

Texte pseudonymisé

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

Jugement civil 2023TALCH01 / 00233

Audience publique du mardi quatre juillet deux mille vingt-trois.

Numéro TAL-2021-08663 du rôle

Composition :

Malou THEIS, premier vice-président,
Séverine LETTNER, premier juge,
Elodie DA COSTA, juge délégué,
Luc WEBER, greffier.

E n t r e

1. PERSONNE1.), demeurant à L-ADRESSE1.),
2. PERSONNE2.), demeurant à L-ADRESSE1.),

parties demanderesses aux termes d'un exploit de l'huissier de justice suppléant Marine HAAGEN d'Esch-sur-Alzette du 5 octobre 2021,

comparaissant par Maître Christiane GABBANA, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

e t

1. la société anonyme SOCIETE1.), établie et ayant son siège social à L-ADRESSE2.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions, inscrite au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO1.),
2. PERSONNE3.), demeurant à L-ADRESSE3.),

parties défenderesses aux fins du prédit exploit,

comparaissant par Maître Marc GOUDEN, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

Le Tribunal :

1. Faits constants et indications de procédure

A l'automne 2018, les époux PERSONNE1.) ont réservé un voyage de 49 jours à destination de la Nouvelle-Zélande et du Japon. Le voyage devait avoir lieu du DATE1.) au DATE2.) et le prix du voyage s'élevait à la somme totale de 74.410 euros se ventilant comme suit : un montant de 64.056 euros, soit 32.028 euros par personne pour l'hébergement, et un montant de 11.354 euros pour les billets d'avion.

Au début de l'année 2019, les époux PERSONNE1.) ont souscrit une assurance annulation voyage « ALIAS1.) » auprès de la SOCIETE1.).

Suite à une maladie de PERSONNE1.), les époux PERSONNE1.) n'ont pas pu faire le voyage projeté. Ils ont alors fait appel à l'assurance annulation souscrite auprès de la SOCIETE1.).

Ils ont perçu un remboursement de 8.906 euros de la part de la compagnie aérienne pour les billets d'avion et la SOCIETE1.) leur a versé, au mois de juin 2020, la somme de 37.000 euros.

A l'heure actuelle, un solde de 28.504 euros reste à charge des époux PERSONNE1.) alors que la SOCIETE1.) refuse la prise en charge de ce montant au titre de l'assurance annulation souscrite par les époux PERSONNE1.).

Par exploit d'huissier du 5 octobre 2021, PERSONNE1.) et son épouse PERSONNE2.) (ci-après les époux PERSONNE1.)) ont fait donner assignation à la société anonyme SOCIETE1.) (ci-après la SOCIETE1.)) et à PERSONNE3.) à comparaître devant le tribunal de ce siège aux fins de voir condamner principalement la SOCIETE1.) au paiement d'un montant de 28.504 euros au titre du solde de couverture de l'assurance annulation souscrite, avec les intérêts légaux à partir de la première mise en demeure, jusqu'à solde.

A titre subsidiaire, les époux PERSONNE1.) sollicitent la condamnation solidaire, sinon *in solidum*, sinon chacun pour leur part, de la SOCIETE1.) et de

PERSONNE3.) au paiement d'un montant de 28.504 euros au titre de dommages et intérêts redûs pour le préjudice subi du chef de la violation des obligations précontractuelles d'information et de conseil, avec les intérêts légaux à partir de la première mise en demeure, jusqu'à solde.

Les époux PERSONNE1.) demandent encore l'allocation d'une indemnité de 3.000 euros sur base de l'article 240 du nouveau code de procédure civile et la condamnation des parties défenderesses au paiement des frais et dépens de l'instance, avec distraction au profit de leur mandataire.

A l'audience publique du 16 mai 2023 l'instruction a été clôturée et le juge rapporteur a été entendu en son rapport oral.

Maître Christiane GABBANA, avocat constitué, a conclu pour les époux PERSONNE1.).

Maître Marc GOUDEN, avocat constitué, a conclu pour la SOCIETE1.) et PERSONNE3.).

2. Appréciation

Les époux PERSONNE1.) entendent obtenir le paiement du solde du prix de leur voyage, soit un montant de 28.504 euros, principalement sur base de l'assurance annulation souscrite par eux auprès de la SOCIETE1.), soit subsidiairement au titre de dommages et intérêts pour violation par les parties défenderesses de leurs obligations contractuelles.

2.1. La demande basée sur le contrat d'assurance

a) Les moyens et prétentions des parties

A l'appui de leur demande, les époux PERSONNE1.) exposent qu'ils auraient conclu la police d'assurance « ALIAS1.) » auprès de la SOCIETE1.) afin d'assurer leur voyage en cas d'annulation.

