

VD_FINDINFO AMC 19/05 – 13/2010 vom 9. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AMC_19_05___13_2010

FR: VD_FINDINFO AMC 19/05 – 13/2010 du 9 septembre 2010

IT: VD_FINDINFO AMC 19/05 – 13/2010 del 9 settembre 2010

Regeste

ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, RÉSILIATION, ASSURANCE COLLECTIVE, CONTRAT D'ASSURANCE, VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 1 DTAs-AM, 12 al. 2 LAMal, 12 al. 3 LAMal, 3 LCA, 35 LCA, 4 LCA, 6 LCA, 97 al. 1 LCA, 85 al. 2 LSA, 117 al. 1 LPA-VD

Erwägungen

E. 1

a) Le demandeur conclut au paiement par des défenderesse de prestations constituant des indemnités journalières en cas de maladie. Il se fonde donc sur des assurances complémentaires, au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal (loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10). b) Selon l'art. 85 al. 1 LSA (loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance; RS 961.01), le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance ou entre celles-ci et les assurés. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie au sens de la LAMal, les cantons doivent prévoir une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA). Dans le canton de Vaud, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 1 DTAs-AM [décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie; RSV 173.431]). Sont applicables les règles de procédure prévues pour l'action de droit administratif (cf. JT 2009 III 43), au sens des art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). L'art. 117 al. 1 LPA-VD prévoit en effet que cette législation s'applique aux causes pendantes devant les autorités administratives ou de justice administratives lors de son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2009, comme c'est le cas en l'espèce. c) La valeur litigieuse s'élevant à plus de 30'000 fr., la Cour des assurances sociales doit être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]). Elle est limitée par les conclusions des parties, au-delà desquelles elle ne peut pas aller (art. 108 al. 1 LPA-VD).

E. 2

a) Dans son écriture du 14 janvier 2010, le demandeur a indiqué que, dans le cadre du jugement préjudiciel, ses prétentions étaient en premier lieu dirigées contre la défenderesse E. _____ SA. Il convient donc d'examiner la question la validité de la résiliation du contrat s'assurance collective qui liait cette défenderesse et C. _____ SA. b) Selon l'art. 12 al. 3 LAMal, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sont régies par la

LCA (loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1). A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit des assurances régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, op. cit., pp. 19 ss). Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1 LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, pp. 669 ss, spéc. p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'art. 35 LCA. En outre, la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97 LCA) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant-droit (art. 98 LCA). A la teneur de l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise et non équivoque. c) En tant qu'employé de C. _____ SA, le demandeur bénéficiait de la couverture d'assurance contre la perte de gain en cas de maladie, conformément au contrat signé le 8 janvier 2002 par son employeur. Selon l'art. 9 al. 3 let. a des CGA applicables à cette police d'assurance, l'assurance s'éteignait pour chaque personne assurée si les rapports de travail avec le preneur d'assurance prenaient fin. La personne quittant le cercle des personnes assurées avait le droit d'être transférée dans l'assurance indemnités journalière individuelle de la défenderesse E. _____ SA, dans les trois mois et sans nouvel examen de son état de santé (art. 12 al. 1 CGA). Au moment de la résiliation des rapports de travail, le preneur d'assurance devait informer par écrit l'employé quittant le cercle des assurés collectifs sur son droit de transfert dans l'assurance individuelle et sur le délai de trois mois pour en faire la demande; ce délai partait au moment de la sortie de l'assurance collective ou, au plus tard, à réception de la communication écrite sur le droit de transfert (art. 12 al. 2 et 3 CGA) Le recourant a signé, le 30 novembre 2004, un formulaire à l'en-tête de la défenderesse E. _____ SA, intitulé "Démission de l'assurance collective d'indemnités journalières" . Il y avait indiqué qu'il quittait l'entreprise C. _____ SA le jour même et qu'étant au chômage, il voulait poursuivre l'assurance d'indemnités journalières à partir du 31 ème jour, de sorte qu'il demandait à ce qu'une offre lui soit soumise. C. _____ SA avait également complété une partie de ce formulaire et apposé son timbre, muni de la signature d'un représentant. Contrairement à ce que soutient le demandeur, le formulaire en question ne peut pas être considéré comme une démission pure et simple. L'employé dont la relation de travail avec le preneur d'assurance se terminait n'avait d'ailleurs pas besoin de "démissionner" de l'assurance. Il sortait sans autre du cercle des personnes assurées, en vertu de l'art. 9 al.

E. 3

a) Il convient encore d'examiner les rapports contractuels entre le demandeur et la défenderesse V. _____, particulièrement le point de savoir si celle-ci était en droit d'invoquer la réticence pour résoudre la police d'assurance d'indemnités journalières entrée en vigueur le 1 er janvier 2005. b) Que la proposition d'assurance émane de l'assuré ou de l'assureur, le contrat est soumis aux art. 4 ss LCA (ATF 126 II 82). Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du

risque tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, applicable au cas d'espèce (TF 4A_163/2010 du 2 juillet 2010 c. 2.2; TF 4A_285/2009 du 22 octobre 2009 c. 4.4; TF 4A_261/2008 du 1^{er} octobre 2008 c. 31), l'art. 6 aLCA prévoyait que si celui qui devait faire la déclaration avait, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'était 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. Cette disposition a été pour l'essentiel reprise à l'art. 24 al. 4 CGA applicables à la police d'assurance conclue entre le demandeur et la défenderesse V._____.

