

Texte pseudonymisé

Avertissement: Ce document pseudonymisé a une valeur purement informative. Le document original seul fait foi.

Arrêt N°50/24 - VIII - CIV

Arrêt civil

Audience publique du seize mai deux mille vingt-quatre

Numéro CAL-2022-00580 du rôle

Composition:

Elisabeth WEYRICH, président de chambre,
Yola SCHMIT, premier conseiller,
Françoise WAGENER, conseiller,
Amra ADROVIC, greffier.

Entre :

la société anonyme SOCIETE1.), établie et ayant son siège social à L-ADRESSE1.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO1.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions,

appelante aux termes d'un exploit de l'huissier de justice Carlos CALVO de Luxembourg, du 13 juin 2022,

comparant par Maître Romain ADAM, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

et :

PERSONNE1.), demeurant à L-ADRESSE2.),

intimé aux fins du susdit exploit CALVO,

comparant par Maître Anaïs BOVE, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

LA COUR D'APPEL

PERSONNE1.) et feu son époux PERSONNE2.) (ci-après les époux PERSONNE3.) ou les assurés) ont signé en date du 9 avril 2015 un contrat d'assurance décès « *XX-Security 00/774529-0* » de type solde restant dû à capital décroissant auprès de la compagnie d'assurance SOCIETE2.) (ci-après SOCIETE2.) avec effet au 16 avril 2015, pour un capital initial de 200.000 € et sur une durée de 23 ans, moyennant paiement d'une prime unique de 20.445,40 €.

Ledit contrat a été souscrit afin de garantir un crédit hypothécaire contracté par les assurés précités auprès de la SOCIETE3.) (ci-après SOCIETE3.)) le 30 juillet 2015. Aux termes dudit contrat, SOCIETE2.) s'est engagé à payer aux assurés un capital dégressif, soit au premier décès d'un des deux assurés, soit en cas d'invalidité permanente totale reconnue d'un des deux assurés.

Le 30 août 2019, feu PERSONNE2.) a adressé à SOCIETE2.) un rapport médical dressé par le docteur PERSONNE4.), faisant état d'une invalidité à 100% de l'assuré en raison d'une sclérose latérale amyotrophique et a sollicité de la part de SOCIETE2.) le versement du capital assuré entre les mains de la SOCIETE3.).

Après avoir sollicité par courriers des 24 octobre 2019 la communication de pièces médicales supplémentaires qui lui ont été fournies par les assurés, SOCIETE2.) a, par courrier daté du 12 mars 2020, informé ces derniers qu'elle s'oppose à la prise en charge du sinistre, en reprochant à PERSONNE2.) d'avoir omis de déclarer dans le questionnaire médical de santé qu'il avait rempli et signé lors de la demande de souscription de l'assurance un certain nombre d'éléments essentiels qui auraient permis à SOCIETE2.) d'apprécier correctement le risque à assurer. L'assureur a reproché à son assuré d'avoir passé sous silence, aussi bien des consultations auprès de divers médecins spécialistes avant la signature de la déclaration de santé du 2 février 2015 et un certain nombre de tests et d'analyses mais également un rapport médical du docteur PERSONNE5.) du 1^{er} juillet 2014 attestant que le patient était atteint d'une symptomatologie de bronchite chronique simple, d'un emphysème débutant et d'une hypercholestérolémie. Invoquant cette absence de déclaration, SOCIETE2.) a estimé que les couvertures décès et invalidité qui avaient été accordées à PERSONNE2.) étaient nulles.

PERSONNE2.) est décédé le 4 avril 2020.

Par courrier d'avocat du 8 juin 2020, SOCIETE2.) a été mis en demeure de régler aux assurés la somme de 169.000 €

SOCIETE2.) n'ayant réservé aucune suite à ce courrier, PERSONNE1.) a assigné, par acte d'huissier de justice du 23 mars 2021, SOCIETE2.) devant le tribunal d'arrondissement de Luxembourg, siégeant en matière civile, aux fins de l'entendre condamner à lui payer, principalement, la somme de 169.407,26 €, sinon, subsidiairement, la somme de 166.330,482 €, à chaque fois avec les intérêts légaux en cause à partir du 31^{ième} jour suivant la demande, soit à partir du 30 septembre 2019, sinon à partir de la demande en justice jusqu'à solde avec les intérêts légaux en cause à partir du 31^{ième} jour suivant la demande, soit à partir du 10 mai 2020.

Elle a encore demandé à voir ordonner l'exécution provisoire du jugement à intervenir, et réclamé une indemnité de procédure de 5.000 € ainsi que la condamnation de la partie assignée aux frais et dépens de l'instance.

