

VD_FINDINFO AMC 8/08 - 3/2010 vom 16. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AMC_8_08_-_3_2010

FR: VD_FINDINFO AMC 8/08 - 3/2010 du 16 mars 2010

IT: VD_FINDINFO AMC 8/08 - 3/2010 del 16 marzo 2010

Regeste

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE, VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, CONTRAT D'ASSURANCE | 1 DTAs-AM, 4 LCA, 6 LCA, 9 LCA, 106 LPA-VD, 109 LPA-VD, 55 LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 16.03.2010 AMC 8/08 - 3/2010

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE, VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, CONTRAT D'ASSURANCE | 1 DTAs-AM, 4 LCA, 6 LCA, 9 LCA, 106 LPA-VD, 109 LPA-VD, 55 LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AMC 8/08 - 3/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 16 mars 2010

Présidence de Mme Di Ferro Demierre, juge unique

Greffier : M. Greuter ***** Cause pendante entre : A.G. _____, à [...] (VD), demanderesse, représentée par B.G. _____, à [...] (VD), assisté par Me Charlotte Iselin, avocate à Lausanne, et O. _____ SA, à Dübendorf, défenderesse. _____

Art. 4, 6 et 9 LCA E n f a i t : A. a) Par offre d'assurance du 9 octobre 2006, B.G. _____ (ci-après: le preneur d'assurance) a demandé la conclusion de l'assurance complémentaire des soins [...] pour prestations spéciales à partir du 1^{er} janvier 2007 pour sa fille A.G. _____ (ci-après: l'assurée), née le [...] 1993. Le 9 octobre 2006, le preneur d'assurance a, pour le compte de sa fille, rempli une déclaration de santé pour les assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance. La question 3 de ce formulaire comprenait une première question, ayant la teneur suivante: "Au cours des cinq dernières années, avez-vous suivi un traitement/contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin, un naturopathe ou un thérapeute pour une affection physique ou psychiatrique?", ainsi qu'une liste de douze exemples d'affection ou de maladie. A chaque exemple, le preneur d'assurance a répondu non. Le formulaire ne permettait en outre pas de répondre directement à la première question. Le preneur d'assurance a également déclaré que sa fille ne présentait aucune malposition au niveau des dents et de la mâchoire (réponse négative à la question 5 du formulaire). Sur la base de ces déclarations, l'assurance complémentaire [...] a été accordée le 12 octobre 2006. Selon la police d'assurance du 16 juin 2008, la couverture d'assurance a débuté le 1^{er} janvier 2007. b) En date du 23 mars 2007, B.G. _____ a demandé à O. _____ SA la prise en charge d'un traitement orthodontique pour A.G. _____, auprès du Dr K. _____, chirurgien-dentiste français, spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale à [...], notamment titulaire du certificat d'Excellence en Orthodontie et Vice-Président du Conseil Départemental et Régional de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes [...]. Le preneur d'assurance a remis à cet effet divers documents, dont un devis daté du 13 février 2007 pour un montant

