

VD_FINDINFO HC / 2022 / 2 vom 31. Januar 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2022___2

FR: VD_FINDINFO HC / 2022 / 2 du 31 janvier 2022

IT: VD_FINDINFO HC / 2022 / 2 del 31 gennaio 2022

Regeste

CONTRAT D'ASSURANCE, VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, DÉLAI, RETARD, ANNONCE DES PRÉTENTIONS | 4 LCA, 45 LCA, 6 LCA

Erwägungen

E. 1.1

Dans les affaires patrimoniales, l'appel est recevable contre les décisions finales de première instance pour autant que la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure, soit de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 1 let. a et al. 2 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). L'appel, écrit et motivé, doit être introduit dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

E. 1.2

En l'espèce, interjeté en temps utile par une partie qui a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), dirigé contre une décision finale de première instance et portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable.

E. 2

. L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (JdT 2011 III 43 consid. 2 et les réf. cit.) et vérifie si le premier juge pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4A_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2).

E. 3.1

L'appelante fait valoir une violation de l'art. 55 CPC en lien avec les allégués 48 à 58 de la réponse. Elle soutient que l'intimée a uniquement allégué ce que le Dr P. _____ indique dans son certificat médical du 17 décembre 2018 mais pas les faits allégués par ce praticien. L'existence effective d'épisodes dépressifs en 2006 et 2010 n'aurait ainsi pas été alléguée à satisfaction de droit, de sorte que faute d'allégation et, corollairement, faute de preuve, les atteintes à la santé précitées n'auraient pas dû être retenues.

E. 3.2

Selon l'art. 55 al. 1 CPC, les parties allèguent les faits sur lesquels elles fondent leurs prétentions et produisent les preuves qui s'y rapportent. La caractéristique essentielle de la

maxime des débats est l'obligation pour les parties d'alléguer les faits sur lesquels elles fondent leurs prétentions et de produire les preuves qui s'y rapportent. La conséquence et la sanction de cette obligation résident dans le fait que le tribunal ne pourra pas tenir compte dans son jugement des faits qui ne sont pas allégués et prouvés (TF 5A_808/2018 du 15 juillet 2019 consid. 4.2, RSPC 2019 p. 523 ; Haldy, Commentaire romand, Code de procédure civile, 2 e éd., 2019 [ci-après : CR-CPC], nn. 1 et 3 ad art. 55 CPC).

E. 3.3

D'un point de vue formel, le grief peut se discuter. En accord avec ce que soutient l'appelante, l'existence effective d'épisodes dépressifs en 2006 et 2010 n'a pas été alléguée, seul le contenu du certificat du Dr P. _____ ayant été allégué. On comprend néanmoins qu'à travers cette retranscription, la partie intimée a bien voulu alléguer l'existence effective d'épisodes dépressifs et considérer le contraire serait constitutif de formalisme excessif. D'ailleurs, le contenu de l'allégué 88, qui se réfère à la pièce 123 (dossier AI de l'appelante), est plus explicite que les allégués 48 à 58. La question souffre en tout état de cause de demeurer indécise, dès lors que même à considérer que les faits aient été correctement allégués, il y a lieu de retenir, comme la démonstration en est faite ci-après, qu'ils n'ont pas été prouvés à satisfaction.

E. 4.1

Sur le fond, l'appelante fait d'abord valoir qu'objectivement, elle n'aurait pas été atteinte d'un trouble de la santé entre 2005 et 2010 et que, subjectivement, elle pouvait de bonne foi répondre en 2010 qu'elle n'était pas atteinte dans sa santé. Elle conteste dès lors avoir commis une réticence lorsqu'elle a rempli et signé la déclaration de santé du 23 décembre 2010, qui a conduit à la conclusion de la police de prévoyance liée n° [...], si bien que le premier juge aurait dû lui allouer ses conclusions tendant à ce que l'intimée soit reconnue sa débitrice d'un montant de 8'192 fr. 50 pour les primes payées selon elles à tort du 15 janvier 2018 au 31 mars 2019 et à ce que l'intimée doive prendre en charge les primes dès le 1 er janvier 2019 (recte : 1 er avril 2019), soit en l'état un montant de 11'865 fr. pour la période allant jusqu'à fin 2020.

