

# FR\_GERICHTE 608 2019 78 vom 5. Juli 2021

FR Kantonsgericht, 2021-07-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2019\\_78](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_78)

FR: FR\_GERICHTE 608 2019 78 du 5 juillet 2021

IT: FR\_GERICHTE 608 2019 78 del 5 luglio 2021

## Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Berufliche Vorsorge

## Erwägungen

### E. 2

Le contrat de prévoyance litigieux, conclu en juin 2010, est soumis aux dispositions de la LCA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 1er janvier 2011. Il fait par ailleurs référence aux CC incapacité de gain, édition 11.2009, et aux conditions complémentaires relatives à la libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident d'Allianz (ci-après CC libération), édition 11.2009 produite la défenderesse.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17

#### E. 2.1.1

Selon l'art. 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). 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). Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque; en revanche, le preneur n'a pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé. La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et être rédigée de manière précise et non équivoque. Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3; 134 III 511 consid. 3.3.2 et 3.3.4; arrêt TF 4A\_25/2017 du 29 mars 2017 consid. 2.1). 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. D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (voir art. 4 al. 1 et art. 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; 134 III 511 consid. 3.3.3; arrêt TF 4A\_25/2017 du 29 mars 2017 consid. 2.1). Pour entraîner les effets de la réticence, il faut encore que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du risque (art.

4 al. 1 et art. 6 al. 1 LCA). 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 (art. 4 al. 2 LCA). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. L'assuré peut toutefois renverser cette présomption en apportant la preuve que l'assureur aurait néanmoins conclu le contrat aux conditions prévues s'il avait connu le fait omis ou indiqué d'une façon inexacte. En d'autres termes, il doit établir que la fausse ou inexacte déclaration de ce fait n'aurait pas eu d'influence sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (arrêt TF 5C.43/2004 du 9 août 2004, consid. 6. 1). En prenant en considération toutes les circonstances du cas d'espèce et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions (ATF 136 III 334 consid. 2.4; 134 III 511 consid. 3.3.4; arrêt TF 4A\_25/2017 du 29 mars 2017 consid. 2.1).

### **E. 2.1.2**

A teneur du ch. 7.1 CC incapacité de gain d'Allianz, le preneur d'assurance est tenu (le cas échéant, lors de l'examen visant à déterminer s'il a rempli en bonne et due forme son obligation de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 déclarer lors de la conclusion du contrat) d'apporter son concours, de fournir tous les renseignements et de délier les tiers de leur obligation de garder le secret (1er paragraphe). Les réponses à toutes les questions de la proposition doivent être exactes, complètes et conformes à la vérité. Cette obligation vaut également pour les questions destinées à des tiers. De l'exactitude des réponses fournies dépendent la conclusion de l'assurance et l'étendue de la couverture (2ème paragraphe).

### **E. 2.2.1**

Les effets de la réticence sont lourds pour l'ayant droit, du moment que l'assureur est en droit de résilier le contrat; il doit le faire par écrit et la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (art. 6 al. 1 LCA). Cette résiliation produit ainsi ses effets ex nunc, c'est-à-dire seulement pour le futur (ATF 138 III 416, consid. 6.1; arrêt TF 4A\_150/2015 du 29 octobre 2015, consid. 7.2). Non seulement l'assureur n'est plus lié pour l'avenir, mais il peut encore refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu et obtenir le remboursement de la prestation qu'il a accordée pour un tel sinistre, lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (art. 6 al. 3 LCA; ATF 138 III 416 consid. 6.3 et 6.4; arrêt TF 4A\_25/2017 du 29 mars 2017 consid. 2.1). Son obligation de fournir des prestations reste par contre intacte, malgré la résiliation du contrat, si la réticence n'a pas influencé la survenance du sinistre ou l'étendue de la prestation à fournir (ATF 138 III 416 précité). L'art. 6 al. 2 LCA prévoit encore que le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence. Ce délai de quatre semaines ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assureur a eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence, et non pas à partir du moment où il aurait pu en avoir connaissance. Il s'agit d'un délai de péremption (arrêt TF 9C\_768/2016 du 15 mars 2017, consid. 5.2).

### **E. 2.2.2**

Le ch. 7.1 CC incapacité de gain d'Allianz prévoit que, si le preneur d'assurance ou un tiers a répondu de manière inexacte, incomplète ou non conforme à la vérité, Allianz est en droit

de résilier le contrat par notification écrite (3ème paragraphe).