SOCIETE2.) a soulevé en première instance la nullité du contrat d'assurance motif pris d'une déclaration inexacte de l'étendue du risque assuré en reprochant à feu PERSONNE2.) d'avoir intentionnellement omis d'indiquer dans la déclaration de santé préalable à la signature du contrat d'assurance-vie qu'il avait dans les 12 mois précédant ladite déclaration, consulté divers médecins spécialistes.

Elle a en conséquence reproché à l'assuré de l'avoir induit en erreur sur l'appréciation du risque et s'est prévalu à cet égard de l'article 7 des conditions générales d'assurance et des articles 11 et 12 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance (ci-après la loi modifiée de 1997).

Par jugement du 1^{er} avril 2022, le tribunal a dit la demande partiellement fondée et condamné SOCIETE2.) à payer à PERSONNE1.) la somme de 169.0407,26 € avec les intérêts légaux à partir du 31^{ième} jour qui suit la date du jugement jusqu'à solde sur le compte prêt auprès de la banque SOCIETE3.) inhérent au prêt souscrit par les époux PERSONNE3.) en date du 30 juillet 2015, référence faite dans le contrat d'assurance sous le n°NUMERO2.) et dit que le surplus éventuel subsistant après apurement du solde du prêt est à restituer par la banque SOCIETE3.) à PERSONNE1.). Il a encore condamné SOCIETE2.) à payer à cette dernière une indemnité de procédure de 1.500 € et à supporter les frais et dépens de l'instance.

Pour statuer ainsi, le tribunal, se référant aux articles 11 et 12 de la loi modifiée de 1997 a précisé que le preneur d'assurance est tenu de déclarer 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 mais qu'il n'y aura pas de sanction si le preneur d'assurances omet de déclarer quelque circonstance dont l'importance ne peut raisonnablement lui apparaître.

Il a ensuite relevé qu'il appartient à l'assureur de prouver que les éléments sur lesquels il n'a pas été informé étaient pour lui un facteur d'appréciation du risque, que le preneur pouvait raisonnablement les considérer comme tels et qu'il en avait connaissance. Le tribunal a rejeté pour défaut de pertinence le moyen de PERSONNE1.) consistant à dire que la cause du décès de feu PERSONNE2.) n'aurait pas de lien avec une pathologie antérieure.

Il a encore relevé, après avoir constaté que PERSONNE2.) avait consulté trois médecins spécialistes différents en septembre et novembre 2014 que cette circonstance ne saurait établir l'existence d'une pathologie particulière dont il aurait été affecté.

Il a encore constaté que SOCIETE2.) n'a tiré aucune conséquence ni des deux rapports établis par le Dr. PERSONNE6.) (cardiologue) les 4 octobre 2014 et 12 janvier 2015 ni du rapport établi par le Dr. Codreanu du 25 novembre 2014 rendant compte des résultats de l'examen IRM cardiaque passé par feu PERSONNE2.) et relevé qu'en tout état de cause, la lecture desdits rapports ne laissait a priori pas apparaître de pathologie particulière dans le chef de feu PERSONNE2.), pathologie qui pour le surplus aurait nécessité un traitement ou suivi dépassant les limites de la normale.

Il a déduit desdits rapports qu'il s'agissait d'examens de routine et ajouté que feu PERSONNE2.) a répondu par « oui » à la question de savoir s'il avait passé divers examens médicaux les 12 derniers mois.

Au vu de ces éléments, il a retenu qu'il aurait appartenu à SOCIETE2.) pour le cas où elle l'estimait nécessaire de solliciter des informations complémentaires relativement aux examens passés par feu PERSONNE2.), ce qu'elle n'a cependant pas fait.

Il a également écarté des débats un avis médical versé en cause par SOCIETE2.), motif pris qu'il s'agissait d'un document unilatéral qui ne contenait que des observations générales sans s'appliquer concrètement à la situation de l'époque de feu PERSONNE2.) et ne permettant pas d'établir que ce dernier aurait été atteint d'une affection ou maladie particulière lors de la souscription du contrat d'assurance.

Au regard de ces considérations, il a retenu qu'il n'était pas établi que feu PERSONNE2.) aurait été atteint d'une affection ou maladie particulière et/ou qu'il aurait de mauvaise foi et qu'il aurait intentionnellement omis d'en informer la compagnie d'assurances.

Il a ajouté qu'il n'était pas non plus établi que la compagnie d'assurance aurait été empêchée d'apprécier correctement les risques à couvrir.