E. 4.2

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). Si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou 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 (art. 6 LCA). Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir ; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 ; ATF 116 V 218 consid. 5a et les références citées). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important

s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 c. 2.4 ; ATF 134 III 511 c. 3.3.4). Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire ressortisse à l'évidence. En outre, pour admettre le renversement de la présomption, on ne saurait se montrer trop exigeant. Certes, il n'appartient pas au proposant de déterminer – à la place de l'assureur – quels éléments sont pertinents pour apprécier le risque et une certaine rigueur est de mise. Il n'en demeure pas moins que la présomption est renversée s'il apparaît que le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b et les arrêts cités). En prenant en considération toutes les circonstances du cas d'espèce et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions ; il faut donc déterminer la volonté hypothétique de l'assureur, ce qui constitue une question de droit (TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1 ; ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; ATF 126 III 10 consid. 2b). 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 (TF 5C.101/2004 du 4 août 2004 consid. 2.1.3 et les arrêts cités ; Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 26 ad art. 4 LCA). En d'autres termes, ce qui importe, ce 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 (Nef, op. cit., n. 27 ad art. 4 LCA).

E. 4.3.1

L'appelante soutient que la prétendue atteinte à sa santé, soit la dépression dont elle aurait souffert entre 2005 et 2010, ne serait mentionnée par le Dr P. _____ que de façon rétrospective (celui-ci suit l'appelante depuis le 9 septembre 2016), sans aucun appui sur une quelconque donnée médicale. En particulier, s'agissant des attaques de panique évoquées par ce médecin lors de la séparation de l'appelante d'avec son ex-mari en 2006, l'intimée n'aurait pas démontré – autrement que par une simple référence aux affirmations contestées du Dr P. _____ selon lesquelles cette panique correspondait à un trouble dépressif majeur – qu'il y aurait eu à cette époque un tel trouble, celui-ci n'ayant jamais été diagnostiqué ni n'ayant entraîné une quelconque conséquence quant à la capacité de travail. A titre de preuve, l'appelante invoque le fait qu'elle a travaillé auprès de son précédent employeur jusqu'au 30 septembre 2006 et qu'elle a trouvé un nouveau travail sans interruption dès le 1^{er} octobre 2006. L'intimée n'aurait pas davantage démontré que

l'appelante aurait souffert d'un épisode dépressif majeur lors du départ de sa fille du domicile conjugal en 2010 – qui se situerait d'ailleurs à une date « bien antérieure à 2010 » –, ce trouble n'ayant jamais été diagnostiqué et ses allégations se fondant là encore uniquement sur les affirmations anamnestiques du Dr P. _____. Quant aux troubles alimentaires depuis l'âge de sept ans qui ont entraîné la pose d'un by-pass en 2000, l'appelante relève qu'ils s'avèrent bien antérieurs à la période de cinq ans déterminante pour le questionnaire de santé et qu'ils auraient cessé, dès lors qu'elle aurait retrouvé peu à peu un poids normal. L'appelante se réfère aussi à l'expertise du Dr B. _____ à l'intention de la [...], laquelle mentionne l'absence d'autre antécédent psychiatrique avant la survenue, en novembre 2017, de symptômes anxieux et dépressifs réactionnels au décès de sa mère. Sur cette base, l'appelante prétend qu'elle était en droit d'affirmer dans le questionnaire de santé 2010 qu'elle n'avait pas souffert de troubles entre 2005 et 2010. Rien ne confirmerait dès lors la « fragilité psychologique depuis l'enfance » retenue par le premier juge, alors qu'elle a travaillé tout à fait normalement durant des décennies, sans interruption, sans médicament, sans diagnostic et sans suivi quelconque. Rien non plus n'établirait les épisodes dépressifs majeurs signalés par le Dr P. _____, que l'appelante estime erronés, d'autant que l'expertise du Dr B. _____ ne relève rien avant 2017. L'intimée s'oppose à cette analyse. Elle se réfère aux sources d'information d'ordre médical, soit les certificats établis par le Dr P. _____ les 2 juillet 2018, 16 novembre 2018 et 17 décembre 2018 et l'expertise du 2 avril 2019 du Dr B. _____ et relève que les deux médecins n'ont pu se fonder que sur la même source d'information, à savoir l'anamnèse de la patiente, soit les informations communiquées par cette dernière, de sorte que l'appelante ne saurait s'en plaindre aujourd'hui.

