

NE_GERICHTE TA.1999.461 vom 19. Februar 1990

NE Tribunal cantonal, 1990-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.1999.461_d19900219

FR: NE_GERICHTE TA.1999.461 du 19 février 1990

IT: NE_GERICHTE TA.1999.461 del 19 febbraio 1990

Regeste

Réticence en matière de prévoyance professionnelle surobligatoire

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 73 al.1 LPP, chaque canton désigne un tribunal – le Tribunal administratif dans le canton de Neuchâtel (art.58 LPJA; 2 de la loi neuchâteloise d'introduction de la LPP du 05.10.1987) – qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit. Le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art.73 al.3 LPP). L'article 73 LPP s'applique dans le domaine de la prévoyance obligatoire mais aussi dans celui de la prévoyance plus étendue offerte par les institutions de droit privé ou de droit public enregistrées au sens de la LPP (art.49 al.2 LPP). La condition pour que le moyen juridictionnel prévu par cette disposition puisse être saisi est que la contestation opposant l'assuré, respectivement l'ayant droit, et l'institution concerne la prévoyance professionnelle au sens étroit ou au sens large (ATF 116 V 220 cons.1a). La demanderesse a travaillé en dernier lieu pour le compte de X., caisse-maladie et accident, auprès de sa succursale du canton de Neuchâtel (D.2/2). Déposée dans les formes légales (art.60 LPJA) contre une institution de prévoyance et ayant pour objet des prestations découlant de la prévoyance professionnelle, l'action est donc recevable.

E. 2

a) Les prestations minimales découlant du régime d'assurance obligatoire instauré par la LPP ne sont en l'espèce pas litigieuses. Le défendeur refuse toutefois de verser les prestations complémentaires prévues par son règlement à mesure qu'il reproche à l'assurée une fausse déclaration sur son état de santé. Selon lui (et selon le tiers intervenant), si l'intéressée n'avait pas commis de réticence et avait signalé les affections survenues avant son affiliation, toute couverture allant au-delà de la prévoyance minimale légale aurait été exclue. b) Savoir si la demanderesse s'est rendue coupable d'une réticence qui justifierait la suppression des prestations surobligatoires est une question qui peut en l'espèce demeurer indécise. Dans le domaine de la prévoyance plus étendue, et contrairement à la prévoyance obligatoire, les institutions ont la possibilité d'assujettir l'admission des assurés à certaines conditions liées à leur état de santé et d'instaurer des réserves, limitées ou non dans le temps, pour l'affection qui est à l'origine de l'invalidité (ATF 119 V 284 cons.2a, 118 V 168 cons.5a, 118 V 243 cons.3b, 115 V 223 cons.6). C'est précisément ce qu'a fait le défendeur puisque tant son règlement du 1er janvier 1981 que celui du 13 décembre 1990 stipulent que pour son admission, la personne à assurer doit signer une déclaration d'adhésion comportant des renseignements sur son état de santé (art.3 ch.1). Lorsque l'état de santé n'est pas satisfaisant ou si le candidat est incapable de travailler au moment où il remplit la