Par acte d'huissier de justice du 13 juin 2022, SOCIETE2.) a régulièrement relevé appel de ce jugement qui lui a été signifié le 6 mai 2022.

L'appelante conclut, aux termes de ses conclusions de synthèse, principalement, à voir prononcer la nullité des garanties du contrat d'assurance « XXX-Security 00/774529-0 » signé en date du 9 avril 2015, sur la tête de feu PERSONNE2.).

Elle conclut, subsidiairement, à voir nommer un expert, aux fins de voir dresser, en substance, un bilan complet de l'état de santé de feu PERSONNE2.) lors de la signature de la déclaration de santé du 2 février 2015.

Elle demande en tout état de cause, à voir rejeter les demandes de l'intimée, à se voir décharger de la condamnation au paiement d'une indemnité de procédure prononcée par le tribunal au profit de l'intimée. Elle réclame une indemnité de procédure de 2.000 € pour l'instance d'appel ainsi que la condamnation de l'intimée aux frais et dépens des deux instances. Les frais relatifs à la signification du jugement de première instance seraient à qualifier de frais frustratoires et devraient en tout état de cause rester à charge de PERSONNE1.).

L'intimée sollicite principalement la confirmation du jugement entrepris. Subsidiairement, sa demande serait à déclarer fondée pour la somme de 166.330,48 €. Elle s'oppose à l'institution d'une expertise médicale et réclame une indemnité de procédure de 5.000 € pour l'instance d'appel.

Discussion

Se prévalant des articles 11 et 12 de la loi modifiée de 1997 ainsi que de l'article 7.1. des conditions générales du contrat d'assurance souscrit par les assurés, SOCIETE2.) fait grief au tribunal de ne pas avoir retenu qu'en l'espèce feu PERSONNE2.) aurait intentionnellement omis de l'informer au moment de la signature de la déclaration de santé de ses antécédents médicaux, ayant permis à SOCIETE2.) d'apprécier correctement les risques qu'elle prenait à sa charge. Contrairement à ce qu'ont retenu les magistrats de première

instance, l'appelante estime que les consultations de feu PERSONNE2.) auprès de divers médecins spécialistes dans les douze mois ayant précédé la déclaration de santé que l'assuré a omis de signaler dans la déclaration de santé ne seraient pas à qualifier d'examens de « routine », d'autant plus que feu PERSONNE2.) n'aurait pas consulté de tels spécialistes entre 2010 et 2013. L'appelante insiste notamment sur la fréquence des consultations médicales par feu PERSONNE2.) auprès de cardiologues au courant de l'année 2014. Concernant les antécédents médicaux passés sous silence par l'assuré, l'appelante fait valoir qu'il serait établi au vu des rapports du Dr PERSONNE5.) du 1^{er} juillet 2014, ainsi que du rapport du Dr PERSONNE6.) du 4 octobre 2014 que feu PERSONNE2.) aurait été atteint d'une bronchite chronique, d'hypercholestérolémie, d'un emphysème débutant ainsi que de pathologies cardiaques. SOCIETE2.) reproche au tribunal de n'avoir tiré aucune conséquence de l'absence de déclaration de ces antécédents médicaux et de ne pas avoir retenu au vu de ces rapports médicaux que les affections dont l'assuré était atteint n'étaient pas à qualifier de bénignes. Pour justifier sa thèse, SOCIETE2.) se réfère à un avis médical établi par son médecin conseil le Dr PERSONNE7.) et fait grief au tribunal de l'avoir écarté des débats. Il serait en outre de « notoriété publique » qu'une bronchite chronique et un emphysème débutant ne seraient pas des affections bénignes. Pour soutenir cette affirmation, SOCIETE2.) renvoie aux pièces n° 77- 83. Il ne serait en tout état de cause pas nécessaire qu'un lien causal existe entre la circonstance qui n'a pas été déclarée et la survenance du sinistre. En application de l'article 12 de la loi modifiée de 1997, l'omission ou la déclaration inexacte entraînerait la nullité du contrat, quel que soit l'élément sur lequel porte cette omission ou inexactitude, même en l'absence d'un lien de causalité entre l'état de santé dissimulé et le motif de l'invalidité ou du décès. SOCIETE2.) reproche en outre au tribunal d'avoir érigé en condition contractuelle l'existence d'une « pathologie particulière » nécessitant un « traitement ou suivi dépassant les limites de la normale », ce qui ne serait pas prévu par la loi modifiée de 1997. Aussi, il ne s'agirait pas pour l'assuré de faire état d'une « pathologie particulière », mais de répondre loyalement et exactement aux questions lui posées dans la déclaration de santé et de déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Il appartiendrait ensuite à l'assureur, d'apprécier le risque à assurer. L'appelante estime qu'en tout état de cause, au vu des diagnostics posés par les médecins spécialistes, elle aurait rapporté la preuve que feu PERSONNE2.) aurait été atteint d'une pathologie particulière. En considérant que SOCIETE2.) n'aurait en tout état de cause pas établi que cette pathologie aurait nécessité un traitement ou suivi dépassant les limites de la normale, le tribunal aurait dénaturé des faits médicaux, nonobstant les constats des médecins spécialistes. SOCIETE2.)

