

No

a) Même si l'assuré n'a pas été trop handicapé dans sa vie de tous les jours par un ulcère et son traitement, cette affection est néanmoins suffisamment importante et préoccupante pour que l'assuré se fasse un devoir de la signaler à l'assurance, ceci d'autant plus qu'il a été mis fin au traitement peu avant la conclusion de la proposition.

b) Dans une proposition d'assurance, l'expression "souffrir d'une maladie" doit être comprise au sens usuel de "avoir une maladie".

c) L'art. 8 ch. 1 LCA n'est pas applicable au cas de maladies antérieures à la proposition d'assurance, quand bien même ces maladies seraient complètement guéries.

(Assurance contre la maladie)

Tribunal de première instance du Canton de Genève, 27 avril 1995,
B. c. La Neuchâteloise, Compagnie d'assurances sur la vie, Neuchâtel

Faits: B. a conclu avec La Neuchâteloise, Compagnie d'assurances sur la vie (ci-après La Neuchâteloise), une police d'assurance maladie procurant une couverture complémentaire aux prestations que l'assuré reçoit de sa caisse maladie en cas d'hospitalisation.

La police prenait effet au 1er juillet 1991 et était conclue pour la vie de l'assuré et dénonçable au plus tôt après 10 années (art. 29 CGA).

Les conditions générales d'assurance (CGA), édition octobre 1978, étaient applicables à la police [...].

B. a rempli à son domicile le 10 mars 1991 la proposition d'assurance ayant abouti à la conclusion de la police précitée. Ladite proposition d'assurance contenait une vingtaine de questions relatives à l'état de santé de la proposante.

Parmi les diverses questions posées, B. a répondu par la négative aux questions suivantes:

- au cours des 10 dernières années avez-vous été examinée, traitée ou opérée par un médecin pour maladie ou examen ?
- souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années de douleurs dorsales ou articulaires, rhumatismes ?
- souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années de troubles de l'estomac, du foie, des intestins (questions 11A, 15D et 15E) [...] ?

Il est toutefois avéré que B. fut en traitement du 6 avril au 11 juin 1990 pour des douleurs cervico-dorsales avec contractures para-vertébrales d'origine indéterminée.

Les radiographies de la colonne cervicale et dorsale pratiquées le 11 juin 1990 n'ont rien montré de particulier et la symptomatologie douloureuse a disparu après environ 3 séances de physiothérapie.

Par la suite, B. n'eut plus de mal de dos [...].

Il est également établi que B. a consulté le Dr A. en 1989 car elle se plaignait de maux à l'estomac.

Après une gastroscopie effectuée chez un spécialiste, le Dr G., le médecin traitant de B. put poser un diagnostic de début d'ulcère à l'estomac.

Le Dr A. prescrivit à sa patiente un traitement médicamenteux qui dura environ un

mois.

Le 29 octobre 1990, B. contacta à nouveau le Dr A. pour une récurrence d'ulcère.

Le Dr A. prescrivit cette fois à sa cliente des médicaments plus puissants que ceux pris en 1989 et cela jusqu'au 1er février 1991, date à laquelle le traitement fut interrompu car la patiente n'avait plus de douleurs [...].

L'ulcère est de façon générale une maladie qui est récurrente.

L'ulcère dont souffrait la demanderesse n'était cependant pas très actif et était susceptible d'être guéri par voie médicamenteuse.

En outre, cette affection n'a pas empêché B. de vivre normalement et de vaquer comme d'habitude à ses occupations de mère au foyer [...].

En date du 4 novembre 1993, le Dr A. diagnostiqua chez B. un état dépressif réactionnel ayant entraîné un abus d'alcool et ordonna son hospitalisation qui eut lieu à la clinique L. du 5 novembre au 17 décembre 1993.

Il sied de préciser que l'état dépressif de B. n'existait pas avant 1992 [...].

En relation avec cette hospitalisation, un avis de sinistre fut adressé le 5 novembre 1993 à La Neuchâteloise [...].

