



TRIBUNAL CANTONAL

---

---

---

Réf. : CC.2003.62-CC2/cab

## COURS CIVILES

### Ile COUR CIVILE

\*\*\*\*\*

Présidente : Mme Geneviève Joly  
Juges : MM. François Delachaux  
Niels Sörensen  
Greffier : M. Dominique Deschenaux

---

### JUGEMENT RENDU PAR VOIE DE CIRCULATION LE 20 AVRIL 2005

dans la cause

entre

X , représentée par Me Stéphanie Künzi, avocate à Neuchâ-  
tel,

et

Y , à Zurich, représentée par Me Cyrille de Montmollin, avocat à  
Neuchâtel,

Vu le dossier,

d'où résultent les faits suivants :

A. X a conclu auprès de la Y, Société suisse d'assurances générales sur la vie humaine (ci-après Y), une police de prévoyance liée no 000, prévoyant le versement d'un capital en cas de vie le 12 juin 2018 de 124'397 francs, un capital de 125'000 francs exigible au décès s'il survient avant le 12 juin 2018 et des assurances additionnelles, c'est-à-dire l'exonération du paiement des primes après un délai d'attente de trois mois en cas d'incapacité de gain et, en cas d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident après un délai d'attente de vingt-quatre mois, une rente de 5'000 francs par an. La police, datée du 8 août 1995, entré en vigueur dès le 12 juin 1995 (D.3/1). A cette date, en vue de la conclusion de la police susmentionnée, X avait rempli une proposition d'assurance (D.6/1). Dans ce questionnaire, elle a répondu par la négative à la question 2a lui demandant si elle était en traitement ou sous contrôle médical. Elle a répondu affirmativement à la question 3 qui portait sur le point de savoir si elle avait été en traitement dans un hôpital, un sanatorium ou une maison de santé. Elle a répondu négativement aux questions 7, 8 et 9, lui demandant si elle avait dû interrompre son travail plus d'un mois au cours des cinq dernières années, si elle avait été en traitement plus d'un mois au cours des cinq dernières années et si elle avait été traitée durant les cinq dernières années pour des raisons non indiquées dans les questions précédentes.

B. Le 24 juin 1997, la Y a notamment écrit ce qui suit à X

"Des renseignements complémentaires en notre possession, il ressort que vous êtes en traitement médical depuis le début de l'année 1994.

Or, dans le complément à la proposition d'assurance que vous avez signé le 12 juin 1995, vous avez omis de déclarer ce fait important (cf copies annexées, réponses incorrectes aux questions nos 2a, 7, 8, 9 et réponse incomplète à la question no 3) qui, si nous en avons eu connaissance, ne nous aurait pas permis d'accepter la proposition aux conditions normales.

Aussi nous voyons-nous contraints d'appliquer les dispositions de l'article 6 de la loi sur le contrat d'assurance et de nous départir du contrat.

Nous sommes cependant disposés à vous assurer selon un nouveau contrat, portant le même numéro, mais comportant les conditions particulières suivantes :

Concernant les assurances additionnelles selon le tarif I (exonération du service des primes) et selon le tarif R (rente annuelle de fr. 5'000.-- après un délai d'attente de 24 mois) :

**"Aucune prestation n'est exigible si le sinistre est causé par une affection psychique ou des troubles nerveux".**

Au vu de ce qui précède, nous ne pouvons vous accorder des prestations que pour l'incapacité de gain du 10 octobre 1996 au 14 avril 1997 due à une affection non concernée par ces conditions particulières. En effet, à partir du 15 avril 1997, l'incapacité de gain est uniquement due à l'affection faisant l'objet desdites conditions." (D.3/4).

Parallèlement, l'assurance a envoyé à l'assurée un avenant à la police de prévoyance liée no 000 , daté du 24 juin 1997, à la teneur suivante :

"Conditions particulières concernant les assurances additionnelles selon le tarif I (exonération du service des primes) et selon le tarif R (rente d'incapacité de gain après un délai d'attente de 24 mois) :

**"Aucune prestation n'est exigible si le sinistre est causé par une affection psychique ou des troubles nerveux".**  
(D.3/5).