### **E. 3.1**

La défenderesse a résilié le contrat la liant au demandeur pour cause de réticence le 21 mars 2018. Elle reproche au demandeur de ne pas avoir indiqué à la question 6 du questionnaire de santé qu'il avait souffert d'un lombago en 2009 et à la question 11 qu'il avait pris des médicaments sur prescription médicale pour le soigner. Le demandeur ne conteste pas avoir donné des informations incomplètes à certaines questions, mais il est d'avis que les faits omis sont de peu d'importance et ne sauraient justifier la résiliation du contrat pour cause de réticence.

### **E. 3.2**

Il convient dès lors d'examiner si les éléments invoqués par la défenderesse, considérés séparément ou dans leur ensemble, pouvaient constituer un motif de réticence valable, et tout d'abord de déterminer si et dans quelle mesure le demandeur pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, au regard des circonstances concrètes et selon la connaissance personnelle qu'il avait de la situation.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 La question 6 du questionnaire de santé avait la teneur suivante: "Au cours des 5 dernières années avez-vous consommé, régulièrement ou pendant plus de quatre semaines, des médicaments sur prescription médicale (contraceptifs excepté), des substances ergogènes (p. ex. produits dopants), alcool ou stupéfiants (p. ex. cannabis, autres narcotiques ou substances addictives)? Quels médicaments sous prescription médicale: Quelles substances ergogènes: Si la consommation journalière dépasse 1,5 dl de spiritueux ou 5 dl d'autres boissons alcoolisées (p. ex. bière, vin): Quelles drogues: " La question 11 était formulée comme suit: "Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'atteinte à la santé en raison de maladie ou d'accident de l'appareil locomoteur (p. ex. os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons) tels que douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatisme ou douleurs chroniques? S'agit-il des fractures, entorses, foulures, luxations, dislocations aux bras et aux jambes guéries antérieures à 2 ans: Quelles autres atteintes à la santé: Quand (année): Médecins traitants et leur adresse: " Le demandeur a répondu par la négative à ces deux questions. S'agissant de la prise de médicaments, il s'est vu prescrire à une reprise 20 comprimés de Tilur. Vu la formulation de la question 6, il estime qu'à contrario, la prise de médicaments pour une durée inférieure à quatre semaines n'est pas un fait important aux yeux de l'assureur. Quant au lombago diagnostiqué le 8 juin 2009 (question 11), il s'agissait d'un banal lombago et d'un événement ponctuel nécessitant la prescription unique de 20 comprimés susmentionnée, lequel n'avait pas entraîné une incapacité de travail, de sorte qu'il ne s'agissait pas non plus d'un fait important. La défenderesse estime quant à elle que les douleurs dont souffrait le demandeur avant la conclusion du contrat étaient loin d'être anodines puisqu'elles s'inscrivent dans la succession de consultations médicales qu'il a dû faire par la suite en raison de son état de santé, et que le traitement médicamenteux renforce la notion de maladie car personne n'est mis sous traitement médical, qui plus est avec un médicament accessible seulement sur ordonnance, s'il ne souffre pas d'une maladie. Le fait qu'Allianz pose les questions 6 et 11 montre que les faits qu'elles concernent sont importants, en vertu de l'art. 4 al. 3 LCA. Encore faut-il que la question soit sans équivoque, ce qui n'est pas le cas de la question 6. En effet, le terme "régulièrement" est une notion indéterminée, qui implique une certaine habitude ou constance. On ignore de plus si les

