédure est un élément dont il faut tenir compte dans l'appréciation du risque est une question de droit, qui peut être revue dans le cadre d'un recours en réforme au Tribunal fédéral.
3.3 L'assuré n'a une obligation de déclaration qu'en relation avec un questionnaire ou d'autres questions écrites de l'assureur (art. 4 al. 1 LCA). Il doit déclarer les faits qui lui sont connus ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (art. 4 al. 1 in fine LCA). Selon la jurisprudence, 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, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. Ce qui est 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. Il doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur; il remplit son obligation s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (ATF 118 II 333 consid. 2b p. 237 et les arrêts cités; Urs Ch. Nef, op. cit., n. 26 ad art. 4 LCA). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque et passagères, 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).
Le Tribunal fédéral revoit librement en instance de réforme si l'assuré pouvait de bonne foi ne pas indiquer ou indiquer inexactement un fait.
3.4 Pour décider si une question posée par l'assureur est précise et non équivoque au sens de l'art. 4 al. 3 LCA, il y a lieu de l'interpréter selon le principe de la confiance (ATF 101 II 339 consid. 2b p. 344; 116 II 338).
Si une telle question a été posée, le fait sur lequel elle porte est réputé important (art. 4 al. 3 LCA). L'assuré peut toutefois renverser cette présomption en apportant la preuve que l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux conditions prévues s'il avait connu le fait omis ou indiqué d'une façon inexacte (ATF 92 II 342 consid. 5 p. 352). En d'autres termes, il doit établir que la fausse ou inexacte déclaration de ce fait n'aurait pas eu d'influence sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA; Urs Ch. Nef, op. cit., n. 56 ad art. 4 LCA).
Dans la mesure où elle ne repose pas sur des indices concrets, mais exclusivement sur l'expérience générale de la vie, la détermination de la volonté hypothétique de l'assurance est une question de droit que le Tribunal fédéral revoit en instance de réforme (ATF 126 III 10 consid. 2b p. 12; 118 II 365 consid. 1 p. 365/366; Poudret, op. cit., n. 4.2.3 et 4.2.4 ad art. 63 OJ).
4.
S'agissant du premier contrat (police no 00 00 000), la cour cantonale a jugé que la demanderesse a commis une réticence en ne mentionnant pas, dans la proposition d'assurance du 27 juin 1989, avoir subi plus de sept mois de physiothérapie chez Z._____ pour des problèmes de dos en 1987, alors que le questionnaire de santé comportait une question 17.7 relative aux affections de la colonne vertébrale, lumbago ou sciatiques. En bref, elle a considéré qu'interprétée objectivement, la question litigieuse ne pouvait se rapporter uniquement aux affections subies durant les douze derniers mois. La non-déclaration du traitement de physiothérapie portait par ailleurs sur un élément de nature à influer sur le risque, à savoir sur l'assurance d'exonération du paiement des primes, complémentaire à l'assurance du risque décès. De la sorte, l'assureur, informé des faiblesses lombaires de la demanderesse aurait eu "tout loisir" d'émettre une réserve semblable à celles formulées postérieurement,

portant sur l'exonération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain due à une affection de la colonne vertébrale. La demanderesse n'avait par ailleurs pas renversé la présomption de l'art. 4 al. 3 LCA, faute d'avoir prouvé que la défenderesse
aurait conclu aux mêmes conditions, c'est-à-dire sans réserve, si elle avait eu connaissance des sept mois de traitement physiothérapique subi en 1987.
4.1 Reprenant la thèse soutenue en instance cantonale, la demanderesse prétend d'abord que la question 17.7 du questionnaire de santé ne souffre aucune ambiguïté. Elle y avait valablement répondu par la négative, dès lors que celle-là avait trait exclusivement aux affections subies par le proposant dans les douze mois précédant la proposition. La cour cantonale ne pouvait procéder à l'interprétation de ce texte clair en se fondant sur d'autres réponses du même questionnaire. D'ailleurs, si cette autorité avait voulu être exhaustive, elle aurait dû aussi tenir compte du questionnaire du 24 juillet 1991. Dans celui-ci, elle avait également répondu négativement à la question litigieuse, après avoir signalé son opération pour hernie discale de 1989.
Cette critique est vaine. Le chiffre 17 du questionnaire de santé a la teneur suivante:

"17. Affections actuelles ou antérieures

Lorsqu'une affection est survenue dans les 12 derniers mois, préciser la date exacte à laquelle elle s'est manifestée.

