

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20101209_f_vs_o_01 vom 9. Dezember 2010

FINMA Versicherungsrecht, 2010-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20101209_f_vs_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20101209_f_vs_o_01 du 9 décembre 2010

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20101209_f_vs_o_01 del 9 dicembre 2010

Erwägungen

E. 4

Déterminée par les conclusions de la demande, la valeur litigieuse s'élève à 138'452 francs. Elle fonde, en raison de la matière, la compétence du Tribunal cantonal pour statuer en unique instance cantonale (art. 23 al. 1 let b CPC). Eu égard aux articles 9 al. 1 LFors et 12 CGA, en vertu desquels la compagnie reconnaît comme for le domicile en Suisse du preneur d'assureur ou de l'ayant droit, la compétence en raison du lieu de l'autorité de céans ne prête pas à discussion.

E. 5

a) Les parties ont conclu un contrat d'assurance privée prévoyant le versement d'une rente pour incapacité de gain, soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA). Les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance (RVJ 1996 p. 257 consid. 8a; Stoessel, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bâle 2001, ci-après : Commentaire bâlois, n. 6 ss ad art. 3 LCA). Les principes généraux de l'interprétation des contrats et du respect de la bonne foi s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières : l'article 100 al. 1 LCA renvoie au droit des obligations et, partant, au code civil (ATF 118 II 342 consid. 1a). Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des cocontractants n'a pas

- 11 -

compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques en fonction de l'ensemble des circonstances, étant rappelé que ce principe permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (application du principe de la confiance; ATF 132 III 268 consid. 2.3.2). Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que son texte ne restitue pas le sens de l'accord conclu; cependant, il n'y pas lieu de s'écarter du sens littéral lorsqu'il n'y a pas de raisons sérieuses de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (ATF 131 III 606 consid. 4.2; arrêt 5C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 2.1). Par ailleurs, les rapports des parties au contrat sont régis par le principe de la bonne foi, particulièrement en matière d'assurance

(ATF 38 II 211). Aux termes de l'article 2 al. 1 CC, chacun est en effet tenu d'exercer ses droits et d'exécuter ses obligations selon les règles de la bonne foi. L'abus de droit n'est pas protégé par la loi (art. 2 al. 2 CC). Abuse notamment de son droit celui qui adopte un comportement contredisant de façon flagrante un comportement antérieur (ATF 125 III 257 consid. 2a). La loi ne protège pas l'attitude contradictoire ("venire contra factum proprium") lorsque le comportement antérieur d'une partie a inspiré chez l'autre partie une confiance légitime qui l'a déterminée à des actes qui se révèlent préjudiciables une fois que la situation a changé (ATF 121 III 350 consid. 5b et les réf. jurispr. cit.). Les règles de la bonne foi jouent ainsi un rôle décisif dans la détermination des devoirs des parties au contrat d'assurance. b) La LCA établit une distinction entre l'assurance contre les dommages (régie par les art. 48 à 72 LCA), d'une part, et l'assurance de personnes (qui relève des art. 73 à 96 LCA), d'autre part, sans toutefois définir ces deux notions. L'assurance de personnes est celle qui a pour objet une personne physique et où la prestation de l'assureur dépend généralement d'un événement qui atteint la personne de l'assuré, tel que maladie, accident, lésion corporelle, invalidité ou décès. Elle se caractérise, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire : elle est une promesse de capital indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit. Ainsi, même dans le cas d'une assurance qui, comme celle contre la maladie, a pour objet une personne physique, on est en présence d'une

- 12 -

assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires; on est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat d'assurance ont fait de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (arrêt 5C.243/2006 du 19 avril 2007, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, il convient d'opérer une distinction au sein de l'assurance-somme selon que celle-ci vise l'incapacité de l'assuré à exercer sa profession ou de déployer une autre activité que l'on peut légitimement attendre de lui, indépendamment du dommage subi (cf. arrêt 4A_140/2007 du 3 août 2007, consid. 4.1). c) Aux termes de l'article 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage; s'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1); si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). L'article 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral déduit, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (arrêt 4A.140/2007 du 3 août 2007, consid. 6.1; ATF 111 V 235 consid. 2a). Ces mesures peuvent consister en un changement de métier, mais l'exigibilité de la reconversion professionnelle doit être appréciée notamment au regard de l'âge de l'intéressé; on ne peut contraindre un assuré à changer la profession qu'il a exercée durant de nombreuses années. Les circonstances concrètes et la personne de l'assuré sont, par ailleurs, décisives: connaissances professionnelles, formation, niveau social, stabilité de l'emploi, conditions et lieu de travail, caractère admissible de l'activité, chances sur le marché de l'emploi (Nef,