médicaments doivent avoir été pris pendant quatre semaines sans interruption ou non. Quoi qu'il en soit, on peut admettre que la prescription à une seule reprise de 20 comprimés durant moins de quatre semaines ne peut être assimilée à une consommation « régulière ou pendant plus de quatre semaines ». Cette prescription ne saurait dès lors constituer un fait important que le demandeur aurait dû déclarer en réponse à la question 6.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 La question 11 est par contre suffisamment claire et précise puisqu'elle mentionne notamment les douleurs dorsales. Le demandeur aurait dès lors dû mentionner les lombalgies pour lesquelles il a été soigné. Toutefois, le lombago diagnostiqué le 8 juin 2009 était banal et ponctuel, puisque qu'un an s'était écoulé sans rechute ou poursuite du traitement jusqu'au moment de la conclusion du contrat. Il n'a pas non plus nécessité un traitement à long terme, ni entraîné d'incapacité de travail (rapport du 29 juin 2018 du Dr C. \_\_\_\_\_), de sorte que, même en présence d'un médicament accessible sur ordonnance, on ne pouvait en déduire, en juin 2010, que le demandeur souffrirait cinq ans plus tard de problèmes dorsaux. La jurisprudence fédérale a considéré que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement 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 de manière fautive son devoir de renseigner (cf. ATF 116 II 338 consid. 1b). Il en est de même si l'assuré, profane en la matière, se croit de bonne foi exempt de maladies dorso-lombaires, étant remis sans séquelles et après un bref traitement, de douleurs consécutives à un accident ponctuel (cf. ATF 101 II 339, consid. 2b, JdT 1976 I 627). A ce sujet, le Dr C. \_\_\_\_\_ a précisé avoir indiqué à son patient qu'il souffrait d'un banal lombago et qu'il s'agissait à son avis seulement d'une surcharge mécanique due à son travail. Dans ces circonstances, il y a par conséquent lieu de retenir que le lombago diagnostiqué en 2009 pouvait être considéré comme non important par le demandeur et qu'il n'aurait pas eu d'influence sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Partant, la déclaration de réticence du 21 mars 2018 ne saurait avoir d'effet et Allianz n'était pas en droit de résilier le contrat d'assurance sur cette base.

#### **E. 4**

Le 22 août 2019, Allianz a envoyé au demandeur une seconde déclaration de réticence. Si la première déclaration de réticence est à l'origine de l'action du 20 mars 2019, cette seconde déclaration est intervenue au cours de la présente procédure. Cela étant, les conclusions ayant été maintenues, la question se doit d'être tranchée, d'autant plus que, les parties ayant pu s'exprimer à cet égard, elle est en état d'être jugée.

#### **E. 4.1**

La défenderesse reproche au demandeur d'avoir répondu par la négative aux questions 10 et 14 du questionnaire de santé, alors qu'il a été en incapacité de travail du 25 février 2008 au 26 avril 2008 en raison d'un arrêt maladie pour surmenage, et qu'elle n'aurait pas conclu le contrat si elle en avait eu connaissance. Le demandeur indique que cet épisode était lié à un arrêt maladie pour surmenage lorsqu'il était salarié et ne concernait pas ses problèmes de dos. La question 10 avait la teneur suivante: "Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'atteinte à la santé en raison de maladie ou d'accident du système nerveux (p. ex. paralysies, épilepsie, vertiges, paralysies, troubles nerveux) des yeux ou du psychisme (p. ex. dépressions, troubles anxieux et/ou état d'épuisement) ou avez-vous fait une tentative de suicide? Acuité visuelle inférieure à -10 et supérieure à 10: Maladie de la rétine: Tentative

de suicide: Quelles atteintes à la santé:

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 Médecins traitants et leur adresse:" La question 14 était ainsi formulée: "Avez-vous été au cours des 5 dernières années sous traitement médical pour d'autres atteintes à la santé en raison de maladie, accident ou infirmités congénitales qui n'ont pas encore été évoquées plus haut pour une durée supérieure à 4 semaines ou votre capacité de travail est-elle actuellement réduite? Quelles atteintes à la santé: Taux d'incapacité de travail actuel: Médecins traitants et leur adresse:". Il apparaît que la question 10 est claire et précise puisqu'elle cite notamment l'état d'épuisement et qu'elle ne pose pas de limite dans le temps. Or, il est admis et connu que le surmenage entraîne par définition un épuisement qui peut entraîner une incapacité de travail. Tel est le cas ici, puisque l'épisode de surmenage de 2008 a conduit à une incapacité de travail entre 50% et 100% durant deux mois, ce qui ne ressort pas du dossier médical mais que le demandeur ne conteste pas. Une réticence doit dès lors être admise.