E. 4.3.2

Il convient d'apprécier les éléments probatoires à disposition pour déterminer quelle était objectivement la situation médicale de l'appelante le 23 décembre 2010, lorsqu'elle a répondu au questionnaire de santé de l'intimée. Dans son rapport du 2 juillet 2018, le Dr P. _____ fait état d'épisodes dépressifs majeurs en 2006 notamment et de nouveaux épisodes ultérieurs, dont un en 2010, soit dans la période concernée. La question à résoudre est celle de savoir si ce constat intervenu postérieurement à dite période suffit à établir que l'appelante a souffert entre 2005 et 2010 d'une atteinte à la santé. L'intimée prétend que le Dr P. _____ – qui suit l'appelante depuis le 9 septembre 2016 – aurait été en mesure de se prononcer rétroactivement sur l'état de santé de l'appelante sur la base des informations fournies par cette dernière et que celle-ci ne saurait s'en plaindre aujourd'hui. Quant à l'appelante, elle conteste avoir relaté les faits tels que retranscrits par le praticien dans son rapport précité. De 2005 à 2010, l'appelante n'a pas consulté ni n'était en traitement. Elle n'était pas en mesure de savoir qu'elle se trouvait en dépression ou en subdépression, aucune donnée médicale ne venant corroborer cet état de fait. Les constatations faites en 2018 par le Dr P. _____ ne permettent pas d'établir rétrospectivement une telle dépression, faute de données médicales plus précises. Il n'y a pas eu de diagnostic médical durant cette période, ni d'incapacité de travail de l'intéressée. L'incapacité est intervenue bien après. Dès lors que le contenu du rapport du Dr P. _____ est contesté s'agissant de faits relatifs à la période litigieuse et qu'aucun élément ne vient le corroborer, il est difficile d'en tenir compte. C'est en définitive la parole de l'appelante contre celle du praticien sur des faits que celui-ci n'a pas pu vérifier puisqu'il ne suivait pas la patiente à l'époque des faits et qu'aucun document ne vient appuyer ses dires. Dans ces circonstances, il convient de faire droit aux dires de l'appelante, dont le contenu diverge des propos reproduits par le médecin,

l'appelante ayant pris soin d'expliquer, de manière étayée et précise, sur quels points ses déclarations avaient mal ou inexactly été reproduites, et donc de justifier la position défendue ici. On pense tout particulièrement à l'épisode, en 2006, de la séparation d'avec son ex-mari, où elle indique dans son appel – comme elle l'avait d'ailleurs déjà mentionné dans le courrier que son conseil a adressé le 10 avril 2019 à l'intimée – qu'elle a été l'objet d'une attaque physique et de menaces de la part de celui-ci et que c'est à cause de cela et non d'un trouble dépressif majeur qu'elle avait paniqué. Il ne faut également pas perdre de vue que lorsqu'elle a consulté le Dr P. _____, l'appelante n'allait pas bien et que ses propos ont pu être empreints de confusion. Le rapport du Dr P. _____ du 16 novembre 2018 concerne l'évolution de l'état de santé de l'appelante depuis le 2 juillet 2018 et est donc exorbitant de la question qui nous occupe ici. Quant au Dr B. _____, il fait état d'un « baby blues » et de baisses thymiques en 2000 suite à la pose d'un « by-pass », ainsi qu'en 2012 suite au décès de son père. Ces périodes se situent en dehors de la période litigieuse. L'expert indique d'ailleurs que « on ne retient pas d'autre antécédent psychiatrique avant la survenue, en novembre 2017, de symptômes anxieux et dépressifs réactionnels au décès de sa mère selon l'anamnèse ». Enfin, le fait que l'Office AI ne soit pas entré en matière sur d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelles concerne l'état de santé actuel de l'appelante et ne saurait préjuger de son état entre 2005 et 2010. On retient donc avec l'appelante que du point de vue objectif, aucun élément ne confirme dans la présente affaire, durant la période litigieuse, une « fragilité psychologique » de l'intéressée, qui a par ailleurs travaillé tout à fait normalement durant des décennies, sans interruption, sans médicament, sans diagnostic et sans suivi quelconque. Rien non plus n'établit des épisodes dépressifs. De tels épisodes ne peuvent être déduits d'un problème alimentaire résolu en 2000 par la pose d'un « by-pass », pas plus que de la séparation de l'appelante d'avec son mari, qui a engendré des attaques de panique. Un « baby blues » ou des baisses thymiques lors de certains épisodes perturbants de la vie ne sauraient au demeurant être assimilés à un trouble de la santé. Il s'ensuit qu'on ne saurait retenir, comme l'a fait le premier juge, que lorsque l'appelante a répondu au questionnaire de l'intimée le 23 décembre 2010, elle était atteinte de troubles psychiatriques nombreux et récurrents (dépression, panique, troubles alimentaires) qu'elle ne pouvait objectivement ignorer. Dans ces circonstances, la réticence de l'appelante doit être niée.