En date du 12 janvier 1994, la Clinique L. adressa à B. sa facture d'hospitalisation d'un montant de Frs 27'376.85 sous imputation de Frs 8'428.- pris en charge par l'assurance maladie CGAM de B.

Il restait ainsi un solde de Frs 18'948.85 à payer [...].

Renseignements pris auprès du médecin traitant de l'assurée, La Neuchâteloise a appris le 7 février 1994 que B. avait été traitée pour son dos d'avril à juin ainsi que pour une récurrence d'affection digestive du 29 octobre 1990 au 1er février 1991 [...].

Par lettre du 2 mars 1994 adressée à B., La Neuchâteloise fit savoir à son assurée qu'elle considérait que celle-ci avait commis une réticence au sens de l'article 6 de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) en omettant de déclarer dans la proposition l'existence des deux traitements précités.

En conséquence, La Neuchâteloise indiqua qu'elle se départissait du contrat et qu'elle n'assurait donc pas le sinistre qui lui avait été annoncé [...].

Par acte déposé en conciliation le 20 juin 1994, B. a ouvert action à l'encontre de La Neuchâteloise en concluant à ce que celle-ci soit condamnée à lui payer la somme de Frs 18'948.85 avec intérêts à 5% dès le 12 janvier 1994.

Elle a également conclu à ce qu'il soit dit que le contrat d'assurance maladie individuel conclu par La Neuchâteloise et elle-même, entré en vigueur le 1er juillet 1991, était maintenu pour la vie entière de l'assurée pour les frais d'hospitalisation, sauf résiliation anticipée de B., conformément aux articles 23, 29 et ss CGA édition 1978.

La Neuchâteloise a conclu au déboutement de la demanderesse.

Motifs: [...] a) Le contrat conclu par les parties a pour objet de procurer à l'assuré une couverture complémentaire aux prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Ce type de contrat, qui ne fait pas partie des assurances obligatoires instituées par la LAMA, relève du domaine de l'assurance privée et tombe ainsi dans la sphère de compétence du Tribunal de céans comme la demanderesse l'a souligné à juste titre.

Le Tribunal de céans est également compétent en raison du lieu dès lors que l'article 35 point 2 des CGA mentionne que la compagnie d'assurance peut être actionnée au domicile suisse du preneur d'assurance.

Or, la demanderesse est bien domiciliée à Genève.

[...] La police d'assurance contractée par la demanderesse est régie par les CGA et la loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA).

La défenderesse s'oppose aux prétentions de la demanderesse en faisant valoir

que l'assurée aurait commis une réticence.

Selon l'article 6 LCA, 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, "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 devait connaître."

L'article 4 LCA précise que "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 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 les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques."

Selon la jurisprudence, le proposant remplit l'obligation qui lui est imposée par les articles 4 et 6 LCA "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 118 II 337).

Par ailleurs, "l'importance des faits qui doivent être déclarés ne dépend pas de leur rapport de cause à effet avec le dommage couvert par l'assurance" (ATF 111 II 391).

Enfin, "la question de savoir si le devoir concernant les déclarations obligatoires a été violé et, partant, si l'assureur a le droit de se départir du contrat en vertu de l'article 6 LCA s'apprécie sans égard à une éventuelle faute du preneur d'assurance" (ATF 118 II 392).

Il convient maintenant d'examiner à la lumière des principes qui viennent d'être évoqués si la demanderesse a ou non commis les réticences que la défenderesse lui impute.

Conformément à la jurisprudence, il sied de faire preuve de "la plus grande retenue" avant d'admettre l'existence d'une éventuelle réticence eu égard à la rigueur des conséquences qui en découlent pour l'assuré (ATF 118 II 338).

En l'espèce, la défenderesse a fait grief à la demanderesse de s'être abstenue de signaler dans la proposition d'assurance qu'elle avait consulté à plusieurs reprises un médecin alors que la question lui avait été expressément posée (question 11A).

