

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20031113_f_ch_b_01 vom 13. November 2003

FINMA Versicherungsrecht, 2003-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20031113_f_ch_b_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20031113_f_ch_b_01 du 13 novembre 2003

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20031113_f_ch_b_01 del 13 novembre 2003

Erwägungen

E. 1

Compte tenu de la suspension des délais prévue à l'art. 34 al. i let. a OJ, le recours est formé en temps utile. Interjeté contre une décision finale rendue par le tribunal suprême du canton dans une contestation civile de nature pécuniaire, le recours est recevable au regard des art. 48 al. 1 et 54 al. 1 OJ. Comme les droits contestés devant la dernière instance cantonale atteignent 8'000 fr., il l'est aussi selon l'art. 46 OJ.

E. 2

Dans la mesure où le demandeur s'écarte des constatations de fait de l'autorité cantonale sans se prévaloir valablement d'une violation des dispositions fédérales en matière de preuve ou d'une inadvertance manifeste (art. 55 al. 1 let. c et 63 al. 2 OJ), son recours est irrecevable. Tel est notamment le cas lorsqu'il soutient que sa proposition a été acceptée selon une procédure simplifiée. L'autorité cantonale a retenu que l'agent d'assurance avait déclaré que son rôle consistait à remplir une proposition d'assurance complète. L'autorité cantonale a également retenu que le demandeur n'avait pas prouvé

qu'il n'avait pas à répondre à la question 13 du formulaire. Dans la mesure où le demandeur s'écarte de ces constatations, son grief est irrecevable.

E. 3

Le demandeur fait valoir que l'autorité cantonale aurait violé l'art. 8 CC en écartant, sans même l'entendre, le témoignage de son épouse, selon lequel il avait signalé à l'agent d'assurance qu'il avait été brièvement hospitalisé.

E. 3.1

L'art. 8 CC désigne celui qui, du titulaire du droit ou de sa partie adverse, doit supporter les conséquences de l'échec de la preuve d'un fait. L'art. 8 CC confère également à la partie chargée du fardeau de la preuve la faculté de prouver ses allégations dans les contestations relevant du droit civil fédéral, pour autant qu'elle ait formulé un allégué régulier selon le droit de procédure, que les faits invoqués soient juridiquement pertinents au regard du droit matériel et que l'offre de preuve correspondante satisfasse, quant à sa forme et à son contenu, aux exigences de l'art. 8 CC. La question est de savoir si le Juge s'est convaincu à tort ou à raison de l'existence d'un fait après avoir apprécié les preuves, ne relève plus de l'application de l'art. 8 CC. Cette disposition ne peut être invoquée pour tenter de faire corriger l'appréciation des preuves, qui ressortit au juge du fait (ATF 128 III 22 consid. 2d p. 25; 127 III 248 consid. 3a p. 253 et les arrêts cités).

E. 3.2

En l'espèce, l'autorité cantonale n'a pas refusé d'administrer une preuve. Elle a au contraire procédé à l'appréciation du témoignage figurant déjà au dossier de l'épouse du demandeur. Elle a écarté ce témoignage au motif que, émanant d'un proche intéressé au sort du litige, il n'était corroboré par aucun autre élément du dossier. Partant, elle a retenu que le demandeur n'avait pas signalé son hospitalisation lors de la souscription de la proposition d'assurance. Ce faisant, l'autorité cantonale a procédé à l'appréciation des preuves; elle n'a pas violé l'art. 8 CC. Le grief est par conséquent mal fondé.

E. 4

Le demandeur se plaint d'une violation des articles 4 et 6 LCA. Aucune réticence en relation avec les réponses données sous chiffres la et 13c du formulaire accompagnant la proposition d'assurance ne saurait lui être reprochée.

E. 4.1

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 Page 4

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 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). Les faits en question 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; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs de risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque. D'après la .J... H résulte clairement

E. 4.2

En l'espèce, il n'est pas contesté que la défenderesse a agi dans le délai de quatre semaines prévu par l'art. 6 LCA. Le litige porte uniquement sur le point de savoir si le demandeur a ou non commis une réticence.

E. 4.2.1

L'autorité cantonale a retenu une réticence sur deux points: d'une part, du fait que le demandeur avait omis d'indiquer à la question 1 a qu'à la suite de l'accident de voiture en 1992, il avait subi une incapacité de travail de trois semaines et un traitement physiothérapeutique de quatre mois environ. Le fait de ne pas indiquer sous chiffre 13c qu'il avait été hospitalisé était, d'autre part, également constitutif de réticence.

E. 4.2.2

Le demandeur objecte qu'il pouvait de bonne foi considérer que la question de la durée des examens ou des soins reçus par un médecin les trois dernières années (question 1 a) se rapportait aux Page 5

contrôles médicaux à l'exclusion de tout autre traitement, physio- thérapeutique notamment. La colonne intitulée "Suites" pouvait laisser penser que seules des séquelles durables devaient être mentionnées, la formule ne posant aucune question quant à une incapacité de travail passée ou un suivi physiothérapeutique. Par ailleurs, la notion de soins reçus dans un hôpital (question 13c) suppose, de l'avis du demandeur, une intervention ou un traitement. Dès lors qu'il n'a subi ni intervention ni traitement lors de son séjour à l'hôpital en 1992, il n'avait pas à mentionner son hospitalisation.