E. 4.3.3

L'appelante fait également valoir qu'à supposer que l'on retienne une atteinte à la santé sous la forme d'une fragilité psychologique, on devrait de toute manière admettre que non consciente de cette prétendue fragilité et en tout cas non consciente d'être atteinte dans sa santé, elle ne saurait subjectivement se voir opposer une réticence. L'appelante se réfère à une affaire précédemment plaidée par son conseil (TF 5C.101/2004 du 4 août 2004 précité), au sujet de la communication par un assuré de la maladie de Bechterew, où le Tribunal fédéral a admis que sur le vu des circonstances dans lesquelles l'assuré avait évoqué – de manière incontestablement inexacte ou incomplète – ses problèmes lombaires en réponse aux questions de l'assureur, et de sa situation personnelle, sa réponse aux questions de l'assureur et les déclarations qu'il était en mesure de faire pouvaient, sans violer le droit fédéral, être tenues pour subjectivement exactes. A fortiori, il y aurait donc lieu de considérer que l'appelante, non consciente de sa supposée personnalité fragile et en tout cas non consciente d'être atteinte dans sa santé, ne saurait se voir opposer une réticence. Même si l'on devait retenir une atteinte à la santé sous forme d'une personnalité fragile, il y aurait lieu de toute manière de considérer qu'il s'agit d'une affection silencieuse, puisque durant

de nombreuses années et spécialement durant les cinq ans qui ont précédé le questionnaire de santé, elle ne s'était pas manifestée. Selon l'appelante, elle était donc en droit de penser qu'elle n'avait aucune raison de craindre un risque d'incapacité de travail ou de gain, dès lors qu'elle avait travaillé sans interruption depuis des décennies et en tout cas dans les 5 ans entre 2005 et 2010. En l'occurrence, l'argument du travail ininterrompu durant ces années, ainsi que l'absence d'éléments probants solides venant appuyer l'assertion que l'appelante savait qu'elle était atteinte dans sa santé, viennent solidement appuyer la thèse défendue par cette dernière. En définitive, à défaut de diagnostics posés, de consultations, ainsi que de toute médication, il y a lieu de retenir que l'appelante ignorait, tant sur le plan objectif que sur le plan subjectif, lorsqu'elle a signé la déclaration de santé, qu'elle était ou aurait été atteinte dans sa santé. En retenant que l'appelante pouvait se voir reprocher une réticence lors de la conclusion du contrat d'assurance litigieux alors que l'élément subjectif faisait défaut, le premier juge a donc violé le droit.