de 3'500 euros. Il ressort en particulier de ces documents que le rendez-vous chez le Dr K. _____ a été fixé avant le 23 janvier 2007 et que la première consultation a eu lieu le 13 février 2007. Par courrier du 6 mai 2007, O. _____ SA a demandé des renseignements médicaux au Dr K. _____. Ce dernier a répondu le 10 mai 2007 que l'affection présentée par l'assurée était apparue la première fois lors de la première consultation à son cabinet le 13 février 2007. Dans les documents établis par ce médecin et datés du 13 février 2007, celui-ci a déclaré avoir réalisé des radiographies, photos et empreintes. Il a précisé le médecin-dentiste qui suivait habituellement l'assurée était le Dr F. _____ à [...]. c) Le Dr F. _____ a déclaré le 11 juin 2007 que l'assurée présentait un problème orthodontique depuis avril 2003 et que la situation s'était aggravée en décembre 2006. Il a alors conseillé une orthodontie fixe en raison du manque de place. Le 11 juin 2007, il a affirmé que les parents de l'assurée avaient été informés du problème le 20 avril 2003, la première fois, puis le 6 décembre 2006 lorsque le problème est devenu sérieux. Il ressort en outre du dossier du Dr F. _____ que l'assurée l'a consulté: - le 12 décembre 2001 pour un traitement aux dents de lait 75, 65 et 55; - le 23 janvier 2002 pour un traitement aux dents de lait 65 et 55; - le 20 avril 2003 pour deux "bite wings" (radiographies). Le Dr F. _____ a fait la remarque suivante: "manque de place"; - le 15 octobre 2003 pour un traitement de la dent définitive 26; - le 10 mai 2006 pour l'extraction de la dent de lait 53; et - le 6 décembre 2006 pour un contrôle. Le Dr F. _____ a fait la remarque suivante: "beaucoup de manque de place". B. Par courrier du 18 juillet 2007, O. _____ SA a signifié à B.G. _____ la résiliation de l'assurance complémentaire [...] avec effet au 31 juillet 2007 pour cause de réticence. Par courrier du 2 juin 2008, le médecin-conseil dentiste d'O. _____ SA, le Dr L. _____, spécialiste SSO en médecine dentaire reconstructive, a répondu aux questions posées par cette dernière le 28 mai 2008. Il a précisé que, n'étant pas orthodontiste, il a demandé l'avis du Dr D. _____, spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale. Il ressort ce qui suit du courrier du Dr L. _____: - en 2003, le médecin-dentiste, le Dr F. _____, pouvait absolument affirmer qu'un traitement orthodontique aurait été prévisible sans autre examen puisque la situation dentaire à l'âge de 10 ans permet parfaitement de constater des problèmes de manque de place et d'affirmer qu'un tel traitement sera nécessaire, d'autant plus que le jour de cet examen (20 avril 2003), le Dr F. _____ a effectué des "bite wings" (radiographies) permettant de confirmer le manque de place; - l'assurée a dû avoir des traitements dentaires aux dents de lait 55, 65 et 65 entre 2001 et 2006. - après le 10 mai 2006, les dents de lait 63, 64, 65, 54, 55, 75 et 85 ainsi que les dents définitives 45 et 26 ont aussi dû être traitées; - il existait un problème orthodontique en 2003; - on ne pouvait pas raisonnablement espérer que la croissance allait résoudre le problème orthodontique; - il n'était pas nécessaire d'adresser l'assurée chez un spécialiste en 2003 et d'entamer un traitement. En effet, les dents définitives 13, 23, 33 et 43 (les canines) n'étaient pas encore sorties, preuve en est l'extraction de la dent 53 (dent de lait qui précède la dent définitive 13) le 10 mai 2006, ce qui signifie que la canine 13 n'était pas encore sortie à cette date. C. Par demande déposée le 7 mai 2008, A.G. _____, représentée par son père B.G. _____, a conclu à ce que le Tribunal de céans prononce: - La demanderesse n'a pas commis de réticence; - La défenderesse n'était pas fondée à résilier l'assurance complémentaire [...]; - La défenderesse est débitrice de la demanderesse et lui doit immédiat paiement de la somme de 5'801 fr. 25 avec intérêts à 5% l'an dès le 18 juillet 2007. Par réponse du 17 juin 2008, la défenderesse soutient que les conditions de l'existence d'une réticence au sens de l'art. 6 LCA ainsi que les conditions de l'art. 9 LCA étaient remplies, de sorte qu'elle était en droit de se départir

du contrat d'assurance complémentaire [...] et qu'aucune prestation ne peut être versée sur la base de cette assurance pour traitement orthodontique. Elle conclut à ce que la demande soit rejetée et que la demanderesse soit déboutée de toutes autres ou plus amples conclusions. A la suite du second échange d'écritures, un questionnaire a été soumis au Dr K._____.

Selon ce spécialiste, il n'était pas possible de prévoir avec certitude la nécessité d'un traitement orthodontique chez l'enfant A.G._____ en 2003. Le Dr F._____ ne disposait pas de suffisamment d'informations pour prévoir un traitement orthodontique. Le Dr K._____ confirme que certains facteurs tels que la croissance ou la succion du pouce peuvent influencer le diagnostic orthodontique. Il mentionne que la dégradation de la situation orthodontique n'était pas certaine car, à 10 ans, le manque de place peut venir de la persistance des dents de lait. Dans ses déterminations du 26 mars 2009, la défenderesse déclare que son médecin-conseil pense pour sa part que le chevauchement des incisives n'est pas un signe probable mais certain d'un futur manque de place. De l'avis de ce médecin, le manque de place ne vient pas de la persistance de dents de lait. La persistance de dents de lait peut venir, à son sens, d'un retard dans l'éruption des dents définitives ou par manque de place, les dents définitives ne pouvant pas résorber les racines des dents de lait pour que ces dernières tombent spontanément.

