

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20060202_f_vd_o_01 vom 2. Februar 2006

FINMA Versicherungsrecht, 2006-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20060202_f_vd_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20060202_f_vd_o_01 du 2 février 2006

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20060202_f_vd_o_01 del 2 febbraio 2006

Erwägungen

E. 6

B, qui fait figurer le titre de docteur en chiropratique sur l'en-tête de son papier à lettres, en regard de sa signature ainsi que dans l'annuaire téléphonique, où il figure en outre dans la liste des chiropraticiens, pratique la chiropraxie et la kinésiologie appliquée. 11952

E. 9

D'autres faits allégués ou admis ou prouvés, mais sans incidences sur la solution du présent procès, ne sont pas reproduits ci-dessus. 11952

- 14 - 10. Par demande déposée le 2 septembre 2003, X a conclu, avec suite de frais et dépens, au paiement par Y Assurances de personnes SA de la somme de 778'899 fr. 70, avec intérêt à 5 % dès le 16 mars 2001. Dans son mémoire de droit du 7 décembre 2005, elle a modifié ses conclusions en ce sens que les intérêts à 5 % courent dès le 15 mars 2001. Dans sa réponse du 28 novembre 2003, Y Assurances de personnes SA a conclu, avec dépens, au rejet des conclusions de la demande. En droit : I. En sa qualité de bénéficiaire d'un contrat d'assurance (conjoint survivant), la demanderesse conclut au versement de 778'899 fr. 70, correspondant aux prestations dues en vertu de la police principale d'assurance-vie et des assurances complémentaires contractées entre son défunt mari et la défenderesse le 3 décembre 1996. La défenderesse invoque à son encontre une réticence que l'assuré aurait commise lors de la conclusion de cette police. II. Les parties ont passé un contrat d'assurance privée soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (ci-après : LCA; RS 221.229.1). a) 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 être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1er). 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). 11952

- 15 - Si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat (al. 1). Ce droit s'éteint toutefois quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (art. 6 LCA). b) En l'espèce, la défenderesse a invoqué la réticence et a déclaré se départir du contrat par courrier recommandé du 26 juillet 2001. Il est constant que c'est grâce au relevé des prestations fourni par la caisse-maladie P que la défenderesse a eu connaissance du fait que Z avait consulté le chiropraticien B. La défenderesse dit avoir reçu cette information le 23 juillet 2001. En soi, le courrier du 26

juillet 2001 n'est pas propre à prouver cette date. Toutefois, la défenderesse s'est adressée à la P pour obtenir ledit relevé par lettre du 11 juillet 2001. Il est dès lors patent qu'en déclarant résilier le contrat le 26 juillet 2001, la défenderesse a agi dans le délai légal de quatre semaines à compter du moment où elle a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA). III. a) Selon la jurisprudence relative aux articles 4 et 6 LCA, 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. En effet, la loi impose au proposant de communiquer non seulement les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devrait connaître, eu égard aux circonstances du cas particulier, notamment aux qualités (intelligence, formation, expérience) et à la situation du proposant (arrêt du Tribunal fédéral du 4 août 2004 dans la cause 5C.101/2004, consid. 2.1.3). Ce qui est finalement décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à 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. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur; il remplit son obligation s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement 11952

- 16 - aux questions posées (arrêt du Tribunal fédéral du 26 septembre 2005 dans la cause 5C. 10312005, consid. 2; ATF 118 II 333 consid. 2b, rés. in JT 1996 1127). 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 des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1 b et les arrêts cités). Au contraire, une réticence sera admise à charge de celui qui, questionné sur des maladies antérieures, répond négativement, alors même que l'incapacité de travail subie, les méthodes de traitement adoptées et la longueur dudit traitement excluent la qualification de simple dérangement passager, mais constituent une véritable altération de la santé (RBA XVI n° 10 cité par Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, ad art. 4 LCA, p. 146). En raison de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat et non son adaptation, il ne faut admettre l'existence d'une réticence qu'avec la plus grande retenue (arrêt du Tribunal fédéral du 26 septembre 2005, précité, dans la cause 5C. 103/2005, consid. 2.2). De plus, la présomption de l'article 4 alinéa 3 LCA peut être renversée par la preuve 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 (ATF 92 II 342 consid. 5; ATF 75 II 158 consid. 3, JT 1949 I 543). Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être considérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (arrêt du Tribunal fédéral du 23 juin 2005 dans la cause 5C.5/2005; consid. 2.2; ATF 118 II 333 consid. 2a, rés. in JT 1996 1127). En d'autres termes, le proposant doit prouver que, bien que le questionnaire ait porté de manière claire et sans équivoque sur un fait, ce dernier était en réalité sans importance pour la conclusion du contrat objet du litige entre les parties. A cet égard, il ne suffit pas d'établir que l'assureur n'avait pas attaché d'importance à ce fait dans le cadre d'anciens ou d'autres contrats d'assurance (Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n. 56 ad art. 4 LCA). Le proposant peut notamment recourir à la preuve par expertise. 11952

