

GE_GERICHTE A/3023/2017 vom 3. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3023_2017

FR: GE_GERICHTE A/3023/2017 du 3 avril 2018

IT: GE_GERICHTE A/3023/2017 del 3 aprile 2018

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Crans-prÈs-CÉligny, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian BRUCHEZ demandeur contre FONDATION DE PRÉVOYANCE EDMOND DE ROTHSCILD, sise route de Pregny 21, ChambÉsy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André SCHNEIDER défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1967, collaborait depuis le 1 er janvier 1993 au service de la société Compagnie B_____ SA, devenue depuis lors B_____ Management (Suisse) SA (ci-après : l'employeur). À ce titre, il était affilié auprès de la Fondation de prévoyance Edmond de Rothschild (ci-après : la fondation ou la défenderesse), sise dans le canton de Genève. ![endif]>![if> 2. À compter du 1 er janvier 2011, le salaire assuré se chiffrait à CHF 504'669.- et la rente d'invalidité à CHF 368'390.- (fiche d'assurance au 1 er janvier 2011, datée du 15 mars 2011). ![endif]>![if> 3. Par courrier du 20 décembre 2011, la fondation a communiqué à l'assuré une nouvelle fiche d'assurance établie suite à un apport de CHF 250'000.- que celui-ci avait effectué le 5 décembre 2011. À teneur de cette fiche, datée du 14 décembre 2011, le salaire assuré était de CHF 504'669.-, tandis que le montant de la rente d'invalidité ascendait à CHF 403'736.-. ![endif]>![if> 4. Selon la fiche d'assurance au 1 er janvier 2012, datée du 15 mars 2012, le salaire assuré s'élevait à CHF 675'999.- et le montant de la rente d'invalidité à CHF 437'707.-. ![endif]>![if> 5. Par certificat du 12 janvier 2012, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en oncologie médicale, et médecin traitant de l'assuré, a attesté une incapacité de travail de 50% du 11 janvier au 31 janvier 2012, qui a ensuite été prolongée pour une durée indéterminée. ![endif]>![if> 6. Le 1 er juin 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations (datée du 29 mai 2012) auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant une maladie de la greffe contre l'hôte depuis 2006. ![endif]>![if> 7. Par pli du 19 juin 2012, l'employeur a transmis à l'OAI le questionnaire, dûment rempli, qui lui avait été adressé par celui-ci le 4 juin 2012. Sous la rubrique « données sur l'entreprise », il était mentionné qu'en cas d'éventuelles questions, Monsieur D_____ pouvait renseigner l'administration. Par courrier du 22 juin 2012, la fondation a fait savoir à l'assuré que, suite à la modification de salaire au 1 er janvier 2012, il en résultait une augmentation des prestations à réassurer. Conformément au contrat avec La Mobilière Société d'assurances sur la vie, le réassureur exigeait un examen médical. L'assuré était par conséquent invité à se rendre chez son médecin dans le délai imparti et à lui remettre le formulaire « rapport de l'examen médical ». ![endif]>![if> 8. Par courrier du 26 juillet 2012, l'assuré a exprimé son étonnement et a demandé à la fondation d'inviter son réassureur à renoncer à l'examen médical sollicité. Dans la mesure où l'augmentation du salaire assuré était déjà intervenue avec effet au 1 er janvier 2012, et qu'il était en arrêt de travail à 50% depuis le 9 janvier 2012 (recte : le 11 janvier 2012), il

n'était pas possible de lui imposer une réserve rétroactive visant à le priver d'une partie des prestations d'assurance pour un cas d'assurance qui était déjà survenu. [endif]>[if> 9. Par pli du 12 septembre 2012, la fondation a noté que, conformément à l'art. 8 de son règlement, l'examen médical pouvait être exigé par elle-même ou par son assureur, en cas d'augmentation des prestations de décès ou d'invalidité assurées. En cas de refus, la fondation était dans l'obligation de limiter les prestations au minimum fixé par la loi. Dans le présent cas, suite à l'augmentation du salaire assuré au 1^{er} janvier 2012, les prestations à réassurer avaient atteint un niveau justifiant la demande d'examen médical, lequel était indispensable pour que l'assureur puisse procéder à l'examen du risque et émettre ses conclusions. Elle a ajouté qu' « à cette occasion », l'assuré l'avait informée de son incapacité de travail partielle, débutée le 11 janvier 2012. [endif]>[if> 10. Le 25 septembre 2012, la Dresse C_____ a attesté une incapacité de travail de 60% dès cette date pour une durée indéterminée. [endif]>[if> 11. Le 16 octobre 2012, l'assuré a réitéré sa demande de renoncer à l'examen médical envisagé, au motif que les augmentations des prestations assurées lui avaient été accordées sans réserve le 5 décembre 2011 et le 1^{er} janvier 2012. Par conséquent, il était inadmissible d'exiger ultérieurement un tel examen dans le but de lui imposer une éventuelle réserve rétroactive. [endif]>[if> 12. Le 4 décembre 2012, la fondation a indiqué que, selon l'art. 8 al. 4 de son règlement de prévoyance, lequel avait la priorité sur la fiche d'assurance, les prestations pour les risques du décès et de l'invalidité ne pouvaient pas être majorées en tenant compte du rachat du 5 décembre 2011 et de l'augmentation du salaire assuré au 1^{er} janvier 2012. Elle a réitéré sa demande que le médecin traitant remplisse le questionnaire médical. [endif]>[if> 13. Le 14 janvier 2013, l'assuré a transmis à la fondation le rapport de l'examen médical dûment rempli par la Dresse C_____. Celle-ci a noté que l'assuré - qui avait été atteint d'une leucémie soignée aux Hôpitaux universitaires de Genève en 2006 - souffrait actuellement d'une maladie de la greffe contre l'hôte après une transplantation allogénique. [endif]>[if> 14. Par courrier du 15 juillet 2013, la fondation a fait savoir que le questionnaire médical avait été adressé à son assureur lequel avait confirmé la réserve médicale. [endif]>[if> 15. Le 13 septembre 2013, l'assuré a contesté cette réserve, pour les motifs exposés dans ses courriers précédents. [endif]>[if> 16. Le 25 octobre 2013, la fondation a répondu que le niveau des prestations assurées était déjà extrêmement élevé, de sorte qu'il était superflu de développer davantage les raisons et les fondements de la réserve de santé prononcée. [endif]>[if> 17. Le 18 novembre 2013, la fondation a communiqué à ses assurés un nouveau règlement de prévoyance, applicable avec effet au 1^{er} janvier 2013, lequel remplaçait le règlement en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011. [endif]>[if> 18. Par décision du 8 mai 2014, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2012, puis d'un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2013. Ce dernier présentait une incapacité de travail de 50% dans toute activité depuis le 1^{er} septembre 2011. La demande étant tardive, le droit à la rente s'ouvrait au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois après la date du dépôt de la demande de prestations. Dès le 29 novembre 2012, son état de santé s'était dégradé, de sorte que trois mois après cette aggravation, il avait droit à un trois-quarts de rente, basé sur un degré d'invalidité de 60%. [endif]>[if> 19. Par pli du 13 janvier 2015, la fondation a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité conformément à la décision précitée. Les prestations n'étaient toutefois pas servies aussi longtemps que l'assuré touchait son salaire. Dans la mesure où son dernier salaire serait versé en janvier 2015, le droit à la rente d'invalidité à 60% prendrait effet dès le 1^{er} février 2015. Le montant annuel de la rente