Avez-vous ou avez-vous eu une ou plusieurs des affections suivantes?

17. 1 ...
...
...
17.7 Maladies des os ou des articulations, rhumatismes, affections de la colonne vertébrale, lumbago, sciatique."

Suit un tableau dans lequel l'année de l'affection peut être indiquée.
Interprétée selon le principe de la confiance (cf. supra, consid. 3.4), c'est-à-dire selon le sens que la demanderesse peut et doit lui attribuer de bonne foi en fonction des circonstances (cf. ATF 127 III 444 consid. 1b), cette question ne vise pas les seules affections survenues au cours des douze derniers mois. Elle signifie uniquement que, pour celles-ci, le proposant doit indiquer la date exacte de leur manifestation, alors qu'il peut se contenter de l'année de survenance pour celles antérieures à cette date. La demanderesse l'a d'ailleurs compris ainsi puisqu'elle a signalé des affections subies en 1980 et 1985. Le fait qu'elle ait également répondu négativement à une question identique du questionnaire de 1991 ne conduit pas à une autre interprétation.
4.2 La demanderesse soutient ensuite que les sept mois de physiothérapie qu'on lui reproche de ne pas avoir déclarés ne constituent pas un fait important pour l'évaluation du risque. A son avis, seuls des traitements médicaux d'une certaine durée et d'une certaine importance peuvent avoir des conséquences sur l'appréciation de ce dernier. Or, si elle avait connu des épisodes de sciatique en 1981, 1984 et 1987, elle n'avait suivi que quatre traitements de physiothérapie qui avaient pris fin en 1987 déjà. Ses douleurs n'étaient pas chroniques. Elle n'avait en outre pas dû être soulagée par des piqûres. Elle pouvait dès lors de bonne foi considérer, vu l'absence de pathologie et de traitement médicamenteux, qu'il ne s'agissait pas d'un traitement médical au sens où l'entendait l'assureur.
4.2.1 Dans la mesure où la demanderesse affirme que ses douleurs n'avaient aucun caractère chronique et qu'elle n'a pas été soulagée par des injections, elle s'écarte d'une façon irrecevable des faits constatés (art. 63 al. 2 OJ; supra, consid. 2).
4.2.2 Pour le surplus, son moyen doit être rejeté. La demanderesse a répondu par la négative à la question 17.7 figurant sous le titre "Affections actuelles ou antérieures" "Avez-vous ou avez-vous eu une ou plusieurs des affections suivantes? Maladies des os ou des articulations, rhumatismes, affections de la colonne vertébrale, lumbago, sciatique". Contrairement à ce qu'elle voudrait faire admettre, cette question, interprétée selon le principe de la confiance (cf. supra, consid. 3.4), se réfère bien à l'existence d'affections au dos et non à des traitements, médicaux ou autres. En outre, selon l'arrêt attaqué, dès l'année 1986, soit en particulier du 27 mai au 8 juillet 1986, sept mois en 1987 et du 21 novembre 1989 au 17 janvier 1990, l'assurée a régulièrement suivi des séances de physiothérapie, lesquelles lui ont été prescrites médicalement pour des problèmes à la colonne