ajoute que l'affirmation de l'intimée que feu PERSONNE2.) n'aurait pas reçu de traitement médicamenteux serait contredit par les rapports médicaux du Dr PERSONNE6.).

Au vu de ces éléments, ensemble la déclaration de santé signé par feu PERSONNE2.), SOCIETE2.) estime avoir établi que ce dernier n'aurait pas fourni des informations complètes et sincères dans la déclaration de santé du 2 février 2015. Bien qu'il n'aurait pas ignoré les affections constatées par les docteur PERSONNE8.) et PERSONNE6.), il aurait manqué de répondre à la question n°10 et répondu par la négative à la question n° 11. La mauvaise foi dans le chef de feu PERSONNE2.) serait par conséquent établie.

Concernant l'importance des inexactitudes et/ou omissions précitées, SOCIETE2.) fait valoir que si elle avait lors de la demande d'assurance eu connaissance des affections de feu PERSONNE2.), elle aurait immédiatement réclamé les rapports médicaux relatifs à ces diverses consultations, ce qui l'aurait amenée à apprécier différemment le risque à assurer. Le fait pour l'assureur d'avoir joint à la demande d'assurance un questionnaire détaillé sur l'existence éventuelle de maladies démontrerait à suffisance l'importance accordé à ces éléments afin d'apprécier correctement le risque à assurer. SOCIETE2.) argumente que si elle avait eu connaissance des pathologies pulmonaires de feu PERSONNE2.), elle aurait à tout le moins soumis un questionnaire spécifique « affections respiratoires » à l'assuré, à remplir par son médecin. Se référant en outre à un document généré par son tarificateur, versé en pièce n°25, elle ajoute qu'une bronchite chronique « simple », si elle avait été mentionnée dans la déclaration de santé, aurait entraîné une exclusion de garantie. De même, l'appelante argumente que si elle avait au moment de la conclusion du contrat eu connaissance des rapports médicaux des Dr PERSONNE6.) et PERSONNE9.), attestant d'une pathologie cardiaque de feu PERSONNE2.), l'assurance aurait été refusée à ce dernier.

SOCIETE2.) ajoute que toutes les questions indiquées dans la déclaration de santé seraient claires et précises, de sorte que feu PERSONNE2.) n'aurait pas pu se méprendre ni sur les termes y indiqués, ni sur l'importance attachée par l'assureur aux dites questions.

L'importance accordée par l'assureur à cette information correcte et précise serait d'autant plus établie que tant à l'article 7 de ses conditions générales d'assurance que dans la déclaration de santé, SOCIETE2.) aurait spécialement mis en garde la personne à assurer qu'il est indispensable que les réponses soient faites consciencieusement.

Le contrat d'assurance serait en conséquence à annuler, en application des articles 11 et 12 de la loi modifiée de 1997, de l'article 7.1. des conditions générales et de l'article 1109 du Code civil.

En ce qui concerne le moyen de nullité du contrat d'assurance opposé par SOCIETE2.), PERSONNE1.) soutient que les conditions légales pour une annulation du contrat d'assurance ne seraient pas données en l'absence tant d'une omission intentionnelle que d'une mauvaise foi de la part de feu PERSONNE2.). L'intimée fait valoir qu'en date du 2 février 2015, feu PERSONNE2.) n'aurait souffert d'aucune maladie et n'aurait eu aucun traitement médical prolongé. Les consultations médicales, examens et tests que feu PERSONNE2.) aurait subis, seraient à qualifier de routine, étant donné que le défunt aurait pratiqué le football. L'intimée se réfère à diverses publications sur facebook entre septembre 2015 et mars 2018 ainsi qu'à deux attestations testimoniales afin d'établir que feu PERSONNE2.) aurait toujours été en excellente santé jusqu'à son dernier match disputé le 21 mars 2018. L'intimée estime que les assurés n'auraient jamais rien dissimulé à l'assurance. Elle demande en outre à la Cour de constater que SOCIETE2.) ne tirerait aucune conséquence des deux rapports établis par le Dr PERSONNE6.) les 4 octobre 2014 et 12 janvier 2015, ni des rapports établis par le Dr PERSONNE9.) le 25 novembre 2014 et le Dr PERSONNE10.) le 27 novembre 2015. Il ne se dégagerait ensuite d'aucun de ces rapports que feu PERSONNE2.) aurait été atteint d'une affection ou d'une maladie particulière ayant nécessité un traitement ou un suivi dépassant les limites de la normale. Par ailleurs, il résulterait de la déclaration de santé du 2 février 2015 que feu PERSONNE2.) aurait, en cochant la case de la question n°10, indiqué qu'il aurait passé divers examens médicaux les douze derniers mois.