Ils font valoir qu'ils auraient été convaincus, de par les déclarations de leur agent d'assurance PERSONNE3.), que la couverture de l'assurance souscrite aurait été de 37.000 euros par personne participant au voyage, de sorte à englober pratiquement l'entièreté du prix du voyage qu'ils avaient projeté. Cela résulterait de l'offre d'assurance et constituerait la raison pour laquelle ils auraient accepté ladite offre.

Ils exposent encore que préalablement à la souscription de l'assurance annulation, PERSONNE3.), agent de la SOCIETE1.), aurait laissé entendre aux époux PERSONNE1.) que la couverture d'assurance annulation souscrite par eux aurait été de 37.000 euros par personne participant au voyage, soit 74.000 euros au total.

Les époux PERSONNE1.) basent leur demande sur l'article 284-2 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances et l'article 1998 du code civil.

Ils soutiennent que le document intitulé « votre contrat d'assurance » serait sans pertinence alors qu'il aurait été émis plus de deux mois après l'acceptation de l'offre et que d'autre part il serait matériellement erroné en ce qu'il indiquerait que la couverture d'assurance ne serait que de 18.500 euros par personne. Le contrat d'assurance ne reprendrait dès lors pas les conditions de l'offre du DATE3.) qui aurait été acceptée par eux, à savoir un montant assuré de 37.000 euros par personne. Par ailleurs, ils n'auraient jamais reçu communication du contrat d'assurance avant la présente procédure, le simple paiement de la prime d'assurance ne saurait valoir preuve de la réception du contrat d'assurance.

Les parties défenderesses contestent la demande. Elles font valoir que les époux PERSONNE1.) auraient initialement demandé une couverture d'assurance de 27.000 euros, qui aurait été majorée à 37.000 euros en raison de l'ajout du prix des billets d'avion, qui serait reprise dans la fiche d'analyse des besoins dressé par l'agent d'assurance. L'offre du DATE3.) mentionnerait un plafond de garantie de 37.000 euros et celle-ci aurait été acceptée par les époux PERSONNE1.). De même, le contrat d'assurance mentionnerait un plafond de garantie de 37.000 euros pour toutes les personnes assurées et un plafond de garantie de 18.500 euros par personne.

Les parties défenderesses soutiennent que dans la mesure où la couverture d'assurance serait contestée, il y aurait lieu de vérifier si les conditions d'application de l'assurance seraient remplies dans le chef des époux PERSONNE1.). A ce titre, elles font valoir qu'il appartiendrait à l'assuré qui aurait subi un sinistre de rapporter la preuve que les conditions de la couverture d'assurance seraient remplies. En effet, le paiement d'un montant de 37.000 euros effectué par la SOCIETE1.) au mois de juin 2020, ne saurait s'analyser comme une renonciation à discuter le bien-fondé de la couverture d'assurance alors qu'une renonciation ne se présumerait pas. Il appartiendrait aux époux PERSONNE1.) de rapporter la preuve d'une faute, un dommage et un lien causal.

En l'espèce, le contrat d'assurance conclu par les époux PERSONNE1.) renverraient aux conditions générales de la SOCIETE1.) dont l'article 6 régirait les annulations. La circonstance justifiant une annulation du voyage qui aurait pu

s'appliquer en l'espèce serait la maladie grave de PERSONNE1.). La maladie grave serait également définie par les conditions générales.

En l'espèce, le médecin traitant PERSONNE1.) aurait été amené à remplir un rapport médical dans le cadre de la déclaration de sinistre. Dans le cadre de cette déclaration, le médecin traitant de PERSONNE1.) aurait clairement indiqué que l'état de santé du patient ne justifierait pas la renonciation au voyage projeté.

Les parties défenderesses exposent encore qu'avant de solliciter l'annulation du voyage, les époux PERSONNE1.) auraient contacté leur agent d'assurance, PERSONNE3.), pour savoir de ce qui en serait de l'application de la police d'assurance au vu du contexte sanitaire résultant de la crise sanitaire lié à la COVID-19. En effet, PERSONNE1.) se serait inquiété de la crise sanitaire notamment au vu de son âge. PERSONNE3.) lui aurait indiqué que la police d'assurance ne trouverait pas à s'appliquer alors que la crise sanitaire ne serait pas couverte. Ce à quoi PERSONNE1.) aurait indiqué qu'il serait donc malade tel que cela résulterait d'une conversation téléphonique dont il n'existerait pas de transcription.

Les parties défenderesses soutiennent que par conséquent, la couverture d'assurance ne saurait jouer en faveur des époux PERSONNE1.) et ce serait à tort que la SOCIETE1.) aurait effectué le paiement de 37.000 euros en leur faveur.

La SOCIETE1.) demande à titre reconventionnel la condamnation des époux PERSONNE1.) au remboursement de la somme de 37.000 euros.