lombaire. Elle a également connu différents épisodes de sciatique en 1981, 1984 et 1987. Il s'agit là d'éléments qui pouvaient avoir une influence sur sa capacité de travail. Ils étaient donc importants pour l'appréciation du risque d'exonération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain. La demanderesse ne pouvait raisonnablement et de bonne foi
considérer qu'il s'agissait d'indispositions sporadiques sans importance et passagères n'ayant aucune influence sur l'évaluation du risque.
4.3 Enfin, selon la demanderesse, son omission n'a pas eu d'influence sur la volonté de la défenderesse de conclure le contrat. Elle admet que, si elle avait indiqué le traitement litigieux dans la proposition du 27 juin 1989, la défenderesse aurait fait une réserve pour les affections dorso-lombaires, à l'instar de celle émise dans les contrats de 1991 et 1993. Elle relève toutefois qu'une telle réserve a été expressément introduite dans la première police le 1er juin 1996 et qu'elle a été levée le 1er juin 1997, avec effet au 1er janvier précédent. Partant, la cour cantonale aurait dû examiner si une réticence avait été commise à ce moment-là, question qu'elle n'a pas abordée. La défenderesse n'ayant pas invoqué l'existence d'une réticence au 1er janvier 1997 pour ce traitement physiothérapique, dont elle aurait eu connaissance en 1996 déjà, voire en 1997, elle ne pouvait donc se défaire du contrat litigieux pour ce motif.
Cette critique ne résiste pas à l'examen. La réserve introduite par la défenderesse en 1996 a été motivée par la seule hernie discale et a été levée au vu de l'absence de séquelles de celle-ci. La demanderesse veut ignorer que cette réserve ne concernait pas ses autres affections dorsales. Selon l'expérience générale de la vie, on ne peut pas admettre que, si elle avait connu les problèmes persistants de sciatique et les sept mois de traitement de physiothérapie en 1987, la défenderesse aurait accepté - et, par la suite, levé - une réserve limitée en réalité à la seule hernie discale.
5.
La cour cantonale a considéré que la demanderesse a aussi commis une réticence dans le cadre du deuxième contrat d'assurance (police no 11 11 111) conclu après l'opération pour hernie discale de 1989, en omettant d'indiquer en réponse à la question 17.7 relative aux affections de la colonne vertébrale, lumbago ou sciatiques de la proposition du 24 juillet 1991 avoir subi, en 1987, sept mois de physiothérapie pour des problèmes de dos. Renvoyant à ses considérations sur le premier contrat, elle a rejeté l'argument de la demanderesse selon lequel ne devaient être déclarées que les affections survenues les douze derniers mois. Quant à savoir si la connaissance du fait omis aurait eu une quelconque influence sur la réserve émise par l'assureur, elle a jugé que celui-là était important au sens de l'art. 4 LCA. L'opération de la hernie discale, dont la demanderesse prétendait être complètement guérie, pouvait en effet être considérée comme un problème isolé, nécessitant certes une réserve, mais dont l'utilité pouvait être réexaminée après trois ans. Si la défenderesse avait eu connaissance des affections vertébrales répétées antérieures, elle aurait dès lors sûrement soumis le contrat à des conditions différentes, en prévoyant notamment
un réexamen de la réserve après trois ans.
5.1 S'agissant de l'interprétation de la question 17.7, la demanderesse renvoie aux griefs qu'elle a développés pour le premier contrat. Ceux-là doivent être rejetés pour les mêmes motifs (cf. supra, consid. 4.1).
5.2 Selon la demanderesse, même si la défenderesse avait eu connaissance du fait omis, elle aurait émis la même réserve. Elle avait en effet pris celle-ci en sachant que son assurée avait été victime d'une grave hernie discale, qu'elle avait subi une opération de toute urgence, suivie d'une hospitalisation prolongée, et qu'elle avait bénéficié de séances de physiothérapie postopératoire. En outre, une hernie discale est notoirement sujette à récidive. A cet égard, la cour cantonale aurait constaté à tort que cette affection était un problème isolé et que la demanderesse était totalement guérie. Au contraire, la défenderesse était parfaitement consciente d'un risque de récidive. Elle avait par ailleurs levé la réserve, alors même qu'elle avait été informée par le médecin traitant d'une telle éventualité et qu'elle savait que son assurée avait suivi un traitement physiothérapeutique jusqu'en septembre 1995. Soutenant que la réserve est de durée indéterminée, la demanderesse reproche en outre aux juges cantonaux d'avoir retenu que l'assurance aurait assurément prévu un réexamen de celle-là après trois ans.
Autant que la demanderesse conteste qu'elle était guérie de sa hernie discale, elle s'en prend de façon irrecevable (cf. supra, consid. 2) aux constatations de l'arrêt entrepris. Il en va de même lorsqu'elle remet en cause la durée de la réserve.
Comme la défenderesse n'avait connaissance que de la hernie discale, elle a fait une réserve sur cette seule base. Elle l'a levée par la suite pour le seul motif que cette affection était demeurée sans séquelles. Selon l'expérience générale de la vie, l'assureur n'aurait pas accepté une réserve aussi limitée, ni accepté de la lever, s'il avait su