#### **E. 4.2**

Cependant, le demandeur soutient que l'annonce de cette réticence est tardive, Allianz ayant vraisemblablement reçu le dossier de l'assureur-maladie, qui devait contenir des rapports médicaux relatifs aux différents cas d'incapacité de travail annoncés, le 1er janvier 2017 au plus tard. La défenderesse allègue quant à elle que ce n'est que le 8 août 2019, à la lecture de la détermination du 31 juillet 2019 du demandeur, qu'elle a eu connaissance du fait que l'incapacité de travail survenue du 25 février au 26 avril 2008 était due à un arrêt maladie pour surmenage. Il ressort du dossier médical du demandeur qu'il n'est aucunement fait mention d'un état de surmenage. Seul le Dr D.\_\_\_\_\_ parle, dans un rapport du 14 novembre 2014, d'une anxiété, sans indiquer depuis quand elle existe ni qu'elle aurait entraîné une incapacité de travail (bordereau du demandeur). Ce document ne permet ainsi pas à Allianz d'avoir eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence. Ce rapport ne figure par ailleurs pas dans le dossier de la défenderesse et a été produit par le demandeur avec l'action déposée le 20 mars 2019. Ce n'est donc que par le courrier du 31 juillet 2019 du demandeur adressé à la Cour de céans, et à elle transmis le 6 août 2019, qu'elle a su que l'incapacité de travail ayant entraîné le versement d'indemnités journalières de l'assurance-maladie du 25 février 2008 au 26 avril 2008 était due à un surmenage. En faisant parvenir au demandeur une nouvelle déclaration de réticence par lettre du 22 août 2019, la défenderesse a dès lors respecté le délai de quatre semaines prévu par l'art. 6 al. 2 LCA. Il faut dès lors admettre que la résiliation du contrat d'assurance contenue dans le même courrier est intervenue valablement.

#### **E. 5.1**

S'agissant des situations où le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'art. 6 al. 1 LCA, l'art. 6 al. 3 LCA énonce 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

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 survenance ou l'étendue du sinistre, en précisant que dans la mesure où l'assureur a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement. A cet égard, le ch. 10 2ème par. ch. 7.1 CC incapacité de gain énonce que le droit aux prestations s'éteint notamment avec la résiliation du contrat, mais ajoute que cette clause n'est pas applicable aux prestations de rentes lorsque le droit au maintien de leur versement est garanti par des dispositions légales contraignantes. Or, tel est

le cas de l'art. 6 al. 3 LCA (voir art. 98 LCA). La jurisprudence confirme que l'assureur ne peut se libérer de son obligation de prester en application de l'art. 6 al. 3 LCA qu'à condition que le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre et donc qu'il existe un lien de causalité entre le fait objet de la réticence et le sinistre (cf. arrêt TF 4A\_303/2010 du 11 août 2010, consid. 2.1). Le fait important passé sous silence doit se rapporter au risque qui s'est réalisé dans le cas d'espèce (arrêt TF 4A\_303/2010 précité, consid. 2.4). Ce lien de causalité ne doit pas être admis lorsque le sinistre serait tout de même survenu ou survenu dans la même ampleur dans l'hypothèse où l'assuré aurait déclaré le fait omis ou correctement déclaré le fait inexactly déclaré (BSK VVG Nach. Bd, NEF/VON ZEDWITZ, art. 6 LCA, n. 5). La notion de causalité selon l'art. 6 al. 3 LCA doit être comprise de manière large. Il faut toutefois que le fait important passé sous silence ou déclaré inexactly se rapporte au risque qui s'est réalisé (arrêts TF 9C\_203/2020 du 22 mars 2021, consid. 5.1.3; 4A\_283/2019 du 17 octobre 2019, consid. 4.5; 4A\_150/2015 du 29 octobre 2015, consid. 7.4). Enfin, l'existence d'un rapport de causalité entre ce fait ou le sinistre n'affecte pas le droit de l'assureur de résilier le contrat en tant que tel, mais elle est susceptible d'influencer l'obligation de prester qui incombe à l'assureur en vertu de contrat (ATF 138 III 416, consid. 6; BRULHART, Droit des assurances privées, 2ème éd. 2017, n° 624 p. 331).

## **E. 5.2**

En l'espèce, le moment auquel la résiliation du 22 août 2019 a effectivement été notifiée au demandeur ne ressort pas précisément du dossier. Cependant, elle a été envoyée par courrier recommandé tant au demandeur qu'à la Cour de céans à titre d'information. Celle-ci l'ayant reçue le 26 août 2019, il est vraisemblable que tel est également le cas du demandeur. Il appartiendra toutefois à Allianz de déterminer précisément ce moment à partir duquel l'obligation de la défenderesse s'éteint pour les sinistres ultérieurs. Cela étant, la question litigieuse est celle de savoir si, compte tenu de la résiliation intervenue à fin août 2019, la défenderesse peut se libérer de son obligation de prester pour le sinistre déjà survenu en vertu de l'art. 6 al. 3 LCA. L'existence d'un sinistre, soit la survenance de l'événement redouté en vue duquel le contrat a été conclu (ATF 136 III 334), ici l'incapacité de travail survenue le 1er décembre 2015, n'est pas contestée. Celle-ci est due à une bursite, une épaule gelée et un lumbago, tandis que l'objet sur lequel porte la déclaration de réticence du 22 août 2019 est une incapacité de travail survenue du 25 février au 26 avril 2008 due à un état de surmenage. Il ne peut dès lors pas être admis que cet épisode de surmenage a eu une quelconque influence sur le sinistre survenu plus de sept ans plus tard, le fait passé sous silence ne se rapportant en aucune façon au risque qui s'est réalisé. En l'absence de lien de causalité, la défenderesse ne pouvait dès lors se prévaloir valablement de la réticence qui a conduit à la résiliation du contrat à fin août 2019 pour se libérer de son obligation d'accorder sa prestation en lien avec le sinistre survenu à fin 2015.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17