E. 4.3.4

A titre subsidiaire, l'appelante fait valoir que l'intimée n'aurait pas respecté le délai légal de quatre semaines lorsqu'elle a invoqué la réticence. En effet, ce délai aurait commencé à courir dès la communication, le 15 janvier 2019, du rapport du Dr P. _____ du 17 décembre 2018 et non dès la consultation du dossier AI en février 2019, dès lors que celui-ci ne contenait rien de plus que le rapport du Dr P. _____ et que la question à résoudre n'était pas celle de la gravité et de l'ancienneté des troubles mais de l'atteinte à la santé de l'appelante entre 2005 et 2010. On relève cependant que le « rapport » du 17 décembre 2018 consiste en un certificat médical faisant état d'une incapacité de travail à 100% de l'appelante ; il ne se prononce pas sur une éventuelle reprise de son activité, l'appelante étant alors décompensée. Ce certificat mentionne sous chiffre 2 « Cause de l'incapacité de travail/gain » des circonstances remontant à l'enfance et à l'âge de l'adolescence. Si le contenu de ce rapport pouvait être de nature à alerter l'assurance, il n'est pas certain qu'il eût été suffisant pour invoquer la réticence. Au vu des considérants qui précèdent, cette question peut toutefois demeurer telle qu'en l'état, puisque la réticence a été écartée.

E. 4.3.5

L'intimée objecte que s'il n'y a pas eu réticence, il y aurait de toute manière fallu opposer à l'appelante le fait qu'elle aurait annoncé son incapacité avec un retard considérable, de sorte que son droit aux prestations n'aurait pas pu naître dès son incapacité de travail le 1^{er} novembre 2017 mais dès la communication de cette incapacité le 14 février 2019.

E. 4.3.5.1

Selon l'art. 45 LCA, lorsqu'une sanction a été stipulée pour le cas où le preneur d'assurance ou l'ayant droit violerait l'une de ses obligations, cette sanction n'est pas encourue s'il résulte des circonstances que la faute n'est pas imputable au preneur ou à l'ayant droit. D'après la jurisprudence, il n'y a pas de violation fautive, au sens de l'art. 45 LCA, si des causes objectives, ou du moins non imputables à l'assuré – telles que la maladie, l'impossibilité de produire une preuve, le comportement de l'assureur, de son agent ou de services de l'administration –, ont empêché l'assuré de respecter ses obligations (TF 5C.55/2005 consid. 3.1 ; cf. ATF 115 II 88 consid. 4a ; 84 II 556 consid. 9).