s'élevait à CHF 222'480.-, soit CHF 18'540.- par mois. Un montant de CHF 45'563.20 allait également être versé en faveur de l'assuré, correspondant aux cotisations indûment prélevées du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2015. [endif]>![if> 20. Suite au recours interjeté par l'assuré contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud, par décision du 16 décembre 2015 - annulant et remplaçant la précédente -, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès 1^{er} janvier 2013. Celui-ci présentait depuis le 11 janvier 2012 une incapacité de travail sans interruption notable. À l'échéance du délai d'attente d'un an, son incapacité de travail était de 60% dans son activité habituelle. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 93%. [endif]>![if> 21. Par courrier du 18 avril 2016 (remplaçant la teneur du pli du 13 janvier 2015), la fondation a, au vu de la décision précitée, reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} février 2015. Le montant annuel de la rente s'élevait à CHF 334'236.-, soit CHF 27'853.- par mois. Pour la période du 1^{er} février 2015 au 31 mars 2016, un rétroactif de CHF 130'382.- lui était reconnu. En outre, un montant de CHF 41'229.90 allait lui être remboursé, représentant les cotisations indûment prélevées du 1^{er} janvier 2013 au 31 janvier 2015 (après déduction des cotisations déjà remboursées). [endif]>![if> 22. Le 10 mai 2016, l'assuré, se référant au règlement de prévoyance entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011, et à la fiche d'assurance du 15 mars 2012, a contesté le montant de sa rente entière d'invalidité. Il demandait en outre à la fondation de calculer les bonifications d'épargne à créditer sur son compte d'épargne en fonction du salaire annuel assuré de 2012. [endif]>![if> 23. Le 21 septembre 2016, la fondation a maintenu sa position. [endif]>![if> 24. Le 2 décembre 2016, l'assuré a fait savoir à la fondation qu'il n'était pas en mesure de comprendre la manière précise dont elle avait calculé la rente d'invalidité qu'elle lui versait depuis le 1^{er} février 2015. Il ne disposait pas non plus d'informations sur le montant des bonifications d'épargne qui lui avaient été créditées sur son compte d'épargne depuis le 1^{er} février 2014. [endif]>![if> 25. Le 20 février 2017, la fondation a transmis à l'assuré deux décomptes datés du 13 février 2017, établis par son expert en prévoyance professionnelle : [endif]>![if> - le premier décompte indiquait que le salaire assuré considéré s'élevait à 504'669.-, l'avoir de prévoyance acquis considéré à CHF 1'083'706.15 et l'avoir projeté à 65 ans à CHF 5'268'467.-. Le taux d'intérêt utilisé pour la projection était de 0% pour l'année 2013 et de 4% pour les années suivantes, tandis que le taux de conversion à 65 ans était de 6,3142%. La rente d'invalidité de CHF 332'662.- résultait de la projection de l'avoir de prévoyance à 65 ans, converti en rente à l'aide du taux de conversion à 65 ans. Il avait été tenu compte, dans les calculs, de la réserve émise par la fondation le 4 décembre 2012 par rapport au rachat effectué le 5 décembre 2011 ainsi qu'à l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012. La fiche d'assurance au 1^{er} janvier 2012 reflétait la situation d'un assuré actif à plein temps et tenait compte dudit rachat et de la modification de salaire depuis le 1^{er} janvier 2012. La libération des bonifications avait été calculée en prenant en considération la réserve émise par rapport à l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012. La bonification annuelle libérée dès le 1^{er} janvier 2013 s'élevait ainsi à CHF 90'840.60, soit 18% (selon le plan standard) du salaire assuré de CHF 504'669.- ; [endif]>![if> - Le second décompte avait la même teneur que le premier, hormis l'avoir de prévoyance acquis considéré qui s'élevait à CHF 948'359.85, l'avoir projeté à 65 ans à CHF 5'293'367.-, et la rente d'invalidité à CHF 334'236.-. Le taux d'intérêt utilisé pour la projection était de 1,5% pour l'année 2012 et de 4% pour les années suivantes. [endif]>![if> La fondation a souligné qu'elle avait accepté, à bien plaisir, d'allouer la rente d'invalidité annuelle de CHF 334'236.-, laquelle était supérieure au

montant que l'assuré aurait eu droit en réalité, conformément à une application stricte du règlement. 26. Par acte du 13 juillet 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement, concluant, avec suite de dépens, à la condamnation de la fondation au paiement de la somme de CHF 250'055.40 avec intérêts à 5% dès le 13 juillet 2017 et d'une rente mensuelle de CHF 36'475.60 de juillet 2017 à novembre 2032 avec intérêts à 5% dès le dernier jour de chaque mois ; à la constatation que cette rente mensuelle d'invalidité devait être adaptée à l'évolution des prix conformément aux dispositions réglementaires ; ainsi qu'à la condamnation de la fondation à créditer le compte d'épargne d'une bonification de vieillesse d'un montant mensuel de CHF 10'140.- de février à décembre 2021 et d'un montant mensuel de CHF 12'675.- de janvier 2022 à novembre 2032. [endif]>![if> Le demandeur a exposé que, dans la mesure où le cas d'assurance était survenu le 11 janvier 2012, date du début de son incapacité de travail, dont la cause était à l'origine de son invalidité actuelle, le salaire assuré à cette date d'un montant de CHF 675'999.- était déterminant pour le calcul des prestations d'invalidité, et non pas le salaire assuré de 2011 d'un montant annuel de CHF 504'669.-, comme appliqué à tort par la défenderesse. S'appuyant sur la doctrine, il a fait valoir que l'obligation d'annonce spontanée des incapacités de travail en cours dans les situations visées à l'art. 8 al. 1 (au début de l'assurance ou de l'augmentation des prestations de décès ou d'invalidité) et al. 4 (application par analogie de l'al. 1 notamment lors d'un rachat de l'assuré) du règlement 2011 constituait une clause réglementaire insolite, et donc dénuée de toute portée juridique. Il a ajouté que, de toute manière, ni le 5 décembre 2011 - date du rachat - ni le 1^{er} janvier 2012 - date de l'augmentation du salaire assuré - il n'était en incapacité de travail pour cause de maladie, de sorte qu'il n'avait aucun devoir d'annonce à l'une ou l'autre de ces deux dates fondé sur l'art. 8 al. 1 dudit règlement. Ainsi, dans l'hypothèse où ledit article réglementaire était valable - ce qu'il contestait - il a estimé que la réduction des prestations d'invalidité ne pouvait lui être imposée pour défaut d'annonce spontanée. Il a en outre relevé que la réserve appliquée par la défenderesse était inopérante, dès lors que la jurisprudence fédérale excluait la possibilité pour une institution de prévoyance d'imposer des réserves avec effet rétroactif. Or, le cas de prévoyance était déjà survenu le 11 janvier 2012 lorsque la défenderesse lui avait demandé de se soumettre à un examen de santé le 22 juin 2012 et lorsqu'elle avait émis puis confirmé la réserve, le 4 décembre 2012, respectivement le 15 juillet 2013. La réserve - qui rétroagissait au 5 décembre 2011 - était par ailleurs manifestement abusive. À cet égard, le demandeur a mis en exergue que la défenderesse avait envisagé le 22 juin 2012 d'imposer une réserve, non pas lorsqu'elle avait eu connaissance de l'augmentation des prestations assurées en cas d'invalidité et de décès, mais lorsqu'elle avait appris le 4 juin 2012 qu'une demande de prestations AI avait été déposée et qu'un sinistre au sens de son règlement était certainement déjà survenu. Selon le demandeur, s'il était admissible d'émettre rétroactivement une réserve dans de telles circonstances, la notion d'assurance serait vidée de toute substance. Au surplus, la réserve émise dans les courriers des 4 décembre 2012 et 15 juillet 2013 était formulée de manière générale, et ne remplissait donc pas les exigences posées par la jurisprudence. Pour l'ensemble de ces motifs, il convenait de faire totalement abstraction de la réserve. Conformément à la fiche d'assurance au 1^{er} janvier 2012, le montant annuel de la rente d'invalidité s'élevait ainsi à CHF 437'707.-, soit un montant mensuel de CHF 36'475.60. Pour la période échue de février 2015 à juin 2017 (29 mois), il avait donc droit à un rétroactif de rente de CHF 250'055.40 ($29 \times [36'475.60 - 27'853]$). Ce montant portait intérêts à 5% dès le 13 juillet 2017, date du dépôt de la demande. Dès juillet 2017, la

