

## **FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 19960304\_f\_ne\_o\_01 vom 4. März 1996**

FINMA Versicherungsrecht, 1996-03-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma\\_versicherungsrecht\\_19960304\\_f\\_ne\\_o\\_01](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_19960304_f_ne_o_01)

FR: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 19960304\_f\_ne\_o\_01 du 4 mars 1996

IT: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 19960304\_f\_ne\_o\_01 del 4 marzo 1996

### **Volltext**

urt10696.doc Tribunal Cantonal du Canton de Neuchâtel, 4 mars 1996, V. c. Fortuna, Compagnie d'assurances sur la vie, Adliswil  
Faits: Sur la base d'une proposition d'assurance du 3 décembre 1986, le demandeur V., professeur de danse, a conclu le 16 décembre 1986 avec la défenderesse Fortuna Compagnie d'Assurances sur la vie, une assurance mixte en cas de vie et de décès d'un capital de 50'000 francs payable soit au décès, soit en cas de vie au 30 novembre 2015 (police no .., D.16). La proposition d'assurance contenait un questionnaire sur l'état de santé du proposant qui a été rempli par J., à l'époque agent général de la défenderesse pour le canton de Neuchâtel, sur la base des indications du demandeur. A la question no .., le demandeur a répondu qu'il avait été en traitement pour la dernière fois en 1986 pour un contrôle général chez le Dr Z. A la question de savoir s'il avait en outre consulté un médecin au cours des cinq dernières années (no ..), il a été répondu: oui, en 1984, chez le Pr. J. pour genou, ménisque. Enfin, il a répondu négativement à la question de savoir s'il avait une capacité de travail restreinte (no ..). Le 17 décembre 1992, la défenderesse a appris, en réponse à un questionnaire qu'elle avait adressé au Dr Z. (D.11/3), que le demandeur avait été traité par ce médecin du 13 au 20 juin 1986 pour une pharyngite aiguë et qu'il avait été en traitement auprès d'autres médecins non précisés. La défenderesse écrivit au demandeur le 4 janvier 1993 que celui-ci n'avait pas répondu de façon conforme aux questions posées sur son état de santé, ce qui constitue une réticence au sens de l'article 4 LCA et la contraignait à se "retirer du contrat" conformément à l'article 6 LCA. Elle exposait encore qu'elle était contrainte à prendre rapidement cette décision, vu le délai de quatre semaines de l'article 6 LCA en ajoutant: "Toutefois, nous nous engageons à prendre de plus amples renseignements, afin de revenir au plus tôt sur cette affaire" (D.11/7). Par lettre du 6 mai 1993, la défenderesse déclara qu'elle devait "confirmer notre lettre de réticence du 4 janvier 1993" car il ressortait de pièces médicales complémentaires reçues que le contrat d'assurance en cause avait été conclu sur des données inexactes (D.11/8). En effet, entre-temps, elle avait recueilli des renseignements auprès de l'assurance-maladie du demandeur (D.2/14) et, sur la base de ses indications, elle s'était adressée à plusieurs médecins qui lui avaient répondu entre le 22 et le 26 mars 1993 (D.11/11-16). Toutefois, la défenderesse se déclarait disposée à remettre en vigueur l'assurance à d'autres conditions (exclusion des assurances complémentaires et surprime de 75 %). Par lettre de son mandataire du 23 septembre 1993, le demandeur contesta formellement l'existence de réticences concernant la police en cause, tout en admettant l'annulation d'un autre contrat d'assurance conclu avec la défenderesse le 26 septembre 1988, également annulé par celle-ci pour cause de réticence (D.11/19). Il faisait valoir que le questionnaire ne contenait aucune question à propos d'un test HIV. La défenderesse lui répondit le 28 septembre 1993 que la réticence ne concernait pas la séropositivité du demandeur mais qu'elle avait appris que celui-ci avait été traité par le Dr H. R. M.,

urologue, en 1982 et 1985 et que si elle avait eu connaissance de la maladie traitée à ces dates elle n'aurait pas assuré le demandeur aux mêmes conditions (D.2/13). Le mandataire du demandeur répliqua que, renseignements pris, la défenderesse était en possession des informations requises le 22 février 1993 déjà et que la résolution du contrat le 6 mai 1993 était tardive. Malgré un échange de correspondance ultérieur, les parties sont restées sur leurs positions. Par demande déposée le 30 mars 1994, V. a pris les conclusions suivantes contre la défenderesse:

