

Tribunal de première instance du canton de Genève, 22 octobre 1998,
B. c. Union UAP Assurances, Compagnie d'Assurances sur la Vie, Lausanne

Faits: Le 1er juin 1982, G. B. a conclu un contrat d'assurance sur la vie mixte, pour une durée de 30 ans, auprès de l'Union des Assurances de Paris dont le siège social était à Lausanne (devenue depuis le 28 octobre 1997, AXA Compagnie d'Assurances sur la Vie, ci-après: AXA).

En date du 1er juillet 1987, il a conclu une nouvelle assurance auprès de la même compagnie.

Les deux propositions d'assurances ont été établies par M. G., alors agent général pour AXA à Genève.

En septembre 1992, M. G., a contacté G. B. pour lui proposer d'adapter ses contrats.

Le demandeur s'est alors rendu à l'agence de Genève pour discuter des modifications envisagées. L'agent d'assurance lui a proposé d'augmenter son capital d'assurance vie et de conclure une assurance en cas d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident.

Ce contrat a été conclu sans examen médical, sur la base d'une proposition d'assurance remplie par M. G.

Lorsque le demandeur et l'agent d'assurance ont rempli le questionnaire médical, G. B. a informé M. G. du fait qu'il avait eu une grippe, des maux de gorge et un mal de dos, qui avaient nécessité un arrêt de travail du 13 janvier au 17 février 1992. Dans la mesure où ces maux n'avaient pas laissé de suite, l'agent d'assurance a considéré qu'il était inutile de les signaler dans la proposition d'assurance. Il a expliqué au demandeur que les petits détails ne devaient pas être mentionnés dans le questionnaire. Il fondait son affirmation sur des indications fournies lors des cours qu'il aurait suivis dans le cadre de son activité professionnelle.

G. B. a signé la proposition d'assurance le 7 septembre 1992.

La compagnie d'assurance a accepté la proposition le 18 septembre 1992, avec effet au 1er septembre 1992.

L'assurance prévoyait une indemnité en capital de Frs 150'000.- en cas de vie à l'échéance ou de décès, la libération des primes en cas d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident (durée 15 ans), un capital supplémentaire de Frs 150'000.- en cas de décès par suite d'accident (durée 15 ans), ainsi que le versement d'une rente annuelle de Frs 36'000.- en cas d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident (durée 15 ans) payable après un délai d'attente de 90 jours par an.

Le 2 octobre 1992, le demandeur s'est rendu chez son médecin, le docteur E. B. Lors de cette consultation, il a montré au praticien le questionnaire d'assurance rempli par l'assureur et lui a expliqué qu'il avait signalé à l'assureur son arrêt de travail, mais que celui-ci lui avait dit qu'il était inutile de le mentionner. Le médecin a considéré qu'il était nécessaire de rectifier le questionnaire. Il a rédigé une lettre dans ce sens que le demandeur a signée et adressée par pli recommandé le même jour à l'agent d'assurance, à Genève. La teneur du courrier était la suivante:

«Lors des déclarations des maladies dont j'ai souffert, j'ai omis de signaler que ces dernières années, j'avais été soigné pour la grippe, le rhume, le dos... et je crois j'ai dû parfois arrêter le travail.

Je voudrais que ma lettre soit examinée par votre service compétent, afin d'éloigner toute équivoque entre nous.

Vous pouvez demander à mon médecin de famille, que je connais depuis 15 ans, les maladies dont j'ai souffert.

J'autorise l'assurance à se renseigner auprès de mon médecin.»

Par courrier daté du 5 octobre 1992, l'agent d'assurance a adressé au demandeur la police d'assurance vie n°.... Par ailleurs, il l'informait que sa lettre avait été transmise à la direction qui ferait le nécessaire (pièce 8 dem., p.v. d'enquêtes du 12.05.98 p.4).

En février 1993, le demandeur est allé consulter le docteur B. Il présentait alors les symptômes d'un état dépressif, le diagnostic a été confirmé en octobre 1993.

Durant l'année 1993, G. B. a été en arrêt de travail du 8 février au 5 mars, puis dès le 18 octobre, date à laquelle il n'a plus repris le travail.

Par courrier recommandé daté du 20 août 1996, AXA a informé le demandeur qu'elle annulait le contrat d'assurance conclu en 1992. Les renseignements qu'elle venait d'obtenir lui permettaient d'invoquer l'art. 6 LCA relatif à la réticence. En effet, selon elle, les réponses aux questions concernant l'état de santé de l'ayant droit étaient inexactes, dans la mesure où il avait répondu "oui" à la question "étiez-vous durant les trois dernières années toujours apte au travail?", alors qu'il avait été en arrêt de travail du 13 janvier au 15 février 1992.