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und Verschulden, in: HAVE 2005, p. 238; Ileri, Commentaire bâlois, n. 30 ad art. 88 LCA; Weber, op. cit., p. 151; Pichonnaz, Le devoir du lésé de diminuer son dommage, in: Werro, La fixation de l'indemnité, Berne 2004, p. 109 et 124; Roberto, Schweizerisches Haftpflichtrecht, Zurich 2002, n. 817).

- 13 -

Sous réserve de l'exigence d'une faute comme condition de toute réduction des prestations en cas de manquement de l'assuré (cf. art. 45 LCA), l'article 61 LCA n'est pas impératif (art. 97 et 98 LCA). Les parties au contrat d'assurance peuvent donc adopter sur ce point une réglementation plus favorable à l'assuré. Le cas échéant, le devoir de celui-ci de diminuer son dommage ne saurait vider de leur substance les critères de l'incapacité de travail fixés par les CGA (RBA XVII n° 36). Si, par exemple, un assuré peut, théoriquement, faire des travaux légers, mais n'est pas à même, pratiquement, de les effectuer faute de formation, il a droit à une rente complète pour incapacité de gain totale dans l'hypothèse où les CGA prévoient qu'"il y a incapacité de gain lorsque (...) l'assuré n'est plus à même d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative correspondant à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes" (RBA XVIII n° 47). L'assureur supporte le fardeau de la preuve de l'exigibilité de la reconversion professionnelle de l'assuré (Nef, op. cit., p. 255).

d) L'article 38 al. 1 1ère phr. LCA dispose que l'ayant droit doit, aussitôt qu'il a eu connaissance du sinistre et du droit qui découle en sa faveur, en donner avis à l'assureur. L'article 39 al. 1 LCA prévoit en outre que, sur la demande de l'assureur, l'ayant droit doit lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences de celui-ci. Selon les termes de l'alinéa 2, il peut être convenu, premièrement, que l'ayant droit devra produire des pièces déterminées, notamment des certificats médicaux, à condition qu'il lui soit possible de se les procurer sans grands frais (ch. 1), deuxièmement que, sous peine d'être déchu de son droit aux prestations de l'assurance, l'ayant droit devra faire les communications prévues à l'al. 1 et à l'al. 2 ch. 1 dans un délai déterminé suffisant; ce délai court du jour où l'assureur a mis par écrit l'ayant droit en demeure de faire ces communications, en lui rappelant les conséquences de la demeure (ch. 2). Au stade de l'annonce, les exigences ayant trait au contenu sont faibles : une rapide description des causes et des conséquences du dommage est en principe suffisante (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, n° 585). Quant à l'obligation de renseigner, elle n'entre pas toujours en ligne de compte. L'ayant droit, conformément au texte de l'article 39 al. 1 LCA, ne sera tenu de satisfaire à cette exigence que si l'assureur demande des renseignements particuliers. L'initiative appartient donc à l'assureur (Brulhart, op. cit., n° 589). Un auteur parle ainsi de

- 14 -

"spontane Anzeigepflicht", mais de "reaktive Auskunfts- und Begründungspflicht" (Schaer, Modernes Versicherungsrecht, Berne 2007, n° 21.12). Cela étant, le rôle de l'assureur varie selon la nature du sinistre. Tandis que, dans les cas communs (vols, casco véhicule), on peut attendre de l'assuré qu'il sache comment annoncer le sinistre et justifier son dommage, il n'en est pas de même dans les cas moins ordinaires, en particulier en présence de dommages corporels. Ici, le rôle de l'assureur est accru et il doit, après réception de l'annonce, indiquer à l'assuré quels renseignements et pièces lui sont encore nécessaires (Schaer, op. cit., n° 21.16).

