

BGer 5C.134/2006 vom 21. November 2006

Bundesgericht, 2006-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_5C.134_2006

FR: TF 5C.134/2006 du 21 novembre 2006

IT: TF 5C.134/2006 del 21 novembre 2006

Erwägungen

E. 1

Dirigé en temps utile (art. 54 al. 1 OJ) contre une décision finale prise en dernière instance cantonale par un tribunal suprême d'un canton, au sens de l' art. 48 al. 1 OJ (cf. art. 56T ss LOJ/GE, RSG E 2 05), dans une contestation civile portant sur des droits de nature pécuniaire dont la valeur dépasse 8'000 fr. (art. 46 OJ), le recours est en principe recevable.

E. 2.1

La demanderesse conteste les arguments qui ont conduit l'autorité cantonale à ne pas admettre les réticences invoquées en cours de procédure (cf. lettre D.b supra).

En premier lieu, on ne verrait pas en quoi le fait que tous les traitements ressortant du relevé des prestations de l'ancienne caisse-maladie du défendeur étaient terminés au moment de la signature de la proposition d'assurance justifierait que le défendeur n'ait pas dû les annoncer. En effet, aucune question du questionnaire de santé ne préciserait que seuls les traitements encore en cours doivent être mentionnés; au contraire, la question 9, par exemple, est ainsi libellée: "Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une des maladies ou affections ci-après? (...)".

En deuxième lieu, on ne pourrait pas reprocher à la demanderesse de ne pas avoir décrit de manière circonstanciée le fait important non déclaré, pour n'avoir pas mentionné la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte, car les circonstances du cas d'espèce seraient trop différentes de celles qui ont donné lieu à l' ATF 129 III 713 . En effet, dans sa réplique du 12 septembre 2005, la demanderesse a énuméré un par un, année après année, les traitements tus par le défendeur, en indiquant le montant facturé pour chaque prestation. Certes, elle n'a pas mentionné explicitement sous quelle question le défendeur aurait dû déclarer chacun des traitements ainsi énumérés, mais grâce à la description faite, tout un chacun pouvait sans peine savoir de quelles questions il s'agissait. Ce serait dès lors faire preuve de formalisme excessif que de reprocher à la demanderesse de n'avoir pas expressément mentionné la ou les questions auxquelles le défendeur n'a pas répondu correctement.

E. 2.2

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 tous les faits de nature à influencer 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 inexactly 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). Il s'agit d'un délai de péremption, et la résolution peut intervenir après la survenance du sinistre (ATF 118 II 333 consid. 3 in limine et les arrêts cités). Pour être valable, la déclaration de résolution du contrat doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactly déclaré; elle doit mentionner la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 consid. 2).

L'assureur qui s'est départi du contrat en raison d'une réticence, dans le délai de quatre semaines à compter du moment où il l'a connue, n'a pas à répéter sa déclaration de résolution si des faits constitutifs d'une autre réticence parviennent ultérieurement à sa connaissance (arrêt non publié du 25 novembre 1938, in RBA VIII n° 51). Il doit toutefois faire valoir les moyens ressortissant à ces faits distincts dans le délai de quatre semaines imparti par l' art. 6 LCA (Roelli/Keller, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, Band I, 2e éd. 1968, p. 129 s.; arrêt du 19 novembre 1982 de la Cour de justice civile du canton de Genève, in RBA XV n° 10 p. 51).

E. 2.3

Saisi d'un recours en réforme, le Tribunal fédéral doit conduire son raisonnement sur la base des faits contenus dans la décision attaquée, à moins que des dispositions fédérales en matière de preuve n'aient été violées, qu'il n'y ait lieu à rectification de 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 clairement établis (art. 64 OJ ; ATF 127 III 248 consid. 2c; 126 III 59 consid. 2a; 119 II 353 consid. 5c/aa). Dans la mesure où un recourant présente un état de fait qui s'écarte de celui contenu dans l'arrêt attaqué sans se prévaloir avec précision de l'une des exceptions qui viennent d'être rappelées, il n'est pas possible d'en tenir compte (ATF 127 III 248 consid. 2c; 130 III 102 consid. 2.2, 136 consid. 1.4). Au surplus, il ne peut être présenté dans un recours en réforme de griefs contre les constatations de fait, ni de faits ou de moyens de preuve nouveaux (art. 55 al. 1 let . c OJ).

E. 2.4

En l'espèce, la demanderesse n'invoque aucune exception qui permettrait de s'écarter des faits constatés par l'autorité cantonale. Dans la mesure où son argumentation se fonde sur des faits non constatés, tels que le libellé de la question 9 du questionnaire de santé (cf. consid. 2.1 supra), elle se révèle irrecevable (cf. consid. 2.3 supra).

C'est donc sur les faits tels qu'ils ont été constatés par l'autorité cantonale que le Tribunal fédéral doit fonder son arrêt (art. 63 al. 2 OJ). Or ceux-ci ne permettent pas de retenir que le défendeur aurait commis des réticens en n'indiquant pas les traitements énumérés par la demanderesse dans sa réplique du 12 septembre 2005. Le défendeur ne peut en effet se voir reprocher d'avoir répondu de manière inexacte aux questions 6 ("Êtes-vous actuellement malade ou en incapacité de travail partielle ou complète?") et 7 ("Êtes-vous actuellement en traitement?"), puisque les traitements invoqués par la demanderesse étaient terminés au moment de la signature de la proposition d'assurance. On ne peut pas davantage lui reprocher d'avoir donné une réponse inexacte à la question 12 ("Avez-vous durant les cinq

dernières années été en incapacité de travail ou de gain?"), dans la mesure où les affections qui ont nécessité les traitements en question n'avaient pas provoqué d'incapacités de travail. Comme l'arrêt attaqué ne fait état d'aucune autre question à laquelle le défendeur aurait répondu par la négative, et par là fait des déclarations inexactes, on ne discerne pas, sur le vu des faits tels qu'ils ont été constatés par l'autorité cantonale, quelle réticence on pourrait lui reprocher.

E. 3

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable. La demanderesse, qui succombe, supportera les frais judiciaires (art. 156 al. 1 OJ). Il n'y a en revanche pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le défendeur n'a pas été invité à répondre au recours et n'a en conséquence pas assumé de frais en relation avec la procédure devant le Tribunal fédéral (art. 159 al. 1 et 2 OJ ; Poudret/Sandoz-Monod, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. V, 1992, n. 2 ad art. 159 OJ).

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