2 "PRINCIPALEMENT Dire et constater que les actes de résolution donnés par la défenderesse au demandeur, par lettres des 4 janvier et 6 mai 1993 sont nuls et de nul effet, par défaut de réticence, et que, par conséquent, la défenderesse reste tenue par le contrat d'assurance (police no ..). SUBSIDIAIREMENT S'il est retenu qu'un acte de réticence a été commis, dire et prononcer que la résolution du contrat de la part de la défenderesse du 4 janvier 1993 est nulle car conditionnelle et que celle du 6 mai 1993 est également nulle car tardive, au sens de l'article 6 LCA. EN TOUT ETAT DE CAUSE Sous suite de frais et dépens." Il soutient principalement que la première résiliation du contrat pour cause de réticence, le 4 janvier 1993, était nulle car conditionnelle, la défenderesse indiquant vouloir reprendre contact avec l'assuré quand elle aurait de plus amples renseignements médicaux. Quant à la seconde résiliation du 6 mai 1993, elle était tardive, la défenderesse ayant eu connaissance depuis le 22 février 1993 des faits importants qui auraient été déclarés inexactement. Au surplus, il conteste avoir répondu inexactement aux questions .. et .. du questionnaire ainsi que cela lui a été reproché ultérieurement. Alors que la défenderesse n'avait pas encore répondu à la demande, le 30 mai 1994, elle notifia au demandeur une nouvelle fois qu'elle devait se "retirer du contrat" en raison du fait qu'il n'avait pas répondu de façon conforme aux questions posées sur son état de santé. Elle exposait qu'à la suite de nouvelles pièces médicales, en particulier un rapport du Dr T. (qu'elle avait reçu le 27.5.1994: D.11/32), elle constatait qu'au moment de la signature de la proposition d'assurance, le demandeur était dans une période d'incapacité de travail à 50 % du 30 juin 1986 au 28 février 1987 à la suite d'un accident de voiture. Dans sa réponse à la demande du 25 août 1994, la défenderesse a pris les conclusions suivantes: "PRINCIPALEMENT 1. Rejeter la demande dans toutes ses conclusions. 2. Dire et prononcer que la résolution notifiée au demandeur le 4 janvier 1993 l'a été valablement et dans les délais légaux de telle sorte que la police no .. (recte: ..) conclue le 26 septembre 1988 (recte: 16 décembre 1986) est devenue nulle et de nul effet dès sa conclusion. 3. Donner acte à la défenderesse qu'elle tient à la disposition du demandeur la valeur de rachat de ce contrat d'assurance nul et de nul effet calculée au 31 décembre 1992, à savoir Fr. 6'863.--. SUBSIDIAIREMENT Si, contre toute attente, la résolution notifiée le 4 janvier 1993 et confirmée le 6 mai 1993 devait être déclarée nulle et de nul effet, dire et prononcer que la résolution notifiée le 30 mai 1994 l'a été valablement et dans les délais légaux de telle sorte que la police d'assurance .. est devenue nulle et de nul effet à compter du jour de sa conclusion. 5. Dans cette hypothèse, donner acte à la défenderesse qu'elle tient à la disposition la valeur de rachat de dite police calculée au 31 mai 1994. EN TOUT ETAT DE CAUSE 6. Sous suite de frais, dépens et honoraires." Elle invoque en substance que la résolution du contrat le 4 janvier 1993 était inconditionnelle et qu'elle était justifiée par le fait que le demandeur avait caché qu'il avait souffert d'une pharyngite du 13 au 20 juin 1986 et qu'il avait consulté plusieurs médecins, répondant ainsi inexactement aux questions nos .. et .. du questionnaire. Elle a découvert ultérieurement que le demandeur avait consulté dans les cinq ans précédant la signature de la proposition d'assurance neuf médecins autres que ceux indiqués ce qui l'a

incitée à prendre contact avec certains d'entre eux et lui a confirmé que les réticences invoquées le 4 janvier 1993 étaient