E. 6

Le demandeur réclame le versement d'une rente mensuelle de 2000 fr. pour la période du 1er juillet 2005 au 31 décembre 2010, ainsi que le remboursement du 50% du montant des primes dont il s'est acquitté du 1er juillet 2005 au 1er octobre 2008. Il se prévaut de ce que, consécutivement à l'accident du 25 septembre 1991, la compagnie d'assurance, se calquant sur les décisions de l'OAI, lui a pendant douze ans servi une telle rente, en le libérant parallèlement du versement du 50% du montant des primes, et de ce qu'aucun motif objectif ne justifie qu'elle revienne sur les droits ainsi reconnus. La compagnie lui oppose que les parties ont conclu une assurance de dommage ne donnant droit à des prestations qu'en cas d'incapacité de gain, et qu'il faut nier en l'espèce une telle incapacité, dès lors que l'assuré est en mesure d'exercer une activité correspondant à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes, à 80% au minimum. Elle argumente qu'elle n'a pas à supporter les conséquences du choix de l'assuré de persévérer dans la profession inadaptée de masseur. En renonçant à se réorienter professionnellement, celui-ci aurait d'ailleurs violé l'obligation de sauvetage qui lui incombe en vertu de l'article 61 al. 1 LCA. La défenderesse fait valoir en outre que l'assuré a omis de la renseigner sur sa réelle capacité de travail, dont elle n'a eu connaissance qu'en 2005. Il ne saurait dès lors lui être reproché le changement de position adopté à cette époque. Elle se prévaut également de ce que son assuré ne l'a pas informée correctement sur sa situation financière. Elle affirme que l'instruction a mis en lumière qu'il n'a en réalité jamais subi de perte de gain. a) aa) Il apparaît, à la lecture des conditions générales, que le droit à la rente est soumis à l'existence d'une perte effective sur le plan économique. L'article 3.1

- 15 -

CGA fait en effet dépendre l'incapacité de gain de la réalisation des trois conditions cumulatives suivantes : 1° un accident ou une maladie, 2° une incapacité d'exercer la profession ou une activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes et 3° une perte de gain ou un autre préjudice pécuniaire équivalent. Une interprétation littérale des CGA conduit donc, en conformité avec l'opinion de la défenderesse, à qualifier la police conclue par les parties d'assurance de dommage. bb) Il a été retenu en fait que si la compagnie a, après l'annonce du sinistre de septembre 1991, fait examiner l'état de santé de l'assuré, elle n'a par la suite plus suivi personnellement son évolution. Elle ne s'est par ailleurs jamais penchée sur la situation financière du demandeur. Elle a bien plutôt suivi les décisions de l'OAI pour verser à celui-ci la moitié de la rente maximum contractuellement promise et le libérer du paiement de la moitié des primes, ce pendant près de douze ans. En 2005, la compagnie a décidé d'examiner plus attentivement le cas de l'assuré, en soumettant celui-ci à un examen médical. Sur la base du rapport de la Dresse H. et de l'appréciation de son médecin-conseil, elle a considéré que la capacité de travail du demandeur dans une activité adaptée était de 80%. Elle en a déduit que celui-ci n'avait plus droit à aucune prestation, ce dès le 1er juillet 2005. Elle a ainsi cessé le versement de la demi-rente servie jusqu'alors et a réclaté la reprise du paiement des primes en plein. Ce revirement surprend en ce qu'il est intervenu en l'absence d'élément de fait nouveau. En particulier, l'état médical de l'assuré n'avait pas connu d'amélioration : il était, depuis une douzaine d'années, globalement stationnaire. L'OAI n'était d'ailleurs pas revenu sur le droit à une demi-rente, qu'il a confirmé encore par communication du 22 février 2007. Il faut néanmoins rechercher si un quelconque motif justifie la position nouvelle adoptée par la compagnie d'assurance. cc) Il n'apparaît pas inconcevable qu'à fin 1993, X. Assurances pût, selon la lettre des

conditions générales, refuser ses prestations. En effet, les avis médicaux les plus récents attestant de l'exigibilité d'une activité adaptée exercée à plein temps sur le plan médico-théorique, on peut admettre que la capacité était la même dès la fin de l'année 1993, période depuis laquelle l'état médical de l'assuré est stationnaire. Il n'est dès lors pas invraisemblable que l'assuré fût en mesure à cette époque, à l'âge