X a accepté cette manière de faire.

C. Par décision du 6 mai 1999, l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Neuchâtel a alloué une rente d'invalidité à X dès le 1<sup>er</sup> octobre 1997 (D.3/8).

X a été incapable de travailler dès le 23 septembre 1997 (D.3/7 et dossier A1).

D. Le 20 avril 2000, la Y a notamment écrit ceci à X

"Sur la base du dossier de l'assurance-invalidité, il ressort que vous étiez en traitement médical pour de multiples affections.

Or, dans le complément à la proposition d'assurance que vous avez signé le 12 juin 1995, vous avez omis de déclarer ces faits importants (cf copies annexées, réponses incorrectes aux questions nos 2a, 2c, 7, 8, 9 et réponse incomplète à la question no 3) qui, si nous en avons eu connaissance, ne nous aurait (sic) pas permis d'accepter cette proposition aux conditions actuelles.

Aussi nous voyons-nous contraints d'appliquer les dispositions de l'article 6 de la loi sur le contrat d'assurance et de nous départir du contrat no 9506.2554.

Nous devons cependant vous rembourser la valeur de rachat de cette police d'assurance. Etant donné qu'il s'agit d'une police de

prévoyance liée (pilier 3a) et que vous êtes au bénéfice d'une rente entière d'invalidité de l'assurance-invalidité, le versement de la valeur de rachat peut être effectué sur un compte bancaire normal (dans ce cas, le montant devra être déclaré comme revenu du fait qu'il s'agit d'une somme provenant d'une police de prévoyance liée) ou bien sur un compte bancaire relevant du pilier 3a (dans ce cas, le montant ne sera pas soumis à une imposition fiscale).

En conséquence, nous vous saurions gré de nous communiquer l'option que vous entendez retenir pour le versement de cette valeur de rachat et de nous retourner également la police originale devenue sans objet.

Nous attirons votre attention sur le fait que nous renonçons à vous demander en retour les prestations que nous vous avons accordées à tort lors de notre décompte du 24 juin 1997." (D.3/10).

Le 26 avril 2000, par sa mandataire, X a contesté la manière de voir de l'assurance, demandant la prise en charge du cas qu'elle avait annoncé, précisant que le premier contrat d'assurance avait été résilié en 1997 et que la Y avait conclu avec elle un nouveau contrat avec une réserve s'agissant des affections psychiques et des troubles nerveux sans lui demander à l'occasion de la conclusion de ce nouveau contrat de remplir un questionnaire (D.3/11).

Le 15 mai 2000, la Y a confirmé sa position précisant ce qui suit :

"Comme vous le mentionnez dans votre courrier, nous avons fait, dans un premier temps, une réticence en date du 24 juin 1997 quant au contrat cité en référence. Cette décision a été prise sur la base du certificat médical du 6 juin 1997 du Docteur W dans lequel certaines indications nous avaient été communiquées.

Dès lors, nous avons été disposés à assurer Mme X par un nouveau contrat (avec prise d'effet le 12 juin 1995 comme l'ancien contrat), portant le même numéro, mais comportant la condition particulière, à savoir, "aucune prestation n'est exigible si le sinistre est causé par une affection psychique ou des troubles nerveux". Pour répondre à votre question, ce nouveau contrat a été établi sur la base de la proposition et du complément à la proposition d'assurance du 12 juin 1995 et des nouveaux éléments médicaux du 6 juin 1997, en partant du principe que tous les faits importants pour l'appréciation du risque nous étaient alors connus.