Se référant à un arrêt rendu par la Cour de cassation belge le 18 janvier 2022 (RGAR 2022, n°13659), l'intimée estime qu'un preneur d'assurance ne pourrait se voir sanctionner pour l'absence d'indications sur un élément que lui-même ne pouvait raisonnablement considérer comme intéressant l'assureur dans son appréciation. Elle estime que dans ces conditions, il appartiendrait à l'assureur de prendre l'initiative de poser des questions à l'assuré et de s'informer auprès de ce dernier. Il aurait partant appartenu à SOCIETE2.), pour le cas où elle l'estimait nécessaire, de solliciter des informations complémentaires relativement aux examens passés par feu PERSONNE2.).

SOCIETE2.) n'aurait tout d'abord pas établi que feu PERSONNE2.) aurait été atteint d'une hypertrophie cardiaque, ou d'une non-compaction du ventricule gauche.

Concernant le rapport médical du Dr PERSONNE5.) du 30 juin 2014 faisant état d'une bronchite chronique simple chez feu PERSONNE2.),

l'intimée fait valoir qu'il ne s'agirait que d'une affection bénigne, passagère et courante. Ce rapport médical ne ferait partant pas non plus état d'une affection nécessitant un traitement spécifique. L'absence d'indication de cette affection ne serait par conséquent pas constitutive d'une omission intentionnelle au sens des articles 11 et 12 de la loi modifiée de 1997. La bronchite diagnostiquée serait la conséquence du tabagisme de feu PERSONNE2.). Or ce dernier aurait, lors de la rédaction de la déclaration de santé du 2 février 2015 expressément mentionné sa consommation quotidienne de cigarettes. A l'époque, SOCIETE2.) « n'aurait rien trouvé à redire à ce sujet ». De même, SOCIETE2.) ne tirerait aucune conséquence de l'hypercholestérolémie évoquée par le Dr PERSONNE5.) dans son rapport du 1^{er} juillet 2014. L'intimée demande en outre à voir écarter le rapport du Dr PERSONNE7.), pour manque d'impartialité et absence de pertinence, étant donné que ledit médecin ne ferait état que d'observations générales sans expliquer en quoi celles-ci seraient applicables à la situation de feu PERSONNE2.). L'intimée insiste pour dire qu'en tout état de cause, SOCIETE2.) n'aurait pas établi de lien causal entre les affections de l'assuré PERSONNE2.) et la maladie qui l'a rendue invalide à 100%.

L'intimée demande encore à voir écarter les jurisprudences citées par SOCIETE2.), étant donné que les faits à la base de ces décisions seraient totalement différents au cas d'espèce. Elle demande en outre de ne pas prendre en considération le document de SOCIETE2.) généré par son tarificateur. Abstraction faite que ce document versé sous la pièce n°34 de l'appelante aurait été établi a posteriori, il n'en résulterait pas non plus que la bronchite chronique simple serait exclue de garantie.

L'intimée conclut en conséquence à la confirmation du jugement entrepris en ce que le tribunal a retenu que SOCIETE2.) n'a pas apporté la preuve d'une fausse déclaration intentionnelle dans le chef de feu PERSONNE2.), ni qu'elle aurait été empêchée d'apprécier correctement les risques à couvrir. L'offre de preuve par expertise médicale de SOCIETE2.) serait par conséquent également à rejeter.

Appréciation de la Cour

SOCIETE2.) soulève la nullité du contrat d'assurance souscrit pour fausse déclaration intentionnelle de feu PERSONNE2.) auquel elle reproche de ne pas avoir répondu loyalement aux questions n°10 et 11 du questionnaire de santé du 2 février 2015 qu'elle lui avait soumis. SOCIETE2.) ajoute que cette omission aurait nécessairement eu une incidence sur l'appréciation du risque.

