

Arrêt civil

Audience publique du 5 décembre deux mille douze

Numéro 37749 du rôle.

Composition:

Marie-Anne STEFFEN, président de chambre;
Odette PAULY, premier conseiller;
Marie-Laure MEYER, conseiller;
Daniel SCHROEDER, greffier.

E n t r e :

W),

appelante aux termes d'un exploit de l'huissier de justice suppléant Nadine TAPELLA, en remplacement de l'huissier de justice Tom NILLES d'Esch/Alzette en date du 29 juillet 2011,

comparant par Maître Jacques WOLTER, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

e t :

la société coopérative à responsabilité limitée X) ASSURANCES,
faisant les opérations sous la marque commerciale U) ASSURANCES,

intimée aux fins du susdit exploit TAPELLA du 29 juillet 2011,

comparant par Maître Marc BADEN, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

LA COUR D'APPEL :

Par exploit d'huissier de justice du 14 avril 2010, W) a fait donner assignation à la société coopérative à responsabilité limitée de droit belge X) ASSURANCES S.C.R.L. (ci-après la société U)) aux fins de comparaître devant le tribunal d'arrondissement de Luxembourg pour voir constater que depuis le 13 juin 2005, W) est atteinte d'une invalidité économique de 100%, inexistante auparavant, et partant qu'elle a droit à une rente d'invalidité contractuelle annuelle à 100% telle que stipulée dans la police d'assurance n°1004300 conclue entre parties, que la société U) est à condamner à lui payer, à compter du 13 juin 2005 et en tenant compte du délai de carence de 60 jours, une rente d'invalidité contractuelle annuelle de 14.873.- €, soit la somme de 82.586,46 € avec les intérêts légaux à compter de la date de survenance et jusqu'à solde, à majorer des rentes annuelles à échoir depuis l'assignation jusqu'au terme du contrat d'assurance.

W) revendique le bénéfice de la police d'assurance par elle conclue avec la société ZURICH ASSURANCES, reprise par la société coopérative à responsabilité limitée de droit belge X) ASSURANCES S.C.R.L. faisant le commerce au Luxembourg sous l'enseigne commerciale U) ASSURANCES et ayant pris effet le 28 février 2002. La société U) demande reconventionnellement la nullité de la police afférente pour cause d'indications incomplètes, voire fausses, sinon de voir limiter l'exécution, au motif que l'assurée n'a pas, au moment de conclure la police, répondu avec la sincérité requise ni complètement au questionnaire soumis par la compagnie d'assurances.

Par jugement du 13 mai 2011, signifié le 29 juin 2011 par la société U) à W), le tribunal a dit les demandes principale et reconventionnelle recevables en la forme, la demande principale non-fondée et en a débouté, la demande reconventionnelle fondée, partant, a déclaré nulle la police d'assurance n°1004300, a constaté qu'il y a eu omissions intentionnelles dans le chef de W), par conséquent et par application de l'article 12 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, a autorisé la société U) ASSURANCES à conserver les primes lui payées depuis la conclusion de la police, 28 février 2002, jusqu'à la date de la révélation des omissions, 28 octobre 2006, a ordonné la restitution des primes payées postérieurement au 28 octobre 2006, a débouté W) de sa demande en allocation d'une indemnité de procédure sur base de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile, a condamné W) aux frais et dépens de l'instance, y compris les frais des expertises des Drs. D1), D2) et D3), avec distraction au profit de Maître Marc BADEN, avocat concluant, qui la demande, affirmant en avoir fait l'avance.

Par exploit d'huissier de justice du 29 juillet 2011, W) a régulièrement relevé appel contre ce jugement. Elle demande à recevoir l'appel en la forme, au fond, le dire justifié, par réformation dire qu'elle n'a pas commis d'omissions intentionnelles, constater qu'un accord sur le principe d'une indemnité était intervenu entre parties, partant, dire la demande en nullité de la police d'assurance n° 1004300 non fondée, constater que W) est atteinte d'une invalidité économique à 100% depuis le 13 juin 2005 et constater qu'elle a droit à partir du 13 août 2005 à une rente d'invalidité contractuelle à 100% stipulée dans la police d'assurance n° 1004300 conclue avec l'intimée, subsidiairement, donner acte à l'appelante qu'elle offre de prouver son taux d'invalidité par voie d'expertise médicale, dire cette offre de preuve pertinente et concluante, partant l'admettre, nommer un expert médical avec la mission de concilier les parties si faire se peut, sinon dans un rapport écrit et motivé, procéder à la réévaluation des taux d'invalidité; condamner l'intimée à verser une rente d'invalidité contractuelle annuelle de 14.873.- € à partir du 13 juin 2005 en prenant compte du délai de carence de 60 jours donc à partir du 13 août 2005, soit 82.586,46 € à majorer des intérêts légaux courus depuis la date de l'échéance jusqu'à solde et à majorer des rentes annuelles à échoir depuis le jour de l'assignation, jusqu'au terme du contrat d'assurance; condamner l'intimée à rembourser l'intégralité des primes réglées depuis le 13 juin 2005 en tenant compte du délai de carence de 60 jours, soit au jour de l'assignation la somme de 4.628,13 €, à majorer des intérêts dus depuis la date de paiement des primes, sinon depuis la date de l'assignation, jusqu'à solde; condamner l'intimée à payer à Mme W) la somme de 6.500.- € sur base de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile; condamner l'intimée à tous les frais et dépens des deux instances, ainsi qu'aux frais d'expertise, dont distraction au profit de l'avocat à la Cour qui la demande affirmant en avoir fait l'avance.

L'appelante soutient que c'est à tort qu'en première instance il lui fut reproché des omissions intentionnelles et que la police d'assurance n°1004300 conclue entre l'appelante et A) ASSURANCES fut déclarée nulle, qu'en l'espèce, l'appelante a rempli le formulaire de demande d'assurance avec le représentant de A), Z).

En ordre plus subsidiaire, elle estime que dans le cas où des omissions intentionnelles dans son chef sont retenues, les réticences n'ont pas eu d'influence sur l'appréciation du risque par l'assureur.

Quant à la confirmation par la compagnie d'assurance du contrat d'assurance éventuellement nul

La partie appelante fait valoir qu'à partir du 28 octobre 2006, date à laquelle le Dr. D1) a établi son rapport médical, la partie intimée disposait

de son historique médical complet, que c'est en connaissance de cet historique que les parties ont commencé des négociations sur les montants indemnitaires et que l'intimée a fait une proposition d'indemnisation et émis des quittances indemnitaires, que le principe même qu'une indemnité était due au titre de la police d'assurance litigieuse n'a jamais fait l'objet de contestations jusqu'en première instance, que par cette décision d'indemniser et en émettant une proposition d'indemnisation, que l'assureur a confirmé la validité de la police et la couverture du sinistre, que partant, la partie intimée a renoncé à se prévaloir des « réticences » litigieuses et d'invoquer une nullité de la police d'assurance, qu'en plus, il y a eu entre l'assureur et l'assurée un accord sur le principe d'une indemnisation, que cet accord sur le principe qu'une indemnité était due ressort du courrier de U) Assurances du 26 avril 2007 contenant le calcul du règlement, ainsi que du compromis d'arbitrage signé entre les parties le 20 février 2008, qu'un tel accord ne peut plus être retiré unilatéralement par l'assureur en arguant de la nullité de la police d'assurance, que partant la demande de l'intimée à voir déclarer la nullité de la police d'assurance litigieuse n'est pas fondée.

La partie intimée soutient que c'est à tort que l'appelante invoque le compromis d'arbitrage du 23 mars 2008 et sa lettre du 26 avril 2007 pour soutenir que par cette lettre, ainsi que par la signature du compromis d'arbitrage, l'intimée aurait renoncé à se prévaloir de la nullité de la police d'assurance. La partie intimée soutient qu'à la suite du rapport du Dr. D1) du 28 octobre 2006 et son avis médical complémentaire du 20 mars 2007 elle avait fait une proposition de règlement tenant compte des antécédents de l'appelante, qu'il s'agissait d'une proposition qui n'a pas été acceptée par l'appelante, que cette proposition n'ayant pas été acceptée, est devenue caduque, que les renoncements ne se présument pas, que du moment que l'appelante a choisi de porter l'affaire en justice, l'intimée est en droit d'invoquer la nullité alors que les réticences et fausses déclarations de l'appelante dans la proposition d'assurance sont patentées.

A supposer que la police d'assurance soit affectée de nullité, le comportement de l'intimée allégué par la partie appelante s'analyse en une confirmation d'un acte nul. La confirmation est l'acte juridique par lequel une personne fait disparaître les vices dont se trouve entachée une obligation, contre laquelle elle aurait pu se pourvoir par voie de nullité ou de rescision (Encyclopédie Dalloz, Vo Confirmation, numéro 1, mise à jour 1971).

L'article 1338, alinéa 1^{er} du Code civil soumet la confirmation à des conditions précises : l'acte doit mentionner la substance de l'obligation confirmée, la cause de nullité, l'intention de réparer le vice de l'acte.

La confirmation tacite est celle qui résulte de l'attitude de la partie pouvant se prévaloir de la cause de nullité ou de rescision. C'est la forme la plus fréquente de confirmation. L'article 1338, alinéa 2 du Code civil ne prévoit qu'une variété de confirmation tacite: l'exécution volontaire de l'obligation annulable.

Même l'exécution volontaire d'un acte ne vaut confirmation que si cette double condition de la connaissance de la cause de nullité et de l'intention de réparer l'acte est remplie.

En l'occurrence, l'appelante invoque la confirmation tacite par le commencement d'exécution de l'acte, soit par la participation à une médiation.

La confirmation ne peut résulter que d'une exécution réalisée, des offres de paiement faites par celui qui pouvait demander la nullité ne valent pas confirmation de l'acte (Civ. 8 avr. 1835, S. 1836. 1. 37).

La partie appelante ne rapporte pas la preuve de ce que la partie intimée aurait eu l'intention de réparer le vice, c'est-à-dire de renoncer à l'invoquer, étant donné qu'il résulte des faits que dans le cadre de l'arbitrage, l'assurance entendait se prévaloir des maladies non indiquées dans le questionnaire pour ne pas faire droit à l'intégralité de la demande de l'assurée.

Partant, il y a lieu de rejeter l'argument d'une renonciation par la partie intimée à se prévaloir de la nullité de la police d'assurance.

Quant à la réticence ou fausse déclaration

L'appelante soutient qu'il n'y a pas eu d'omission étant donné qu'il n'était pas d'usage d'indiquer jusque dans le moindre détail tout l'historique pathologique, que l'assureur se contentait des dernières prises en charges médicales, que l'appelante avait discuté avec Z) de son état de santé et qu'ensemble, ils ont rempli ledit questionnaire, sans aucune intention d'omettre d'indiquer une maladie, que dans son attestation Z) indique qu'il ne voit pas à quelle question ils auraient dû répondre différemment, que l'assurée n'a pas fait d'omission dans sa déclaration, qu'il existe tout au plus une contradiction entre la rubrique n°7 et n°8 dans laquelle Madame W) écrit qu'elle a subi une opération de l'aorte de la jambe droite, qu'une telle opération n'est pas habituelle pour une personne de l'âge de Madame W), que si cette information avait semblé importante pour l'assureur, il aurait dû demander des renseignements ou investigations complémentaires pour connaître la cause de l'intervention, que comme l'assureur n'a pas demandé

de telles informations, et que l'assurée n'est pas censée savoir les implications de ses déclarations sur l'appréciation du risque pour l'assureur, il ne peut être reproché à l'assurée des omissions alors que l'assureur disposait d'informations suffisantes.

En vertu de l'article 11 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, intitulé : *Obligation de déclaration*, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître. En assurances de personnes la même obligation incombe à l'assuré dans la mesure où des renseignements sont sollicités de sa part. Les données génétiques ne peuvent pas être communiquées. S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de l'assureur et si ce dernier a néanmoins conclu le contrat, il ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

Les juges de première instance ont correctement constaté que dans le questionnaire soumis à l'assurée au moment de la souscription de la police d'assurance, celle-ci a marqué « non » quant à la question de savoir si elle avait eu des maladies « du cœur, des artères ou des veines; tension artérielle élevée, oppression », « de la colonne vertébrale, des articulations; rhumatisme, sciatique » et à la question de savoir si elle avait été soignée dans un hôpital, elle ne précise que l'intervention chirurgicale de janvier 2002 avec indication qu'il s'est agi d'une opération de l'aorte de la jambe droite.

La fausse déclaration se traduit par un acte positif (une réponse négative à une question où l'assuré aurait dû répondre par l'affirmative), tandis que la réticence consiste en une suppression ou omission volontaire d'une chose qu'on devrait déclarer.

Il y a lieu de retenir que l'assurée n'a pas seulement omis de répondre à certaines questions écrites, mais elle a coché les cases disant « non » aux questions claires et précises demandant si elle a eu des maladies « du cœur, des artères ou des veines; tension artérielle élevée, oppression », « de la colonne vertébrale, des articulations ; rhumatisme, sciatique », alors qu'elle souffrait de problèmes au niveau cardio-angiologique et d'affectations articulaires. W) n'a pas ignoré ses maladies antérieures.

Quant à l'erreur de l'assureur sur les éléments d'appréciation du risque

Il incombe à l'assureur de démontrer que la déclaration visait à modifier l'évaluation du risque par l'assureur. L'assureur doit démontrer qu'il n'aurait pas accepté le risque présenté par l'assurée ou l'aurait garanti à des conditions différentes.

C'est à bon droit que le tribunal a considéré qu'en regard à l'importance et au nombre de déclarations contraires à la réalité, ainsi qu'à la gravité des antécédents médicaux de W), le renseignement de ceux-ci aurait eu une influence certaine sur l'évaluation du risque par l'assureur, ceci d'autant plus qu'il s'est agi d'une couverture pour le cas d'une invalidité et d'une incapacité de travail.

En effet, dûment informé, l'assureur n'aurait pas contracté ou l'aurait fait moyennant une prime plus élevée, de sorte les omissions de l'assurée ont influé sur la formation du contrat et l'évaluation du risque à couvrir.

Quant à la mauvaise foi de l'assurée

En ordre subsidiaire, l'appelante soutient qu'il n'y a pas eu d'omissions intentionnelles dans son chef au moment de la conclusion du contrat, que cela ressort de la déclaration même puisque des informations ont été fournies et qu'elles sont contradictoires, que celui qui a l'intention de cacher quelque chose ne fait pas de telles déclarations, que le fait d'avoir demandé à un homme de l'art, l'agent d'assurance qui par ailleurs représente celle-ci, prouve la bonne foi de l'assurée, que l'attestation du sieur Z) établit qu'il n'y a pas eu de malveillance.

W) insiste sur sa bonne foi en invoquant avoir rempli le questionnaire incriminé sous la direction de l'agent, Z), qui lui aurait assuré qu'il ne faudrait indiquer que les maladies graves et non pas celles passagères ou saisonnières.

A l'appui de ses allégations, elle verse une attestation testimoniale de l'intéressé et formule, à titre subsidiaire, une offre de preuve testimoniale pour qu'il soit entendu par la Cour.

L'offre de preuve tend à établir que le formulaire fut rempli par l'agent, et que ce dernier n'a pas posé de questions très détaillées.

Il importe peu que les cases cochées sur le questionnaire médical aient été faites par l'agent étant donné que celui-ci ne pouvait remplir le questionnaire que sur les déclarations de l'assurée qui, par sa signature sur le

questionnaire de santé, a approuvé que soient cochées les cases "Non" aux questions (cf. Cour de cass.fr. 29 mars 2012 n° du pourvoi 11-14305).

Partant, c'est à bon droit que les juges de première instance ont dit que les déclarations de Z) manquent de pertinence et ne permettent pas d'apporter de plus amples informations et qu'il y a partant lieu d'écarter pour manque de pertinence et pour ne pas être concluantes tant l'attestation testimoniale que l'offre de preuve testimoniale formulée par W).

La mauvaise foi est manifeste lorsqu'il est établi que l'assuré « *ne pouvait ignorer* » se trouver dans telle ou telle situation, par exemple souffrir d'un « *lumbago* » (Cass. 2^eciv., 16 déc. 2010, n° 10-13768), ou encore d'une « *hypertension artérielle* » (Cass. 2^e civ., 16 déc. 2010, n° 10-12179).

W) n'a pas ignoré ses maladies antérieures, de sorte que sa mauvaise foi était manifeste.

C'est à bon droit que les juges de première instance ont dit que, conformément à l'article 12 de la loi de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, repris sous l'article 1^{er} des conditions générales signées, la police d'assurance n° 1004300 ayant pris effet le 28 février 2002 est déclarée nulle, partant la demande principale de W) est non fondée et la société U) est en droit de garder l'ensemble des primes payées jusqu'à la date de l'expertise du Dr. D1), le 28 octobre 2006, avec obligation de restituer à W) le surplus.

La partie appelante demande la condamnation de la société U) à une indemnité de procédure de 6.500.- € sur base de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile.

W) succombant dans son appel et devant en supporter les frais, sa demande basée sur l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile est à déclarer non fondée.

PAR CES MOTIFS :

la Cour d'appel, septième chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement et sur le rapport du magistrat de la mise en état, vu l'article 227 du Nouveau Code de procédure civile,

reçoit l'appel,

rejette la demande en institution de mesures d'instruction plus amples,

déclare l'appel non fondé,

confirme le jugement du 13 mai 2011,

rejette la demande de W) sur base de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile,

condamne W) aux frais et dépens de l'instance avec distraction au profit de Maître Marc BADEN qui la demande, affirmant en avoir fait l'avance.