E n d r o i t : 1. a) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente dans le 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. JdT 2009 III 43; art. 106 ss LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). En l'espèce, les conclusions de la demande et celles de la réponse sont recevables à la forme. b) Dès lors que la valeur litigieuse, qui s'élève tout au plus à 3'500 euros en capital (art. 51 al. 3 LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110], applicable par renvoi de l'art. 116 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]), est manifestement inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, applicable par analogie à la procédure d'action en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). 2. La demanderesse soutient qu'elle-même, ni ses parents, ne pouvait se douter au moment de l'offre d'assurance du 9 octobre 2006 de l'affection qu'elle présentait, d'autant plus qu'aucun spécialiste n'avait posé un diagnostic définitif à ce sujet. Elle considère ainsi n'avoir violé aucune de ses obligations, notamment celle de déclaration, de sorte qu'à son sens, la défenderesse n'était pas fondée à résilier unilatéralement le contrat d'assurance complémentaire [...]. En revanche, la défenderesse soutient pour l'essentiel que le problème orthodontique existe depuis 2003, de sorte que le preneur d'assurance aurait dû le signaler au moment de la conclusion du contrat. Elle soutient dès lors que le preneur d'assurance aurait commis une réticence en remplissant la déclaration de santé le 9 octobre 2006. En outre, cette affection étant préexistante lorsque l'assurance complémentaire [...] a été contractée, le contrat est nul conformément à l'art. 9 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1). Fondée sur ces deux moyens, la défenderesse considère s'être départie du contrat à bon droit, de sorte qu'elle n'a pas à prendre en charge les prestations dentaires faisant l'objet du présent litige. 3. Il n'est pas contesté qu'un contrat d'assurance complémentaire [...] ait été conclu entre le preneur d'assurance et la défenderesse en faveur de l'assurée. Il convient toutefois de déterminer, conformément à la systématique de la loi, si la défenderesse était en droit de mettre unilatéralement fin au

contrat au motif d'une réticence (art. 4 et 6 LCA) et si le contrat n'était pas frappé de nullité lors de sa conclusion (art. 9 LCA). a) 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). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). L'art. 6 LCA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006) dispose que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat; il doit le faire par écrit; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1); le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2); si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre; dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3). Ces dispositions trouvent leur pendant à l'art. 17 CGA AMC de l'assureur. 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. En effet, selon la teneur des art. 4 et 6 LCA, le proposant doit, en répondant aux questions de l'assureur, indiquer non seulement les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus – dont il est positivement conscient –, mais aussi ceux qui doivent lui être connus. Il faut tenir compte des circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience, etc.) et de la situation du proposant. La loi pose ainsi un critère objectif (indépendant de la connaissance effective que le proposant a des faits concrets), qui doit toutefois s'appliquer en tenant compte des circonstances du cas particulier, en particulier des qualités personnelles (intelligence, niveau de formation, expérience, etc.) et de la situation personnelle 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, consid. 3.3.3, et les arrêts cités; 118 II 333, consid. 2b; VVG-Nef, art. 4 n. 26). 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 (VVG-Nef, art. 4 n. 27). Le sens et la portée des questions posées doivent être établis selon les mêmes principes d'interprétation que ceux qui sont applicables aux contrats, donc normativement selon le principe de la bonne foi (ou de la confiance) et en tenant compte des exigences légales posées spécialement pour le contrat d'assurance (art. 4 al. 3 LCA), à savoir la précision et le caractère non équivoque des questions formulées. En conséquence, un assuré viole l'obligation de déclarer lorsqu'il répond négativement à une question formulée de manière précise et non équivoque sur les