3 pleinement avérées, de sorte qu'elle a confirmé la résiliation du contrat le 6 mai 1993. Après la notification de la demande, elle a encore appris du Dr T. le 27 mai 1994 que le demandeur subissait une incapacité de travail de 50 % au moment de la signature de la proposition, de sorte qu'il a répondu inexactement à la question no .. relative à sa capacité de travail, ce qui a justifié une nouvelle confirmation de la résolution du contrat le 30 mai 1994. En réplique, le demandeur expose que, malgré le certificat d'incapacité de travail de 50 % délivré par le Dr T., suite à l'accident de circulation subi en juin 1993, il n'a ni cessé ni réduit son activité professionnelle, de sorte qu'il ne s'estimait pas incapable de travailler en décembre 1986. La défenderesse a produit en procédure les renseignements d'ordre médicaux qu'elle a obtenus concernant le demandeur. Plusieurs témoins ont été entendus. Il sera fait état de ces preuves dans la mesure utile ci-après. Motifs: La valeur litigieuse en cause est de 43'137 francs, correspondant à la différence entre le montant en capital de l'assurance de 50'000 francs et la valeur de rachat de 6'863 francs que la défenderesse déclare tenir à disposition du demandeur. La compétence de la Cour civile est ainsi acquise. Par ailleurs, l'assuré agit valablement au for de son domicile suisse, conformément à l'article 28 LSA. Aux termes de l'article 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. 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. Sont réputés importants tous les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit les questions précises non équivoques (ATF 99 II 67, 92 II 342). Si, lors de la conclusion du contrat, le proposant a déclaré inexactement ou omis de déclarer un fait important pour l'appréciation du risque, au sujet duquel il avait été interrogé expressément et de façon non équivoque, l'assureur est en droit, selon l'article 6 LCA, de se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Il s'agit là d'un délai de péremption et le respect du délai doit être prouvé par l'assureur (ATF 118 II 333, 116 II 338). Ce délai de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective complète, de simples doutes à cet égard étant insuffisants (ATF 118 II 333). Selon la jurisprudence, l'assureur qui entend se départir du contrat selon l'article 6 LCA doit déclarer de façon circonstanciée, dans l'acte par lequel il allègue la réticence et signifie à l'assuré qu'il se départit du contrat, le fait non déclaré ou inexactement déclaré par le proposant (ATF 110 II 499; ATF n.p. Zurich c/Sch. du 18.3.1994 et A. c/La Bâloise du 25.8.1994). En l'espèce, la lettre du 4 janvier 1993 par laquelle la défenderesse déclare se "retirer" du contrat en application de l'article 6 LCA ne mentionne pas quel serait le fait que l'assuré aurait inexactement déclaré. Elle se borne à relever qu'il ressort des pièces en sa possession (dont on ignore quelles elles sont) qu'il n'a pas "été répondu de façon conforme aux questions posées sur votre état de santé". Une telle formulation, aussi générale, ne donne pas les renseignements circonstanciés nécessaires. Une copie de la troisième page de la proposition d'assurance a bien été jointe à cette lettre mais elle ne fournit aucune précision quant aux faits inexactement déclarés, si l'on se réfère à la seule copie de ce document figurant au dossier (D.11/5). Dès lors, la lettre du 4 janvier 1993 ne satisfait pas aux exigences de la jurisprudence. Elle ne saurait dès lors être considérée comme constitutive de la résolution du contrat en cause. La lettre du 6 mai 1993, par laquelle la demanderesse

déclare "confirmer notre lettre de réticence du 4 janvier 1993" ne pouvait confirmer une résolution du contrat inopérante. Elle