que le problème de dos de la demanderesse n'était pas un événement isolé, mais que celle-ci avait eu des épisodes de sciatique en 1981, 1984 et 1987 et avait suivi des traitements de physiothérapie en 1986 déjà et, pendant 7 mois, en 1987. Les problèmes de sciatique persistants étant ignorés de la défenderesse, ils n'ont été pris en considération ni pour la conclusion de la réserve, ni pour sa levée. Dans ces circonstances, la critique de la demanderesse est mal fondée.

6.

S'agissant du troisième contrat de 1993 (police no 22 22 222), la cour cantonale - qui, sur ce point, s'est écartée des considérations des premiers juges - a admis une réticence, motif pris que la demanderesse a tu les traitements pour des sciatiques et des lombalgies postopératoires dispensés par le Dr S._____ en 1992 et 1993. Comme l'assurée avait indiqué être complètement guérie de sa hernie discale et n'avait pas mentionné ses sciatiques et lombalgies postopératoires dans la proposition du 27 avril 1993, l'assureur pouvait légitimement penser que l'affection survenue en 1989 était un problème isolé. En ne mentionnant pas les traitements dispensés par le Dr S._____, la demanderesse avait donc dissimulé un fait important pour l'évaluation du risque assuré. Par ailleurs, la défenderesse avait pris connaissance de ces faits lors de l'examen du dossier transmis par Fortuna, à la suite de sa demande de renseignements du 26 octobre 1999, de sorte que le délai de quatre semaines de l'art. 6 LCA avait été respecté, la réticence ayant été invoquée le 19 novembre 1999.

6.1 La demanderesse reproche d'abord à la cour cantonale de prendre en considération un motif de réticence qui n'a pas été allégué par l'assurance dans sa lettre du 19 novembre 1999, à savoir le fait qu'elle aurait omis d'annoncer dans la proposition d'assurance du 27 avril 1993 les traitements reçus du Dr S._____.

Ce grief est manifestement mal fondé. Il ressort en effet des faits constatés que la défenderesse a invoqué, le 19 novembre 1999, les questionnaires des 27 avril 1993 (contrat initial) et 14 décembre 1995 (avenant n°2) et, en particulier, l'absence de déclarations concernant les consultations chez le Dr S._____ en 1992, 1993 et 1995. Au demeurant, il sied de préciser que, contrairement à ce que semble croire la demanderesse, l'assureur qui s'est prévalu dans sa lettre de résolution d'une cause de réticence précise, alors qu'il n'est pas tenu de le faire, n'est pas privé de la possibilité d'en faire valoir d'autres devant le juge (arrêt 5C.149/2000 du 30 octobre 2000, consid. 3a; Bernard Viret, Droit des assurances privées, 3e éd., 1991, p. 103; les décisions citées par Olivier Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 6 p. 147).

6.2 Dans la mesure où la demanderesse conteste ensuite avoir tu les traitements médicaux dispensés par le Dr S._____ en 1992, 1993 et 1995, elle s'en prend aux constatations de l'arrêt querellé, ce qu'elle ne saurait faire en instance de réforme (cf. supra, consid. 2). Il en va également ainsi lorsqu'elle affirme que la défenderesse aurait eu connaissance du fait omis le 14 janvier 1999 déjà; l'autorité cantonale a en effet constaté que tel avait été le cas lors de l'examen du dossier transmis par Fortuna à la suite de sa demande de renseignements du 26 octobre 1999.