- 16 -

de 47 ans, de s'orienter vers une "activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes", qui lui permît en outre de réaliser un revenu au moins égal à celui perçu avant l'atteinte à la santé. Le fait que l'assureur social n'a pas préconisé de mesures de réadaptation tend certes à infirmer cette appréciation, d'autant que les conditions d'octroi d'une rente AI sont plus sévères que celles figurant dans les CGA. Toutefois, la position de l'OAI ne saurait être vue comme la preuve irréfragable qu'aucune autre activité n'était envisageable. D'ailleurs, la motivation du Dr D. en la matière semblait fondée plus sur les aspirations de l'assuré que sur des motifs objectifs. En revanche, en se prévalant en 2005 d'une application stricte des termes du contrat pour mettre fin à ses prestations, en l'absence d'une évolution favorable sur le plan médical, X. Assurances a adopté une attitude contraire à la bonne foi, pour les motifs qui vont suivre. dd) En se calquant sur la décision de l'OAI au su de son assuré, ayant obtenu de celui-ci une procuration l'autorisant à consulter le dossier de l'assureur social, elle lui a implicitement communiqué, premièrement, qu'elle approuvait le maintien de l'activité antérieure à 50%, soit qu'elle considérât que l'intéressé n'était pas en mesure d'exercer une autre activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes, soit qu'elle admît une modification tacite du contrat, en ce sens que le cas d'assurance concernait une incapacité non dans une activité telle que sus-décrite mais dans la profession habituelle. En faisant sienne l'appréciation de l'OAI, elle a en outre créé l'apparence qu'elle considérait la baisse du pourcentage de l'activité à 50% comme déterminante pour ouvrir le droit à une demi-rente. Lorsqu'il a dû déterminer l'invalidité du demandeur pour la première fois, en 1993, l'OAI a en effet constaté qu'une stricte comparaison des revenus était peu fiable. Il a retenu qu'il existait une perte de gain approximative de 50%, en relevant que ce taux correspondait au degré d'incapacité de travail déterminé par le Dr D. Au fil des ans, l'autorité a confirmé le taux d'invalidité de 50%, nonobstant une certaine variation des revenus réalisés par l'assuré. Lorsqu'elle s'est elle-même penchée sur le dossier de son assuré, en 2005, X. Assurances s'est contentée d'examiner la capacité de travail de celui-ci, à l'exclusion de sa situation financière. Ainsi, le courrier par lequel elle a communiqué

- 17 -

qu'elle allait cesser le versement des rentes ne se référait qu'à celle-là. Les déclarations contraires de la témoin G., qu'on doit apprécier avec la plus grande précaution compte tenu de la relation qui la lie à la défenderesse, ne trouvent aucune confirmation au dossier. C'est le lieu d'observer que la demande de pièces effectuée par X. Assurances à l'OAI en avril 2004 ne permet pas de conclure que la compagnie s'est effectivement livrée à un examen de la perte économique. Ce n'est que dans la présente procédure que la compagnie a tenté d'établir les résultats réalisés par l'assuré, en requérant l'édition de la comptabilité et des décisions de taxation fiscales de celui-ci. Quoi qu'il en soit, survenue en 2004/05 ou dans le cadre de la présente procédure, la volonté de déterminer précisément la perte patrimoniale contredit l'attitude adoptée précédemment. La compagnie ne saurait revenir unilatéralement sur une position maintenue durant une douzaine d'années pour justifier la cessation de ses

prestations. Elle a en effet inspiré chez son partenaire contractuel la confiance que le versement de la rente dépendait principalement de l'incapacité de travail dans sa profession habituelle et qu'une certaine variation de ses revenus, à la hausse ou à la baisse, ne modifiait pas le montant de la prestation versée. L'assuré pouvait dès lors compter avec l'octroi d'une demi-rente tant que sa situation médicale ne s'améliorait pas sensiblement. Une évolution favorable de sa condition était du reste peu probable. En 2005, il était ainsi manifestement trop tard pour reprocher à l'assuré la décision, prise consécutivement à l'atteinte à la santé, de poursuivre l'activité habituelle à 50% plutôt que de se réorienter, quels que fussent le bien-fondé de ce choix et sa conformité aux CGA. L'argument avancé par la compagnie selon lequel elle n'aurait connu que durant l'année en question la réelle capacité de son assuré, faute par celui-ci de l'avoir orientée à ce sujet, ne lui est d'aucun secours. Conformément à l'article 39 al. 1 LCA, mais également à l'article 9 CGA, c'est à elle qu'il appartenait de requérir de son assuré des informations complémentaires ou de le soumettre à des examens, si elle s'estimait insuffisamment renseignée. Le demandeur pouvait du reste se sentir légitimé dans la poursuite de son activité, dès lors que l'OAI lui reconnaissait le droit à une demi-rente et jugeait une réadaptation professionnelle non pertinente, les conditions d'une rente de l'AI étant au demeurant plus sévères que celles établies dans les CGA. Rien n'empêchait certes l'assurance privée de remettre en cause l'appréciation de l'assureur social; la bonne foi

