

NE_GERICHTE CC.2000.55 vom 4. November 2002

NE Tribunal cantonal, 2002-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CC.2000.55

FR: NE_GERICHTE CC.2000.55 du 4 novembre 2002

IT: NE_GERICHTE CC.2000.55 del 4 novembre 2002

Volltext

A.B. a conclu auprès de X. compagnie d'assurances sur la vie (ci-après : X.) une police de prévoyance (no 10/2.255.561-7) prévoyant le versement d'un capital de 50'000.00 francs en cas de vie le 1er avril 2018 ou en cas de décès avant cette date, ainsi que d'une rente annuelle de 12'000.00 francs du second au 24ème mois d'incapacité de gain, puis de 15'000.00 francs à partir du 25ème mois d'incapacité. La police est entrée en vigueur le 1er avril 1992 (D.3/1, 2). Préalablement, en vue de la conclusion de la police susmentionnée, le 26 mars 1992, B. avait rempli un questionnaire de santé (D.3/3). Elle a déclaré qu'elle ne fumait ni cigarettes, ni cigares, ni pipe et qu'elle ne prenait pas régulièrement des médicaments, sous réserve de la pilule contraceptive (ch.4a et 4b du questionnaire). Elle a aussi déclaré qu'elle était en parfaite santé (ch.7a du questionnaire). Aux diverses questions du chiffre 8 du questionnaire concernant des affections et des traitements qu'elle aurait pu avoir dans les dix dernières années, elle a également répondu négativement, précisant toutefois qu'elle avait fait un test sida qui s'était révélé négatif en février 1991 à l'hôpital de Delémont à l'occasion d'un check up (ch.9b du questionnaire). Elle a également dit n'avoir été ni traitée, ni examinée, ni contrôlée ou conseillée par un médecin, pour autant que cela n'ait pas été déclaré antérieurement dans le questionnaire (ch.9c du questionnaire).

Souhaitant augmenter sa couverture d'assurance, ce qui ne fut finalement pas fait, B. a rempli un nouveau questionnaire de santé le 1er juin 1995. Elle y a répondu presque de la même manière que dans le questionnaire de 1992, disant toutefois fumer 10 cigarettes par jour et avoir souffert d'un problème de tachycardie en mai 1994 (D.5/6).

B. a dû subir plusieurs opérations et a bénéficié de prestations de X. pour la période du 10 novembre 1996 au 30 juin 1999 d'un montant de 15'586.70 francs. Elle s'est également vu libérée de paiement des primes pour un montant de 4'561.70 francs (D.5/6).

Par décision du 6 mai 1999, B. a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, le degré de l'invalidité étant fixé à 70 %, dès le 1er octobre 1997 (D.9).

B. Le 23 septembre 1999, X. a écrit ceci à B. :

"Lors d'une révision de votre droit aux prestations suite à l'incapacité de gain dont vous faites l'objet depuis le 10.10.1996, nous avons appris qu'avant la conclusion de votre police d'assurance le 15.04.1992, vous aviez été en traitement médical.

N'en ayant pas eu connaissance en son temps ■ voir votre déclaration de santé ci-joint du 26.03.1992 -, il ne nous a pas été possible d'apprécier le risque à assurer à sa juste valeur.

Par conséquent, nous sommes malheureusement contraints, en vertu de l'article 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), de nous départir de votre police dans sa forme actuelle et de refuser tout droit aux prestations. Veuillez vous référer à ce sujet, à l'article 7 des Conditions Générales d'Assurance sur la Vie régissant votre contrat.

Nous attendons encore des renseignements médicaux complémentaires. Dès réception, nous vous recontacterons." (D.3/6)

Le 30 septembre 1999, par sa mandataire, B. a écrit à X. en lui demandant de bien vouloir préciser à quel traitement médical elle faisait allusion dans le courrier du 23 septembre et, cas échéant, chez quel médecin ledit traitement aurait été suivi (D.3/7). Les indications ont été données à la mandataire de B. lors d'un entretien oral qui a eu lieu le 17 novembre 1999.

Par courrier du 4 février 2000, de sa mandataire, se référant à l'entretien du 17 novembre 1999, B. a contesté avoir commis des réticences (D.3/9).

Il ne ressort pas en tous points de ce courrier à quelles questions B. aurait répondu de manière contraire à la réalité. En bref, il est fait état d'atteintes à la santé depuis 1984 et de phénomènes de gastralgie datant de plus de 20 ans dans un rapport du Dr K. du 30 mars 1998 à l'adresse de l'Office AI, de pharmacodépendance et dépendance à l'alcool depuis 15 ans mentionnées dans un rapport de la clinique de la Métairie du 1er septembre 1994, de tachycardie depuis 5 ans mentionnée dans un rapport du CHUV du 22 mai 1996, de décompensation anxio-dépressive depuis quelques années mentionnée par le Dr W. dans un rapport du 24 juin 1998. Il est également question de prise régulière de médicaments et de réticence au sujet des questions relatives au tabac.

