

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050927_f_vd_o_01 vom 27. September 2005

FINMA Versicherungsrecht, 2005-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20050927_f_vd_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050927_f_vd_o_01 du 27 septembre 2005

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050927_f_vd_o_01 del 27 settembre 2005

Erwägungen

E. 1

a) La couverture ici en cause est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, première phrase, LAMai. Son contentieux relève du Tribunal des assurances selon le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 ([RSV 2.2 D]; JT 1999 III 106, c. 4 et 5; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, in JT 2000 lii 79 ss; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, in : Colloques et journées d'études 1999- 2001, éditions IRAL, Lausanne 2002, pp. 757 ss, spéc. 765 ss). b) Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 1 e` du décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 2.2 D]). c) S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées [LSA]; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; RAMA 1998 KV 35 p. 290; ATF 123 V 324 consid. 3a, RAMA 1998 KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, in : Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5 p. 198). 10301 .

8 d) En l'occurrence, il est constant que le litige se rapporte à l'assurance complémentaire G , souscrite par la demanderesse auprès de la caisse. De plus, X a agi par la voie de la demande auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Le tribunal de céans est donc compétent pour examiner ladite demande et cette dernière est recevable.

E. 2

La question litigieuse est en l'espèce celle de savoir si la caisse peut invoquer la réticence, résoudre le contrat d'assurance et refuser de servir ses prestations à la demanderesse pour son hospitalisation à la Clinique .La Métairie du 24 janvier au 21 février 2003.

E. 3

Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2eme édition, Zurich 1985, p. 78). A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (idem, Droit des assurances privées, pp. 19 s.; idem, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in : Recueil de

travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éditions IRAL, Lausanne 1997, pp. 665 ss, spéc. p. 671). Les conditions générales d'assurance, de même que les conditions complémentaires, spéciales et particulières, font partie intégrante du contrat; aux termes de l'article 3 alinéa Z et LCA, elles doivent ou bien être contenues dans le formulaire même de proposition fourni par l'assureur ou bien avoir été remises au proposant avant qu'il ait remis le formulaire contenant sa proposition de contrat (idem, Recueil de travaux, p. 673). • Aux termes de l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, 10301

9 à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

E. 4

a) Pour examiner la question de la réticence, la Y s'est référée directement à la LCA et non à ses conditions générales. Dès lors, il convient de prendre en compte directement ladite loi fédérale et ses normes topiques relatives à la réticence. b) En vertu 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 être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1^{er}); 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). Cette dernière présomption peut cependant être détruite quand il est prouvé que l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux conditions prévues s'il avait connu les faits que le proposant n'a pas indiqués ou qu'il a indiqués d'une façon inexacte (arrêt du TF du 7 juillet 2003, 5C.47/2003, consid. 3.4; ATF 75 11 158 consid. 3). Les faits visés à l'article 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. 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 (arrêt du TF du 7 juillet 2003, 5C.47/2003, consid. 3.2). 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. Du moment que la loi ne se contente pas de 10341

- 10 - ce que le proposant communique à l'assureur, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais qu'elle prescrit en outre que le proposant doit déclarer également les faits importants pour l'appréciation du risque qui doivent être connus de lui, cette loi institue un critère objectif (indépendant de la connaissance effective qu'a le proposant des faits concrets). Toutefois, pour appliquer ce critère, on tiendra compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. En effet, celui-ci doit déclarer à l'assureur, outre les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont, effectivement connus, non pas d'une façon générale tous les faits de cette nature qui sont objectivement reconnaissables lors de la conclusion du

contrat, mais seulement ceux qui font l'objet de questions écrites et qui lui sont connus ou doivent être connus de lui; ce principe vaut, non seulement dans le cas exceptionnel du proposant dont les facultés mentales ne sont pas normalement développées, mais dans tous les cas. Ce qui est finalement décisif, c'est de juger 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 et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées: la LCA exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur, mais elle n'exige pas de lui qu'il recueille des renseignements sur l'existence d'un pareil fait; le proposant remplit l'obligation qui lui est imposée 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. Il ne faut admettre qu'avec la plus grande retenue l'existence d'une réticence. Cette retenue s'impose déjà du fait de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat, non son adaptation (ATF 118 II 333 consid. 2b; ATF 116 II 338 consid. 1c; arrêt du TF du 7 juillet 2003, 5C.4712003, consid. 3.3). 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 (arrêt du TF du 7 juillet 2003, 5C.47/2003, consid. 3.3; ATF 116 II 10301

338 consid. 1b). • Mais si les troubles de peu d'importance éveillent des soupçons et permettent de supposer qu'ils sont les symptômes d'une maladie qui commence peut-être à se manifester ou d'une maladie n'ayant pas encore pu être surmontée, le candidat à l'assurance doit les mentionner dans la déclaration sur son état de santé (RAMA 1989 K 825 p. 405 consid. 2c). • e) Aux termes de l'article 6 LCA, si celui qui devait faire la déclaration • a, lors de la conclusion du contrat, 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. S'agissant du point de départ du délai de l'article 6 LCA, le délai de péremption de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur "est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence et qu'il en a une connaissance effective, de simples doutes à cet égard étant insuffisants" (ATF 118 II 333 consid. 3; ATE 109 II 159 consid. 2a). • Dans le cas présent, il n'est pas contesté que le délai a été respecté par l'assureur, lequel a invoqué la réticence et s'est départi du contrat le 10 février 2003, soit moins de quatre semaines après le rapport du Dr H *du 31 janvier 2003.

