

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20140211_f_ge_o_01 vom 11. Februar 2014

FINMA Versicherungsrecht, 2014-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20140211_f_ge_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20140211_f_ge_o_01 du 11 février 2014

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20140211_f_ge_o_01 del 11 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). b) Lorsque l'assuré, en tant qu'indépendant, n'est pas soumis à l'assurance obligatoire (art. 1 LAA a contrario) et dans la mesure où aucune assurance-accident n'assume la prise en charge (art 1a al. 2 let. b LAMal), il est assuré contre les accidents en vertu de la LAMal (RAMA 3/200 p 150), de sorte que l'assurance perte de gain est bien complémentaire à une assurance sociale. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a) Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). Par conséquent, la demande est directement recevable par-devant la Cour de céans. qui

A/3576/2012 - 12/21 - statue selon la procédure simplifiée (art. 243 al. 2 let. f CPC) et établit d'office les faits (art. 247 al. 2 let. a CPC). b) La demande, déposée le 29 novembre 2012, satisfaisant aux conditions précitées et respectant pour le surplus les conditions de recevabilité prévues par les art. 59 et 244 CPC, est par conséquent recevable.

E. 3

Le litige porte sur le droit de la défenderesse de résilier le contrat conclu pour cause de réticence.

E. 4

a) Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance- maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), la procédure simplifiée s'applique quelle que soit la valeur litigieuse (art. 243 al. 2 CPC) et le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). b) La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire (cf. ATF 127 III 421

consid. 2), reste pleinement valable (BOHNET, HALDY, JEANDIN, SCHWEIZER, TAPPY, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 22 ad art. 247 CPC). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Le juge est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). c) Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation anticipée (ATF 129 III 18 consid. 2.6). Au surplus, la maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (ATF non publié 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 CC, en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

E. 5

p. 352; arrêt 5C.5/2005 du 23 juin 2005 consid. 2.4 non publié aux ATF 131 III 542). L'opinion contraire de CARRE (Loi fédérale sur le contrat d'assurance, art. 4 LCA, p. 142), selon laquelle il appartient à l'assureur de prouver que tel élément de fait, objet d'une question du formulaire de proposition, revêt en soi une importance pour l'appréciation du risque est contraire au texte de loi et à la jurisprudence du Tribunal fédéral, elle ne saurait être suivie (Arrêt du 28 mai 2008; 5C.262/2006). c) Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (cf. art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337; 134 III 511 consid. 3.3.3 p. 514). Il résulte clairement du texte des articles 4 et 6 LCA qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son

A/3576/2012 - 14/21 - obligation de renseigner. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assurance, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devait connaître. 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. (ATF 118 II 333 consid. 2b ; ATF 116 V 226 consid. 5a et b ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340 et les références). De son côté, l'assureur doit examiner avec diligence et esprit critique les réponses qu'il reçoit, faute de quoi il s'expose à ne pas pouvoir

invoquer la réticence (cf. art. 8 ch. 3 et 4 LCA). La jurisprudence a cependant souligné qu'il ne fallait pas poser à ce sujet des exigences excessives, afin de ne pas renverser les rôles: il appartient en premier lieu au proposant de donner des réponses véridiques (arrêt 4A_370/2012 du 4 décembre 2012 consid. 2.1).

E. 6

a) Sous l'art. 6 aLCA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration des faits importants pour l'appréciation des risques avait omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'était pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il avait eu connaissance de la réticence. Un lien de causalité entre le fait caché ou inexactly déclaré et le sinistre n'était pas nécessaire (cf. ATF 92 II 342 consid. 4; arrêt 5C.262/2006 du 25 mai 2009 consid 4.2, SJ 2008 I 400). A noter que les dispositions générales sur les vices du consentement (art. 23 ss CO) ne s'appliquent pas (cf. ATF 118 II 333 consid. 3d in fine; 61 II 281 consid. 1). Dans ce cas, l'assureur pouvait résilier le contrat avec effet rétroactif (ex tunc) et refuser les prestations pour un dommage déjà survenu même s'il n'était pas lié au fait à l'origine de la réticence (ATF 111 I 388 consid. 3a; ATF 109 II 60 consid. 3c; ATF 92 II 342 consid. 4, ATF 138 III 416, consid. 6.1). Cette règle en matière de réticence a été considérée comme trop sévère, spécialement par la doctrine. Le Conseil fédéral a dès lors proposé de remplacer le droit de se départir du contrat par un droit de résiliation et de ne permettre à l'assureur de se libérer de l'obligation d'accorder sa prestation qu'à la condition qu'il existe un lien de causalité entre le fait non déclaré ou inexactly déclaré et le sinistre survenu par la suite (Message du 9 mai 2003 concernant une loi sur la surveillance des entreprises d'assurance et la modification de la loi fédérale sur le contrat d'assurance [ci-après: Message], FF 2003 3370 ch. 1.2.5.2.1). Si le contrat prenait fin suite à un cas de réticence, l'assureur ne devait être libéré de son