défenderesse était tenue de verser chaque mois une rente d'invalidité de CHF 36'475.60, portant intérêts à 5% dès la fin de chaque mois, ce jusqu'au mois de novembre 2032 (mois au cours duquel le demandeur atteindrait l'âge de 65 ans). Le montant de cette rente mensuelle d'invalidité devait en outre être adapté à l'évolution des prix conformément à l'art. 47 du règlement de prévoyance 2011. S'agissant des bonifications, le demandeur a soutenu qu'en application de l'art. 29 dudit règlement, la défenderesse devait créditer l'avoir de vieillesse dès le mois de février 2014 (1^{er} jour du mois qui suivait la fin d'un délai de vingt-quatre mois à partir du 11 janvier 2012, date de la survenance de l'incapacité) jusqu'à novembre 2032. Pour le calcul des bonifications, dès lors que la défenderesse avait appliqué la même réserve - infondée -, il y avait lieu de calculer les bonifications sur la base du salaire assuré de 2012. Ainsi, selon l'art. 50 du règlement précité, pour les années 2014 à 2021 (lorsque le demandeur serait âgé de 45 à 54 ans), les bonifications d'épargne s'élevaient à CHF 121'680.- par année (et à CHF 10'140.- par mois), ce qui correspondait au 18% du salaire assuré de CHF 675'999.-. Pour les années 2022 à 2032 (lorsque le demandeur serait âgé de 55 à 65 ans), les bonifications d'épargne ascendaient à 152'100.- par année (et à CHF 12'675.- par mois), ce qui représentait 22,5% du salaire assuré de CHF 675'999.-. 27. Dans sa réponse du 2 octobre 2017, la défenderesse a conclu au déboutement du demandeur, sous suite de frais. Elle a argué que la limitation de la couverture d'assurance aux prestations dues avant le rachat du 5 décembre 2011 et l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012 était valable et opposable au demandeur. Elle avait décidé, conformément à son règlement de prévoyance 2011, de procéder à un examen du risque, compte tenu de l'augmentation des prestations à assurer en raison du rachat de 2011 et de l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012. Lorsqu'elle avait demandé au demandeur par pli du 22 juin 2012 de lui transmettre des documents médicaux et de se soumettre à un nouvel examen médical, elle n'avait pas connaissance de l'incapacité de travail de celui-ci ni du dépôt d'une demande de prestations AI. C'était donc à tort que le demandeur alléguait qu'elle aurait envisagé d'imposer une limitation de la couverture d'assurance après avoir appris qu'une demande de prestations AI avait été déposée et qu'un sinistre au sens de son règlement était certainement déjà survenu. Elle avait limité la couverture d'assurance (sans tenir compte du rachat effectué en décembre 2011 ni de l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012) conformément à l'art. 8 de son règlement 2011 après qu'elle eût en vain insisté auprès du demandeur pour obtenir les informations nécessaires sur le plan médical afin de pouvoir procéder à un examen du risque. Aussi n'avait-elle pas pu notifier à celui-ci une réserve avec effet rétroactif, vu le refus du demandeur de lui remettre la documentation médicale requise. Elle avait simplement réduit les prestations assurées, en excluant la couverture pour les prestations de risque excédant celles acquises avant le rachat de 2011 et l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012. Par conséquent, le fait que le demandeur ne fût pas en incapacité de travail pour cause de maladie à la date du rachat ou lors de l'augmentation de salaire était sans incidence. En outre, dans la mesure où seules les prestations surobligatoires étaient touchées et que l'art. 331c du Code des obligations, du 30 mars 1911 (CO – RS 220) - relatif aux réserves pour raisons de santé que pouvaient émettre les institutions de prévoyance - était de droit dispositif, le refus de prendre en considération le rachat ainsi que l'augmentation de salaire était parfaitement légal. Ainsi, c'était à tort que le demandeur alléguait que l'art. 8 du règlement 2011 était une clause insolite dénuée de toute portée juridique. En effet, cette disposition, claire et précise, s'inscrivait dans l'autonomie et le pouvoir d'appréciation reconnus aux institutions de prévoyance en matière de prévoyance plus étendue. Par

ailleurs, le demandeur ne pouvait tirer aucun droit des fiches d'assurance qui lui avaient été transmises. Lors de la remise de la fiche pour l'année 2012 en mars 2012, la défenderesse a rappelé qu'elle ignorait l'incapacité de travail subie par le demandeur et la procédure d'analyse de risque médico-économique à venir. Au demeurant, il était expressément indiqué dans cette fiche qu'en cas de divergence entre ce document et le règlement, ce dernier faisait foi, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Les fiches d'assurance des 15 mars 2011, 14 décembre 2011 et 15 mars 2012 avaient été établies, alors qu'un examen du risque n'avait pas eu lieu suite au rachat de 2011 et à l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012. Ainsi, le demandeur n'avait jamais reçu de fiche d'assurance à la suite de l'octroi de sa rente d'invalidité par l'OAI qui attesterait le montant qui lui était dû à titre de rente d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle. La défenderesse a ensuite relevé que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le règlement de prévoyance applicable pour déterminer le montant des prestations d'invalidité ainsi que le droit à la libération des bonifications était celui en vigueur au moment du début du droit à la rente AI, soit le règlement de prévoyance applicable au 1^{er} janvier 2013. Les dispositions transitoires dudit règlement ne prévoient pas de disposition contraire à cet égard. Ainsi, c'était à tort que le demandeur se référait au règlement en vigueur au 1^{er} janvier 2011. Outre cela, la défenderesse a exposé qu'au vu de la violation par le demandeur de son obligation d'information, elle aurait pu réduire les prestations de celui-ci au minimum LPP. Or, alors que, selon le décompte établi par l'expert, le montant de la rente d'invalidité annuelle s'élevait à CHF 332'662.- (eu égard au salaire assuré de CHF 504'669.- et au taux de conversion de référence de 6,3142%), elle avait accepté, à bien plaisir et dans les limites de son pouvoir d'autonomie, de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité annuelle d'un montant de CHF 334'236.- (compte tenu d'un taux de projection pour la première année en 2012 de 1,5% et non pas 0%). Le taux de conversion applicable au moment de l'établissement de la fiche d'assurance du 15 mars 2011, à savoir 6,9592%, avait été modifié dans le cadre de mesures transitoires prises à la suite d'un changement de bases techniques, de sorte que le taux de conversion s'était finalement élevé à 6,3142%. En outre, la différence entre le montant de CHF 368'390.- figurant sur la fiche d'assurance du 15 mars 2011 et celui de CHF 334'236.- s'expliquait par des questions d'intérêts, compte tenu du fait que le capital acquis était projeté avec un taux de 3% pour 2011 et de 4% pour les années futures. Une telle projection d'intérêts permettait d'estimer le rendement escompté de l'avoir de vieillesse entre la date de l'invalidité et l'âge de la retraite. En raison de la chute des taux d'intérêts depuis 2011, ces taux n'étaient plus utilisés, car ils étaient trop élevés, comme l'illustre la baisse régulière du taux d'intérêt minimal de l'art. 15 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité, du 25 juin 1982 [LPP – RS 831.40]. Enfin, en ce qui concernait la libération des bonifications, l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012 ne devait pas être comprise dans le calcul. Dès lors que le salaire assuré s'élevait à CHF 504'669.-, la bonification annuelle libérée se chiffrait dès le 1^{er} février 2014, selon le « plan standard » à 18% dudit salaire, soit à CHF 90'840.60. 28. Dans sa réplique du 17 novembre 2017, le demandeur a persisté intégralement dans ses conclusions. Il a répété que les prestations d'invalidité dues devaient être déterminées en tenant compte du rachat du 5 décembre 2011 et de l'augmentation du salaire assuré intervenue le 1^{er} janvier 2012. Il a souligné que la procédure d'examen du risque, demandée le 22 juin 2012, était contraire au droit, de sorte qu'il n'avait pas à se soumettre à un examen médical tardif. Ainsi, la limitation de la couverture d'assurance ne pouvait en aucun cas résulter d'un défaut d'annonce. À l'appui de cette position, le demandeur a