B. faisait également valoir qu'il était douteux que l'avis du 23 septembre 1999 réponde aux exigences de la jurisprudence qui préconise que le fait non déclaré ou inexactement déclaré doit être décrit de façon circonstanciée dans l'acte par lequel l'assureur allègue la réticence et signifie à l'assuré qu'il se départit du contrat.

En annexe à son courrier, B. déposait une lettre du Dr H. du 29 novembre 1999 indiquant les médicaments prescrits à la patiente en janvier, février, août et décembre 1991, ainsi que mai, octobre, décembre 1992 et mars 1993.

Le 14 février 2000, X. a répondu à l'assurée en précisant que la réponse du Dr H. du 29 novembre 1999 illustre des faits non mentionnés lors de la conclusion de la police d'assurance, en l'occurrence une réticence notamment à la question 9c (avez-vous été traitée, examinée, contrôlée ou conseillée par un médecin, pour autant que cela ne soit pas déclaré plus haut ?). Elle précisait aussi que la fréquence des prescriptions de médicaments qui ressortait de ce courrier révélait une nouvelle réticence à la question 4b (prenez-vous régulièrement des médicaments (lesquels) ?). L'assurance se disait contrainte de se départir une nouvelle fois du contrat selon l'article 6 LCA (D.3/21).

C. Le 19 avril 2000, B. a ouvert action devant la Cour civile du Tribunal cantonal en prenant les conclusions suivantes :

"1. Constater que les réticences invoquées par la défenderesse sont inexistantes, que partant le contrat la liant à la demanderesse est toujours en vigueur et les prestations prévues dans la police No 10/2.255.561-7 dues.

2. Condamner la défenderesse à payer à la demanderesse Fr. 12'583.50 avec intérêts à 5 % sur Fr. 12'397.50 à compter du jour du dépôt de la présente demande.

3. Sous suite de frais et dépens."

En bref, la demanderesse reprend les arguments développés dans sa correspondance avec l'assurance, contestant avoir commis toute réticence et estimant que l'avis du 23 septembre 1999 par lequel l'assurance déclare se départir du contrat n'est pas conforme aux exigences

jurisprudentielles.

Dans sa réponse et demande reconventionnelle, X. prend les conclusions suivantes :

"A titre principal

1. Rejeter la demande de Mme B., en toutes ses conclusions.

Reconventionnellement

2. Condamner B. à rembourser à Bâloise, Compagnie d'Assurances sur la vie la somme de CHF 20'148.40 plus intérêts au taux de 5 % l'an dès le dépôt du présent mémoire.

En tout état de cause

3. Sous suite de frais et dépens."

L'assurance fait valoir que la demanderesse a commis de nombreuses réticences en répondant de manière inexacte à nombre de questions du questionnaire de santé qu'elle a rempli en 1992, et qu'elle a fait de même dans le questionnaire qu'elle a rempli en 1995.

L'assurance allégué qu'elle a invoqué les réticences en temps utile dans son courrier du 23 septembre 1999 puisqu'elle les a découvertes lorsqu'elle a sollicité le dossier de l'assurance invalidité fédérale qui lui est parvenu le 15 septembre 1999 (allégué 39). Elle ajoute aussi avoir en temps utile fait valoir de nouvelles réticences découvertes après la lettre du Dr H. du 29 novembre 1999 (allégué 41).

Dans sa réplique et réponse à demande reconventionnelle, la demanderesse a pris les conclusions suivantes :

"IPrincipalement:

1. Constater que les réticences invoquées par la défenderesse sont inexistantes, que partant le contrat la liant à la demanderesse est toujours en vigueur et les prestations prévues dans la No 10/2.255.562-7 dues.

2. Condamner la défenderesse à payer à la demanderesse Fr. 12'583.50 avec intérêts 5 % sur Fr. 12'397.50 à compter du jour du dépôt de la demande.

3. Rejeter les conclusions de la demande reconventionnelle.

IISubsidiairement:

4. Condamner la défenderesse à payer à la demanderesse Fr. 20'000.■ ou ce que justice dira à titre de valeur de rachat de l'assurance-vie police No 10/2.255.561-7.

IIIEn tout état de cause:

5. Sous suite de frais et dépens."

Dans sa duplique, la défenderesse a repris les conclusions de la réponse et demande reconventionnelle, précisant que la police d'assurance-vie litigieuse avait été nantie par la demanderesse en faveur de la banque Y., absorbée depuis par la banque Z. .

C O N S I D E R A N T

1.La valeur litigieuse est supérieure à 20'000.00 francs, compte tenu du montant des rentes qui devraient être versées annuellement si le contrat était maintenu, ainsi que du montant assuré en capital, même après déduction de la valeur de rachat de 11'040 francs (D.3/9) et fonde la compétence de la Cour civile.