A/3576/2012 - 15/21 - obligation d'accorder sa prestation que pour les sinistres dont la survenance ou l'étendue avaient été influencées par le fait qui avait fait l'objet de la réticence; l'obligation de l'assureur devait ainsi subsister si le fait non déclaré ou inexactly déclaré n'avait pas exercé d'influence sur la survenance du sinistre et l'étendue des prestations dues par l'assureur (cf. Message, FF 2003 3419 ch. 2.2.2 ad art. 6 et 8). Le Conseil fédéral a dès lors proposé un nouvel art. 6 al. 3 prévoyant que "l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre" (FF 2003 3474). b) L'art. 6 LCA dispose désormais que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly 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 ; il doit le faire par écrit ; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (al. 3). L'existence d'un lien de causalité entre le fait passé sous silence ou inexactly déclaré et le sinistre déjà survenu influe uniquement sur l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation à la suite d'une réticence (art. 6 al. 3 LCA), mais pas sur la validité de la résiliation du contrat en tant

que tel, réglée à l'art. 6 al. 1 et 2 LCA (ATF 138 III 416). Dans un arrêt du 11 août 2010 (4A_303/2010), le Tribunal fédéral rappelle qu'une partie de la doctrine plaide pour une notion de la causalité large, car une notion étroite reviendrait à primer les abus et à faire porter à la collectivité des assurés les conséquences d'une appréciation des risques non conforme à la réalité. Elle est donc d'avis qu'il s'impose d'assimiler la violation d'informations qui auraient permis de tirer des conclusions sur l'existence d'un risque aux faits non déclarés en relation de causalité avec le sinistre (cf. BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, n° 500 p. 226 s.). D'autres auteurs ne s'expriment pas sur la question, tout en plaidant pour une application stricte du principe de la causalité (cf. EISNER-KIEFER, Kausalität und Verschulden im VVG und VE-VVG, HAVE 2008 p. 215 ss, spéc. p. 217; GAUCH, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, RSJB 2006, p. 361 ss, spéc. p. 368 ss). Si l'on retient une notion de la causalité large pour refuser les prestations en cas de sinistre, le fait important pour apprécier le risque qui n'a pas été déclaré doit néanmoins se rapporter au risque qui s'est réalisé. L'assureur ne saurait, en vertu de l'art. 6 al. 3 LCA, refuser d'indemniser l'assuré dont le véhicule parké a été endommagé parce que cet assuré, par exemple, lui a tu avoir été condamné pour conduite en état d'ébriété ou vitesse excessive. Dans le cas jugé par le Tribunal fédéral, dans la mesure où l'assuré avait, par le passé, déjà obtenu des prestations d'assurances suite à des actes

A/3576/2012 - 16/21 - de vol et de vandalisme sur un véhicule lui appartenant, on pouvait admettre qu'il s'agissait là de faits qui étaient susceptibles d'influer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues s'il en avait eu connaissance, de sorte que la réticence était admise. c) La nouvelle teneur de l'art. 6 LCA s'applique aux réticences commises après le 1er janvier 2006 (ATF 138 III 416; arrêt 4A_370/2012 du 4 décembre 2012). Le Tribunal fédéral a maintes fois confirmé que c'était le droit en vigueur lors de la conclusion du contrat qui était applicable. Ainsi, lorsque le contrat avait été conclu avant le 1er janvier 2006, mais résilié après cette date, l'art. 6 aLCA s'appliquait (cf. notamment arrêts non publiés 4A_134/2013 du 11 septembre 2013; 4A_427/2010 du 12 octobre 2010), la doctrine partageant le point de vue selon lequel l'ancien droit régissait tous les contrats conclus avant le 1er janvier 2006 (cf. en particulier Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, Berne, 2008, page 227). d) Sous l'ancien et le nouveau droit, la jurisprudence exige que la déclaration - écrite (cf. art. 6 al. 1 LCA) - par laquelle l'assureur se départit du contrat décrive de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactly déclaré (ATF 129 III 713 consid. 2.1 p. 714). Une déclaration de résiliation qui ne mentionne pas la question précise à laquelle il a été répondu inexactly n'est pas suffisamment détaillée (ausführlich) (ATF 129 III 713 ibidem, qui se réfère à l'arrêt 5C.229/1993 du 18 mars 1994 consid. 5b, lequel renvoie à l'ATF 110 II 499). L'exigence tenant à ce que la déclaration de résiliation désigne concrètement la question de la proposition d'assurance qui a reçu une réponse erronée a été approuvée par la doctrine (STEPHAN FUHRER, Höhere formelle Hürden bei Vertragsauflösung wegen Anzeigepflichtverletzung, in HAVE/REAS 2004 p. 42 et la note 6; ROLAND SCHAER, CaseBook, Modernes Versicherungsrecht, Bern 2007, Case 32 p. 124/125).