Selon la jurisprudence, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner, laquelle s'apprécie au demeurant sans égard à une éventuelle faute du preneur. Il faut tenir compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. Ce qui est décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur; il remplit son obligation s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (ATF 134 III 511 c. 3.3.3; 118 II 333 c. 2b; ATF 116 II 338 c. 1.c et les réf. citées). En d'autres termes, ce qui importe n'est pas l'exactitude objective, mais l'exactitude subjective de la déclaration que le proposant est en mesure de faire à la lumière de sa situation personnelle. L'art. 4 al. 3 LCA institue la présomption que les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques, sont des faits importants pour l'appréciation du risque au sens de l'art. 4 al. 1 et 2 LCA, à savoir des faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Cette présomption tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve (ATF 118 II 333 c. 2a et les réf. citées, JT 1996 I 127). Il demeure loisible au preneur d'assurance de prouver que l'assureur aurait conclu le contrat aux conditions convenues même s'il avait connu le fait que le preneur d'assurance a omis de déclarer ou inexactly déclaré (ATF 92 II 342 c. 5; TF 4D_80/2008 du 26 septembre 2008).

c) En l'espèce, la défenderesse V._____ a fait parvenir au demandeur une proposition d'assurance écrite, qui contenait un questionnaire sur son état de santé. Même s'il est établi qu'il connaît mal le français, le demandeur a compris ces questions, puisqu'à la question 14, il a répondu correctement qu'il avait déjà eu un accident, indiquant la "SUVA" comme assurance intervenue à l'époque. Pour le surplus, les questions soumises au demandeur étaient claires et non équivoques, de sorte qu'il faut admettre qu'elles avaient trait à des faits importants pour la défenderesse (art. 4 al. 3 LCA). En remplissant, le 8 décembre 2004, la rubrique B du questionnaire contenu dans la proposition d'assurance, le demandeur a indiqué qu'il se sentait "en parfaite santé", qu'il n'avait subi aucun traitement ou contrôle médical durant les cinq années précédentes, qu'il ne souffrait d'aucune séquelle d'un accident, que sa capacité de gain n'était pas restreinte et qu'il n'avait pas subi d'incapacité de travail de plus de 4 semaines. Il a précisé qu'il avait déjà eu un accident et a répondu "oui" à

la question de savoir s'il était "complètement guéri" . Il a enfin nié qu'il puisse subsister des séquelles pouvant nécessiter un traitement. Certes, comme il le relève, sous la rubrique concernant les renseignements complémentaires sur l'accident, le demandeur a exposé avoir subi une fracture de la jambe gauche le 3 (recte : 5) janvier 2003 et précisé que l'affection avait duré une année et demie, sans répondre à la question de savoir s'il était complètement guéri. Toutefois, il avait indiqué que tel était le cas à la question 14.2 de la rubrique B, qui concernait clairement l'accident du 5 janvier 2003. Il ne saurait donc nier qu'il a transmis à la défenderesse V._____ l'information selon laquelle il avait souffert d'une fracture de la jambe gauche au début de l'année 2003, que le traitement relatif à cet accident avait duré environ 18 mois et qu'à la fin de l'année 2004, il s'estimait totalement guéri, aucune séquelles n'était à déplorer (cf. réponse à la question 14.3). Or, ces renseignements étaient inexacts, puisqu'à peine deux mois avant de signer la proposition d'assurance, le demandeur avait fait une demande de prestations de l'AI en raison d'une fracture de la jambe gauche et de trois opérations. Dans ce cadre, le Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique ayant suivi S._____ depuis la survenue de l'accident, a déposé un rapport médical daté du 27 octobre 2004, dans lequel il avait posé le diagnostic de séquelles douloureuses de la jambe gauche. Dès lors, le demandeur devait déclarer ces éléments dans la questionnaire de santé que lui avait soumis la défenderesse V._____, sans même se demander s'ils étaient ou non pertinents, tant la réponse affirmative à cette question était évidente. Il ne pouvait estimer subjectivement que tel n'était pas le cas. En ne fournissant pas les éléments en question, le demandeur a donc violé son obligation de renseigner, tel qu'elle figurait à l'art. 6 al. 1 aLCA. d) Certes, le demandeur soutient avoir mal compris le questionnaire de la propositions d'assurance en ce sens que, pour lui, la rubrique B concernait son état de santé en général, à l'exception de la question de l'accident du 5 janvier 2003 et de ses suites, points qui étaient traités exclusivement sous la rubrique C dudit questionnaire. Cette argumentation n'est toutefois pas pertinente. Il apparaît en effet clairement que la rubrique B du questionnaire contient plusieurs questions – nos 2, 3, 6, 7, 8, 8.1, 14, 14.1, 14.2, 14.3 et 15e et f – relatives à des atteintes à la santé antérieure à la proposition d'assurance, de sorte que la délimitation entre état actuel de santé pour la rubrique B et atteintes subies précédemment pour la rubrique C apparaît comme artificielle et incompréhensible. D'ailleurs, si le demandeur soutient avoir évoqué l'accident du 5 janvier 2003 et ses suites sous la rubrique C, il faut relever qu'il l'a également fait sous la rubrique B, aux questions 14 à 14.3, montrant qu'il avait parfaitement compris de quoi traitaient ce points. Or, aux questions 14.2 et 14.3, qui étaient clairement en rapport avec l'accident du 5 janvier 2003 annoncé à la question 14, il a indiqué qu'il était complètement guéri des suites du sinistre et qu'il ne subsistait ni séquelles ni traitement. Dans tous les cas le demandeur n'a donc pas répondu de manière exacte à certaines des interrogations écrites de la défenderesse V._____ concernant son état de santé. e) Enfin, le demandeur invoque en vain l'arrêt rendu le 2 juillet 2010 par le Tribunal fédéral dans la cause 4A_163/2010, tant les circonstances de cette affaires sont éloignées de celle de la présente procédure. Dans l'affaire soumise au Tribunal fédéral, l'assuré avait répondu négativement à la question figurant dans la proposition d'assurance vie du 1 er juillet 1997 de savoir s'il consommait ou avait consommé des drogues. En novembre 2004, il avait déposé une déclaration d'incapacité de gain dès le 1 er août 2003, pour cause de trouble obsessionnel compulsif. Lors de la consultation du dossier de l'assurance-invalidité, l'assureur avait découvert que l'assuré avait admis avoir fumé des joints de cannabis durant son apprentissage, terminé en 1986. Il était établi que la consommation de cannabis avait été