E. 5

a) Il convient donc de savoir si l'intéressée a déclaré à la caisse tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, au sens de l'article 4 LCA dont la teneur est mentionnée ci-dessus. Plus particulièrement, il faut savoir depuis quand elle connaissait les troubles psychiques qui l'ont affectée. b) Il est constant que la demanderesse a fait un tentamen en 1993, alors qu'elle n'était âgée que de vingt ans, ce qui est mentionné par le Dr S dans sa lettre du 22 juin 2004. Le Dr H indique pour sa part simplement ceci : "date de l'apparition des premiers symptômes perceptibles par le patient : 1993". Toutefois, au vu de l'avis émis le 17 mars 2003 par son médecin-conseil, qui retient les mois de septembre et octobre 2002 comme période des premiers symptômes, et non plus 1993, la caisse ne semble plus se fonder sur la 10301

- 12 - tentative de suicide, mais bien plutôt sur d'autres circonstances résultant d'autres rapports médicaux que celui du Dr H , de sorte qu'elle paraît admettre que le tentamen ne serait pas déterminant. Le Dr H semble du reste admettre que la patiente n'a auparavant jamais accepté l'idée qu'elle puisse souffrir d'une affection d'ordre psychiatrique. En tout état de cause, comme le relève le Dr S la tentative de suicide ne peut pas constituer en soi la preuve de l'existence de troubles psychiques et il n'est pas non plus établi que l'intéressée ait pu en déduire qu'elle souffrait de tels troubles, ce d'autant plus qu'elle a refusé de consulter un médecin après cet événement. • De la lettre du Dr C , lequel fait état d'un état dépressif dans un contexte de mobbing et de traumatisme grave vécu dans l'enfance, on ne saurait déduire que l'assurée aurait souffert d'atteintes psychologiques perceptibles pour elle avant qu'un diagnostic psychiatrique ait été posé en janvier 2003, après la signature de la proposition d'assurance. c) Aucune atteinte démontrée, qu'elle soit psychique ou somatique, ne résulte par ailleurs du fait que X a consulté le Dr D . , spécialiste en médecine interne, au mois de mars 2000 pour un contrôle général, dans un contexte de difficultés d'ordre scolaire et d'adaptation au milieu environnant. De telles difficultés ne constituent en effet pas en elles-mêmes des troubles psychiques. d) Dans son rapport du 10 mars 2003, le Dr D fait remonter les symptômes des diagnostics psychiatriques au mois de septembre – octobre 2002, mais ces symptômes consistaient alors en des céphalées, vertiges rotatoires, nausées, vomissements et troubles du sommeil: La demanderesse ne pouvait pas conclure de ces maux, qui n'ont d'ailleurs en eux-mêmes pas valeur de maladie, qu'elle souffrait de troubles psychiques. Il est au demeurant fort possible qu'à la date où elle a signé la proposition d'assurance, soit au 22 novembre 2002, elle n'a pas songé que ces maux puissent être des signes avant-coureurs d'une maladie, ce d'autant plus que rien ne démontre qu'avant la consultation du 9 décembre 2002, ils présentaient un degré de gravité suffisant pour faire craindre la survenance d'une véritable pathologie. Enfin, même A' la date du 9 décembre 2002, seul un burn-out, à savoir un état I030I

- 13 - d'épuisement physique, émotionnel et intellectuel qui résulte du stress ressenti par un individu placé dans une situation où il devient incapable de répondre aux exigences de sa profession, a été diagnostiqué par le Dr D , ce qui confirme qu'à cette époque, contrairement à ce que soutient la défenderesse, la demanderesse ne pouvait être consciente qu'elle souffrait d'une véritable pathologie psychiatrique, voire somatique. . Il résulte de ce qui précède que les maux susmentionnés (céphalées, vertiges rotatoires, nausées, vomissements et troubles du sommeil) ne constituaient, avant le 22 novembre 2002, que des indispositions sporadiques que l'intéressée pouvait raisonnablement considérer comme sans importance pour l'évaluation du risque et passagères, sans soupçonner qu'ils puissent être les symptômes d'une maladie – psychique ou physique -- qui allait bientôt apparaître (cf, jurisprudence citée plus haut). e) Ainsi, les troubles psychiatriques n'ont été constatés qu'en janvier 2003 au CITE, date à partir de laquelle X a pris connaissance de leur existence. Ainsi, à la date de la signature de la proposition d'assurance litigieuse, elle ne devait pas savoir qu'elle souffrait d'une symptomatologie d'ordre psychique, de même que somatique, La demanderesse n'a dès lors pas commis une réticence en répondant aux questions du questionnaire de santé. Partant, la Y n'était pas autorisée à se départir du contrat portant sur l'assurance complémentaire Global, ni à refuser de verser les prestations y afférentes.

E. 6

En définitive, les conclusions de la demande doivent être admises. La défenderesse doit payer à la défenderesse la somme de 5'800 fr., qui apparaît suffisamment établie au vu des

factures produites par l'assurée et qui n'est pas contestée en tant que telle par l'assurance.

E. 7

A teneur de l'article 26bis LTA, des dépens peuvent être alloués au recourant qui obtient gain de cause et sont supportés par la partie intimée. Ils sont arrêtés globalement dans le jugement. La quotité des dépens. dépend du droit cantonal, et leur montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès. En l'espèce, l'assurée, qui obtient gain de cause, a bénéficié des services du secrétaire général de l'ASSUAS, soit d'un mandataire dûment autorisé qui peut se voir accorder des dépens (cf. VSI 2000 p. 294 consid. 2). Au vu de ce qui précède, il se justifie d'allouer à la demanderesse des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 1'500 francs: 10301

Le greffier : 77) . 42i Le président : 1 • - 15 -

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