## **E. 6**

Le droit du demandeur à des prestations en lien avec l'incapacité de travail subie à partir du 1er décembre 2015 doit encore être examiné au regard de son obligation de déposer sa demande à temps.

### **E. 6.1**

L'art. 38 LCA énonce à son alinéa 1 qu'en cas de sinistre, l'ayant droit doit, aussitôt qu'il a eu connaissance du sinistre et du droit qui découle en sa faveur de l'assurance, en donner avis à l'assureur. Son alinéa 2 prévoit que si par sa faute, l'ayant droit contrevient à l'obligation d'annoncer le sinistre dès qu'il en a eu connaissance, l'assureur a le droit de réduire l'indemnité à la somme qu'elle comporterait si la déclaration avait été faite à temps.

### **E. 6.2**

Le chiffre 7.2 CC incapacité de gain déroge à la règle de l'art. 38 LCA. Ainsi, le premier paragraphe prévoit que lorsqu'une incapacité de gain survient à la suite d'une maladie ou d'un accident, le preneur d'assurance est tenu d'en informer la défenderesse au plus tard dans les 90 jours, des formulaires étant disponibles auprès d'elle. Par ailleurs, si la survenance de l'incapacité de gain est déclarée après l'expiration dudit délai, le preneur d'assurance n'a pas droit au versement de prestations pour ladite incapacité de gain (deuxième paragraphe).

### **E. 6.3**

L'art. 38 LCA n'est en soi pas de nature impérative (voir art. 97 et 98 LCA). Il convient toutefois d'examiner si la réglementation contractuelle spécifique énoncée ci-dessus, en particulier le délai de péremption de 90 jours et ses conséquences sur le droit au versement des prestations, peut être appliquée en l'espèce. L'obligation d'aviser l'assureur de la survenance d'un sinistre, telle qu'elle ressort de l'art. 38 al. 1 LCA, a pour fonction de permettre à l'assureur de vérifier l'existence d'un droit à des prestations et d'ordonner, si nécessaire, des mesures pour réduire le dommage. Il s'agit donc d'une incombance dépendante (unselbstständige Obliegenheit), qui ne poursuit pas un but en soi, mais vise à maintenir le rapport d'équivalence dans le contrat d'assurance. Le Tribunal fédéral en a déjà déduit que ce n'est que lorsque la violation de cette incombance a une incidence sur l'ensemble du rapport contractuel qu'elle produit des effets juridiques. La raison en est que la violation d'une incombance dépendante qui ne porte pas atteinte à l'équivalence des prestations n'est pas déterminante et reste donc dépourvue d'effet juridique (arrêts TF 4C.314/1992 du 11 décembre 2001, consid. 5b; 5C\_55/2005 du 6 juin 2005, consid. 4.1). Dans cette même optique, se référant à l'art. 29 al. 2 LCA, disposition qui ne peut pas être modifiée au détriment du preneur d'assurance (voir art. 98 LCA), le Tribunal fédéral a également précisé que dans la mesure où l'obligation d'avis est une incombance qui a pour but la diminution du dommage, l'assureur ne peut pas se prévaloir d'une clause de déchéance si la violation de cette obligation n'a pas exercé une influence sur la survenance de l'événement redouté ou sur l'étendue des prestations de l'assureur. Ce n'est que lorsque la violation de l'incombance s'étend à l'ensemble des rapports contractuels qu'il en résulte des effets juridiques. La violation d'une obligation qui ne porte pas atteinte à l'équivalence n'est ainsi pas déterminante et est dépourvue d'effets juridiques (arrêt TF 4C.314/1992 précité consid. 5b et la référence; KELLER LEUTHARDT/VILLARD, in Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, 2012, art. 38 n. 16f). C'est à la lumière de ces principes qu'il convient d'apprécier la portée de la réglementation prévue au chiffre 7.2 CC incapacité de gain.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17