Pour le surplus, la cour cantonale ayant considéré que la défenderesse s'était valablement départie du troisième contrat pour le seul motif que la demanderesse avait caché les consultations du Dr S._____ et qu'il n'y avait donc pas lieu de revenir sur d'autres causes de réticence, les griefs formulés par la demanderesse en relation avec ces éventuelles autres causes sont sans objet.

6.3 En ne déclarant par ailleurs que son opération de hernie discale - dont elle avait en outre affirmée être complètement guérie - et les traitements médicaux suivis en relation avec celle-ci, et en omettant de faire état de ses sciatiques et lombalgies soignées par le Dr S._____, la demanderesse a fait croire à l'assureur que sa hernie discale était un problème isolé et sans séquelles, malgré un risque de récidive. Ce faisant, elle a tu un élément important pour l'appréciation du risque au sens de l'art. 4 al. 1 LCA.

6.4 Enfin, selon la demanderesse, le fait d'avoir omis les traitements dispensés par le Dr S._____ n'a eu aucune influence sur la volonté de l'assurance de conclure le contrat. A titre d'argumentation, elle se réfère à l'attitude de la défenderesse qui a émis une réserve pour les affections de la colonne vertébrale, qui l'a levée en 1994, réintroduite en 1996 et définitivement levée en 1997.

Ce faisant, la demanderesse feint d'ignorer que cette réserve n'a jamais concerné que le problème de hernie discale. Or, selon l'expérience générale de la vie, on ne peut admettre que l'assureur aurait accepté une réserve limitée à cette seule affection - levée en relation avec celle-ci - s'il avait connu l'existence des sciatiques et lombalgies traitées par le Dr S._____ en 1992, 1993 et 1995.

7.

Pour conclure, la demanderesse se plaint d'une violation de l'art. 8 LCA, selon lequel, malgré la réticence, l'assureur ne peut se départir du contrat, s'il connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré (ch.

3), s'il connaissait ou devait connaître exactement le fait qui a été déclaré de façon inexacte (ch. 4 ) ou s'il a renoncé au droit de se départir du contrat (ch. 5). En bref, la défenderesse savait ou devait savoir depuis 1991 que son assurée souffrait de problèmes dorso-lombaires, puisque ce fait avait été expressément déclaré dans la proposition du 24 juillet 1991. En instituant des réserves et en les levant en toute connaissance de cause, elle avait tacitement renoncé à faire valoir une réticence.
On peut se demander si ce grief, qui ne consiste qu'en une suite d'affirmations reposant sur des faits qui ne ressortent pas de l'arrêt entrepris (art. 55 al. 1 let. c OJ; ATF 116 II 745 consid. 3 p. 748) est recevable. Quoi qu'il en soit, il doit être rejeté. La demanderesse ne fait en réalité que reprendre, sous une autre forme, les arguments soulevés pour démontrer l'absence de réticence. Ainsi, après avoir soutenu qu'en mentionnant l'existence d'une hernie discale, elle aurait déclaré toutes ses affections de la colonne vertébrale, elle prétend ici que, la défenderesse ayant eu connaissance de sa hernie discale, elle aurait connu ou dû connaître toutes ses affections de la colonne vertébrale.
8.
Cela étant, le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable. La demanderesse, qui succombe, supportera les frais de la procédure (art. 156 al. 1 OJ). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la défenderesse, qui n'a pas été invitée à répondre (art. 159 al. 1 et 2 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:
1.
Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2.
Un émolument judiciaire de 4'000 fr. est mis à la charge de la demanderesse.
3.
Le présent arrêt est communiqué en copie aux mandataires des parties et à la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève.
Lausanne, le 7 juillet 2003
Au nom de la IIe Cour civile
du Tribunal fédéral suisse
Le président: La greffière: