



CANTON DE VAUD

TRIBUNAL CANTONAL

AMC 14/06 — 14/2006

TRIBUNAL DES ASSURANCES

PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. RITTE R, juge

Greffier : M. Addor, greffier-substitut

Jugement du 28 août 2006

dans la cause

X, à L'O, demandeur,

contre

Y Caisse-maladie (ci-après : la caisse ou l'assureur), à P,
défenderesse.

Art. 33 LCA

En fait:

A. X, né en 1952, employé au service de T SA, à Q, a été assuré auprès de la Y Assurances SA; au 1^{er} janvier 1997, il bénéficiait, outre diverses autres couvertures complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), d'un contrat couvrant la perte de gain en cas de maladie dès le 31^e jour d'incapacité, ce jusqu'au 30 avril 2006 (police n° XXX).

Cette dernière police a fait l'objet d'une demande de modification, sollicitée par l'assuré le 14 octobre 1996. Un questionnaire de santé était annexé au formulaire de demande. Le candidat a notamment répondu par l'affirmative aux questions "Etes-vous actuellement en traitement chez un médecin ..." et "Souffrez-vous ou avez-vous, au cours des 5 dernières années, souffert de l'une des affections suiv.: [...] c. Maladies du coeur et des vaisseaux sanguins (infarctus du myocarde [...]) ?". Il a en outre précisé avoir présenté un infarctus le 26 juin 1998 (recte : 1996) et avoir été en traitement du fait de cette atteinte jusqu'au 9 août 1996.

Le préposé aux mutations a émis une "décision d'admission" sur le formulaire avec réserve pour "infarctus". Le 21 novembre 1996, l'assureur a adressé à l'assuré un formulaire de réserve lui demandant s'il acceptait la réserve telle que libellée ci-dessus, ce pour une "période indéterminée". L'assuré l'a expressément acceptée sous sa signature, apposée au regard de la date du 25 novembre 1995 (recte : 1996); le formulaire précisait "Cette lettre fait partie intégrante de la police. La protection d'assurance complète est garantie pour toutes les maladies, respectivement tous les accidents qui ne tombent pas sous le coup de la réserve". La couverture a ainsi été grevée d'une réserve du libellé ci-dessus.

Le 4 décembre 2005, l'assuré a subi un nouvel infarctus; il est incapable de travailler depuis ce jour en raison de cette affection, ainsi que l'atteste un rapport établi le 16 janvier 2006 par le Dr M, au Sentier, avis

que ne conteste aucune des parties. Le sinistre a été annoncé à l'assureur le 8 janvier 2006.

Le 26 janvier 2006, l'assureur a refusé toute prestation pour perte de gain à raison du sinistre en question, excipant de la réserve. L'assureur a confirmé son refus de prester par courriers des 6 et 8 mars, ainsi que **11** avril 2006.

B. X a saisi le Tribunal des assurances le 24 avril 2006, concluant implicitement au versement, par la Y, de l'entier des prestations contractuelles pour perte de gain en relation avec le sinistre survenu le **4** décembre 2005. Excipant de son impécuniosité, il relève ne percevoir aucune prestation, que ce soit des services sociaux ou de l'assurance-invalidité (AI).

Dans sa réponse, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a fait valoir qu'elle a appliqué la réserve contractuelle, expressément acceptée par l'assuré.

Invité à se déterminer quant à un retrait de son action, le demandeur a implicitement maintenu ses conclusions au cours de l'échange d'écritures ultérieur. La défenderesse n'a pas été invitée à procéder plus avant sur le fond.

C. Le juge instructeur a invité la défenderesse à produire les polices d'assurance. Invité à se déterminer, le demandeur a maintenu ses conclusions.

En droit :

1. Le Tribunal des assurances est compétent pour connaître du présent litige (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 2.2 D]). Bien que non chiffrées, les conclusions de la demande n'excèdent pas 8'000 fr. en capital à la date du présent jugement, au vu du montant de l'indemnité journalière assurée (30 fr.) et de la durée de l'incapacité; néanmoins, la valeur litigieuse serait présumée supérieure à ce montant si cette durée devait être tenue pour

illimitée, ce qui n'est toutefois pas allégué et, surtout, est infirmé par l'état de fait.

En effet, le demandeur limite expressément ses conclusions au versement d'indemnités pour la période du 6 janvier au 31 août 2006 (238 jours). Il semble cependant lui avoir échappé que la validité de la couverture d'assurance et, partant, de la réserve litigieuse est limitée au 30 avril 2006. Toute conclusion postérieure à cette date relative à ce rapport de droit ne peut ainsi qu'être dépourvue d'objet. La période litigieuse est donc limitée à une durée de 115 jours, soit 3'450 fr. en capital (115 jours à 30 fr.), ce qui réduit d'autant l'objet du litige.

Les conclusions étant articulées et étayées par pièces à défaut d'être chiffrées, il serait excessivement formaliste d'inviter le demandeur à prendre des conclusions chiffrées.

2. a) Selon l'article 4 de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : 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 (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).

A teneur de l'article 11 alinéa 1^{er}, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Selon l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

L'article 4 alinéa 2 des Conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) de la défenderesse prévoit que sont exclues de la couverture "les suites de maladies et d'accidents ayant déjà existé au moment de la conclusion du contrat ou qui font l'objet d'une réserve". Cette norme contractuelle ne contrevient, à l'évidence, à aucune des dispositions impératives de la LCA, énoncées aux articles 97 et 98 de la loi spéciale; elle s'applique donc en vertu du renvoi prévu par l'article 100 alinéa 1^{er} LCA, les rapports contractuels étant soumis au code des obligations.

b) Les dispositions contractuelles doivent être interprétées comme un assuré de bonne foi peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Celui-ci ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté d'une clause rédigée par un assureur; ces principes généraux sont déduits de la règle dite de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (cf. ATF 118 II 342, c. la; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 189; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. 1 b p. 158; TF, Ile Cour civile, D V. c. H Assurances SA, du 9 février 2000, ad TAss VD du 30 août 1999, AMC 32/98 - 7/1999).

3. Le refus de prestations opposé par la défenderesse au demandeur se fonde sur la réserve, dont le libellé échappe à l'évidence à tout grief d'imprécision et qui a validement été portée à la connaissance de l'assuré. La mention de la réserve figure sur chacune des polices annuelles en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997. Ces polices renvoient à la convention instituant ladite réserve, qui précise qu'elle fait partie intégrante de la police. Au surplus, la norme contractuelle topique ne peut, de bonne foi, qu'être comprise suivant sa lettre, qui prévoit une exclusion générale de la couverture à raison des affections mises sous réserve.

Au vrai, le demandeur se limite à exciper de sa situation économique, faisant grief à l'assureur d'avoir encaissé des primes sans lui verser de prestations. Ce moyen est à l'évidence sans pertinence car étranger au litige. Au surplus, il ne conteste ni l'existence, ni le libellé de la réserve, pas plus que l'affection ici en cause ou le fait que l'incapacité de gain qu'il encourt

en procède. En particulier, le certificat du Dr M du 16 janvier 2006 établit que l'incapacité de travail est exclusivement due à l'infarctus du 4 décembre 2005. Au surplus, la causalité entre l'incapacité et l'affection mise sous réserve est naturelle et adéquate. Au vrai, soutenir le contraire serait téméraire.

Il ne peut dès lors qu'être relevé que le refus de l'assureur est conforme aux normes légales et contractuelles régissant la réserve ici en cause.

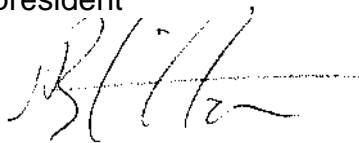
4. Au vu de ce qui précède, les conclusions de la demande doivent être rejetées.

5. La valeur litigieuse étant inférieure à 8'000 fr. (cf. considérant 1 ci-dessus), et la demande apparaissant au surplus d'emblée comme manifestement mal fondée, la cause a été tranchée par le Président du Tribunal des assurances statuant comme juge unique (art. 10 et 11 de la loi vaudoise sur le Tribunal des assurances, [LTAs]).

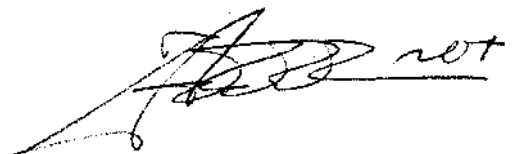
**Par ces motifs,
le Président du Tribunal des assurances
prononce :**

Les conclusions de la demande déposée le 24 avril 2006 par X contre Y Caisse-maladie sont rejetées.

Le président



Le greffier :



IDu 1 0 NOV, 2006

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par lettre signature avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une- valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir :

a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en

quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

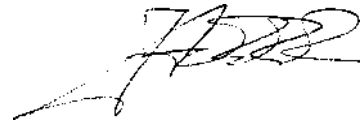
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 49 al. 2 LSA).

Le greffier :



PHO f OeL)PIE **CERTIFIÉE**
CONFORME A L'ORIGINAL