### **E. 6.4**

Le demandeur a certes déposé sa demande de prestations une année après le début de son incapacité de travail. Force est toutefois de constater qu'il s'est rendu rapidement à l'hôpital, puis chez son généraliste et a consulté des spécialistes, pour un suivi médical sans

interruption. Il a ainsi pris les mesures appropriées pour traiter ses troubles physiques, et l'on ne voit pas ce que la défenderesse aurait pu exiger comme autres mesures afin de réduire le dommage si elle avait eu connaissance de l'incapacité de gain dans les 90 jours suivant son début le 1er décembre 2015. Il en résulte que l'annonce de sinistre intervenue le 30 novembre 2016, soit largement après l'échéance du délai de 90 jours prévu par le chiffre 7.2 CC incapacité de gain, n'a pas eu dans le cas particulier d'influence sur l'étendue des prestations et n'a pas non plus porté atteinte à l'équivalence des prestations. En conséquence, le fait que le délai de péremption prévu par cette clause de déchéance n'ait pas été respecté constitue une violation qui reste dépourvue d'effets juridiques. Le chiffre 7.2 CC incapacité de gain étant dénué de portée juridique au vu des circonstances de l'espèce, la question de son éventuel caractère insolite peut rester ouverte. On peut tout au plus noter que, dans la version actuelle des CC incapacité de gain, disponible sur le site internet de la défenderesse, la règle prévoyant le refus complet des prestations en cas de déclaration après le délai de 90 jours a été supprimée. Les CC incapacité de gain qui sont désormais intégrées aux contrats prévoient une réglementation différente qui a un effet sur le calcul du délai d'attente, dans le sens que si la survenance de l'incapacité de gain est déclarée après l'expiration du délai de 90 jours à compter du début de l'incapacité de gain, le délai d'attente commence à la date de la réception de l'annonce d'incapacité de gain au siège principal.

#### **E. 7.1**

La police d'assurance prévoit un délai d'attente de 720 jours (le mois comptant 30 jours et l'année 360 jours selon le chiffre 7.2 paragraphe 9 CC incapacité de gain) avant le versement de la rente, sans toutefois en fixer le début. Les CC incapacité de gain ne fixent pas non plus ce début, renvoyant seulement à la police au sujet de sa durée (ch. 2.1). Au vu de l'absence d'effet juridique du chiffre 7.2 CC incapacité de gain et en l'absence de toute règle ou indication contraires, il y a lieu de faire partir le délai d'attente au moment de la survenance du sinistre, c'est-à-dire au 1er jour de l'incapacité de travail, soit le 1er décembre 2015. Le délai d'attente de 720 jours échéant ainsi le 30 novembre 2017, le demandeur peut prétendre à la rente dès le lendemain, 1er décembre 2017. Il a en conséquence droit au paiement de la rente annuelle de CHF 24'000.- qu'il requiert à compter de cette date.

#### **E. 7.2**

Reste la question de la durée du droit à la rente. Selon la jurisprudence fédérale, la validité de la résiliation pour réticence ne peut être liée également aux conditions de l'al. 3 de l'art. 6 LCA. Par conséquent, lors de la résiliation du contrat pour cause de réticence, l'obligation de prestations s'éteint pour les sinistres qui ne sont pas encore survenus et pour ceux qui sont déjà survenus à condition qu'il existe un lien de causalité entre le sinistre et le fait passé sous silence. Elle ne s'éteint par contre pas si la réticence n'a pas influencé la survenance du sinistre ou l'étendue de la prestation (ATF 138 III 416, consid. 6.3). La doctrine distingue également entre le sort du contrat et le sort des prestations. Si la résiliation du contrat est autorisée pour le futur, le contrat était en vigueur au moment de la survenance de l'événement dommageable et les conséquences de ce sinistre doivent être prises en charge selon

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 les termes de la couverture, l'assureur ne pouvant refuser ses prestations qu'en présence d'un lien de causalité entre le fait tu ou incorrectement déclaré et le sinistre survenu (BRULHART, Droit des assurances privées, 2ème éd. 2017,



n° 623 p. 339ss; FEHR, Erheblichkeit und Kausalzusammenhang einer Anzeigepflichtverletzung, de lege lata und de lege ferenda, HAVE 3/2011, p. 235ss). De ce fait, malgré la résiliation du contrat, le demandeur a droit à la rente dès le 1er décembre 2017 et tant que les conditions de son octroi sont remplies.

