

# **FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 19981201\_f\_ge\_o\_00 vom 1. Dezember 1998**

FINMA Versicherungsrecht, 1998-12-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma\\_versicherungsrecht\\_19981201\\_f\\_ge\\_o\\_00](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_19981201_f_ge_o_00)

FR: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 19981201\_f\_ge\_o\_00 du 1 décembre 1998

IT: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 19981201\_f\_ge\_o\_00 del 1 dicembre 1998

## **Erwägungen**

### **E. 5**

serait contraire aux règles de la bonne foi (ATA R. du 6 octobre 1998; ATF 108 V 28 consid 2, 250 consid. 4 a; ATF 102 V 198 consid. 4; ATFA F. du 30 mai 1998 n.p.). La jurisprudence a précisé 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 rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne violait pas de manière fautive son obligation de renseigner. Le futur assuré doit, lorsqu'il répond aux questions de l'assureur, sérieusement se demander s'il existe un fait qui tombe sous le coup desdites questions. L'obligation de renseigner est remplie 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 de l'assureur (ATF 116 II 338, pp. 340 et 341, et les références citées). La recourante fait valoir, pour l'essentiel, d'une part qu'elle ne souffrait d'aucune maladie au moment où elle a rempli le questionnaire d'adhésion à la Visana, et d'autre part, que la caisse-maladie était supposée connaître le traitement en cours, puisqu'elle en assumait la couverture. Lorsqu'elle a rempli le questionnaire en effet, la recourante a répondu oui à la première partie de la question posée, savoir si elle était actuellement en bonne santé. Elle s'est toutefois abstenue de répondre à la deuxième partie de la même question qui était la suivante: si non, chez quel médecin/hôpital êtes-vous en traitement? Certes, la recourante pouvait s'estimer en bonne santé. Toutefois, elle a passé sous silence un traitement régulier qu'elle suivait chez un psychiatre depuis le 14 décembre 1994, et qui se poursuivait toujours. Ainsi, au moment de remplir le questionnaire, en mai 1996, elle était en traitement depuis plus de 17 mois chez la Drsse H. Il n'appartient pas au candidat à l'assurance de décider si tel renseignement est important ou non, ou si tel traitement peut constituer un risque ou pas. Il doit déclarer tous les faits décisifs qu'il connaît ou doit connaître, même s'il croit - à tort ou à raison - que l'assureur les connaît déjà ou devrait les connaître. Il a été précisé, dans ce contexte, que la caisse n'est pas tenue de procéder spontanément, dans chaque cas, à une enquête sur d'éventuelles maladies antérieures du candidat à l'assurance ou sur les prestations d'assurance qui pourraient lui avoir été allouées précédemment. On ne peut pas l'exiger de la part de l'assurance si le candidat ne lui fournit aucune indication, fût-elle sommaire, justifiant de telles investigations (ATF 112 V 187; ATA J. du 5 août 1997). La recourante aurait pu donner connaissance à la caisse du traitement en cours en répondant aux questions Nos 1 et 2 ainsi libellées: Quelles maladies/opérations et accidents avez-vous déjà subis? Existe-t-il des suites? Ce qui est décisif dans le cas d'espèce, c'est que la recourante n'a pas répondu à une question essentielle concernant un traitement en cours. A cet égard, il n'a pas suffi d'indiquer le nom du médecin de famille en se reposant sur le certificat médical éventuel

que celui-ci fournira à la caisse, à supposer qu'il en soit requis par celle-ci. Preuve en est dans le cas particulier que la Drsse R. a omis, à tort ou à raison, de mentionner le traitement psychiatrique en cours. Il est vrai que le médecin traitant a donné une explication au sujet de cette omission. Mais elle doit être accueillie avec précaution en raison des rapports qui la lient à sa patiente. Ainsi, il n'appartenait pas à la recourante de décider de taire l'existence du traitement qu'elle suivait, alors, auprès d'un psychiatre - et qui se prolongera en tout cas jusqu'en juin 1998, soit pendant plus de trois et demi. De la même manière, il n'est pas admissible que l'assurée décide pour des raisons subjectives qu'il y a lieu de mentionner ou au contraire de taire une affection existante. C'est en effet à la caisse qu'il incombe de se déterminer sur les informations reçues. De la même manière, il est indifférent qu'il y ait ou non un lien de causalité entre le traitement en cours et l'hospitalisation elle-même. Il appartient à la caisse d'analyser le risque, compte tenu des indications fournies. En ne mentionnant pas un traitement de longue haleine, la recourante a commis une réticence.

#### **E. 6**

La recourante s'est crue dispensée de donner des indications au motif qu'elle supposait que la caisse était au courant. Comme il a été dit plus haut, l'assuré doit déclarer tous les faits décisifs, même s'il croit que l'assureur les connaît déjà ou devrait les connaître. De plus, si l'assuré commet une réticence consistant dans une fausse déclaration, il ne saurait par la suite bénéficier des règles de la bonne foi en reprochant à la caisse une omission dans ses investigations, alors qu'il a lui-même induit en erreur cette dernière par des renseignements contraires à la réalité (RAMA 1991 p. 257). C'est donc à juste titre que l'intimée a estimé que la recourante avait commis une réticence, ce qui l'a autorisée à introduire une réserve rétroactive. En tous points mal fondé, le recours sera ainsi rejeté. Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu (art. 47 al. 3 LSA). Vu l'issue du litige, aucune indemnité ne sera allouée (art. 89G LPA).

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