affirmé que, ni suite au rachat effectué en décembre 2011, ni suite à l'augmentation du salaire assuré au 1^{er} janvier 2012 - ce qui entraînait dans les deux cas une augmentation des prestations de risque assurées -, la défenderesse n'avait initié une procédure d'examen du risque, ou manifesté une intention de procéder à un tel examen du risque. À cet égard, ni la fiche d'assurance du 14 décembre 2011 – informant le demandeur de sa situation après le rachat du 5 décembre 2011 – ni le courrier du 20 décembre 2011 – informant des conséquences du rachat – ne contenaient une quelconque réserve quant au montant des prestations de risques ou quant à une possible procédure subséquente d'examen médical en lien avec l'augmentation des prestations de risque assurées. Il en allait de même s'agissant de la fiche d'assurance au 1^{er} janvier 2012. Par conséquent, le demandeur a estimé qu'en adressant, sans aucune réserve, ces documents, la défenderesse avait admis qu'il bénéficiait, en cas de survenance du risque d'invalidité, de l'augmentation des prestations assurées résultant tant du rachat que de l'augmentation du salaire assuré. [endif]>![if> Le demandeur a réitéré le fait que la demande d'examen médical du 22 juin 2012 était la conséquence de la prise de conscience par la défenderesse du risque élevé de devoir verser des prestations d'invalidité pour un cas en cours. À cet égard, il a allégué que M. D_____, directeur, responsable du personnel de l'employeur et membre du conseil de fondation de la défenderesse, avait adressé le 19 juin 2012 le questionnaire AI pour l'employeur à l'OAI. Cette dernière ne pouvait donc pas prétendre de bonne foi qu'elle ignorait le 22 juin 2012 le dépôt de la demande de prestations AI. Par ailleurs, elle n'avait fourni aucune explication sur les raisons pour lesquelles la procédure d'examen médical avait été initiée aussi longtemps après le rachat de décembre 2011 et l'augmentation du salaire au 1^{er} janvier 2012. Après avoir communiqué les documents des 20 décembre 2011 et 15 mars 2012, la défenderesse avait, selon le demandeur, accepté l'augmentation des prestations assurées résultant du rachat de décembre 2011 et de l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012, de sorte qu'elle ne pouvait pas revenir en juin 2012 sur ses engagements de prévoyance en initiant une procédure d'examen du risque en lien avec ces deux augmentations de prestations assurées, soit plus de six mois après le 20 décembre 2011 et plus de trois mois après le 15 mars 2012. Outre cela, le demandeur a relevé que la défenderesse appliquait à tort le règlement 2013 pour déterminer les prestations d'invalidité dues. Il a argué que, compte tenu de l'autonomie réglementaire des institutions de prévoyance dans la fixation du régime des prestations, la règle générale, selon laquelle les dispositions réglementaires en vigueur au moment de la naissance du droit aux prestations étaient applicables pour fixer le montant des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle, ne trouvait application qu'en l'absence de règle spécifique différente dans la réglementation de l'institution de prévoyance. Or, le règlement 2011, en particulier l'art. 10 al. 4 et l'art. 27 al. 1, prévoyait expressément que le cas d'invalidité survenait au début de l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité et non pas au moment de la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Un tel système réglementaire supposait à l'évidence d'appliquer au calcul des prestations d'invalidité le règlement applicable au début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité. L'incapacité de travail ayant débuté le 11 janvier 2012, il y avait lieu d'appliquer le règlement 2011, en vigueur à cette date. Enfin, le demandeur a ajouté que, même si la fiche d'assurance au 1^{er} janvier 2012 indiquait qu'en cas de divergence entre ce document et le règlement, ce dernier faisait foi, il fallait partir de l'idée que cette fiche avait été établie conformément à l'art. 27 du règlement 2011, soit eu égard aux bases techniques (taux de projection de référence pour le calcul de la rente d'invalidité et taux de conversion) approuvées par le conseil de fondation à la date

d'émission de la fiche le 15 mars 2012. Il a également relevé que la baisse du taux de conversion de 6,9592% à 6,3142%, intervenue après le 15 mars 2012, était contraire au droit, dans la mesure où l'art. 27 al. 1 du règlement 2011 stipulait que la rente devait être calculée selon les bases techniques approuvées par le conseil de fondation au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité. Ainsi, il fallait tenir compte des bases techniques en vigueur le 11 janvier 2012. Pour les mêmes motifs, les baisses du taux d'intérêt, intervenues après l'établissement de la fiche d'assurance du 15 mars 2012, ne devaient pas non plus être prises en considération. 29. Dans sa duplique du 7 décembre 2017, la défenderesse a également persisté dans ses conclusions. Elle a répété que, selon la doctrine et la jurisprudence, en cas de divergence quant aux montants assurés entre le certificat d'assurance et le règlement, ce dernier faisait foi, information qui figurait au demeurant sur chaque fiche d'assurance transmise. Ainsi, les fiches d'assurances des 14 décembre 2011 et 15 mars 2012 n'excluaient nullement un examen du risque en lien avec les prestations assurées conformément aux dispositions du règlement de prévoyance. À teneur de la jurisprudence, par ailleurs, l'institution de prévoyance pouvait ne pas accorder la couverture d'assurance avant d'en donner confirmation à l'assuré, des délais de plusieurs mois pour le traitement du dossier étant acceptables. Sur cette base, la défenderesse a estimé qu'elle disposait de la faculté, en cas d'augmentation des prestations de décès ou d'invalidité assurées, de demander à son assuré de se soumettre à un examen médical. Celui-ci était tenu, conformément au règlement de prévoyance, de s'y soumettre et, à défaut, risquait une réduction des prestations assurées. Elle a ensuite relevé que M. D _____ avait reçu le courrier du 4 juin 2012 de l'OAI en sa qualité d'employeur et non en tant que membre du conseil de fondation. Ainsi, conformément aux règles applicables en matière du droit du travail et de protection des données, il n'était aucunement autorisé à transmettre à la défenderesse des informations contenant des données personnelles sur les employés, et donc sur le demandeur. Elle a ajouté que selon l'art 8 du règlement 2011, son assureur et elle-même disposaient d'un pouvoir d'appréciation quant à la mise en œuvre ou non d'une procédure d'examen du risque, en cas d'augmentation des prestations assurées, résultant notamment d'une hausse du salaire considéré ou d'un rachat de l'assuré. Elle a, de plus, exposé que le demandeur avait manqué à son obligation d'information en dépit de nombreuses relances tendant à la transmission des documents médicaux sollicités. De par son comportement dont il était le seul responsable, il ne saurait dorénavant prétendre que la défenderesse n'était pas autorisée à limiter les prestations assurées. Ce faisant, alors qu'il percevait déjà des prestations d'un montant extraordinaire élevé, il cherchait à placer cette dernière dans une difficulté financière, dès lors qu'elle n'était pas en mesure d'assurer elle-même ses prestations et devait réassurer celles-ci au sens de l'art. 67 LPP. Enfin, se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral, elle a réitéré son argumentation relative à l'application du règlement de prévoyance 2013 au cas d'espèce, et ajouté que le demandeur ne saurait alléguer l'autonomie réglementaire des institutions de prévoyance dans la fixation du régime de prestations pour soutenir que le règlement 2011 trouvait application. 30. Par courrier du 22 décembre 2017, le demandeur a, une fois encore, persisté dans ses conclusions, après avoir indiqué que la duplique ne contenait aucun élément nouveau. 31. À la demande de la chambre de céans, le 19 février 2018, la défenderesse a produit un décompte, établi par ses experts en prévoyance professionnelle, relatif au montant de la rente d'invalidité qui serait accordée, dans l'hypothèse où la réserve émise par rapport au rachat de CHF 250'000.- le 5 décembre 2011, ainsi qu'à l'augmentation de salaire au 1 er janvier