## **E. 8**

Il y a encore lieu d'examiner la question de la libération du paiement des primes.

### **E. 8.1**

Le contrat de prévoyance liée conclu entre les parties comprend la libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident. Les conditions de ce droit à la libération du paiement des primes ne font pas l'objet de dispositions de la LCA. Cette question est par contre réglée par des conditions générales spécifiques (CC libération précitées) ainsi que par le chiffre 10 par. 6 CC incapacité de gain. Aux termes du chiffre 2 CC libération, le montant de la libération du paiement des primes est fixé en fonction du degré non arrondi de l'incapacité de gain. Si ce degré d'incapacité de gain atteint 70% ou plus, Allianz verse l'intégralité des prestations, à savoir qu'elle prend en charge, après l'expiration du délai d'attente stipulé dans la police, le paiement des primes pour l'assurance principale existante et toutes les assurances complémentaires. Le chiffre 10 par. 6 CC incapacité de gain prévoit que le droit à la libération, si elle est assurée, s'éteint dans tous les cas de dissolution du contrat au moment où, par suite de ladite dissolution, plus aucune prime n'est due. La fin de la couverture est également régie par le chiffre 6 CC libération qui prévoit qu'elle intervient à la date d'échéance du contrat indiquée dans la police, et de manière anticipée notamment en cas de dissolution du contrat par suite de cessation du paiement des primes ou de résiliation. Selon le chiffre 7.1 CC libération, si le contrat prend fin du fait d'une résiliation, la défenderesse est libérée de son obligation de prestation pour les sinistres déjà survenus dont l'occurrence ou l'étendue a été influencée par la nature inexacte, incomplète ou non conforme à la vérité des réponses données. Le chiffre 7.2 CC libération prévoit pour sa part que le preneur d'assurance est tenu d'informer Allianz au plus tard dans les 90 jours de la survenance d'une incapacité de gain suite à une maladie ou un accident; si la survenance de l'incapacité de gain est déclarée après l'expiration de ce délai, le délai d'attente commence à la date de réception de l'annonce d'incapacité de gain au siège principal d'Allianz.

### **E. 8.2**

En l'espèce, le demandeur étant totalement incapable de travailler et la réticence qui a entraîné la résiliation du contrat étant sans influence sur la survenance ou l'étendue du sinistre (cf. consid. 5.2 ci-dessus), le demandeur doit être libéré du paiement des primes. La question des effets juridiques de la violation de l'obligation d'annoncer le sinistre a déjà été examinée ci-dessus en lien avec le devoir de la défenderesse de verser des prestations (cf. consid. 6). Le raisonnement mené en lien les conséquences de l'annonce tardive sur le droit aux prestations (consid. 6.4) peut être repris pour déterminer les conséquences sur le droit à la libération des primes. En effet, l'annonce tardive n'a eu d'influence ni sur l'étendue de la libération des primes,

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 ni sur l'équivalence entre l'obligation de paiement des primes prévue par le contrat et les conditions auxquelles l'assuré peut bénéficier d'une libération de payer ces primes. Il en résulte que l'annonce effectuée une année après la survenance de l'incapacité de travail constitue sous cet angle également une violation qui

reste sans effets juridiques. De ce fait, le délai d'attente de 720 jours débute à partir de la survenance du sinistre, soit le 1er décembre 2015, et arrive à échéance le 30 novembre 2017. Elle durera tant que les conditions d'octroi seront remplies. Le demandeur allègue avoir payé les primes du 1er décembre 2017 au 31 mai 2018 pour un montant de CHF 1'937.-, ce qui est admis par la défenderesse. Etant libéré du paiement des primes depuis le 1er décembre 2017, il a droit au remboursement qu'il requiert à concurrence du montant précité.