L'assurance lui demandait en outre de restituer les prestations qu'elle lui avait versées. Il s'agissait de Frs 70'300.- au titre de perte de gain et de Frs 24'059.- en remboursement des primes exonérées, pour la période allant du 18 janvier 1994 au 31 décembre 1995, soit un montant total de Frs 94'359.-.

Par acte déposé en conciliation le 8 septembre 1997 G. B. a assigné AXA en paiement de la somme de Frs 57'000.-, portant intérêts à 5% dès le 1er août 1997, et correspondant aux rentes non versées du 1er janvier 1996 au 31 juillet 1997, ainsi que Frs 1'912.50 représentant les intérêts moratoires. Il a également conclu à ce que le Tribunal dise que l'annulation du contrat d'assurance police n° ... était infondée et que la défenderesse soit condamnée aux dépens.

Le 12 mars 1998, Axa, dans son mémoire responsif, conclu au déboutement du demandeur. Elle a par ailleurs déposé une demande reconventionnelle tendant au versement de la somme de Frs 94'359.- en capital plus intérêts à 5% dès le 20 août 1996.

Dans son mémoire après enquêtes du 26 août 1998, le demandeur a formulé une amplification de la demande pour la somme de Frs 39'000.-, représentant les rentes non payées du 1er août 1997 au 31 août 1998. Il a également demandé le paiement des intérêts moratoires relatifs à cette créance, soit Frs 1'137,50.

La défenderesse a conclu au déboutement du demandeur de toutes ses conclusions. En outre, elle a persisté dans les conclusions de sa demande reconventionnelle.

Motifs: Selon l'art. 4 al. 1 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 être connus lors de la conclusion du contrat. Sont importants, selon l'art. 2 al. 2 LCA, tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues. Les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques, sont réputés importants (art. 4 al. 3 LCA).

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 (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, en vertu de l'art. 6 LCA, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

Le questionnaire de la défenderesse invitait le proposant à déclarer s'il avait été durant les trois années précédant la conclusion du contrat toujours apte au travail. Cette question portait sur un fait qui était indubitablement de nature à influencer sur la volonté de l'assureur de conclure un contrat d'assurance perte de gain en cas d'incapacité de travail. Il s'agissait bien d'un fait important au sens des art. 4 et 6 LCA.

Le demandeur invoque le fait que la réponse donnée oralement à l'agent d'assurance était différente de celle figurant sur le questionnaire, parce que l'assureur lui avait dit qu'il s'agissait d'un détail qu'il pouvait ne pas mentionner.

Selon la jurisprudence, en signant la proposition d'assurance qui contenait les réponses inscrites par l'agent, le demandeur a assumé, en principe, la responsabilité de ces réponses et satisfait en même temps à l'exigence d'une réponse écrite (ATF 96 II 215 = JT 1972 I 34 et réf.). Il doit à plus forte raison assumer ces réponses comme les siennes propres étant donné que la proposition précisait que la validité du contrat dépendait de l'exactitude des réponses données, ceci même lorsque la proposition avait été remplie par une autre personne que ceux qui l'avaient signées. Ainsi, il n'a pas communiqué à la défenderesse, de la manière prescrite par la loi et exigée par le texte de la formule, un fait que lui-même avait estimé devoir mentionner.

Il y a bien eu un cas de réticence au sens de l'art. 6 LCA.

La loi prescrit que l'assureur dispose d'un délai de 4 semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence, pour exercer son droit (art. 6 LCA).

En date du 2 octobre 1992, le demandeur a adressé un courrier recommandé à l'assureur, précisant qu'il avait omis d'indiquer les dernières maladies dont il avait souffert et qui avaient nécessité un arrêt de travail. Trois jours plus tard, soit le 5 octobre, l'agent général a informé le demandeur que son courrier avait été transmis à la direction de AXA qui ferait le nécessaire.

Selon ses propres déclarations, l'agent d'assurance transmettait tout le courrier à AXA chaque jour. Il est donc vraisemblable que la défenderesse ait reçu la lettre du demandeur dans la première quinzaine du mois d'octobre 1992. Or, l'assurance n'a pas réagi après avoir eu connaissance des rectifications apportées aux déclarations par le demandeur. Ce n'est qu'en 1996 qu'elle a invoqué une réticence en raison de l'incapacité de travail datant de début 1992.

Ainsi, la défenderesse n'ayant pas agi dans le délai imparti par la loi, elle est déchue de son droit d'invoquer une réticence.

