

## **GE\_GERICHTE ATAS/1257/2009 vom 13. Oktober 2009**

GE Cour de justice, 2009-10-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1257\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1257_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1257/2009 du 13 octobre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1257/2009 del 13 ottobre 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

L'assuré a porté le cas auprès du Tribunal de céans le 3 août 2009. Il a expliqué que "cela faisait plusieurs années que je souffrais de légers troubles digestifs et abdominaux, suivis également de troubles liés principalement au stress mais ne nécessitant aucune intervention médicamenteuse chimique ou toute autre consultation, car ces troubles étaient passagers et sans complication pour ma personne. Après plusieurs recherches sur les médecines alternatives, j'ai décidé de souscrire à une police d'assurance Natura de mon assureur ASSURA car je pense que les médecines alternatives peuvent apporter une plus-value dans certains cas bien précis. Avant de souscrire à cette police, j'avais décidé de prendre un rendez-vous avec Madame S\_\_\_\_\_ et Monsieur T\_\_\_\_\_ afin d'évaluer les réels potentiels de cette médecine alternative. J'ai pris ces rendez-vous car j'étais à l'époque légèrement souffrant (angines à répétition, sinusites et quelques troubles passagers de digestion), mais j'étais dans un état de santé généralement très bon ; ces consultations ont été effectuées les 7 mai et 21 juillet 2008. J'ai par la suite de nouveau consulté Madame S\_\_\_\_\_ et Monsieur T\_\_\_\_\_ cette fois-ci pour des troubles plus importants nécessitant un traitement de fond".

#### **E. 16**

Dans sa réponse du 20 août 2009, ASSURA s'est à nouveau référée au chiffre 4.1.1. CGA et a rappelé que si les troubles de nervosité, du sommeil et digestifs, présents depuis novembre 2007, avaient été dûment mentionnés, une réserve aurait été introduite dans le contrat de l'assuré. Elle a dès lors conclu au rejet de la demande.

#### **E. 17**

décembre 2004. 5. Aux termes de 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). D'après l'art. 6 LCA, si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat d'assurance, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le proposant doit ainsi déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites 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 ; sont importants tous les faits de nature à influencer la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues, tous les éléments qui doivent être considérés lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence des facteurs de risque (ATF 116 II 339 consid. 1a ; 116 V 226 consid. 5a et les arrêts cités).

A/2786/2009 - 6/8 - 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 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. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur ; il remplit son obligation s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions (ATF 118 II 333 consid. 2b ; ATF 116 V 226 consid. 5a et b ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités ; NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, n°56 ad. art. 4 LCA). En d'autres termes, ce qui importe ce n'est pas l'exactitude objective, mais l'exactitude subjective de la déclaration que le proposant est en mesure de faire à la lumière de sa situation personnelle (NEF, op. cit., n°27 ad. art. 4 LCA). 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). 6. Dans un arrêt du 6 octobre 2004 (cause 5C.79/2004), le Tribunal fédéral a rappelé que la LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au Code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat et doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). 7. Aux termes du ch. 4.1.1 des Conditions générales pour l'assurance-maladie (CGA), sont exclues de l'assurance, les affections faisant l'objet d'une réserve. Il en va de même pour les affections en cours lors de la signature de la proposition lorsque l'assuré bénéficiait de prestations analogues auprès d'un autre assureur ou, à défaut, lors de l'entrée en vigueur du contrat, ainsi que les suites d'accidents survenus avant l'entrée en vigueur du contrat. 8. Il n'y a pas en l'espèce de difficultés d'interprétation du ch. 4.1.1 CGA, au demeurant parfaitement claires.

A/2786/2009 - 7/8 - L'assuré a demandé, pour la seconde fois, le 8 mai 2008, l'introduction dans son contrat d'une assurance complémentaire des frais de médecines alternatives, dite Natura. Il est couvert par cette catégorie à compter du 1er mai 2008. Il s'agit dès lors de déterminer si Madame S \_\_\_\_\_ et Monsieur T \_\_\_\_\_ ont traité l'assuré pour des troubles existant avant le 1er mai 2008. L'assuré a déclaré, le 8 mai 2008, lors de sa demande d'affiliation à l'assurance complémentaire Natura, qu'il était en bonne santé et qu'il n'envisageait plus aucun traitement. Or force est de constater que l'assuré présentait en tout cas certains des troubles traités par les thérapeutes, dont les factures ont été écartées par

ASSURA, en novembre 2007 déjà, et que le traitement dispensé par Madame S\_\_\_\_\_ a commencé le 7 mai 2008, soit après le 1er mai 2008. 9. Aussi la demande est-elle rejetée.

A/2786/2009 - 8/8 -

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