SOCIETE2.) se réfère en instance d'appel aux rapports médicaux des Dr PERSONNE5.) du 1^{er} juillet 2014 et du Dr PERSONNE6.) du 4

octobre 2014 pour soutenir que les réponses de feu PERSONNE2.) ne correspondaient pas à la réalité.

L'article 11 de la loi modifiée de 1997 dispose que « 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 ».

Aux termes de l'article 12 de cette loi, « sans préjudice de l'article 102 de la présente loi, lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues ».

L'article 11 précité consacre le principe de la déclaration spontanée du risque par le preneur d'assurance, lequel doit prendre l'initiative de la déclaration et indiquer spontanément à l'assureur les circonstances qu'il connaît et qui sont de nature à avoir une influence sur son opinion du risque.

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.

Demandeur à l'action en nullité, le tribunal a retenu à bon droit que c'est à l'assureur qu'il incombe de prouver que l'élément sur lequel il n'a pas été informé était pour lui un facteur d'appréciation du risque, que le preneur pouvait raisonnablement le considérer comme tel et qu'il en avait connaissance ; la charge de la preuve du caractère intentionnel du manquement incombe également à l'assureur.

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles, le contrat d'assurance est nul.

Tel que relevé à juste titre par le tribunal, et contrairement à ce que soutient l'intimée, il n'est pas requis que la circonstance omise ou inexactement déclarée ait eu une influence sur la survenance du sinistre (Cour d'appel de Liège, 3^{ème} chambre C, 16 mars 2022, RJLMB, 2022/42- 16 décembre 2022)

Il s'agit, dans le cadre de l'actuel litige d'examiner si les déclarations de PERSONNE2.) dans la déclaration de santé du 2 février 2015 doivent ou non être considérées comme des déclarations sciemment inexacts ainsi que le soutient l'appelante. Il appartient à SOCIETE2.) de démontrer la mauvaise foi de l'assuré.

La Cour constate qu'à la question n°10 de ladite déclaration de santé, « *avez-vous passé une visite médicale ou avez-vous subi des examens médicaux (par exemple électrocardiogramme, analyse de sang, d'urine, radio, etc...) lors des 12 derniers mois ? Si oui, lesquels ? Et pour quelle raison ?* », feu PERSONNE2.) avait coché la case « *oui* » avec l'ajoute « *bilan* » par rapport à la première question. Il n'avait fourni aucune réponse à la deuxième question posée. Concernant la troisième question posée, relative à la raison desdits examens médicaux, l'assuré avait indiqué la mention manuscrite « *routine* ».

Feu PERSONNE2.) avait répondu par la négative en cochant la case « *non* » à la question n°11 de la déclaration de santé « *avez-vous été sous surveillance médicale les 5 dernières années ou avez-vous déjà subi un traitement médical prolongé ? Si oui, quand et pourquoi ?* ».

SOCIETE2.) estime que le caractère intentionnel de la fausse déclaration s'induit des réponses inexacts à des questions parfaitement intelligibles et dépourvues d'ambiguïté. Elle rappelle que la déclaration de santé soumise à l'assuré insiste sur l'importance des déclarations faites.

L'obligation de déclaration spontanée du risque s'impose au preneur jusqu'à la conclusion du contrat d'assurance, si bien que le preneur d'assurance est tenu d'informer l'assureur des évolutions du risque survenues depuis la signature de la proposition d'assurance, jusqu'au moment de la conclusion effective du contrat (Cour d'appel de Liège, 3^{ème} chambre C, du 9 décembre 2020, RJLMB, 2021/42- 24 décembre 2021).

Lorsque l'assureur remet un questionnaire contenant des questions précises, la réponse à toutes ces questions est présumée présenter aux yeux de l'assureur une importance pour l'appréciation du risque.

De plus, le questionnaire ne dispense pas le preneur de déclarer spontanément tous les éléments nécessaires pour que l'assureur puisse se faire une opinion exacte du risque qu'on lui demande de couvrir (Cour d'appel de Liège du 9 décembre 2020, précitée).

Ceci exposé, lorsqu'un questionnaire demande au candidat à l'assurance quels sont les examens médicaux qu'il a subi lors des 12 derniers mois, et mentionne à titre d'exemple les examens médicaux possibles, le candidat à l'assurance est obligé de répondre loyalement et avec sincérité en informant l'assureur sur la nature des examens médicaux subis. Or, en l'occurrence, feu PERSONNE2.) n'a pas répondu à cette question.