Par votre courrier du 23 novembre 1999, vous faites valoir pour notre assurée son droit à des prestations d'incapacité de gain en raison de la récurrence d'une affection grave. Afin de pouvoir juger en pleine connaissance de cause de son droit, nous avons demandé le dossier de l'assurance-invalidité. Dans ce dernier, nous prenons connaissance du lourd passé médical de Mme X. Compte tenu de ces nouvelles informations médicales qui faisaient défaut dans la proposition et le complément à la proposition d'as-

assurance du 12 juin 1995, ainsi que dans le certificat médical du 6 juin 1997 du Docteur W , nous avons pris la décision, dans un second temps, de nous départir totalement du contrat no 9506.2554 par notre courrier du 20 avril 2000.

Nous vous invitons à consulter le dossier de l'assurance-invalidité et plus particulièrement le rapport médical de la Clinique La Métairie du 1<sup>er</sup> septembre 1994 établi pour le compte du Docteur K , médecin qui suivait depuis de longue date notre assurée." (D.3/12).

E. Les parties n'ont pu trouver d'arrangement extra-judiciaire et, le 4 avril 2003, X a ouvert action devant la Cour civile du Tribunal cantonal en prenant les conclusions suivantes :

"On conclut à ce qu'il plaise à la Cour civile du Tribunal cantonal de :

Principalement

1. Dire et constater que le contrat d'assurance, objet de la police 000 est toujours en vigueur et que les prestations en découlant sont dues.
2. Condamner la défenderesse à verser à la demanderesse Fr. 17'700.-- plus intérêt à 5 % dès la date du dépôt de la présente demande à titre de prestations d'incapacité de gain.
3. Condamner la défenderesse à verser à la demanderesse Fr. 11'600.-- plus intérêts à 5 % dès la date du dépôt de la présente demande à titre de remboursement de primes payées.

Subsidiairement

4. Condamner la défenderesse à verser à la demanderesse la valeur de rachat de la police 000 plus intérêt à 5 % dès le 20 avril 2000.

En tout état de cause

5. Sous suite de frais et dépens."

En bref, la demanderesse reprend les arguments qu'elle avait développés dans sa correspondance avec l'assurance.

Dans sa réponse, Y prend les conclusions suivantes :

"Plaise à la Cour civile du Tribunal cantonal,

Principalement

1. Rejeter les conclusions principales no 1, 2, 3 et 5 de la demande.

Subsidiairement

2. Donner acte à la défenderesse qu'elle acquiesce à la conclusion subsidiaire no 4.

En tout état de cause

3. Condamner la demanderesse aux frais et dépens de la procédure."

La défenderesse reprend également les arguments déjà invoqués dans ses courriers à l'adresse de la demanderesse. Elle ajoute qu'au moment de répondre au questionnaire en 1995, la demanderesse avait également tu qu'elle était en traitement médical chez le Dr K qui lui avait notamment prescrit une incapacité de travail de 100 % du 14 mai au 31 mai 1995 et précise qu'elle a appris cela en consultant le dossier de l'AI, le 27 mars 2000.

F. Dans ses conclusions en cause, la demanderesse ajoute notamment que le courrier du 20 avril 2000 par lequel Y s'est départie du contrat ne constitue pas une déclaration circonstanciée telle qu'exigée par la jurisprudence se contentant de se référer à de multiples affections. Vu le caractère général de cette formule, force est d'admettre que les réticences invoquées en 2000 l'avaient déjà été en 1997, rien n'indiquant le contraire. Quant à l'invocation en procédure du traitement par le Dr K, elle est tardive et il en va de même des faits invoqués dans le courrier ultérieur de la Y du 15 mai 2000.

Pour sa part, la défenderesse réaffirme sa position et fait valoir qu'elle a invoqué valablement la réticence.

CONSIDERANT

1. La valeur litigieuse est supérieure à 20'000 francs, compte tenu du montant des rentes qui devraient être versées annuellement si le contrat était maintenu, ainsi que du montant assuré en capital, et fonde la compétence de la Cour civile.

2. a) Aux termes de l'article 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. 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 tous les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises non équivoques (ATF 99 II 67, 92 II 342).