2. Aux termes de l'article 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 lui être connus lors de la conclusion du contrat. 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. Sont réputés importants tous les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises non équivoques (ATF 99 II 67, 92 II 342).

Si, lors de la conclusion du contrat, le proposant a déclaré inexactly ou omis de déclarer un fait important pour l'appréciation du risque, au sujet duquel il avait été interrogé expressément et de façon non équivoque, l'assureur est en droit, selon l'article 6 LCA, de se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Il s'agit-là d'un délai de péremption et le respect du délai doit être prouvé par l'assureur (ATF 118 II 333, 116 II 338). Ce délai de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective complète, de simples doutes à cet égard étant insuffisants (ATF 118 II 333).

3.a) Selon la jurisprudence, l'assureur qui entend se départir du contrat selon l'article 6 LCA doit déclarer de façon circonstanciée, dans l'acte par lequel il allègue la réticence et signifie à l'assuré qu'il se départit du contrat, le fait non déclaré ou inexactly déclaré par le proposant (ATF 110 II 499 ; ATF n.p. Zurich c/Sch. Du 18.3.1994 et A. c/X. du 25.8.1994 ; Carron, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne, 2000, p.147, Nefin Commentaire bâlois, Helbling und Lichtenhahn, Bâle, 2001 n.16 ad art.6 LCA et les références citées).

En l'espèce, la lettre du 23 septembre 1999 par laquelle la défenderesse déclare se départir du contrat en application de l'article 6 LCA est formulée de manière très générale et ne donne pas les renseignements circonstanciés nécessaires au vu de la jurisprudence. Elle ne précise pas à quelles questions la demanderesse aurait répondu de manière inexactly, ni quels éléments concrets elle aurait omis de déclarer.

La discussion qu'a eue la mandataire de l'assurée avec le représentant de l'assurance date du 17 novembre 1999 et a donc eu lieu plus de 4 semaines après que l'assurance avait découvert les faits puisqu'elle situe elle-même ce moment au 15 septembre 1999. Au surplus, ce qui s'est dit précisément lors de cet entretien n'est pas connu. L'assurance n'a pas confirmé par écrit la discussion précisant à quelles questions la demanderesse aurait mal répondu. Ce qu'on en sait à cet égard résulte uniquement de la lettre de la mandataire de cette dernière du 4 février 2000.

La lettre du 23 septembre 1999 ne satisfait pas aux exigences de la jurisprudence et ne peut dès lors être considérée comme constitutive de la résolution du contrat en cause.

Il reste encore à examiner si la lettre du 14 février 2000 de l'assurance peut être considérée comme constitutive de la résolution du contrat en cause. Tel n'est pas le cas. En effet, il n'est pas établi que la lettre du Dr H. du mois de novembre 1999 dont elle fait état lui permettait d'invoquer de nouvelles réticences compte tenu de ce qu'elle paraît déjà avoir invoqué auparavant soit une pharmacodépendance et dépendance à l'alcool datant de 15 ans déjà en septembre 1994 ou des décompensations anxio-dépressives datant de quelques années déjà en 1998. Au demeurant, l'assurance avait déjà invoqué, selon le courrier de la mandataire de la demanderesse du 4 février 2000 une prise régulière de médicaments. Par ailleurs, il est peu vraisemblable que si la réticence à ce sujet n'avait pas été invoquée, la mandataire de la

demanderesse ait transmis volontairement la lettre du 29 novembre 1999 du Dr H. à l'assurance. Dans son rapport du 24 juin 1998, le Dr W. faisait du reste déjà état de prise importante de tranquillisants et de somnifères (p.2.4.2).

4. Il résulte de ce qui précède que la demande principale est bien fondée et que la demande reconventionnelle doit être rejetée. S'agissant de la demande principale, elle comporte une conclusion en paiement (conclusion no 2) qui peut être admise, mais qui ne constitue qu'une partie du paiement que devra faire l'assurance, puisque la demanderesse réclame les prestations dues jusqu'au jour de l'introduction de l'action seulement.

Vu le sort de la cause, la défenderesse doit être condamnée aux frais de justice et à verser une indemnité de dépens à la demanderesse.

Par ces motifs, LA IIe COUR CIVILE

1. Dit que le contrat passé entre B. et X. est toujours en vigueur et que les prestations prévues dans la police no 10/2.255.561-7 sont dues.

2. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse 12'583.50 francs avec intérêts à 5 % sur 12'397.50 francs dès le 19 avril 2000, date du dépôt de la demande.

3. Condamne la défenderesse aux frais de procédure arrêtés à 6'143.70 francs et avancés comme suit :

- avancés par la demanderesse Fr. 5'980.70

- avancés par la défenderesse Fr. 163.00

Total Fr. 6'143.70

4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de dépens de 7'000.00 francs.

5. Rejette toute autre ou plus ample conclusion.

Neuchâtel, le 4 novembre 2002

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