troubles de santé dont il souffre ou a souffert et auxquels il devrait attribuer la qualité de maladie s'il faisait preuve de la diligence raisonnablement exigible de sa part. En revanche, d'une part, une violation de l'obligation de déclarer ne peut être admise que de façon restrictive en présence d'une question peu précise (ATF 116 II 338, consid. 1d; 101 II 339, consid. 2b; voir aussi TFA B 106/04 du 16 mai 2006, consid. 5.2; B 38/99 du 18 septembre 2000, consid. 3b) et, d'autre part, il serait exagéré d'exiger de la part de l'assuré qu'il mentionne des indispositions survenues de manière isolée qu'il peut considérer de bonne foi comme des atteintes momentanées et sans importance à son bien-être physique, et qu'il ne doit pas forcément juger, en faisant preuve de la diligence requise, comme des symptômes d'un mal plus sérieux. Le fait de passer sous silence de tels troubles bénins ne saurait fonder une violation de l'obligation de déclarer (ATF 116 II 338, consid. 1d; 109 V 38, consid. 1b; 108 V 28, consid. 1; 106 V 170; 72 II 130; TFA I 106/04 du 6 mai 2006). En l'espèce, il s'agit d'établir si le preneur d'assurance a omis de déclarer un fait important qu'il connaissait ou devait connaître. Lors de la signature de la proposition d'assurance le 9 octobre 2006, le preneur d'assurance n'a pas déclaré les traitements/contrôle/examens réalisés chez le Dr F._____ les 12 décembre 2001, 23 janvier 2002, 20 avril 2003, 15 octobre 2003 et 10 mai 2006. Selon la défenderesse, ces consultations auraient dû faire l'objet d'une réponse affirmative à la question 2a du questionnaire de déclaration de santé pour les assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance, dont la teneur est la suivante: "Etes-vous actuellement traité ou suivi par un médecin, naturopathe, thérapeute etc. ou cela est-il prévu?". La défenderesse reproche en outre au preneur d'assurance d'avoir répondu négativement à la question 3, alors que, selon elle, il avait connaissance, au vu des circonstances, des problèmes orthodontiques de sa fille. En tout état de cause, il convient de retenir que la formulation de la question 3 du questionnaire de la défenderesse – "Au cours des cinq dernières années, avez-vous suivi un traitement/contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin, un naturopathe ou un thérapeute pour une affection physique ou psychiatrique?" – est très générale et large. Elle ne permet pas de savoir ce qu'il faut comprendre ici par "maladies/affections" (affections momentanées de type habituel, maladies avec ou sans incapacité de travail, etc.) ou "traitement/contrôle/examen ambulatoire ou stationnaire". Il est par ailleurs impossible de répondre directement à la question première, mais seulement à des exemples concrets. Dans ces circonstances, cette question ne peut être considérée comme précise et univoque, de sorte que, conformément à la jurisprudence, une quelconque réticence liée à la question 3 ne pourrait être admise qu'avec réserve. La demanderesse a certes consulté son dentiste traitant en 2001, 2002, 2003 et 2006, mais il s'agissait en 2001, 2002 et le 15 octobre 2003 de traitement de caries. On peut donc comprendre que la demanderesse ne l'ait pas mentionné s'agissant d'un traitement somme toute bénin et ponctuel et non pas de faits importants. Le 20 avril 2003, dans le cadre d'un contrôle – sur demande de l'école selon les dires du père que l'on peut retenir pour vraisemblable –, le Dr F._____ a seulement indiqué "manque de place". Il n'est mentionné nulle part l'exigence d'un traitement d'orthodontie. Ce n'est qu'après le contrôle du 6 décembre 2006 que le Dr F._____ a constaté une aggravation du manque de place ("beaucoup de manque de place") et préconisé un traitement orthodontique, raison pour laquelle la demanderesse a vraisemblablement pris rendez-vous chez le Dr K._____ pour le mois de février 2007. Par ailleurs, si l'assuré est tenu d'indiquer les faits importants qu'il aurait dû connaître, ce critère doit, conformément à la jurisprudence, s'appliquer en tenant compte des circonstances du cas d'espèce, en particulier du niveau de connaissance de la situation et des explications qui ont été fournies à B.G._____ par des