E. 4.3

La question 13c du formulaire interroge le proposant sur le point de savoir s'il a été soigné dans un hôpital, un sanatorium, une clinique ou un établissement de cure. Cette question est claire; contrairement à ce que soutient le demandeur, il n'est pas besoin de l'interpréter. Il n'est pas nécessaire de subir une intervention ou un traitement particulier pour être "soigné" dans un établissement médical. Le patient qui est en observation à l'hôpital est également soigné, les soins consistant précisément dans l'examen attentif du malade, de son comportement, de ses réactions, de l'évolution de son état, tous renseignements qui sont notés dans son dossier et qui sont exploités pour poser le diagnostic. Ce qui importe est que l'état de santé du proposant ait nécessité une hospitalisation. Appelé à répondre à la question d'un assureur, dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, de savoir s'il a été soigné dans un hôpital, le proposant doit par conséquent, sous peine de commettre une réticence, indiquer toute hospitalisation, même s'il n'y a pas subi d'intervention ou de traitement médical particulier (ATF 110 II 499 consid. 4d p. 503). L'autorité cantonale a retenu de manière à lier le Tribunal fédéral (cf. art. 63 al. 2 OJ) que le demandeur avait été hospitalisé pendant quatre jours à la suite de son accident en 1992. Elle a également constaté qu'il avait subi, en raison de l'accident, une incapacité de travail de trois semaines et qu'il avait dû suivre un traitement de physiothérapie pendant quatre mois. Le demandeur n'a signalé aucun de ces éléments à la défenderesse. Il a au contraire laissé entendre en réponse à la question la que l'accident de voiture de 1992 était resté sans conséquences. La défenderesse l'a expressément interrogé au chiffre 13e du questionnaire quant à un éventuel séjour en milieu hospitalier. La question était claire et, comme le demandeur n'a signalé en réponse aux autres questions du formulaire ni son hospitalisation ni les autres conséquences subies lors de son accident de 1992, il ne pouvait, de bonne foi, passer son hospitalisation sous silence. Page 6

E. 4.4.1

Le demandeur soutient qu'une réponse affirmative à la question 13c n'aurait pas exercé d'influence sur la décision de la défenderesse de conclure un contrat avec lui.

E. 4.4.2

L'autorité cantonale a retenu que l'annonce de l'hospitalisation aurait été de nature à provoquer une autre détermination de la part de l'assurance. Dans la mesure où l'autorité cantonale ne fonde pas la détermination de la volonté hypothétique de l'assurance sur des indices concrets, mais exclusivement sur l'expérience générale de la vie, le Tribunal fédéral peut revoir cette détermination dans le recours en réforme (ATF 126 III 10 consid. 2b p. 12; 118 II 365 consid. 1 p. 366).

E. 4.4.3

En l'espèce, selon l'expérience, l'assurance n'aurait pas contracté de la même manière avec le demandeur si elle avait eu connaissance de son hospitalisation et des affections la

justifiant. Elle aurait, à tout le moins, émis une réserve quant à une incapacité de gain future liée à des troubles en relation avec les lésions subies lors de l'accident et en fait, elle n'aurait pas pu apprécier à l'avance l'importance d'un traumatisme crânio-cérébral et d'un syndrome cervical post-traumatique souffrant par la suite d'affections invalidantes touchant les cervicales et les lombaires. L'hospitalisation et les circonstances l'ayant rendue nécessaire étaient ainsi de nature à permettre à la défenderesse d'apprécier différemment les facteurs du risque qu'elle allait assurer. C'est donc à juste titre que l'autorité cantonale a estimé que la réticence du demandeur portait sur un fait important de nature à susciter une autre détermination de la part de l'assurance.

E. 4.5

Dès lors que l'autorité cantonale a retenu sans violer le droit fédéral que le demandeur avait commis une réticence en omettant d'indiquer son hospitalisation au chiffre 13e du formulaire, il est superflu d'examiner si elle a retenu à bon droit que le fait d'avoir tu l'incapacité de travail et le traitement physiothérapeutique subis en 1992 était également constitutif d'une réticence. 5. Infondé, le recours doit être rejeté aux frais de son auteur (art. 156 al. 1 OJ). Ce dernier requiert l'assistance judiciaire. Il ne joint cependant aucune pièce attestant de sa situation financière. En outre, selon ses propres indications ressortant du dossier, son épouse et lui réalisent ensemble un revenu mensuel brut de 9'975 fr., allocations familiales incluses, et ont des charges mensuelles de 4'488 fr. (loyer 1'995 fr., assurances maladie 893 fr., frais de transport 100 fr., Page 7

alimentation 1'500 fr.). Le couple disposant ainsi d'un montant de plus de 5'000 fr. par mois, le recourant ne peut être considéré comme indigent au sens de l'art. 152 OJ. Partant, la requête d'assistance judiciaire doit être rejetée. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la défenderesse n'étant pas représentée par un mandataire professionnel (art. 159 al. 1 OJ; arrêt 40.269/2002 du 17 décembre 2002, consid. 4).

E. 6

LCA f•1 jurisprudence, H résulte clairement du texte des art. 4 et 6 wH qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire. Ce qui est décisif, c'est de juger si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse déterminée à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation (ATF 118 II 333 consid. 2a p. 336; 116 V 218 consid. 5a et b p. 226).

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