occasionnelle et s'était étendue sur une très courte période; ni la santé ni la formation suivie par l'assuré n'avaient été perturbées par ces événements. L'assureur avait alors invoqué la réticence pour se départir du contrat d'assurance. Le Tribunal fédéral a considéré qu'on se trouvait "en présence du cas banal où un jeune, longtemps avant de conclure le contrat d'assurance, a fait quelques expériences rapidement arrêtées, en fumant des joints de cannabis" et que ces faits n'étaient pas significatifs d'un risque pour le contrat conclu. Il avait ajouté qu'il n'était pas possible d'imaginer que, si les faits avaient été révélés, l'assurance aurait refusé de conclure ou imposé de conclure à d'autres conditions. Dans la présente cause, il est, au contraire, évident que si le demandeur avait fait état des atteintes dont il souffrait à la jambe gauche et de ce qu'il considérait comme les suites de l'accident du

E. 5

janvier 2003, l'assureur n'aurait pas conclu le contrat ou l'aurait conclu à d'autres conditions, en imposant une réserve à cet égard. On se trouve donc bien en présence d'une dissimulation de faits significatifs d'un risque pour le contrat conclu, c'est-à-dire d'une réticence selon l'art. 6 aLCA. f) En définitive, on ne saurait admettre que le demandeur pouvait être subjectivement de bonne foi lorsqu'il a complété la proposition d'assurance du 8 décembre 2004 en cachant des faits essentiels, de nature à influencer sur la détermination de l'assureur à conclure le contrat ou à la conclure à certaines conditions. L'assuré disposait de tous les renseignements nécessaires qui lui avaient fournis par des personnes qualifiées, en particulier son médecin traitant sur le plan orthopédique, pour répondre de manière exacte et complète au questionnaire sur son état de santé figurant dans la proposition d'assurance. En ne le faisant pas, il a donc commis une réticence, selon l'art. 6 LCA. Cette appréciation est d'autant plus justifiée que, s'il avait répondu correctement à la "Déclaration de santé" qui lui avait été soumise, le demandeur se serait vu à tout le moins imposer une réserve s'agissant de l'accident du 5 janvier 2003 et ses suites, conformément à l'art. 24 CGA; il n'aurait donc pas eu droit à des prestations à cet égard. Il ne saurait dès lors prétendre à un meilleur traitement du fait qu'il n'a pas fourni certains éléments importants pour la conclusion de la police d'assurance, ainsi que pour les conditions du contrat. Pour le surplus, la défenderesse V. _____ a exercé son droit à la résolution du contrat dans le délai de 4 semaines qui ont suivi la connaissance de la réticence (art. 24 in fine CGA). Elle était donc en droit d'agir comme elle l'a fait et il n'existe plus de relation contractuelle entre cette assurance et le demandeur, qui ne saurait dès lors prétendre à des prestations de la part de la défenderesse. 4. En définitive, le jugement des question préjudicielle a démontré que le demandeur n'est plus contractuellement lié à aucune des défenderesses, de sorte que les conclusions de sa demande du 7 juillet 2005 doivent d'ores et déjà être rejetées dans leur entier. Les parties n'ont pas à supporter de frais de procédure (art. 85 al. 3 LSA). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (cf. art. 85 al. 2 et 3 LSA; cf. ATF 126 V 143).

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