professionnels. A ce propos, on constate une querelle d'experts. En effet, le Dr K. _____, est d'avis qu'il n'était pas possible, en 2003, de prévoir avec certitude la nécessité d'un traitement orthodontique chez l'assurée. On rappellera, à cet égard, qu'une telle mention ne figurait pas en 2003 dans le dossier du Dr F. _____. Le Dr K. _____ estime qu'à 10 ans – en l'occurrence en 2003 –, la dégradation de la situation orthodontique n'est pas certaine, le manque de place pouvant trouver son origine dans la persistance des dents de lait. A son avis, ce n'est qu'une fois les dents définitives sorties qu'il est possible d'affirmer qu'un traitement est nécessaire et donc de prévoir la "malposition"; or, le 10 mai 2006, le Dr F. _____ procédait encore à l'extraction d'une dent de lait. Le médecin-conseil dentiste de la défenderesse, le Dr L. _____, conteste cette appréciation du Dr K. _____. A son sens, le manque de place ne vient pas de la persistance des dents de lait, mais c'est la persistance des dents de laits qui peut résulter d'un manque de place, voire d'un retard dans l'éruption des dents définitives. Il soutient qu'en 2003, le Dr F. _____ pouvait prévoir qu'un traitement orthodontique était nécessaire. Quant à la défenderesse, elle a admis qu'on ne pouvait prévoir avec certitude en 2003 que l'assurée aurait eu besoin d'un traitement orthodontique. Tenant compte du fait que des spécialistes n'arrivent pas à s'entendre sur cette question, on peine à voir comment B.G. _____ aurait dû mentionner la nécessité d'un traitement orthodontique en 2003, alors même que le dentiste traitant de sa fille n'a mentionné qu'un manque de place et qu'il a vraisemblablement attendu de voir l'évolution de la dentition de l'assurée avant toute décision de traitement (absence de consultations de 2003 à 2006). On ne peut dès lors reprocher au preneur d'assurance de ne pas avoir fait état d'une éventuelle malposition, puisqu'à l'époque, cette malposition ne pouvait être diagnostiquée et que seule la problématique d'un manque de place était posée. On doute dès lors que le Dr F. _____ ait informé les parents qu'une malposition définitive était présente sur la mâchoire de leur fille en 2003. L'évolution probable de la dentition ne permettait pas d'affirmer cela avec certitude. Aucun diagnostic définitif n'ayant été posé par un médecin spécialiste avant le 13 février 2007, B.G. _____ était en droit d'affirmer de bonne foi qu'il n'existait pas de malposition des dents lorsqu'il a complété l'offre d'assurance le 9 octobre 2006. Par conséquent, on ne peut dans ces circonstances considérer que le preneur d'assurance a violé son obligation de déclarer en répondant négativement, en octobre 2006, aux questions 2 et 3. La demanderesse n'a ainsi commis aucune réticence, de sorte que la défenderesse n'était pas fondée à résilier le contrat sur la base de l'art. 6 LCA. b) L'art. 9 LCA dispose que "le contrat d'assurance est nul sous réserve des cas prévus à l'art. 100 al. 2, si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu" (interdiction de l'assurance rétroactive, ATF 127 III 21). La finalité de l'article 9 LCA est d'exclure de l'assurance les événements futurs certains, c'est-à-dire ceux dont la cause préexiste à la conclusion du contrat (Maurer, Privatversicherungsrecht, 3 e éd., Berne 1995, p. 243 s.; VVG-Nef, art. 9 n. 17; Kuhn/Montavon, Droit des assurances privées, Lausanne 1994, p. 108 ss; Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, note ad art. 9). En matière d'assurance-maladie complémentaire, le sinistre contre les conséquences duquel l'assurance est conclue consiste en la maladie de la personne assurée (ATF 127 III 21, consid. 2b/aa). Le fait que l'assuré ait eu ou non connaissance de la survenance du sinistre n'est pas déterminant pour l'application de l'art. 9 LCA (ATF 127 III 21, consid. 2 b/aa). Le fond de cette réglementation a été repris à l'art. 22.1 CGA AMC qui indique clairement qu'il n'y a pas de couverture d'assurance pour les maladies, les accidents et leurs suites qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat. Conformément à l'art. 6.1 CGA AMC, qui