E. 4.3.5.2

Pour rappel, le 17 décembre 2018, le Dr P. _____ a rempli un « certificat médical en cas d'incapacité de travail ou de gain », lequel attestait d'une incapacité de travail de l'appelante à 100% du 8 janvier 2018 au 22 janvier 2019. Le 15 janvier 2019, l'appelante a rempli et signé un formulaire à l'entête de l'intimée intitulé « Déclaration de l'assuré en cas d'incapacité de travail ou de gain », dans lequel il est notamment indiqué que le début de la maladie, qualifiée de « burn out dépression », remontait au 1^{er} novembre 2017. Il ressort de l'état de fait que, par téléphone du 13 août 2018 à l'agence de [...] de l'intimée, l'appelante a fait savoir qu'elle subissait une incapacité de travail. A la suite de ce téléphone, des documents ont été envoyés le même jour en courrier A à l'appelante ; parmi ces documents, se trouvaient un certificat médical à remplir par le médecin et une déclaration de sinistre à compléter par l'appelante. Il ressort aussi de l'état de fait que l'office AI a cherché à obtenir des documents de l'appelante, sans succès, et qu'il a fini, après trois rappels les 12 juillet, 2 août et 11 septembre 2018, par s'adresser directement à l'administration communale. Il ressort par ailleurs d'une note du 25 septembre 2018 qu'un collaborateur de l'AI a eu un entretien téléphonique avec l'appelante, laquelle a répondu en larmes, en s'excusant et en expliquant qu'elle n'allait pas bien, qu'elle souffrait d'attaques de panique et qu'elle allait voir le Dr P. _____. Entre le 9 février 2017 et le 25 mai 2018, l'appelante a manqué 138 jours ou demi-journées de travail, soit 1'151.15 heures. De cet état de fait – non contesté –, il apparaît qu'entre le 15 janvier 2018 et le 17 décembre 2018, date de l'établissement du certificat médical du Dr P. _____, l'appelante était atteinte dans sa santé et qu'elle n'était pas en mesure de répondre valablement aux diverses sollicitations de ses interlocuteurs. Elle avait d'ailleurs pris contact avec l'agence de [...] de l'intimée en août 2018 pour lui faire part de son état de santé, ce qui apparaît comme la preuve de sa bonne foi, sauf à dire que ce renseignement oral était insuffisant et qu'il nécessitait un complément écrit, ce que l'appelante n'a pas été en mesure de fournir au vu de son état de santé. Compte tenu de l'état de santé de l'appelante au moment du sinistre – maladie dûment établie –, l'application de l'art. 45 al. 1 LCA est pleinement fondée, ce qui permet de faire droit aux prétentions de l'appelante. Ces prétentions correspondent aux primes payées du 15 janvier 2018 au 31 mars 2019 (14.5 mois à 565 fr./mois), soit 8'192 fr. 50 au total, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2018 (conclusion II). Les primes ultérieures n'ont pas été payées et l'appelante demande à en être libérée pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020, ce qui correspond à un montant de 11'865 fr. pour cette période (conclusion III). Cette conclusion fixe le début de la période de libération du paiement des primes au 1^{er} janvier 2019, alors que l'appelante indique avoir payé les primes jusqu'au 31 mars 2019, d'où le montant de 8'192 fr. 50 réclamé dans la conclusion II précitée. Le début de cette période au 1^{er} janvier 2019 est manifestement une erreur d'écriture ; preuve en est que le montant réclamé, par 11'865 fr., correspond bel et bien à 21 mois (du 1^{er} avril 2019 jusqu'à fin 2020) à 565 fr./mois et non à 24 mois. L'appelante sera ainsi libérée du montant des primes pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 décembre 2020, les primes – totalisant 11'865 fr. – étant à la charge de l'intimée. La conclusion IV telle que modifiée en audience de jugement, à savoir celle couvrant la réserve pour la prime courant dès le 1^{er} janvier 2021, n'est pas réitérée en appel, qui ne concerne que la période du 15 janvier 2018 au 31 décembre 2020. Ainsi, pour cette dernière période uniquement – au vu des conclusions prises –, l'appelante doit être remboursée et/ou libérée du paiement de des primes, l'intimée ne soutenant pas que l'appelante n'aurait pas justifié d'une incapacité de gain. L'intimée n'a pas contesté, à titre subsidiaire, les calculs effectués par l'appelante ni les montants réclamés en résultant ; elle n'a en particulier pas fait état d'une mauvaise

application des conditions générales d'assurance en lien avec la police de prévoyance liée. Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir. Il en va de même en ce qui concerne le point de départ des intérêts moratoires réclamés sur le montant de 8'192 fr.50, l'intimée ne contestant nullement l'échéance moyenne retenue par l'appelante.

E. 5.1

En conclusion, l'appel doit être admis et le jugement réformé dans le sens des considérants qui précèdent. Si l'instance d'appel statue à nouveau, elle se prononce sur les frais – soit les frais judiciaires et les dépens (art. 95 al. 1 CPC) – de la première instance (art. 318 al. 3 CPC). En l'occurrence, l'intimée succombe entièrement, de sorte que les frais judiciaires de première instance, par 4'000 fr., et les dépens y relatifs, par 4'500 fr., seront mis à sa charge (art. 106 al. 1 CPC). L'intimée versera en conséquence à l'appelante la somme de 8'250 fr. à titre de dépens et de restitution de l'avance de frais de 3'750 fr. fournie par l'appelante (art. 111 al. 2 CPC).

E. 5.2

Vu l'issue de la procédure, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 800 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; BLV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Elle restituera en conséquence à l'appelante l'avance de frais de 800 fr. fournie par celle-ci. L'intimée devra en outre verser à l'appelante de pleins dépens de deuxième instance, évalués à 4'000 fr. (art. 3 al. 2 et 7 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6]).

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