E. 7

En l'espèce, la Dresse L_____ a clairement déclaré à l'assurance le 13 avril 2010 que sa patiente souffrait de migraines cataméniales régulières depuis 1996. Elle a précisé que les informations données provenaient exclusivement de sa patiente, au surplus présente alors

qu'elle avait rempli le questionnaire de l'assurance. C'est d'ailleurs seulement après que la réticence ait été invoquée que la demanderesse a prétendu s'être trompée entre 1996 et 1998 et avoir sollicité son médecin pour qu'elle modifie ses déclarations. A cet égard, la Dresse L _____ n'a pas accepté de revenir sur ses déclarations, contrairement à ce que l'assurée a soutenu. D'ailleurs, les déclarations des autres médecins confirment l'existence de maux de tête de type migraineux remontant à 1996 en tout cas. Le Dr O _____ a noté dans l'anamnèse que, selon la patiente, celle-ci souffrait de migraines depuis 1993, précisant que les HUG avaient mentionné des migraines ayant débuté en 1996. Il ressort en effet du rapport du 21 décembre 2010 des HUG que la patiente est connue pour des migraines importantes depuis 1996. Le Dr Q _____ a également daté le début des douleurs à la tête et à la nuque à 1996, sur la base des

A/3576/2012 - 17/21 - indications de l'assurée. Si la Dresse M _____ ne suit l'assurée que depuis 2006, il n'en demeure pas moins que le Dr Q _____ a confirmé que selon l'anamnèse établie par cette neurologue, les céphalées avaient débuté en 1996. Il ressort au surplus des déclarations des médecins et du rapport des HUG que ces céphalées ont débuté suite à un choc psychologique lié à l'infidélité du mari de la demanderesse. A cet égard, les allégations selon lesquelles ce choc daterait de la fin de l'année 1997 ne sont pas crédibles. D'une part, elles sont contradictoires avec les déclarations de l'assurée à ses divers médecins-traitants lors des premières consultations. D'autre part, si le choc avait eu lieu durant les fêtes de Noël à fin décembre 1997, le Dr Q _____, consulté en janvier 1998, n'aurait pas manqué de le mentionner et de constater que sa patiente était encore sous le coup de ce choc. Or, à l'inverse, il a noté que durant plusieurs mois suivant le choc, l'assurée avait développé des nausées et des vomissements, ce qui implique qu'il ait eu lieu bien avant décembre 1997. D'ailleurs, les déclarations de l'assurée concernant le début des céphalées sont contradictoires. Elle a d'abord affirmé, dans sa demande, que les migraines cataméniales avaient débuté en 1997 puis affirmé, lors de l'audience du 18 juin 2013 que les maux de tête avaient commencé en 2000 seulement pour s'aggraver dès 2003 et devenir paroxystiques en 2006. Après l'audition de ses médecins, lors de l'audience du 5 novembre 2013, elle a justifié ses précédentes déclarations, selon lesquelles les maux de tête étaient anodins jusqu'en 2006, par le fait que jusque là, elle ne savait pas qu'il s'agissait de migraines cataméniales. Ainsi, au vu des attestations concordantes de l'ensemble des médecins sur l'apparition de graves et fréquentes céphalées en 1996 déjà et en raison des nombreuses contradictions de la demanderesse, la Cour ne peut se fonder sur ses affirmations selon lesquelles ces maux dateraient de fin 1997 seulement. Il est donc établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée souffre d'importants maux de tête depuis 1996.