La Cour constate ensuite que feu PERSONNE2.) n'a pas répondu loyalement à la question n° 11, étant donné qu'il est établi en l'espèce au vu des rapports médicaux du Dr PERSONNE6.) des 4 octobre 2014 et 12 janvier 2015 qu'il était en surveillance médicale auprès du Dr PERSONNE6.) et qu'une échographie du cœur avait été réalisée. Suite à une première visite auprès de ce médecin, un examen IRM du cœur avait été réalisé par le Dr PERSONNE9.) le 25 novembre 2014. Il résulte du rapport médical établi par ce dernier le 25 novembre 2014 qu'un « *aspect de non compaction myocardique avec discrète dilatation ventriculaire* » a été constatée chez le patient. Cette affection a également été constatée par le Dr PERSONNE6.). Ce dernier a également relevé que le patient est atteint d'une « *hypercholestérolémie* » et a proposé dans son rapport du 12 janvier 2015 une « *Nikotinkarrenz* » ainsi qu'une « *Wiedervorstellung in 1 Jahr oder bei Beschwerden* ».

Il résulte encore du Dr PERSONNE5.) du 1^{er} juillet 2014 qu'un « bilan respiratoire » a été réalisé le 30 juin 2014 sur la personne de feu PERSONNE2.). Dans son rapport du 1^{er} juillet 2014, ledit médecin a retenu chez ce dernier la présence d'une « *bronchite chronique simple post tabagique* » ainsi qu'un « *un emphysème débutant* » et a en outre retenu que « *le sevrage tabagique définitif s'impose* » (*note de la Cour* : le terme définitif est marqué en gras).

Les développements des parties sur le degré de gravité de la bronchite chronique, de l'emphysème débutant, de l'hypercholestérolémie et de la dilatation ventriculaire constatées auprès de feu PERSONNE2.) ne sont pas pertinents. Ce qui importe dans le présent litige est le fait qu'il s'agit d'affections qui ont été constatées par des médecins spécialistes lors d'examens effectués par ces derniers que feu PERSONNE2.) n'avait pas mentionné dans la déclaration de santé qui lui avait été remise par SOCIETE2.), bien qu'une question précise et intelligible lui avait été posée à ce sujet. Il y a lieu d'ajouter au vu du contenu des rapports médicaux que les affections constatées sont à

mettre en relation causale avec le tabagisme de feu PERSONNE2.) dont elles sont des conséquences et constituent des éléments d'appréciation du risque à assurer, même à admettre qu'elles n'aient pas affectées le pronostic vital du candidat à l'assurance.

Or dans la mesure où les examens spécialisés réalisés n'avaient pas été mentionnés par PERSONNE2.) dans la déclaration de santé, les affections constatées par les Dr PERSONNE6.) et PERSONNE5.) n'avaient forcément pas non plus été portées à la connaissance de SOCIETE2.).

Feu PERSONNE2.) ne pouvait toutefois ignorer qu'il devait répondre aux questions lui posées et fournir une réponse sincère, étant donné qu'il est précisé en bas de page du questionnaire lui soumis « *que l'appréciation du risque par la compagnie est basée sur les déclarations faites ci-avant. Il est donc indispensable que les réponses soient faites consciencieusement, étant entendu qu'aux termes de la loi les omissions ou inexactitudes intentionnelles pourront entraîner la nullité de l'assurance. Par ma signature, je certifie que j'ai répondu sincèrement aux questions précitées* ». En apposant sa signature sur ledit questionnaire, feu PERSONNE2.) s'est en conséquence engagé à répondre correctement aux questions posées.

La Cour renvoie en outre à l'article 7 des conditions générales d'assurance dont il n'est pas contesté qu'elles avaient été portées à la connaissance des candidats à l'assurance et qui dispose sous un intitulé « *sincérité des déclarations* » que « *le contrat est établi sur base des déclarations du preneur d'assurance et de l'assuré. A la souscription du contrat et lors de toute augmentation des sommes assurées, le preneur d'assurance et l'assuré doivent déclarer exactement toutes les circonstances connues par eux, et qui sont de nature à faire apprécier par le Compagnie les risques qu'elle prend à sa charge.*

Toute omission ou inexactitude intentionnelle de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré, rendant l'assurance nulle, lorsqu'elles diminuent l'opinion du risque ou en changent le sujet, de telle sorte que la Compagnie, si elle en avait eu connaissance, n'aurait pas contracté aux mêmes conditions ».