2012 n'était pas prise en compte dans les calculs. Selon ce décompte du 14 février 2018, le salaire assuré considéré s'élevait à CHF 675'999.-, l'avoire de prévoyance acquis considéré à CHF 1'198'901.50, et l'avoire projeté à 65 ans à CHF 6'932'090.-. Le taux d'intérêt utilisé pour la projection était de 1,5% pour l'année 2012 et de 4% pour les années suivantes, tandis que le taux de conversion à 65 ans était de 6,3142%. La rente d'invalidité de CHF 437'707.- résultait de la projection de l'avoire de prévoyance à 65 ans, converti en rente à l'aide du taux de conversion à 65 ans. Cela dit, la défenderesse a rappelé les objections qu'elle formulait envers le comportement du demandeur, lequel ne lui avait pas communiqué le 5 décembre 2011 qu'il n'était pas en bonne santé. Son rachat avait déclenché un examen du risque auquel il avait refusé de se soumettre, en violation de ses obligations réglementaires. Pour ce motif, elle refusait la majoration des prestations. La limitation réglementaire ne relevait ainsi pas de l'émission d'une réserve de santé à l'entrée dans l'institution de prévoyance. 32. Copie de cette pièce a été transmise au demandeur, et la cause gardée à juger. 33. Par pli du 7 mars 2018, le demandeur a indiqué qu'il admettait les chiffres communiqués par l'expert. Il a, au surplus, contesté l'argumentation développée par la défenderesse, et persisté dans ses conclusions. 34. Copie de cette écriture a été transmise à la défenderesse. EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e CO; art. 52, 56a al. 1, et art. 73 LPP; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]). La demande en paiement du 13 juillet 2017 porte sur des prestations d'assurance découlant de la prévoyance professionnelle. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière est donc établie. b. Selon l'art. 73 al. 3 LPP, le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé. En l'espèce, tant le siège de la défenderesse que le lieu de l'exploitation dans laquelle le demandeur avait été engagé se situent dans le canton de Genève. Partant, la compétence de la chambre de céans à raison du lieu est établie. 2. a. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (Raymond SPIRA, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984). C'est pourquoi, en matière de prévoyance professionnelle, le juge ne peut pas renvoyer l'affaire aux organes de l'assurance pour complément d'instruction et nouveau prononcé (ATF 117 V 237 consid. 2). b. L'art. 73 al. 2 LPP se limite à fixer des règles-cadres de procédure. Celle-ci doit être simple, rapide et, en principe, gratuite. Lorsque le litige porte sur une contestation opposant ayant droit et institution de prévoyance, l'action est ouverte à l'initiative du premier par une écriture qui doit désigner l'institution de prévoyance visée et contenir des conclusions ainsi qu'une motivation. Lorsque l'institution de prévoyance décide au sens de l'art. 67 al. 1 LPP de charger une institution d'assurance de couvrir la couverture des risques, cette dernière n'a, en règle générale, aucun lien juridique avec l'assuré ou son employeur, ni avec les bénéficiaires de l'institution de prévoyance. Les ayants-droit sont créanciers de l'institution de prévoyance et d'elle seule (ATAS/417/2017 du 29 mai 2017 consid. 6). La partie qui déclenche l'ouverture de la procédure détermine l'objet du litige (maxime de disposition). L'état de fait doit être établi d'office selon l'art. 73 al. 2 LPP seulement dans le cadre de l'objet du litige déterminé par la partie

demanderesse. La maxime inquisitoire ne permet pas d'étendre l'objet du litige à des questions qui ne sont pas invoquées (ATF 129 V 450 consid. 3.2). Le juge n'est toutefois pas lié par les conclusions des parties; il peut ainsi adjuger plus ou moins que demandé à condition de respecter leur droit d'être entendu (arrêt du Tribunal fédéral B.59/03 du 30 décembre 2003 consid. 4.1). c. Dans le canton de Genève, la procédure en matière de prévoyance professionnelle est régie par la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10) et plus particulièrement par les art. 89A et ss. La demande respecte en l'espèce la forme prévue à l'art. 89B LPA. d. Par conséquent, elle est recevable. 3. La LPP ne prévoit pas l'application de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), si bien que cette loi-ci n'est pas applicable (art. 2 LPGA), en dehors des cas visés par l'art. 34a LPP (et le renvoi des art. 18 let. c et 23 let. c LPP à l'art. 8 al. 2 LPGA), lesquels ne concernent pas le présent litige (arrêt du Tribunal fédéral B.128/05 du 25 juillet 2006 consid. 1).!

4. La novelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première révision) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} avril 2004 et au 1^{er} janvier 2006 [RO 2004 1700]), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 132 III 523 consid. 4.3).! Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants - notamment l'incapacité de travail depuis le 11 janvier 2012 - se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 445 consid. 1). 5. Le litige porte sur le montant de la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle à compter du 1^{er} février 2015 ainsi que sur le montant des bonifications de vieillesse qui devront être créditées sur l'avoir de vieillesse du demandeur jusqu'à l'âge de sa retraite.! Il n'est pas contesté par les parties que les prétentions en cause relèvent de la prévoyance professionnelle plus étendue. 6. Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPP, les institutions de prévoyance peuvent adopter - dans les limites de la loi - le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent. D'après l'art. 49 al. 2 LPP, lorsque l'institution étend la prévoyance au-delà des prestations minimales, seules certaines dispositions s'appliquent à la prévoyance plus étendue, en particulier celles qui ont trait au contentieux (art. 73 et 74) et à l'information des assurés (art. 86b). Cela ne signifie toutefois pas qu'elle ne doit tenir compte que des dispositions de la LPP expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.87/04 du 21 décembre 2005 consid. 5.5.1).! Dans le cadre de l'accomplissement de ses tâches en matière de prévoyance obligatoire et surobligatoire, l'institution de prévoyance demeure cependant tenue de se conformer aux principes généraux de procédure applicables dans le droit des assurances sociales et aux exigences constitutionnelles, telles que l'égalité de traitement, l'interdiction de l'arbitraire, la proportionnalité ou encore la protection de la bonne foi (ATF 132 V 149 et 278 consid. 3.1; ATF 130 V 369 consid. 6.4; ATF 115 V 103 consid. 4b). 7. a. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées (ATF 138 V 409 consid. 3.1).! b. En matière de prévoyance obligatoire, les conditions d'octroi de prestations d'invalidité sont décrites aux art. 23 ss LPP. Selon l'art. 23 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité

les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 let. a LPP précise que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI. En vertu de l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1). L'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions réglementaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier (al. 2). Le droit aux prestations s'éteint au décès du bénéficiaire ou, sous réserve de l'art. 26a, à la disparition de l'invalidité (al. 3, 1^{ère} phr.). D'après l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). c. La prévoyance professionnelle assure les risques de vieillesse, de décès et d'invalidité. L'incapacité de travail en tant que telle ne constitue en revanche pas un risque assuré par la prévoyance professionnelle. La survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, n'est déterminante selon l'art. 23 LPP que pour la question de la durée temporelle de la couverture d'assurance (ATF 138 V 227 consid. 5.1). La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité (ATF 136 V 65 consid. 3.1; ATF 123 V 262 consid. 1a). L'obligation de prester en tant que telle ne prend naissance qu'avec et à partir de la survenance de l'invalidité et non pas déjà avec celle de l'incapacité de travail. Cette incapacité ne correspond donc pas au cas de prévoyance, qui ne se produit qu'au moment de la survenance effective de l'événement assuré, en cas de décès ou d'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a; ATF 118 V 35 consid. 5). La survenance du cas de prévoyance invalidité coïncide dès lors du point de vue temporel avec la naissance du droit à des prestations d'invalidité (art. 26 al. 1 LPP; ATF 134 V 28 consid. 3.4.2 et ATF 135 V 13 consid. 2.6). Ce droit prend naissance au même moment que le droit à une rente de l'assurance-invalidité pour la prévoyance professionnelle obligatoire (ATF 123 V 269 consid. 2a), et pour la prévoyance plus étendue lorsque la notion d'invalidité définie par le règlement correspond à celle de l'assurance-invalidité (ATF 138 V 227 consid. 5.1). À cet égard, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B_19/06 du 31 mai 2007 consid. 3). 8. a. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 138 V 409 consid. 3.1; ATF 126 V 308 consid. 1). Cette force contraignante vaut non

seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5; ATF 123 V 269 consid.

2a).!endif]>![if> b. Lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'ont décidé les organes de l'assurance-invalidité quant à la fixation du degré d'invalidité ou se fonde même sur leur décision, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 ss LPP, s'applique, sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (voir arrêt du Tribunal fédéral B.39/03 du 9 février 2004 consid. 3.1, résumé dans la RSAS 2004 p. 451). Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (voir notamment ATF 138 V 409 consid. 3.1; ATF 118 V 35 consid. 2b/aa; ATF 115 V 208 consid. 2c). 9. a. En l'occurrence, le règlement de la défenderesse a connu plusieurs modifications entrées en vigueur, en dernier lieu, le 1^{er} janvier 2011 (ci-après : le règlement 2011) et le 1^{er} janvier 2013 (ci-après : le règlement 2013). À titre préalable, il convient de déterminer quelle version du règlement est applicable.!endif]>![if> b. Selon les principes généraux, on applique, en cas de changement de règles de droit, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques. Ces principes valent également en cas de changement de dispositions réglementaires ou statutaires des institutions de prévoyance (ATF 138 V 176 consid. 7.1; ATF 127 V 309 consid. 3b; ATF 121 V 97 consid. 1a). Leur application ne soulève pas de difficultés en présence d'un événement unique, qui peut être facilement isolé dans le temps (ATF 126 V 163 consid. 4b et la référence). En présence d'un état de choses durable, non encore révolu lors du changement de législation, le nouveau droit est en règle générale applicable, sauf disposition transitoire contraire (rétroactivité impropre). Il n'y a pas, dans ce cas, de rétroactivité proprement dite, en principe inadmissible (ATF 121 V 97 consid. 1a). En cas de prestation d'invalidité, l'état de fait dont découle le droit aux prestations n'est pas le début de l'incapacité de travail, considéré comme un événement isolé dans le temps, mais l'incapacité de travail comme telle, qui est un état de fait durable. La situation juridique qui donne lieu à une rente d'invalidité n'est donc pas ponctuelle. Elle perdure jusqu'au moment de la naissance du droit aux prestations. En cas de modification réglementaire durant cette période et conformément aux principes susmentionnés, ce sont les nouvelles règles qui sont applicables, sauf disposition contraire. Les anciennes règles n'attachent aucune conséquence juridique particulière à la date de la survenance de l'incapacité de travail, tant et aussi longtemps que cette incapacité ne fonde pas un droit à des prestations d'invalidité (ATF 121 V 97 consid. 1c). 10. Dans le cadre de la prévoyance plus étendue, les employés assurés sont liés à l'institution par un contrat innommé (sui generis) dit de prévoyance. Le règlement de prévoyance constitue le contenu préformé de ce contrat, savoir ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concludants. Il doit ainsi être interprété selon les règles générales sur l'interprétation des contrats. Il y a lieu de rechercher, tout d'abord, la réelle et commune intention des parties (art. 18 al. 1 CO), ce qui en matière de prévoyance professionnelle vaut avant tout pour les conventions contractuelles particulières. Lorsque cette intention ne peut être établie, il faut tenter de découvrir la volonté présumée des parties en interprétant leurs déclarations selon le sens que le destinataire de celles-ci pouvait et devait raisonnablement

leur donner selon les règles de la bonne foi (principe de la confiance). L'interprétation en application de ce principe, dite objective ou normative, consiste à établir le sens que chacune des parties pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre. Pour ce faire, il convient de partir du texte du contrat (ou du règlement) avant de l'examiner dans son contexte; dans ce dernier cas, toutes les circonstances ayant précédé ou accompagné sa conclusion doivent être prises en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2014 du 18 décembre 2014 consid. 4.1).

11. a. En l'occurrence, le demandeur est d'avis que le règlement 2011 est applicable pour déterminer les prestations dues, arguant que la survenance du cas de prévoyance invalidité coïncide avec le début de l'incapacité de travail, soit le 11 janvier 2012, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, et non pas avec la naissance du droit à des prestations d'invalidité. À l'appui de sa position, il se réfère aux art. 10 al. 4 et 27 al. 1 dudit règlement.

b. L'art. 10 al. 4 prévoit qu'une modification du salaire assuré intervenue après la survenance d'un cas d'assurance (décès, début de l'incapacité de travail) n'est pas prise en considération pour le calcul des prestations dues au cas d'assurance. Quant à l'art. 27 al. 1, il dispose que la rente entière d'invalidité est égale à la rente probable de retraite à l'âge-terme, déterminée sur la base du compte d'épargne accumulé au 1^{er} janvier et des cotisations d'épargne futures déterminées dans tous les cas selon le « plan standard », avec intérêt, et selon les bases techniques approuvées par le conseil de fondation au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Elle est toutefois plafonnée à 80% du salaire assuré.

c. Ces dispositions visent particulièrement le calcul et le montant des prestations. Admettre la position du demandeur reviendrait à considérer que la défenderesse doit prêter dès le début de l'incapacité de travail. Or, celle-ci ne mène pas dans tous les cas à la survenance effective de l'invalidité. L'incapacité de travail ne saurait donc correspondre à l'événement assuré (invalidité).