E. 8

S'agissant de la gravité et de la fréquence de ceux-ci, les médecins confirment que l'assurée souffrait chaque mois depuis lors de migraines cataméniales durant une semaine, voire durant dix à quinze jours, accompagnées de vomissements. A nouveau, les déclarations de l'assurée sont contradictoires. Après avoir affirmé que ces céphalées étaient peu graves jusqu'en 2006, elle a admis que, suite au choc psychologique de 1996, et non pas de fin 1997, elle avait dû se rendre à l'hôpital en raison de très importants maux de tête, de vomissements et de diarrhées ayant justifié la prescription de médicaments. Jusqu'en 2006, les douleurs à la nuque et à la tête qu'elle ressentait étaient consécutives ou accompagnées par des vomissements tellement importants qu'elle s'étouffait presque. Elle ne peut donc

pas raisonnablement prétendre qu'en novembre 1997, lorsqu'elle a rempli le questionnaire, elle ne souffrait que de maux de tête épisodiques, qui n'avaient lieu que deux à trois fois par an, sans gravité et de peu d'intensité. Peu importe à cet égard qu'en novembre 1997, la demanderesse ait su que les graves maux de tête dont elle souffrait étaient d'origine hormonale, neurologique ou étaient consécutifs

A/3576/2012 - 18/21 - à une atteinte cervicale suite à un accident de la circulation. En tous les cas, compte tenu de la gravité et de la fréquence des céphalées qu'elle subissait depuis 1996 déjà, la demanderesse devait répondre par l'affirmative à la question 28, qui mentionne expressément les migraines et les maux de tête. Elle devait en tout cas répondre par l'affirmative à l'une des questions spécifiquement posées. Soit elle reconnaissait souffrir de maux de tête et/ou de migraines dans le cadre de la question N° 28, soit elle connaissait l'origine hormonale de ces maux de tête et les attribuait à une maladie propre à la femme, selon la question N° 34, soit elle ignorait la cause et l'origine de ces céphalées et elle mentionnait alors un autre trouble à la santé, en répondant par l'affirmative à la question N° 35. L'instruction de la cause a donc permis d'établir que l'assurée souffrait depuis 1996 de fréquents et graves maux de tête avec des vomissements, suite à un choc psychologique causé par la découverte de l'adultère de son mari avec sa cousine.

E. 9

Revenue à Genève en 1995, selon le registre cantonal de l'Office cantonal de la population, l'assurée a d'abord affirmé qu'elle n'avait consulté aucun médecin avant le Dr N_____, qui a été son gynécologue depuis le 28 juin 2001. Or, elle a été régulièrement suivie par le Dr Q_____ dès le 21 janvier 1998, médecin qu'elle a consulté neuf fois cette année-là. Surtout, lors de la première consultation de janvier 1998, il s'est avéré, d'une part, que l'assurée était déjà sous traitement prescrit par ordonnance et, d'autre part, qu'elle avait été hospitalisée, ou à tout le moins, qu'elle avait consulté les HUG en 1997, en raison de la gravité des céphalées et des vomissements qu'elle subissait. Au surplus, et bien qu'il n'ait pas été possible d'établir avec précision à quelle époque le Dr P_____ était le gynécologue de la demanderesse, il est probable que tel ait été le cas entre 1995 et 1998 car il était assez peu vraisemblable que la demanderesse, mariée depuis 1993, n'ait pas consulté de gynécologue entre son mariage et novembre 1997. Ainsi, à la question de savoir si elle avait consulté un médecin ces cinq dernières années (N° 16), la demanderesse aurait dû répondre par l'affirmative. Il n'est à cet égard pas vraisemblable que l'assurée ait oublié l'existence du Dr Q_____ lorsqu'elle a été interrogée par la Cour, au vu du nombre de consultations annuelles de janvier 1998 à 2001. Le Dr Q_____ a également révélé qu'en janvier 1998 déjà, l'assurée prenait du Tonopan® et du Voltaren®, en raison des céphalées qu'elle subissait. Compte tenu du fait que ces dernières ont débuté en 1996, l'assurée prenait donc déjà ces antidouleurs en novembre 1997. Au surplus, lors de la consultation et/ou de l'hospitalisation de la demanderesse aux HUG, une prescription de Stilnox® et de Xanax® avait été établie. En conséquence, la demanderesse aurait dû répondre par l'affirmative à la question N° 14, s'agissant de savoir si elle avait régulièrement besoin de médicaments, voire à la question N° 15, permettant de déterminer si elle était sous traitement ou contrôle médical.

A/3576/2012 - 19/21 - Pour terminer, il est notoire que le Stilnox® est un somnifère et le Xanax® a pour but de traiter l'anxiété, ces médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale. Il n'est pas imaginable que les médecins des HUG aient affirmé à l'assurée qu'il s'agissait de traiter seulement une diarrhée. Le Dr Q_____ a exposé de

façon convaincante que l'assurée présentait des symptômes dépressifs en janvier 1998 et que l'ensemble des autres troubles dont souffrait l'assurée depuis 1996, soit céphalées, vomissements, gastrite, etc., était dû au choc psychique subi, les examens neurologiques s'étant révélés normaux et l'origine menstruelle n'étant pas encore établie. L'ensemble de ces éléments confirme le diagnostic d'état dépressif retenu par le Dr Q_____, consécutif au traumatisme psychologique subi en 1996. A défaut d'attribuer ces maux de tête à une affection du système nerveux, l'assurée devait tout de même répondre par l'affirmative à la question N° 28, s'agissant de savoir si elle souffrait de dépression.