### **E. 9.1**

Selon la jurisprudence, l'obligation de verser des intérêts moratoires sur des rentes d'invalidité échues existe non seulement dans le domaine de la prévoyance obligatoire mais aussi dans le domaine du surobligatoire. Dans les deux hypothèses, s'appliquent les règles des articles 102 ss de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le code civil suisse (Livre cinquième: Droit des obligations) (CO; RS 220), à défaut de disposition réglementaire. La disposition de l'art. 26 al. 2 LPGA n'est pas applicable en matière de prévoyance professionnelle. Est déterminant, selon le Tribunal fédéral, en particulier l'art. 105 al. 1 CO. Selon cette disposition, le débiteur en demeure pour le paiement notamment "d'arrérages" ne doit l'intérêt moratoire qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice. La ratio legis de cette disposition, laquelle déroge à la règle générale de l'art. 102 al. 1 CO, est que le créancier, selon l'expérience générale, n'investit pas les rentes en cause pour en tirer des revenus, mais les utilise aux fins d'assurer son entretien (ATF 137 V 373 consid. 6.6 et 119 V 131 consid. 4c; arrêts TF 9C\_731/2016 du 14 juillet 2017 consid. 6, 9C\_588/2020 consid. 5.2.3; arrêt TC FR 608 2019 146 du 19 juin 2020 consid. 5.1). A défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5 % conformément à l'art. 104 al. 1 CO (arrêt TF 9C\_214/2019 du 12 décembre 2019 consid. 5.1 et les références citées).

### **E. 9.2**

En l'espèce, les CC incapacité de gain ne contiennent de dispositions concernant les intérêts sur les rentes arriérées. Dès lors, la règle spéciale de l'intérêt moratoire prévue à l'art. 105 al. 1 CO est applicable tout comme le taux prévu à l'art. 104 al. 1 CO. Par conséquent, un intérêt de 5 % l'an est dû sur les rentes à compter de leur échéance, mais au plus tôt dès le 20 mars 2019, date du dépôt de l'action.

### **E. 10.1**

Au vu de ce qui précède, l'action est partiellement admise, dans le sens que la validité de la résiliation du contrat d'assurance par lettre du 22 août 2019 est constatée et que les droits du demandeur respectivement à la rente et à la libération des primes sont admis dès le 1er décembre 2017 et tant que les conditions de ces droits sont remplies. Partant, la défenderesse sera astreinte à verser au demandeur une rente annuelle de CHF 24'000.- à partir du 1er décembre 2017, majorée d'un intérêt de 5% dès le 20 mars 2019 au plus tôt.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 Le demandeur sera par ailleurs libéré du paiement des primes dès le 1er décembre 2017, avec pour conséquence que la défenderesse sera astreinte à lui rembourser le montant de CHF 1'937.- versé à ce titre pour la période du 1er décembre 2017 au 31 mai 2018.

### **E. 10.2**

En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

### **E. 10.3**

Le demandeur, qui obtient gain de cause sur l'objet principal du litige, à savoir le droit à la rente et la libération du paiement des primes, a droit à des dépens qu'il n'y a pas lieu de réduire. En application de l'art. 146 al. 1 CPJA, les montants des frais de procédure, de l'indemnité de partie et de l'indemnité allouée au défenseur désigné sont fixés dans les limites des tarifs édictés en la matière. En vertu de l'art. 8 al. 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), en cas d'action, les honoraires sont fixés conformément aux art. 66 et 67 du règlement fribourgeois du 30 novembre 2010 sur la justice (RJ; RSF 130.11). Tenant compte des opérations accomplies directement en rapport avec l'action et de la liste de frais déposée par le mandataire du demandeur, une durée globale de 23 heures est raisonnable en l'espèce. Il se justifie dès lors de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit en l'indemnisant à raison de 23 heures à CHF 250.-, soit à CHF 5'750.- plus CHF 13.40 de débours, plus CHF 443.80 au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 6'207.20, indemnité intégralement mise à la charge de la défenderesse. Succombant, la défenderesse n'a pas droit à des dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. L'action est partiellement admise, dans le sens que la validité de la résiliation du contrat d'assurance par lettre du 22 août 2019 est constatée et que les droits de A. \_\_\_\_\_ respectivement à la rente et à la libération des primes sont admis dès le 1er décembre 2017 et tant que les conditions de ces droits sont remplies. Partant, Allianz Suisse est astreinte à verser à A. \_\_\_\_\_ une rente annuelle de CHF 24'000.- à partir du 1er décembre 2017, majorée d'un intérêt de 5% dès le 20 mars 2019 au plus tôt. Allianz Suisse est astreinte à rembourser à A. \_\_\_\_\_ le montant de CHF 1'937.- versé à ce titre pour la période du 1er décembre 2017 au 31 mai 2018. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. L'équitable indemnité allouée à A. \_\_\_\_\_ pour ses frais de défense est fixée à CHF 5'763.40, débours compris, plus CHF 443.80 au titre de la TVA, soit à CHF 6'207.20, et mise à la charge de la défenderesse. IV. Il n'est pas alloué de dépens à Allianz Suisse. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 5 juillet 2021/cso Le Président : La Greffière-rapporteure :

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