reprend l'art. 3 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), par maladie "on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail". En l'espèce, la question est de savoir si au moment de la conclusion du contrat, soit lors de l'acceptation de l'offre par la défenderesse, le risque était déjà objectivement survenu. En l'occurrence, il convient de déterminer si l'assurée présentait déjà une malformation de la dentition requérant les prestations médicales faisant l'objet du présent litige ou si une telle malformation n'était à ce moment-là qu'un événement futur aléatoire. Comme relevé auparavant, selon le médecin-conseil dentiste de la défenderesse, un problème orthodontique existe depuis 2003 et un traitement était prévisible déjà en avril 2003. La consultation d'un spécialiste n'était, à son sens, toutefois pas nécessaire, compte tenu du fait que les canines n'étaient pas encore toutes sorties; à ce sujet, la canine 13 ne l'était pas encore le 10 mai 2006. La défenderesse a elle-même admis qu'on ne pouvait prévoir avec certitude en 2003 qu'un traitement orthodontique serait nécessaire. Quant au Dr F. _____, il avait mentionné au mois d'avril 2003 un problème orthodontique. Le 6 décembre 2006, ce problème s'était, à son sens, aggravé, raison pour laquelle il avait alors conseillé une orthodontie fixe. En ce qui concerne le Dr K. _____, comme déjà mentionné, il a annoncé que l'affection présentée par l'assurée était apparue la première fois lors de la première consultation à son cabinet le 13 février 2007. Il a en outre affirmé qu'il n'était pas possible, en 2003, de prévoir avec certitude la nécessité d'un traitement orthodontique chez l'assurée. Il estime qu'à 10 ans – en l'occurrence en 2003 –, la dégradation de la situation orthodontique n'est pas certaine, le manque de place pouvant trouver son origine dans la persistance des dents de lait. Il convient de retenir qu'en avril 2003, l'assurée présentait uniquement un manque de place. Elle ne souffrait pas encore d'une affection telle qu'une intervention, dont la prise en charge est demandée à la défenderesse, était requise. Ce qu'admet par ailleurs la défenderesse en déclarant que la consultation d'un spécialiste n'était pas nécessaire en raison du fait que les canines n'étaient pas encore toutes sorties. Son argument, selon lequel le sinistre serait survenu en 2003, ne peut dès lors être suivi, d'autant plus qu'elle ne se fonde sur aucun document médical attestant clairement. Il s'ensuit que le sinistre est survenu au plus tôt le 6 décembre 2006, soit après la conclusion du contrat d'assurance complémentaire [...] le 12 octobre 2006. On ne peut dès lors considérer que la cause du traitement entrepris préexistait à la conclusion du contrat. Au vu de ce qui précède, les conditions de l'art. 9 LCA ne sont pas remplies. Le contrat d'assurance complémentaire [...], conclu par le preneur d'assurance en faveur de sa fille, n'est donc pas frappé de nullité. 4. Il convient dès lors de déterminer l'ampleur des prestations prises en charge par l'assurance complémentaire [...]. Les conditions supplémentaires d'assurance (CSA) – Assurance complémentaire des soins [...] pour prestations spéciales (valable depuis le 1^{er} janvier 2006), règlent les traitements orthopédiques maxillaires à son art. 7. Aux termes de l'art. 7.3, les traitements à l'étranger d'orthopédie maxillaire sont pris en charge pour autant que le personnel médical étranger dispose d'une formation équivalente à la formation suisse et que les coûts ne dépassent pas ceux qui auraient été facturés en Suisse. Selon l'art. 7.1, pour les personnes assurées jusqu'à 20 ans révolus, l'assureur prend en charge 75% des frais facturés, au maximum 10'000 fr. par année civile, pour les coûts des traitements d'orthopédie maxillaire ou de chirurgie maxillaire. Au degré de vraisemblance prépondérante, il apparaît en l'occurrence que le Dr K. _____ disposait des mêmes titres que les spécialistes suisses SSO. En effet, il est chirurgien-dentiste français, spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale, titulaire du