Il est vrai qu'un preneur ne pourra se voir sanctionner pour l'absence d'indications sur un élément que lui-même ne pouvait raisonnablement considérer comme intéressant l'assureur dans son appréciation et qu'en pareille circonstance, une obligation de s'informer incombe à l'assureur (Cour de cassation de Belgique, 18 janvier 2022, R.G.A.R., 2033, n° 13659 ; voir M. Fontaine, Droit des assurances, 5^{ème} édition, p.210 et suiv).

Or en l'espèce, à défaut pour feu PERSONNE2.) d'avoir répondu à la question de savoir quels examens médicaux il aurait subi les 12 derniers mois, et d'avoir répondu par la négative à la question n° 11, il n'a fourni aucun élément à l'assureur qui aurait dû inciter ce dernier à se renseigner davantage.

C'est partant à tort que le tribunal a relevé en l'espèce qu'il aurait appartenu à SOCIETE2.) au moment d'avoir réceptionné la déclaration de santé du 2 février 2015 de prendre l'initiative et de s'informer auprès de feu PERSONNE2.). Pour être complet, la Cour tient encore à relever qu'il résulte des pièces versées aux débats que ce n'est qu'en septembre 2019, suite à une demande des assurés tendant à voir reconnaître leur droit aux prestations de garantie que SOCIETE2.) a eu connaissance des rapports médicaux prédécrits.

Il suit de l'ensemble des éléments et considérations qui précèdent que feu PERSONNE2.) devait raisonnablement considérer que les questions d'ordre médical indiquées dans la déclaration de santé lui soumise constituaient des éléments importants d'appréciation du risque, dans la mesure où ces éléments faisaient l'objet de questions précises dans ladite déclaration de santé. Feu PERSONNE2.) aurait par conséquent dû y répondre loyalement et ne pouvait donc taire qu'il a subi un examen IRM cardiaque, une échographie et un bilan respiratoire et qu'il a consulté à cet effet des médecins spécialistes.

Au vu de la teneur des rapports médicaux des Dr PERSONNE6.) et PERSONNE5.), il n'est pas non plus concevable que feu PERSONNE2.) ait ignoré qu'il était atteint d'une bronchite chronique simple, d'un emphysème débutant, d'hypercholestérolémie, et d'un aspect non compaction myocardique.

Les médecins ont nécessairement dû l'informer qu'un sevrage tabagique définitif s'imposait.

L'ensemble des éléments prédécrits conduit la Cour à retenir, par réformation, le caractère intentionnel des fausses déclarations opérés par feu PERSONNE2.) qui ont eu nécessairement une incidence sur l'appréciation du risque par l'assureur maintenu dans l'ignorance des examens spécialisés auxquels s'est soumis le candidat à l'assurance et partant des affections constatées.

Les développements de l'intimée quant à la qualité de sportif de feu PERSONNE2.) ne sont d'aucune pertinence pour la solution du présent litige et partant à écarter. Il en est de même des attestations testimoniales versées en cause par l'intimée.

Les développements de SOCIETE2.) relatifs au document généré par son tarificateur, et à l'avis médical du Dr PERSONNE7.) sont surabondants.

Au vu des considérations qui précèdent, SOCIETE2.) est fondée à solliciter la nullité du contrat d'assurance « *Lalux- Security 00/774529-0* » signé en date du 9 avril 2015 sur la tête de feu PERSONNE2.). Le jugement entrepris est par conséquent à réformer et il y a lieu de décharger SOCIETE2.) de l'ensemble des condamnations prononcées à son égard.

Au vu du résultat du litige, la demande de PERSONNE1.) en allocation d'une indemnité de procédure pour l'instance d'appel est à rejeter.

Celle de SOCIETE2.) est à rejeter, étant donné qu'elle n'a pas établi l'iniquité requise par l'article 240 du NCPC.

PAR CES MOTIFS

La Cour d'appel, huitième chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement, reçoit l'appel,

le dit fondé,

réformant,

dit non fondée la demande de PERSONNE1.) en paiement du capital décès,

prononce la nullité du contrat d'assurance « *XXX- Security 00/774529-0* » signé en date du 9 avril 2015 sur la tête de feu PERSONNE2.),

dit non fondée la demande de PERSONNE1.) en allocation d'une indemnité de procédure pour la première instance,

rejette la demande des parties en allocation d'une indemnité de procédure pour l'instance d'appel,

condamne PERSONNE1.) aux frais et dépens des deux instances avec distraction au profit de Maître Romain ADAM, avocat concluant, sur ses affirmations de droit.