E. 10

Il est ainsi établi que la preneuse d'assurance a répondu de façon inexacte à plusieurs des questions posées dans le questionnaire du 25 novembre 1997. Elle ne prétend pas, à juste titre, que les questions n'étaient pas claires. Il est établi qu'en se posant sérieusement la question, l'assurée ne pouvait pas ignorer qu'elle souffrait de troubles à sa santé qui tombaient sous le coup des questions de l'assurance. Elle ne démontre pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle aurait clairement et précisément exposé au courtier d'assurance qui la conseillait à l'époque l'ensemble des troubles dont elle souffrait et leur gravité. Il est par contre probable que, si elle a minimisé l'ampleur de ses troubles à ce courtier, comme elle l'a fait à l'égard de la Cour de céans, prétendant souffrir de maux de tête anodins moins de trois fois par année, il ne l'aura alors pas enjointe à répondre par l'affirmative aux questions posées. Pour ce motif, il n'est pas utile d'entendre ce courtier. S'agissant de la déclaration de résolution, elle mentionne précisément que ce sont les migraines datant de 1996 qui ont été passées sous silence et que c'est à la question no 28 que l'assurée aurait dû répondre par l'affirmative, ce qui est suffisant selon la jurisprudence. Quant au délai de 4 semaines pour résoudre le contrat, il a commencé à courir seulement dès que l'assurance a eu une connaissance suffisante des éléments constitutifs de la réticence, soit à réception du rapport médical détaillé de la Dresse L_____ du 13 avril 2010, et non pas sur la base de celui du 2 février 2010. Au surplus, l'assurée ne rend pas vraisemblable que l'assurance aurait eu connaissance lors d'un sinistre antérieur de la réticence commise.

E. 11

En dernier lieu, la demanderesse ne parvient pas à renverser la présomption légale et à démontrer que les réponses inexactes aux questions posées, en particulier la question no 28, portaient sur un fait sans importance pour l'appréciation du risque et n'avaient aucune influence sur la détermination de la volonté de l'assurance lors de la conclusion du contrat. En effet, compte tenu de la gravité et de la fréquence des troubles dont souffrait l'assurée ainsi que de leur étiologie peu claire, il est établi au

A/3576/2012 - 20/21 - degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurance n'aurait pas conclu le contrat aux conditions convenues, si elle avait connu l'existence des troubles de la demanderesse. Au surplus, l'existence d'un lien de causalité n'est pas exigée sous l'empire de l'art. 6aLCA applicable au cas d'espèce. Au demeurant, s'il était exigé, le lien de causalité entre la réticence et le sinistre serait établi. L'existence de migraines intenses, fréquentes, accompagnée de vomissements est un fait important pour apprécier le risque, fait qui n'a pas été déclaré, et qui se rapporte au risque qui s'est réalisé. En effet, depuis les deux accidents des 18 décembre 2009 et 18 janvier 2010, l'assurée est incapable de travailler en raison, en particulier, de maux de tête, de cervicalgies persistantes et de

nausées, ainsi que de photophobie sans trouble neurologique clair, l'ensemble des médecins attestant de l'aggravation de troubles préexistants. L'assurée souffrait en 1996 déjà de maux de tête et de nausées, la photo-phono-phobie étant mentionnée dès 2003 seulement. Cela étant, si les symptômes accompagnant les migraines cataméniales ont certainement été en s'aggravant depuis 2000, il n'en demeure pas moins que ce sont les mêmes troubles, non déclarés en novembre 1997, même si leur étiologie est peut-être différente, qui sont à l'origine du sinistre ou, à tout le moins, qui influencent considérablement l'étendue des prestations de l'assurance, soit le versement de tout ou partie des indemnités perte de gain durant 730 jours.

E. 12

Dès lors qu'il est établi que la preneuse d'assurance a répondu de façon inexacte notamment à la question no 28, précise et non équivoque, que la présomption de l'art. 4 al. 3 LCA n'a pas été renversée, et que l'assurance pouvait se départir du contrat en application de l'art. 6 aLCA, le lien de causalité entre les faits cachés et le sinistre n'étant pas une condition au droit de la défenderesse à se prévaloir de la réticence dans le cadre de cette disposition.

E. 13

La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse (art. 17 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/3576/2012 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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