certificat d'Excellence en Orthodontie et Vice-Président d'un conseil départemental et régional de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes. Au demeurant, les compétences du Dr K. _____ n'ont pas été contestées. S'agissant des coûts facturés par le Dr K. _____, il convient de considérer, compte tenu des prestations réalisées, en particulier de la mise en œuvre du traitement, qu'ils ne dépassent pas, selon le tarif dentaire fixé par la SSO, les coûts usuels suisses pour ce genre de traitement. Au demeurant, la facture du Dr K. _____ n'a pas été contestée en tant que telle. Dans ces circonstances, la défenderesse est, sur le principe, tenue de prendre en charge les prestations faisant l'objet du présent litige. Conformément à l'art. 7.1 CGA AMC, l'assurée étant âgée de moins de 20 ans, seul le 75% des frais – jusqu'à un maximum de 10'000 fr. par année civile – est effectivement pris en charge par la défenderesse. 5. a) Après avoir établi que la défenderesse doit prendre à sa charge le 75% des frais médicaux, facturés en euro, il convient d'arrêter le montant dû à la demanderesse en franc suisse. Conformément à l'art. 51 LTF, applicable par renvoi de l'art. 116 LOJV, la valeur litigieuse doit être estimée selon la valeur du jour de l'ouverture de l'action, en l'occurrence lors du dépôt de la demande (voir notamment art. 119 al. 1 let. a CPC-VD (code de procédure civile du 14 décembre 1996; RSV 270.11). Ce qui implique qu'il ne faut jamais tenir compte des variations de valeurs survenues au cours de la procédure cantonale (TF 4A_361/2007 du 28 novembre 2008; ATF 115 II 30, consid. 5b; Donzallaz, Loi sur le Tribunal fédéral, Commentaire, Berne 2008, art. 51 N 1385). Il convient ainsi de retenir le taux de conversion euro-franc suisse du 7 mai 2008 – date du dépôt de la demande –, selon lequel 1 euro équivalait à 1,6575 francs suisses. Le montant à convertir est, en l'espèce, de 2'625 euros (= 3'500 x 75%). C'est donc la somme de 4'350 fr. 95 qui doit être prise en charge par la défenderesse. b) La LCA qui régit le contrat en cause, et donc les relations entre les parties, règle le moment de l'échéance de la créance résultant du contrat d'assurance: celle-ci est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (art. 41 al. 1 LCA). La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire – de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) – est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102, consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23, consid. 7; CR CO I-Thévenoz, art. 104 CO n. 9). En l'espèce, le contrat liant les parties ne prévoit pas le délai dans lequel les remboursements doivent être effectués, de sorte que la créance est échue 4 semaines après la réception des renseignements, conformément à l'art. 41 LCA. Au surplus, la demanderesse n'a pas mis en demeure formellement la défenderesse. L'action en justice valant interpellation, la demanderesse a ainsi interpellé la défenderesse en ouvrant action le 7 mai 2008. La demande ayant été adressée à la défenderesse en courrier B le 19 mai 2008, la défenderesse doit des intérêts moratoires depuis le 1^{er} juin 2008. 6. a) Compte tenu de ce qui précède, la demande doit être partiellement admise en ce sens que la demanderesse n'a pas commis de réticence, la défenderesse n'était pas fondée à résilier le contrat d'assurance complémentaire [...] au 31 juillet 2007 et que la défenderesse est débitrice de la demanderesse et lui doit immédiat paiement de la somme de 4'350 fr. 95 avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juin 2008.

b) Les parties n'ont pas à supporter de frais de procédure (art. 85 al. 3 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance; RS 961.01]). La défenderesse, qui succombe, aura à verser une indemnité à titre de dépens à la demanderesse, représentée par un avocat (art. 61 let. g LPGA; art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 TFJAS (tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, qui sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité due à la demanderesse à titre de dépens. Par ces motifs, le juge unique prononce : I. La demande est partiellement admise. II. L'enfant A.G._____, représentée par B.G._____, n'a pas commis de réticence. III. La défenderesse O._____ SA n'était pas fondée à résilier l'assurance complémentaire des soins [...], n°[...], au 31 juillet 2007. IV. La défenderesse O._____ SA doit payer à la demanderesse A.G._____, représentée par B.G._____, la somme de 4'350 fr. 95 (quatre mille trois cent cinquante francs et nonante-cinq centimes) avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} juin 2008. V. Il n'est pas perçu de frais de justice. VI. La défenderesse O._____ SA versera à la demanderesse A.G._____, représentée par B.G._____, une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. VII. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées. Le juge unique: Le greffier: Du Le jugement qui précède est notifié à: ■ Me Charlotte Iselin (pour A.G._____, représentée par B.G._____) ■ O._____ SA, par l'envoi de photocopies. Si la valeur litigieuse n'atteint pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal, Chambre des recours, dans les dix jours dès sa notification, en déposant au greffe de la Cour des assurances sociales, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi. Lorsque la valeur litigieuse de 30'000 fr. est atteinte, la voie du recours en matière civile au Tribunal fédéral est ouverte. Le recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral (case postale, 1000 Lausanne 14) dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète. Le greffier:

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