d. La notion d'invalidité est définie à l'art. 26 al. 1 dudit règlement, lequel stipule qu'« [à] droit aux prestations (...) l'assuré reconnu invalide à raison de 25% au moins par l'AI et qui était assuré par la Fondation lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ». Force est de constater que cette disposition (qui étend la prévoyance au-delà des exigences minimales, dès lors que la prestation est accordée si le degré d'invalidité au sens de l'AI est compris entre 25 et 40%) ne s'écarte pas de la notion d'invalidité de la LAI. Par conséquent, le droit à des prestations d'invalidité découlant de la prévoyance plus étendue prend naissance au même moment que le droit à une rente de l'assurance-invalidité, étant relevé que ce moment-ci est déterminant pour déterminer la survenance du cas d'assurance, et les dispositions réglementaires applicables. Étant donné que le demandeur a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité de l'AI à partir du 1^{er} janvier 2013 (et que la décision de l'OAI du 16 décembre 2015 ne prête pas le flanc à la critique), la naissance du droit à la rente de la prévoyance professionnelle doit être fixée à cette date-ci, date de l'entrée en vigueur du règlement 2013 (étant précisé que l'art. 69 du règlement 2011 réserve expressément la possibilité pour la défenderesse de modifier unilatéralement son règlement, ce qui est admissible au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral [cf. ATF 117 V 226 consid. 4]). Dans la mesure où aucun droit à la rente en faveur du demandeur n'a pris naissance sous l'empire du règlement 2011 et que le règlement subséquent ne contient aucune disposition transitoire qui déclarerait applicables les anciennes dispositions en cas d'incapacité de travail survenue avant le 1^{er} janvier 2013, c'est à bon droit que la défenderesse a calculé la rente à laquelle le demandeur peut prétendre à la lumière des nouvelles dispositions.

12. Reste à examiner si le montant de la rente arrêtée par la

défenderesse est correct. ![/endif]>[/if]> 13. a. En vertu de l'art. 31 al. 1 du règlement 2013, le montant annuel de la rente complète d'invalidité correspond au compte d'épargne projeté multiplié avec le taux de conversion applicable à l'âge ordinaire de la retraite. Le montant annuel de la rente complète d'invalidité est toutefois au maximum égal à 80% du dernier salaire assuré. L'al. 2 ajoute que le montant d'épargne projeté est égal au compte d'épargne constitué à la date de la reconnaissance de l'invalidité, augmenté des bonifications selon le « plan standard » (art. 17 al. 5) avec intérêts, qui auraient été attribuées jusqu'au jour de la retraite ordinaire si l'assuré était resté en service jusqu'à cette date en conservant son dernier salaire assuré. ![/endif]>[/if]> b. En l'espèce, se basant sur cette disposition, la défenderesse alloue une rente annuelle d'invalidité à hauteur de CHF 334'236.-. Elle n'a toutefois pas tenu compte dans ses calculs du rachat effectué par le demandeur le 5 décembre 2011 à hauteur de CHF 250'000.- ni de l'augmentation du salaire au 1^{er} janvier 2012, motif pris que le demandeur avait manqué à son obligation d'information lorsqu'il avait refusé de se soumettre à un examen médical et de lui transmettre le rapport médical sollicité. c. Le demandeur considère que la défenderesse a émis une réserve rétroagissant au 5 décembre 2011, si bien que celle-ci n'est pas valable. Pour sa part, cette dernière expose qu'elle a uniquement limité la couverture d'assurance eu égard au comportement du demandeur, et qu'elle n'a pu prononcer une réserve de santé puisque celui-ci ne lui avait pas remis la documentation médicale requise. d. Quoiqu'en dise la défenderesse, la chambre de céans constate que cette dernière a bel et bien formulé une réserve de santé à l'égard du demandeur, ainsi que cela ressort expressément de son courrier du 15 juillet 2013. Au demeurant, elle a appliqué l'art. 8 du règlement 2011, en vigueur à l'époque de la demande d'examen médical, intitulé « réserves de santé ». Il convient donc d'examiner la validité de la réserve de santé. 14. a. Les caisses sont habilitées à restreindre la protection conférée par la couverture d'assurance surobligatoire en instaurant une réserve pour raisons de santé – aux conditions posées par l'art. 14 LFLP, qui ne sont pas déterminantes en l'espèce. Selon l'art. 331c CO, les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raisons de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès. La durée de ces réserves est de cinq ans au plus (cf. ATAS/756/2017 du 5 septembre 2017 consid. 11b). ![/endif]>[/if]> b. Une réserve pour raisons de santé est une restriction individuelle, concrète et limitée dans le temps de la couverture d'assurance dans un cas particulier. La réserve doit donc être formulée de façon explicite - c'est-à-dire énoncer explicitement la nature de l'atteinte à la santé -, datée et communiquée à l'assuré au moment de son entrée dans l'institution de prévoyance. Cela permet en particulier, en cas de changement ultérieur d'institution de prévoyance, de savoir quelle institution répond d'une atteinte à la santé déjà existante. Une référence générale « aux affections traitées en 2006 » est à titre d'exemple insuffisante au regard de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_806/2015 du 20 juin 2016 consid. 3.3). La réserve ne déploie ses effets qu'au moment où le cas d'assurance survient et qu'il en résulte un devoir pour l'assureur d'allouer des prestations. L'assureur est délié de son obligation de prêter dans la mesure du risque réservé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2015 du 5 août 2015 consid. 5.1 et les références). c. En l'espèce, ni le courrier de la défenderesse du 4 décembre 2012, ni celui du 15 juillet 2013 n'indiquent de manière explicite la nature de l'atteinte à la santé. Si on peut déduire de la teneur de ce dernier courrier que l'assureur a confirmé la réserve médicale après avoir reçu le questionnaire médical, aux termes duquel le demandeur souffrait actuellement d'une maladie de la greffe contre l'hôte après une transplantation allogénique, il n'en demeure pas moins que la réserve médicale, qui ne permet pas de reconnaître d'emblée sur quelle maladie elle porte,

ne respecte pas l'exigence de l'indication de l'atteinte à la santé. Par conséquent, pour ce motif déjà, il y a lieu de constater la nullité de la réserve de santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_806/2015 du 20 juin 2016 consid. 4.2). d. Outre cela, selon la jurisprudence, dans le domaine de la prévoyance professionnelle plus étendue, une réserve avec effet rétroactif n'est pas valable, même dans le cas où l'assuré n'a pas répondu de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation – ce qui amène l'institution de prévoyance à ne pas formuler de réserve pour raisons de santé – et que l'institution de prévoyance découvre après coup la réticence de son assuré. Le Tribunal fédéral a jugé que l'art. 331c CO, et donc la possibilité d'émettre une réserve pour raisons de santé, ne vaut que pour les réserves que l'institution de prévoyance a émises lors de l'entrée de l'assuré dans l'institution de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 4.4). Ainsi, lorsque l'assuré viole son devoir de renseigner et que l'institution de prévoyance l'apprend après coup, elle ne peut corriger la situation qu'en se départissant du contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 5.1). Le Tribunal fédéral a considéré qu'une réserve de santé formulée (après l'affiliation de l'intéressé) avec effet rétroactif postérieurement à la survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité n'est pas valable en raison de son caractère rétroactif et en l'absence de disposition réglementaire prévoyant la rétroactivité de la réserve (arrêt du Tribunal fédéral 9C_810/2011 du 4 juin 2012 consid. 4.2 à 4.2.2). En l'occurrence, la réserve émise le 15 juillet 2013 pour raisons médicales, postérieurement à l'incapacité de travail attestée depuis le 11 janvier 2012 - à l'origine de l'invalidité - débute dès le 5 décembre 2011 (puisque dans sa réponse, la défenderesse a noté que la couverture d'assurance était limitée aux prestations dues avant le rachat effectué en décembre 2011). Or, aucune disposition du règlement 2013 ne prévoit la possibilité d'émettre une réserve rétroactive. Même si la jurisprudence précitée vaut pour les réserves émises lors de l'affiliation de l'assuré à l'institution de prévoyance, on ne voit pas pour quels motifs cette dernière pourrait formuler – en l'absence d'une disposition expresse dans son règlement - une réserve avec effet rétroactif, postérieurement à la survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité, à l'occasion de l'augmentation des prestations (résultant par exemple d'une hausse de salaire ou d'un rachat). Pour ces motifs également, la réserve en cause doit être déclarée non valable. Au demeurant, on ne saurait considérer, à l'instar de la défenderesse, que le demandeur, qui n'a pas obtempéré à la demande d'examen médical, a violé son obligation de renseigner, dès lors que c'est à juste qu'il déclarait à la défenderesse qu'après le début de son incapacité de travail le 11 janvier 2012, celle-ci ne pouvait pas émettre une réserve avec effet rétroactif. En effet, même si le demandeur s'était soumis à la demande d'examen médical du 22 juin 2012, au vu de son incapacité de travail depuis le 11 janvier 2012 – et non pas depuis le 5 décembre 2011, comme relevé à tort par la défenderesse – dont la cause est à l'origine de son invalidité, cette dernière n'aurait de toute manière pas pu émettre une réserve médicale rétroagissant au 5 décembre 2011. d. Au vu de ce qui précède, le montant des prestations dues au demandeur doit être déterminé selon les dispositions réglementaires, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013, sans tenir compte d'une quelconque réserve de santé. 15. a. À cet égard, il ressort du décompte du 14 février 2018 qu'abstraction faite de la réserve prononcée, la rente d'invalidité annuelle à laquelle le demandeur peut prétendre s'élève à CHF 437'707.- (6'932'090 [avoir projeté à 65 ans] × 6,3142% [taux de conversion à 65 ans]), soit CHF 36'475.60.- par mois. b. Selon l'art. 21 al. 1 let. a du règlement 2013, les rentes sont payables mensuellement, à la fin de chaque mois. Le demandeur conclut au versement d'intérêts moratoires à 5% sur les rentes dues. c. En

matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure. À défaut de disposition réglementaire topique, le taux intérêt moratoire est de 5% conformément à l'art. 104 al. 1 CO. En matière de rentes, l'intérêt moratoire n'est dû qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice (art. 105 al. 1 CO par analogie ; ATF 119 V 131 consid 4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_35/2011 consid. 6.6). L'art. 21 ch. 2 let. a du règlement 2013 stipule qu'un intérêt moratoire est dû, en cas de versement de rentes, à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice. Le taux d'intérêt correspond au taux minimal LPP. Le taux d'intérêt minimum LPP défini par le Conseil fédéral est de 1% pour 2017 (art. 15 al. 2 LPP et art. 12 let. j de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 18 avril 1984 [OPP 2 – RS 831.441.1]). La défenderesse est donc tenue de verser au demandeur, sous déduction des prestations déjà acquittées, une rente mensuelle d'invalidité de CHF 36'475.60 dès le 1^{er} février 2015 (étant précisé que la date du début du versement de la rente n'est ni contesté ni contestable dès lors que le demandeur a touché son salaire jusqu'au 31 janvier 2015 [art. 30 al. 3 du règlement 2013]). Ce montant porte intérêt moratoire de 1% l'an, à partir du 13 juillet 2017 - date de la demande en justice. 16. a. Reste encore à déterminer le montant des bonifications de vieillesse qui devront être créditées sur l'avoir de vieillesse du demandeur jusqu'à l'âge de sa retraite. b. Conformément à l'art. 32 al. 1, 1^{ère} phr. du règlement 2013, le droit à la libération des cotisations commence en même temps que le droit à la rente temporaire d'invalidité. Selon l'art. 30 al. 1, le droit à la rente temporaire d'invalidité prend naissance le jour de l'ouverture du droit à la rente AI et s'éteint, (...) au plus tard au jour de la retraite ordinaire, l'assuré ayant droit, dès cette date, à la rente de retraite. À cet égard, on rappellera que dans le domaine de la prévoyance plus étendue, les institutions de prévoyance sont libres de limiter le droit à une rente d'invalidité seulement jusqu'à l'âge ouvrant le droit à une rente de vieillesse (cf. ATF 130 V 369), contrairement à l'art. 26 al. 3 LPP qui mentionne comme motifs d'extinction du droit à la rente d'invalidité le décès du bénéficiaire ou la disparition de l'invalidité ; la rente d'invalidité LPP dans le domaine de la prévoyance obligatoire a en effet un caractère viager (Marc HÜRZELER, Commentaire LPP et LFLP, n. 23 ad art 26 LPP). L'art. 32 al. 2 du règlement 2013 ajoute que pendant la libération des cotisations, les cotisations de l'assuré invalide et les cotisations de l'employeur pour cet assuré sont à la charge de la fondation selon la variante de « plan standard ». Les cotisations personnelles de l'assuré s'ajoutent à la somme de ses cotisations personnelles. Le compte d'épargne de l'assuré est crédité des bonifications de retraite déterminées sur la base du dernier salaire assuré (art. 17 al. 5). Aux termes de l'art. 17 al. 5, le montant des bonifications de retraite créditées aux comptes d'épargne des assurés équivaut aux cotisations totales, figurant dans les tableaux de l'al. 2, en fonction de la variante de plan choisie. L'art. 17 al. 2 prévoit que, selon le « plan standard », les cotisations d'épargne totales s'élèvent à 18% du salaire assuré lorsque l'assuré est âgée de 45 à 54 ans, et à 22,5% du salaire assuré dès qu'il est âgé de 55 ans. c. En l'espèce, le droit à la libération des cotisations commence le 1^{er} janvier 2013, date à laquelle le droit à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle a pris naissance. À compter de cette date, le demandeur était libéré du paiement des cotisations - lesquelles étaient désormais à la charge de la défenderesse -, de sorte qu'il a pu bénéficier du remboursement des cotisations qui avaient été prélevées indûment du 1^{er} janvier 2013 au 31 janvier 2015. La défenderesse a pris en compte, dans le calcul de la libération des bonifications, la réserve émise par rapport à l'augmentation de salaire au 1^{er} janvier 2012. Ainsi, elle a procédé au calcul sur la base d'un salaire assuré de CHF 504'669.-, soit celui

existant avant le 1^{er} janvier 2012. Or, pour les motifs exposés ci-dessus, la réserve en question n'est pas valable, si bien que le dernier salaire assuré qui entre en ligne de compte est celui de 2012, soit CHF 675'999.-. Par conséquent, pour les années 2013 à 2021 - lorsque le demandeur, né en 1967, est âgé de 46 à 54 ans -, les bonifications d'épargne s'élèvent à CHF 121'680.- ($18\% \times 675'999$) par année, soit CHF 10'140.- par mois. Pour les années 2022 à novembre 2032 - lorsque l'assuré sera âgé de 55 à 65 ans -, les bonifications d'épargne s'élèveront à CHF 152'100.- par année ($22,5\% \times 675'999$), soit CHF 12'675.-.

17. Au vu de ce qui précède, la demande en paiement est partiellement admise, en ce sens que la défenderesse est condamnée à verser au demandeur, sous déduction des prestations déjà acquittées, une rente mensuelle d'invalidité de CHF 36'475.60 dès le 1^{er} février 2015, avec intérêt moratoire de 1% l'an, à partir du 13 juillet 2017. La défenderesse est également condamnée à créditer le compte d'épargne du demandeur d'une bonification de vieillesse d'un montant mensuel de CHF 10'140.- de janvier 2013 à décembre 2021 et d'un montant mensuel de CHF 12'675.- de janvier 2022 à novembre 2032. 18. Le demandeur, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que la chambre de céans fixera en l'espèce à CHF 3'500.- (art. 89H al. 3 LPA et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP ; art. 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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