Si, lors de la conclusion du contrat, le proposant a déclaré inexactement ou omis de déclarer un fait important pour l'appréciation du risque, au sujet duquel il avait été interrogé expressément et de façon non équivoque, l'assureur est en droit, selon l'article 6

LCA, de se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Il s'agit-là d'un délai de péremption et le respect du délai doit être prouvé par l'assureur (ATF 118 II 333, 116 II 338). Ce délai de quatre semaines ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points concernant la réticence et qu'il en a une connaissance effective complète, de simples doutes à cet égard étant insuffisants (ATF 118 II 333).

b) Selon la jurisprudence, l'assureur qui entend se départir du contrat selon l'article 6 LCA doit déclarer de façon circonstanciée, dans l'acte par lequel il allègue la réticence et signifie à l'assuré qu'il se départit du contrat, le fait non déclaré ou inexactement déclaré par le proposant (ATF 110 II 499 confirmé in ATF 123 III 713, traduit in JT 2003 I, p.619 al.1); ATF n.p. Zurich c/Sch. du 18.3.1994 et A. c/La Bâloise du 25.8.1994; Carron, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne, 2000, p.147; Nef, in Commentaire bâlois, Helbling und Lichtenhahn, Bâle, 2001 n.16 ad art.6 LCA et les références citées).

c) En l'espèce, la lettre du 24 juin 1997 par laquelle la défenderesse déclare se départir du contrat en application de l'article 6 LCA tout en proposant d'en conclure un nouveau excluant des prestations si le sinistre est causé par une affection psychique ou des troubles nerveux fait grief à la demanderesse d'avoir répondu de façon incorrecte aux questions 2a, 7, 8 et 9 et incomplètement à la question no 3 et expose que des renseignements complémentaires en sa possession, il ressort que la demanderesse est en traitement médical depuis le début de l'année 1994. La demanderesse n'a pas contesté qu'elle avait commis des réticences sur ces points.

Le 20 avril 2000, l'assurance fait notamment valoir que la demanderesse a répondu de manière incorrecte aux mêmes questions, soit 2a, 7, 8, 9 et qu'elle a répondu incomplètement à la question no 3. Elle expose que, sur la base du dossier de l'assurance-invalidité, elle a appris que la demanderesse était en traitement médical pour de multiples affections.

La défenderesse ne dit pas ce que le dossier de l'assurance-invalidité lui aurait permis de constater qu'elle ne savait pas déjà le 24 juin 1997. Le manque de soin mis à l'examen des faits éventuellement nouveaux ressort d'ailleurs clairement du libellé utilisé, soit la reprise intégrale du paragraphe équivalent du 24 juin 1997, en remplaçant "ce fait important" par l'expression plurielle et en ajoutant la mention, erronée comme on le verra, de la question 2c), sans même accorder le verbe ("ne nous aurait pas permis") en conséquence ! En tous les cas elle devait savoir que la demanderesse était en

traitement médical depuis le début de l'année 1994 et qu'elle avait séjourné à la Clinique de La Métairie durant cette année, pour invoquer la réticence. Elle se réfère à un certificat médical du Dr W du 6 juin 1997 dont on ignore le contenu car il n'a pas été déposé en procédure. La défenderesse n'a dès lors pas établi qu'elle avait découvert en 2000 un nouveau motif de réticence qu'elle aurait ignoré en 1997 et qu'elle l'aurait fait valoir dans le délai de quatre semaines.

On relèvera à ce sujet que dans son courrier du 20 avril 2000, la défenderesse fait également grief à la demanderesse d'avoir répondu de façon incorrecte à la question 2c. La demanderesse n'avait cependant pas à répondre à cette question, qui concernait les personnes dont l'âge d'entrée était de 66 à 70 ans, alors qu'elle est née en 1956. La demanderesse n'a pas répondu à cette question, à juste titre, dans ces conditions. Le silence de la demanderesse sur cette question qui ne la concernait pas ne saurait constituer une réticence

La lettre du 20 avril 2000 ne peut dès lors être considérée comme constitutive de la résolution du contrat en cause.