La défenderesse invoque également le fait que la lettre du 2 octobre 1992, adressée à l'agent d'assurance, ne lui serait pas parvenue.

A teneur de l'art. 44 al. 3 LCA, le preneur ou l'ayant droit peut faire les communications qui lui incombent, à son choix, ou bien à l'adresse indiquée, ou bien à l'assureur directement ou à tout agent de l'assureur. Les parties peuvent convenir que l'agent n'a pas qualité pour recevoir les communications à faire à l'assureur.

L'art. 17.1 des conditions générales d'assurances prévoit que sont valables, à l'égard de la société d'assurance, les communications du preneur d'assurance ou des ayants droit qui lui sont faites par écrit et à l'adresse de la société d'assurance.

La formulation du texte des conditions générales n'exclut pas clairement que l'agent n'a pas qualité pour recevoir les communications faites à l'assureur.

En outre, suite au courrier adressé par pli recommandé à G., l'agent d'assurance a indiqué au demandeur que sa lettre avait été transmise à la direction. Le demandeur était donc fondé de croire que la communication avait été valablement faite et qu'elle était parvenue à la défenderesse.

Ainsi, la défenderesse ne peut pas invoquer le fait qu'elle n'aurait pas été informée des rectifications apportées par le demandeur. Elle n'était dès lors pas fondée à se départir du contrat, vu l'art. 6 LCA.

En conclusion, le contrat d'assurance, police ..., entré en vigueur le 1er septembre 1992, ne pouvait pas être annulé le 20 août 1996 par la défenderesse, et les prestations qui en découlent sont dues.

Dans ses conclusions après enquêtes, le demandeur a déposé une amplification de la demande pour un montant de Frs 39'000.- représentant les rentes dues du 1er août 1997 au 31 août 1998.

L'amplification de la demande peut être valablement formée par simples conclusions, sans conciliation ni assignation préalable (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, ad art. 5 n° 2).

En l'espèce, les conditions de formes sont respectées et, dans la mesure où le contrat liant les parties continue à produire ses effets, la somme réclamée est due et devra être versée par la défenderesse au demandeur.

La défenderesse a introduit une demande reconventionnelle, tendant au paiement de Frs 94'359.-. Ce montant représentait d'une part les indemnités versées à tort étant donné la réticence, ainsi que le remboursement des primes exonérées.

Au vu de l'issue du litige, il apparaît que la demande est infondée, la défenderesse sera déboutée de ses conclusions.

A teneur de l'art. 104 CO, le débiteur qui est en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5% l'an.

L'alinéa 2, précise toutefois que si le contrat stipule, directement ou sous la forme d'une provision de banque périodique, un intérêt supérieur à 5 pour cent, cet intérêt plus élevé peut également être exigé du débiteur en demeure.

L'intérêt moratoire de 5% court dès l'interpellation du débiteur par le créancier (art. 102 al. 1 et 104 al. 1 CO).

En l'espèce, et en l'absence de toute convention contraire, les intérêts relatifs à la somme de Frs 57'000.- sont dus dès le 8 août 1997 et ceux relatifs au montant de Frs 39'000.-, réclamé dans le cadre de l'amplification de la demande, sont dus dès le 26 août 1998.

Conformément à l'art. 176 al. 1 LPC, la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens. La défenderesse sera ainsi condamnée aux dépens de l'instance, lesquels comprendront une indemnité de Frs 5'000.- valant participation aux honoraires du conseil du demandeur.

Par ces motifs,

vu en droit les articles 1 et ss LCA, notamment 4, 6 34 et 44; 1 et ss CO, notamment 102 et 104; 1 et ss LPC, notamment 176,

LE TRIBUNAL,
Statuant contradictoirement et en
premier ressort

Dit que l'annulation par AXA Compagnie d'Assurance sur la Vie du contrat d'assurance, police n° ... est infondée.

Condamne AXA Compagnie d'Assurance sur la Vie à verser à G. B. la somme de Frs 57'000.-, avec intérêts à 5% l'an dès le 8 août 1997.

Condamne AXA Compagnie d'Assurance sur la Vie à verser à G. B. la somme de Frs 39'000.-, avec intérêts à 5% l'an dès le 26 août 1998.

Déboute AXA Compagnie d'Assurance sur la Vie de ses conclusions reconventionnelles.

Condamne AXA Compagnie d'Assurance sur la Vie aux dépens de l'instance, lesquels comprennent une indemnité de Frs 5'000.- valant participation aux honoraires du conseil de G. B.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.