déclaration d'adhésion, la fondation demande un examen médical dont elle supporte les frais. Selon les cas, elle peut refuser l'admission, faire des réserves, ou accepter le candidat moyennant supplément de cotisation ou réduction des prestations (art.3 ch.2). Une fausse déclaration sur l'état de santé peut entraîner la suppression ou la réduction des prestations en cas de décès et d'invalidité, ainsi que la restitution des prestations indûment touchées (art.3 ch.4, respectivement art.3 ch.3). S'ils précisent quelles sont les conséquences d'une éventuelle réticence, aucun des règlements précités ne spécifie dans quel délai l'institution peut se prévaloir d'une violation de l'obligation de renseigner. Il va pourtant de soi qu'une fausse déclaration ne peut être invoquée en tout temps. A défaut de réglementation statutaire y relative, il se justifie d'avoir recours par analogie et à titre subsidiaire à l'article 6 LCA (ATF 119 V 286 cons.4, 187 cons.5a, 118 V 169 cons.5c, 116 V 225 cons.4b). Selon cette disposition, si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou qu'il devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Le délai de l'article 6 LCA est un délai de péremption, qui ne peut être ni suspendu ni interrompu. Il incombe à l'institution de prouver qu'il a été respecté. Ledit délai ne commence à courir que lorsque l'assureur reçoit des renseignements dignes de foi sur des faits dont on peut déduire avec certitude qu'une réticence a été commise; de simples présomptions, qui apportent une plus ou moins grande vraisemblance, ne sont pas suffisantes (ATF 119 V 287 cons.5a, 118 II 340 cons.2b, 116 V 229 cons.6a). Il appartient à l'autorité saisie de la cause d'examiner d'office si le délai de quatre semaines de l'article 6 LCA a été respecté en cas de réticence (arrêt non publié du TFA du 20.09.2000 en la cause S., résumé in OFAS, Bulletin de la prévoyance professionnelle, no 56, p.25). c) Il ressort des actes que le 17 septembre 1996 Z.-Vie a demandé à l'office de l'assurance-invalidité de lui communiquer pour consultation la documentation médicale en sa possession. L'entier du dossier lui a été transmis le 20 septembre 1996 et a été retourné à l'office le 25 septembre suivant (v. échange de courriers entre la compagnie d'assurance et l'office). Il contenait les pièces relatives à la demande de prestations AI traitée en 1984 (notamment un rapport du Dr C. du 20.03.1984 et une expertise du Dr M. du 04.07.1985) et les avis médicaux et expertises réunis à l'occasion de l'instruction de la deuxième demande de prestations, déposée en mars 1994, après que l'intéressée se fut trouvée durablement en incapacité de travail. Il s'agit en particulier du rapport établi le 19 janvier 1995 par les Dr D. et F. à l'issue d'un séjour à l'Hôpital W. de Berne, du rapport du Dr C. du 17 juillet 1995 et du compte rendu de l'expertise du Dr V. du 16 mai 1995. A la lecture de ces documents, il ne pouvait échapper à Z.-Vie que la demanderesse avait rencontré divers ennuis de santé avant son affiliation, tels que des douleurs articulaires, des dorso-lombalgies et des problèmes d'ordre gynécologique. Preuve en est que, par lettre du 26 mars 1997, la compagnie d'assurance a écrit au défendeur que "sur la base des documents médicaux qui nous sont remis par l'assurance-invalidité, il ressort que les troubles responsables de l'invalidité sont antérieurs à l'entrée de l'intéressée dans votre fonds de prévoyance" (D.5/5). A réception de cette correspondance, le défendeur était en mesure de s'adresser à l'assurée et de faire valoir une réticence pour limiter ses prestations. C'est donc à cette date que le délai de l'article 6 LCA a commencé à courir. Pourtant, ce n'est que par courrier du 18 juin 1997 (D.2/5) que le Fonds de prévoyance a arrêté les rentes qu'il estimait être dues, en faisant mention de l'article 3 ch.3 de son règlement, qui traite de la fausse déclaration sur l'état de santé. Bien qu'il soit fait référence dans cette lettre à la nombreuse correspondance préalablement échangée, il y a lieu de

retenir que c'est par le biais de ce document, qu'elle qualifie elle-même de "décision de prestations en cas d'invalidité", que l'institution a, pour la première fois, formellement manifesté son intention de ne servir que les rentes minimales prévues par la LPP et d'exclure toute couverture surobligatoire. Il appert ainsi que le délai de quatre semaines était écoulé lorsque le défendeur a voulu invoquer une réticence. En conséquence, une réduction des prestations de ce chef ne peut entrer en ligne de compte et la demanderesse a droit aux rentes d'invalidité telles que prévues par le règlement du Fonds (ATF 119 V 288 cons.5c et 5d).

E. 3

Il résulte de ce qui précède que l'action doit être admise en tant qu'elle conclut au versement des prestations statutaires. Il incombera au défendeur d'arrêter les rentes d'invalidité auxquelles l'assurée a droit. Vu l'issue du litige, cette dernière se verra octroyer une indemnité de dépens. Il sera en outre statué sans frais, la procédure étant gratuite (art.73 al.2 LPP).

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