3. Dans ces conditions, la question de savoir si, en 1997, la défenderesse a conclu un nouveau contrat avec la demanderesse ou au contraire a modifié un contrat existant n'est pas déterminante. La distinction apparaît parfois délicate (Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, éd. 2000, p.117). En l'occurrence, il est difficile de définir la volonté des parties, l'assurance déclarant dans son courrier du 24 juin 1997 se départir du contrat pour en conclure un nouveau tout en envoyant un avenant à la police de prévoyance conclue en 1995. On peut toutefois relever que, s'il s'agissait d'un nouveau contrat, qui devrait être considéré comme conclu sur la proposition de l'assurance, les articles 4 ss LCA et en particulier l'article 6 seraient également applicables (ATF 126 III, p.82 ss). Dès lors, la défenderesse aurait été fondée à faire valoir une réticence qu'elle n'aurait pas découverte en 1997 sur la base de la proposition d'assurance remplie par la demanderesse. En effet, qu'il s'agisse d'un nouveau contrat ou de la modification du contrat, la défenderesse s'est fondée sur les réponses de la demanderesse au questionnaire de santé.

4. Il résulte de ce qui précède que la conclusion no 1 de la demande est bien fondée.

S'agissant de la conclusion no 2, elle l'est également, la défenderesse ne prétendant pas que l'affection cause de l'incapacité de gain de la demanderesse est ex-

clue de l'assurance. Le dossier ne l'établit du reste nullement. Au contraire, selon le Dr K , l'incapacité de travail est due à une atteinte à la santé physique de la demanderesse. Le montant dû pour 3 ans et 193 jours, soit du 23 septembre 1999 au 4 avril 2003, est de 17'645 francs. Les intérêts à 5 % l'an sur ce montant sont dus dès la date d'introduction de la demande, soit dès le 4 avril 2003, la défenderesse étant en demeure à ce moment. Le montant ne constitue du reste qu'une partie des prestations dues par l'assurance, puisque le montant est celui qui est échu lors de l'introduction de l'action.

Quant à la conclusion no 3 s'agissant de l'exonération des primes après un délai d'attente de trois mois, elle est également sur le principe bien fondée. Les éléments qui figurent au dossier (D.10) ne permettent pas de calculer la part de la prime payée en trop. L'exonération court cependant dès le 24 décembre 1997, la défenderesse étant incapable de travailler depuis le 23 septembre 1997. Les intérêts à 5 % l'an sur cette somme sont également dus dès la date de l'introduction de la demande.

**5.** Etant donné que les conclusions principales de la demanderesse sont admises, la conclusion subsidiaire devient sans objet.

**6.** Vu le sort de la cause, les frais de la procédure seront mis à la charge de la défenderesse qui sera également condamnée à verser une indemnité de dépens à la demanderesse.

**Par ces motifs,**

**LA Ile COUR CIVILE**

1. Dit que le contrat d'assurance, objet de la police 000 , est toujours en vigueur et que les prestations en découlant sont dues.
2. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse 17'645 francs plus intérêts à 5 % l'an dès le 4 avril 2003 à titre de prestations d'incapacité de gain.
3. Dit que la défenderesse est libérée du versement des primes dès le 24 décembre 1997 et qu'elle a droit au remboursement des primes payées en trop avec intérêts à 5 % l'an dès le 4 avril 2003.
4. Condamne la défenderesse aux frais de la cause, avancés par la demanderesse, et arrêtés à 5'503.55 francs.

5. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de dépens de 7'000 francs.
6. Rejette toute autre ou plus ample conclusion.

Neuchâtel, le 20 avril 2005



AU NOM DE LA 11e COUR CIVILE

Le greffier

La présidente

*[Signature]*

*[Signature]*

Déposé et notifié  
Neuchâtel, le 22 AVR. 2005