4 ne peut non plus constituer une nouvelle déclaration de résolution du contrat en raison de la connaissance qu'aurait eue l'assurance de nouvelles réticences. En effet, cette lettre n'est pas plus explicite que la première sur les faits importants qui auraient été inexactly déclarés. Au surplus, comme on l'a appris en cours de procédure, les faits qu'elle entendait invoquer lui étaient connus par les réponses des différents médecins depuis le 26 février au plus tard, soit depuis plus de quatre semaines avant le 6 mai 1993. La défenderesse n'ayant pas résolu valablement le contrat par ses communications des 4 janvier et 6 mai 1993, il n'est pas nécessaire pour la solution du litige d'examiner encore si le demandeur a commis les réticences qui lui sont imputées. Le 30 mai 1994, la défenderesse a réitéré une nouvelle fois sa déclaration de résolution du contrat pour cause de réticence. Dans cette lettre, même si l'assurance ne se réfère pas à une question précise du questionnaire, on peut déduire de ses explications, à savoir que le demandeur avait une capacité de travail réduite à 50 % au moment de la signature de la proposition, qu'elle se référerait à la réponse négative donnée à une partie de la question .. («votre capacité de travail est-elle restreinte?») L'assureur peut renouveler sa déclaration de résolution du contrat s'il apprend ultérieurement que d'autres faits importants que ceux invoqués dans un premier temps ont été déclarés inexactly dans la proposition. Un délai autonome court pour chacune des réticences commises à partir du moment où l'assureur en a eu connaissance sans égard au fait que ce dernier n'aurait pas respecté le délai pour l'une d'elles (ATF 116 II 342). Le demandeur a été en traitement médical chez le Dr T. en 1986 et 1987 pour les suites d'un coup du lapin cervical consécutif à un tamponnement de sa voiture par l'arrière. Interpellé par l'assurance une première fois, le Dr T. a répondu le 26 février 1993 en indiquant le diagnostic et la nature du traitement (D.11/16). Interpellé une nouvelle fois par la défenderesse, après le début de la procédure, le 13 mai 1994, concernant les dates d'incapacité de travail de l'assuré, le médecin a indiqué sur la base des indications de son dossier: "50 % du 30.6.86 au 28.2.87. Reprise du travail a plein le 01.03.87" (D.11/32). Enfin, entendu en procédure, le Dr T. a précisé: "Les incapacités de travail ont été fixées par rapport aux plaintes du patient et dans le contexte d'activité de danseur professionnel, forcément limitées par le tableau douloureux" (D.19). Dans son interrogatoire, le demandeur, après s'être référé aux indications fournies par le Dr T., ajoute ceci: "Je précise toutefois que malgré l'incapacité de travail de 50 % indiquée par ce médecin, j'ai continué à travailler normalement, à plein temps, pendant toute cette période. A l'époque j'exploitais une académie de ballet à N. et j'enseignais également la danse au conservatoire" (D.15). La Doctoresse de B., qui a également soigné le demandeur, en réponse à la question "Pensez-vous qu'à l'origine, les lésions constatées chez M. V. justifiaient une capacité restreinte de travail à 50 % ainsi que l'a attesté M. le Dr T.?", a répondu: «Les lésions justifiaient ou auraient justifié une capacité de travail à 50 %, mais à ma connaissance M. V. travaillait à 100 %» (D.24). Enfin, le témoin D. qui s'occupait du bouclage comptable et des déclarations d'impôts du demandeur déclare que celui-ci a commencé son activité d'indépendant en ouvrant une académie de danse le 1er octobre 1986, certains cours ayant déjà débuté à partir de juillet de cette année. A son avis, le demandeur a augmenté son activité depuis l'été 1986 plutôt que le contraire et la déclaration d'impôts pour 1987 ne mentionne aucune prestation d'assurance dans les gains de l'année 1986 (D.28, 2/21). On retiendra dès lors en fait que, bien que le médecin traitant ait prévu qu'une incapacité de travail du demandeur de 50 % de fin juin 1986 à fin février 1987 était médicalement justifiée, le demandeur, travaillant comme indépendant, n'a pas

réduit son activité et a continué de travailler à temps complet pendant cette période. Pour savoir si le proposant remplit ou non ses obligations quant aux déclarations à faire, il faut tenir compte des circonstances du cas particulier, notamment de la personnalité et de la situation du proposant. Ce qui est décisif, c'est de savoir si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse négative à une question de l'assureur selon la connaissance qu'il avait de la situation (ATF 118 II 333, 116 II 338). Dans le cas particulier, la question litigieuse avait la teneur suivante: "Avez-vous un handicap physique ou votre capacité est-elle restreinte?" La question portant à la fois sur l'existence d'un handicap physique et d'une incapacité de travail donne à penser que la seconde partie est en rapport avec la première et qu'il s'agit dès lors d'une incapacité permanente dont n'était certainement pas atteint le demandeur. Même si l'on interprète la seconde partie de la question pour elle-même, on doit admettre que le demandeur, travaillant à temps complet au moment de la signature de la proposition d'assurance, pouvait de bonne foi répondre par la négative à cette question. L'incapacité de travail avait été fixée antérieurement par le médecin par rapport aux plaintes du patient et en fonction de son activité de danseur professionnel. Or, en décembre 1986 le demandeur venait d'ouvrir une académie de danse et travaillait à temps complet, ce qui n'était pas incompatible avec les séquelles qu'il pouvait encore avoir de son accident. Dans ces conditions, c'est bien la capacité de travail effective qui devait être prise en compte et non une incapacité partielle qui aurait été médicalement justifiée en fonction d'une situation professionnelle qui avait changé. Une telle conclusion s'impose d'autant plus qu'il ne faut admettre qu'avec la plus grande retenue l'existence d'une réticence en raison de la rigueur de la loi qui prévoit dans ce cas la résolution pure et simple du contrat (ATF 116 II 341). Il résulte de ce qui précède que la défenderesse n'a pas valablement résolu le contrat d'assurance en cause et que celui-ci continue donc à déployer ses effets. La défenderesse qui succombe supportera les frais et dépens de la cause. Par ces motifs, LA Ie COUR CIVILE 1. Dit que le contrat d'assurance liant les parties selon police no .. n'a pas été résolu et qu'il continue de déployer ses effets. 2. Condamne la défenderesse aux frais et dépens de la procédure arrêtés ainsi qu'il suit: - frais avancés par le demandeur fr. 2'253.75 - frais avancés par la défenderesse fr. 33.75 - dépens à payer au demandeur fr. 4'000.- Total fr. 6'287.50

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