- 18 -

lui imposait toutefois de prendre les mesures d'instruction utiles le plus rapidement possible et, le cas échéant, de communiquer à son assuré dans les meilleurs délais également qu'elle se distancie de la position de l'OAI. On voit mal, dans ces conditions, qu'on puisse reprocher au demandeur la violation de l'obligation de sauvetage posée par l'article 61 LCA, obligation que les parties avaient du reste tempérée, en prévoyant que l'assuré n'était tenu que de se rediriger vers une activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes. Par surabondance, on relèvera que le revirement de X. Assurances était d'autant plus malvenu qu'il est intervenu alors que l'assuré était âgé de 59 ans, de sorte qu'une réorientation professionnelle apparaissait fortement compromise. Sa formation initiale de peintre ne pouvait être utilement mise à profit, sa capacité dans ce domaine n'excédant pas celle de masseur, selon l'expert judiciaire. On doute que l'expérience de gérant de succursale pendant 5 ans pût ouvrir à l'intéressé de réelles perspectives d'emploi, dès lors que l'exercice de cette activité - seulement précédée d'un cours de formation - remontait à plus de vingt ans. S'il ne subsiste aucun doute sur la capacité médico-théorique entière du demandeur dans une activité adaptée, les médecins étant unanimes sur la question, la preuve de l'existence d'une activité exigible correspondant à la position sociale, aux connaissances et aux aptitudes de l'assuré n'en est pour autant pas apportée. Conformément à la jurisprudence citée plus haut, c'est l'assureur qui doit supporter l'absence de preuve sur ce point. On relèvera encore que la communication de la cessation du versement de la rente au 1er juillet 2005, en ce qu'elle n'a eu lieu que le 28 juin précédent, était particulièrement abrupte. En définitive, l'attitude contradictoire adoptée par la compagnie d'assurance ne mérite aucune protection et elle est tenue au-delà du 30 juin 2005, en l'absence d'une amélioration de la capacité de travail dans l'activité de masseur-rebouteux, partant d'une hausse significative des revenus réalisés dans ladite profession, de servir une rente mensuelle de 2000 fr. et de libérer l'assuré du versement de la moitié du montant des primes. b) Le demandeur réclame le versement de la rente jusqu'au 1 janvier 2011, comme le prévoit le contrat.

L'instruction a montré que l'état du patient était resté globalement stable, de 1993 à 2009. Les conclusions de l'expertise réalisée en juin 2009 étaient en effet semblables à celles prises par la Dresse H., qui elles-mêmes ne s'écartaient guère des appréciations régulières du Dr C. insistant sur l'état stationnaire du patient. Dans ces circonstances, on admettra que la condition de l'assuré au jour du jugement n'est pas différente de celle qui prévalait de fin 1993 à juin 2009, et qu'elle restera inchangée jusqu'au 31 décembre 2010. Du moins n'est-il pas réaliste qu'elle ait évolué favorablement dans l'intervalle ou qu'elle s'améliorera d'ici le terme du contrat. Le taux d'incapacité de 50% dans l'activité de masseur et les limitations en découlant sur le plan économique subsisteront ainsi jusqu'au 31 décembre 2010. En conséquence, X. Assurances versera les rentes échues durant la période du 1er juillet 2005 au 31 décembre 2010, soit un montant total de 132'000 fr. (66 mois x 4000 fr. x 50%), étant précisé que les prestations relatives aux mois d'octobre à décembre 2010 ne seront échues que le 1er janvier 2011. Elle restituera en outre à son assuré la moitié des montants des primes versées du 1er juillet 2005 au 1er octobre 2008, soit 4106 fr. 20 (586 fr. 60 x 14 trimestres x 50%). C'est en effet à tort - et manifestement par erreur - que, dans son mémoire-conclusions, le demandeur réclame un montant de 6452 fr. correspondant à des paiements effectués sur 22 trimestres.