- 17 - Le proposant doit prouver un fait interne non constatable, soit la volonté de l'assureur. La pratique admet qu'une preuve absolue de la volonté n'est pas possible et que le juge est en droit de fonder sa conviction sur la vraisemblance la plus grande selon l'expérience de la vie. Un tel assouplissement des exigences en matière de preuve se justifie aussi par le principe selon lequel la preuve de faits personnels doit être exigée de celui qui est le plus apte à la fournir (CCiv, K. c. V., 12 mai 2005). En outre, le proposant doit prouver un fait négatif puisqu'il doit démontrer que sa déclaration incomplète n'a en réalité pas exercé d'influence sur la volonté de l'assureur de conclure le contrat. Or, lorsque la preuve porte sur des faits négatifs, l'application de l'article 8 CC est tempérée, selon les règles de la bonne foi, par l'obligation imposée à la partie adverse de contribuer à éclaircir la situation de fait en apportant la preuve du contraire, l'échec de cette preuve — ou l'inaction de la partie — pouvant constituer un indice de l'inexistence du fait (ATF 119 II 305, consid. 1 b; Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Exposé systématique de jurisprudence, n. 56, pp. 20-21). Ainsi, dans la mesure où la preuve porte sur un fait négatif et psychique se trouvant dans la sphère d'influence de l'assureur, elle est particulièrement dure à apporter et peut donc l'être sur la base d'indices (Nef, op. cit., n. 56 ad art. 4 LCA; cf. par ex. ATF 99 II 67 consid. 4e, IT 1973 I 572). b) En l'occurrence, l'expertise ordonnée en cours de procédure démontre que si Z a effectivement consulté dans la période critique un docteur en chiropratique, se présentant sous ce titre, il ne s'est pas adressé à B pour recevoir un traitement chiropratique en tant que tel. Les plaintes subjectives émises, soit une sensation de maladresse et de gaucherie sans aucune connotation pathologique, ne ressortissaient pas au domaine de la chiropraxie conventionnelle, pas plus que les moyens utilisés pour y remédier. B a posé un diagnostic de kinésiologie appliquée, qui ne figure pas dans le cursus obligatoire des chiropraticiens, et a pratiqué une intervention qui pour l'essentiel ne relève pas de l'arsenal thérapeutique habituel du chiropraticien classique, soit un rééquilibrage de l'articulation temporo-mandibulaire, du système cranio-sacré et des méridiens. Les consultations ont été facturées à un prix nettement supérieur à celui qui aurait rémunéré des séances de chiropraxie classique. Dès lors, il faut admettre avec l'expert que Z pouvait de bonne foi répondre par la négative à la question 6d du formulaire sur son état de santé, qui l'invitait à indiquer si au cours des cinq dernières années, il avait été soigné ou conseillé par un chiropraticien ou 11952

- 18 - physiothérapeute. Sont en effet déterminants les plaintes émises par le sujet et les moyens utilisés pour y remédier tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, et non pas le titre de la personne qui a prodigué le traitement. N'est pas non plus décisif le remboursement des prestations par la P, auprès de laquelle Z avait contracté des assurances complémentaires. c) Quoi qu'il en soit, le cas de réticence n'est de toute façon pas réalisé dès lors que le fait passé sous silence ne constitue pas un fait important pour l'appréciation du risque. Certes, le fait d'avoir consulté un chiropraticien dans les cinq ans précédant la conclusion du contrat d'assurance est présumé important pour l'appréciation du risque dans la mesure où l'assureur a posé par écrit cette question précise et non équivoque (art. 4 al. 3 LCA). Toutefois, l'expert démontre que Z ne souffrait nullement de troubles neurologiques ou de la coordination, lesquels n'auraient pu échapper ni à son entourage constitué de médecins rompus à une observation clinique fine, ni au médecin qui a pratiqué l'examen requis par la défenderesse, ni au médecin légiste. Z était ambidextre et ne savait parfois pas quelle main utiliser; il éprouvait une sensation subjective de maladresse, gaucherie, de mouvements peu harmonieux, qui n'a pas eu de conséquence pour son activité professionnelle, où le fait d'être ambidextre est plutôt considéré comme un avantage. De