Elle lui a également fait le reproche de n'avoir pas révélé qu'elle avait suivi un traitement pour des douleurs dorsales et surtout à deux reprises en 1989 et 1991 un traitement pour des troubles de l'estomac.

Au vu du caractère bénin de l'affection dorsale, le Tribunal admettra à la rigueur que cette affection de courte durée, sans gravité ou séquelles, a pu échapper à la demanderesse de telle sorte que la réticence ne pourra pas être admise pour ce cas.

En revanche, il en va différemment de l'ulcère dont la demanderesse avait souffert à deux reprises en 1989 et en 1990-91 peu avant la conclusion de la proposition d'assurance.

S'il est possible que la demanderesse n'ait pas été trop handicapée dans sa vie de tous les jours par cet ulcère et son traitement, cette affection était néanmoins suffisamment importante et préoccupante pour que la demanderesse se fasse un devoir de la signaler à l'assurance.

L'on doit à cet égard se montrer d'autant plus exigeant qu'il avait été mis fin au traitement seulement six semaines avant la date à laquelle B. a rempli la formule de proposition d'assurance.

La réticence est donc patente sans qu'il soit nécessaire d'examiner si elle procède d'un acte intentionnel ou d'une inadvertance.

b) La demanderesse a objecté qu'elle avait répondu par la négative aux questions 15 D et E de la proposition car elle n'avait pas à proprement parler "souffert", au sens littéral du terme, de douleurs dorsales et de troubles de l'estomac qui avaient été sinon indolores du moins parfaitement tolérables.

Cette objection doit être écartée car elle ne correspond aucunement à l'interprétation que le preneur d'assurance doit raisonnablement et de bonne foi donner auxdites questions.

En effet, le Tribunal considère que l'expression "souffrir d'une maladie" doit être comprise au sens usuel de "avoir une maladie".

c) La réticence étant admise, il reste à examiner si, nonobstant celle-ci, le contrat ne devrait pas être maintenu pour l'une des raisons décrites par l'article 8 LCA chiffres 1 à 6.

Selon l'article 8 chiffre 1 LCA, l'assureur ne pourra pas se départir du contrat si le fait qui a été l'objet de la réticence a cessé d'exister avant le sinistre.

La demanderesse s'est prévaluée de cette disposition pour s'opposer à l'admission de la réticence.

Elle a relevé qu'aussi bien son affection dorsale que son ulcère avaient guéri avant son hospitalisation de novembre 1993.

Ce moyen n'est pas fondé.

En effet, cette disposition est inapplicable au cas de maladies antérieures à la proposition d'assurance, quand bien même ces maladies seraient complètement guéries (Viret "Droit des assurances privées" 3ème éd. 1991 p.105 et 106; Roelli/Keller "Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag" éd. 1968 p. 152; Maurer "Privatversicherungsrecht" 3ème éd. Berne 1995 p. 256 et 257 et note 543).

Il s'ensuit que la réticence invoquée par la défenderesse pour les réponses négatives aux questions 11A et 15E habilitait celle-ci à se départir du contrat.

La défenderesse a eu connaissance des faits constitutifs de la réticence à réception du rapport du Dr A. le 8 ou 9 février 1994 et elle a signifié à l'assurée sa volonté de se départir du contrat par lettre du 2 mars 1994.

Elle a ainsi agi dans le délai de péremption de 4 semaines institué par l'article 6 LCA (ATF 118 II 388 et ss).

La conséquence de la réticence est la résolution du contrat d'assurance avec effet rétroactif au jour de la conclusion du contrat (Kühn et Montavon "Droit des assurances privées" Lausanne 1994 p. 148).

L'annulation du contrat a pour conséquence que la demanderesse ne pourra pas réclamer à la défenderesse le versement du solde de la facture d'hospitalisation de la clinique L.

La demanderesse sera donc déboutée de ses conclusions [...].