E. 7

A. réclame le paiement d'intérêts de retard. a) La LCA ne contient pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'article 100 al. 1 LCA, par les articles 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). Il s'agit alors d'un terme ou d'un délai comminatoire, constituant une date du calendrier ou résultant de critères objectifs permettant de le calculer sans ambiguïté (arrêt 5C.57/2001 du 14 mai 2001, consid. 2; Spahr, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, RVJ 1990 p. 350 ss, p. 360 s.). Il en va cependant différemment en matière de rente, pour lesquelles il convient d'appliquer l'article 105 al. 1 CO. Selon cette disposition, le débiteur en demeure pour le paiement d'intérêts, d'arrangements ou d'une somme dont il a fait donation, ne doit l'intérêt moratoire qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice. Le fondement de cette disposition réside dans le fait que le créancier, selon l'expérience générale, n'investit pas les prestations en cause pour en

tirer des revenus, mais les utilise aux fins d'assurer son entretien (Spahr, op. cit., p. 370; ATF 119 V 131 consid. 4c). b) aa) En l'occurrence, les conditions générales prévoient que la rente est payable trimestriellement à terme échu (art. 3.4. CGA n° _____1). Néanmoins, conformément à l'article 105 al. 1 CO, la défenderesse est tenue de verser un intérêt moratoire dès le 29 novembre 2006, date de l'introduction de la demande en justice. Les rentes échues en cours de procédure portent quant à elles immédiatement intérêt (Thévenoz, Code des obligations I, art. 1-529 CO, Genève/Bâle/Munich 2003, n. 4 ad art. 105 CO). Par conséquent, l'intérêt, au taux de 5% l'an (art. 104 CO), doit être compté sur 30'000 fr. (15 mois x 2000 fr.) dès le 29 novembre 2006 et sur 96'000 fr. dès le 31 mars 2008 (échéance moyenne), étant encore précisé que le dernier versement, portant sur les rentes d'octobre à décembre 2010, interviendra au plus tard le 1er janvier 2011. bb) L'intérêt

moratoire sur le montant que doit X. Assurances à titre de remboursement de la part des primes versées en trop par le demandeur court dès la mise en demeure. Le montant des primes versées à l'ouverture de la procédure, par 1759 fr. 80, porte ainsi intérêt dès le 21 décembre 2006, lendemain du jour probable de la notification du mémoire-demande, celui des primes versées en trop au dépôt de l'exploit du 12 février 2008, par 1466 fr. 50, dès le 13 février 2008, lendemain de la notification dudit exploit, et celui des primes versées en trop au dépôt de l'exploit du 12 août 2009, par 879 fr. 30, dès le 19 août 2009, lendemain de la notification probable dudit exploit.

E. 8

Vu le sort de la cause, l'intégralité des frais et dépens sont mis à la charge de la défenderesse qui succombe (art. 252 al. 1 CPC). a) Les frais comprennent les débours de l'autorité et l'émolument de justice (art. 2 al. 2 LTar). Les débours s'élèvent au total à 2726 fr., composés de 126 fr. d'indemnités pour les témoins, de 2500 fr. de frais d'expertise et de 100 fr. pour les services d'un huissier. L'émolument varie de 2000 fr. à 5000 fr. pour une valeur litigieuse de 20'001 fr. à 50'000 fr., de 3000 fr. à 8000 fr. pour une valeur de 50'001 fr. à 100'000 fr. et de 5000 fr. à 15'000 fr. pour une valeur litigieuse de 100'001 fr. à 200'000 francs. Compte tenu de la difficulté ordinaire de la cause et des valeurs litigieuses successives, l'émolument est arrêté à 6000 francs. Les frais s'élèvent ainsi à 8726

- 21 -

francs. Vu les avances effectuées - 1800 fr. par le demandeur et 5300 fr. par la défenderesse - la défenderesse versera au demandeur 1800 fr. en remboursement de ses avances. La défenderesse versera au greffe le solde des frais de justice, soit 1626 francs. b) Les honoraires varient entre 4300 fr. et 6200 fr. pour une valeur de 30'001 fr. à 40'000 fr., entre 6900 fr. et 9300 fr. pour une valeur de 60'001 fr. à 70'000 fr. et entre 10'100 fr. et 14'000 fr. pour une valeur de 100'001 fr. à 150'000 fr. (art. 32 al. 1 LTar). Compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause, ainsi que des valeurs litigieuses successives, les dépens sont arrêtés à 9'500 fr., honoraires et débours compris, montant que la défenderesse versera au demandeur.

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