nature perfectionniste, Z a pris sur lui les difficultés inhérentes à une profession stressante et exigeant de la dextérité et a simplement cherché à optimiser ses gestes au moyen d'une méthode non médicale que pratiquait B. Pour le surplus, la doctoresse L a confirmé l'excellent état de santé général de Z, notamment sur le plan cardiologique. L'expert a par ailleurs exclu tout lien entre les motifs qui l'avaient conduit à consulter B et l'accident qui lui a coûté la vie, imputable à la négligence d'un jeune skieur. Au vu de ces éléments, il faut admettre avec l'expert que la défenderesse n'aurait pas renoncé à contracter, ni modifié ses conditions contractuelles, si elle avait eu connaissance du fait que Z avait consulté B. Aucune directive de la défenderesse ne permet d'affirmer le 11952

- 19 - contraire. Le Dr D et K, respectivement médecin conseil et cadre de la défenderesse, ont certes soutenu qu'ils auraient renoncé à assurer le risque accident. On concédera que livrée sans aucune explication, l'expression "désorganisation neurologique (selon W)" pourrait faire penser à une pathologie neurologique propre à influencer le risque à assurer. Toutefois, il ressort des explications approfondies de l'expert qu'il n'en est rien. Ce "diagnostic" inconnu des neurologues désigne tout au plus une variation de la norme physiologique, soit le fait d'être ambidextre. Il faut dès lors admettre avec l'expert qu'une appréciation réaliste des plaintes de Z et du traitement de confort prodigué ainsi qu'une attitude critique face au diagnostic non médical de B auraient sans nul doute permis de conclure la police d'assurance aux mêmes conditions. Il faut dès lors considérer à tout le moins que la présomption légale posée par l'article 4 alinéa 3 LCA est renversée par l'expertise. IV. a) En définitive, il convient d'allouer à la demanderesse ses conclusions en tant qu'elles tendent au paiement par la défenderesse de la somme de 778'899 fr. 70. Ce montant comprend le capital assuré de 388'850 fr. en cas de décès avant l'échéance du 30 novembre 2024, auquel s'ajoutent les revenus résultant des fonds de placement, soit 1'199 fr. 70, ainsi que le capital complémentaire de 388'850 fr. en raison du décès par accident. b) Le débiteur en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO). La demanderesse a initialement conclu que l'intérêt court dès le lendemain du décès de l'assuré, soit le 16 mars 2001. Dans son mémoire de droit du 7 décembre 2005, elle a requis que l'intérêt coure dès la survenance du sinistre, soit le 15 mars 2001. Il s'agit-là d'une augmentation de conclusions qui intervient hors délai (art. 267 al. t e r CPC). De surcroît, lorsque la demeure résulte de l'expiration d'un délai ou du jour fixé pour l'exécution de la prestation promise (art. 102 al. 2 CO), l'intérêt court dès le lendemain (Spahr, L'intérêt moratoire conséquence de la demeure, in RVJ 1990 pp. 351ss, spéc. p. 368). Il convient donc d'allouer un intérêt moratoire de 5 % l'an dès le 16 mars 2001 sur la somme de 778'899 fr. 70. 11952

- 20 - V. Selon l'article 92 alinéa 1er CPC, des dépens sont alloués à la partie qui obtient l'adjudication de ses conclusions. La demanderesse, qui obtient entièrement gain de cause, a droit à de pleins dépens (art. 92 al. 1 CPC), à la charge de la défenderesse, qu'il convient d'arrêter à 31'459 fr. 55, savoir : a) 16'000 fr. à titre de participation aux honoraires de son conseil; b) 8 00 f r. pour les débours de celui-ci; c) 14'659 fr. 55 en remboursement de son coupon de justice.

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