Les époux PERSONNE1.) font répliquer que PERSONNE1.) serait tombé malade le DATE4.). Le médecin traitant de PERSONNE1.) aurait coché par erreur la case « NON » en réponse à la question de savoir si l'état de santé de PERSONNE1.) permettait de justifier la renonciation au voyage. Il s'agirait d'une simple erreur matérielle qui ne saurait prêter à conséquence. Ils versent à l'appui de leurs allégations une attestation testimoniale du médecin traitant.

Ils expliquent encore que la SOCIETE1.) aurait reconnu cette erreur matérielle, raison pour laquelle elle aurait procédé au paiement d'un montant de 37.000 euros au mois de juin 2020.

Les parties défenderesses contestent le certificat médical émis par le médecin traitant de PERSONNE1.) motif pris qu'à la date d'émission dudit certificat, les époux PERSONNE1.) se seraient trouvés à l'étranger. Cela résulterait du relevé de carte de crédit de PERSONNE1.) qui ferait état de dépenses faites à ADRESSE4.). Il serait dès lors douteux que PERSONNE1.) se soit effectivement rendu chez son médecin traitant au mois de mars 2020.

Elles contestent l'attestation testimoniale versée en cause au motif qu'aucun crédit ne saurait lui être accordée alors qu'elle serait postérieure à la naissance du présent litige.

Les parties défenderesses font encore valoir que PERSONNE1.) aurait demandé la suspension de ses contrats automobiles avec effet au DATE5.) pour un véhicule Jaguar et au DATE6.) pour un véhicule Range Rover. PERSONNE1.) aurait demandé à voir réactiver lesdits contrats d'assurance avec effet au 15 juin 2020. Il serait dès lors établi que les époux PERSONNE1.) passaient des périodes prolongées à l'étranger et qu'ils n'auraient pas été présents au Luxembourg au moment de l'émission du certificat médical du DATE4.).

Les époux PERSONNE1.) font valoir que les allégations des parties défenderesses seraient mensongères et elles seraient contestées.

Ils ne contestent pas qu'il leur arriverait de passer du temps à ADRESSE4.) mais ils contestent s'y être trouvés le DATE4.), ni le DATE7.). Les relevés de leurs dépenses intervenues entre le 2 et le 21 novembre 2018 seraient sans importance alors qu'ils ne concerneraient pas la période litigieuse.

Ils expliquent encore que PERSONNE1.) suspendrait les assurances automobiles des deux véhicules du couple en hiver mais que cela ne serait pas de nature à étayer l'hypothèse adverse.

Enfin, ils font valoir que la date de l'attestation testimoniale du médecin traitant de PERSONNE1.) serait sans incidence sur la validité et la crédibilité de cette attestation. Cette attestation aurait été demandé au médecin en raison des contestations adverses émises dans le cadre de la présente procédure.

Les époux PERSONNE1.) contestent la demande reconventionnelle en son principe et en son quantum.

b) Appréciation

Remarques préliminaires

Le tribunal relève que les développements relatifs aux éventuelles déplacements et aux dépenses effectuées à l'étranger par les époux PERSONNE1.) au mois de novembre 2018 sont sans incidence sur le présent litige qui a trait à la période du mois de mars 2020. En effet, il ne saurait être tiré aucune conclusion utile pour la solution du présent litige du fait que les époux PERSONNE1.) se soient trouvés à l'étranger au mois de novembre 2018.

De même, le simple fait pour PERSONNE1.) d'avoir sollicité la suspension de ses contrat d'assurance automobile durant les mois d'hiver ne saurait établir l'absence des époux PERSONNE1.) du Luxembourg au moment des faits qui font l'objet du présent litige. En effet, il arrive que des personnes ne fassent assurer leur véhicule que pendant les mois d'été et qu'ils utilisent un autre véhicule pendant les mois d'hiver.

Le tribunal ne tiendra dès lors pas compte de ces éléments dans son appréciation.

Il est constant en cause que les époux PERSONNE1.) ont souscrit auprès de la SOCIETE1.) un contrat d'assurance annulation « ALIAS1.) » afin d'assurer leur voyage prévu au printemps 2020.

Les parties sont en désaccord quant à l'étendue de la couverture d'assurance et quant à la question de savoir si les époux PERSONNE1.) peuvent prétendre à la couverture souscrite.

Il y a dès lors lieu, dans un premier temps de toiser la question de l'étendue de la couverture d'assurance.

Aux termes de l'offre émise par la SOCIETE1.) en date du DATE8.), l'assurance « ALIAS1.) » avait les caractéristiques suivantes :

Durée du contrat 49 jours

Date de début DATE1.) Date de fin : DATE2.)

Date de réservation du voyage : DATE9.)

Date de la demande : DATE8.)

Nombre de personne(s) assuré(es) : 2

La garantie de base de l'assurance était la suivante : Assurance annulation de voyage (somme assurée par voyage et pour toutes les personnes assurées : 37.000 euros.

Le contrat d'assurance n°NUMERO2.) du DATE10.) reprend le nombre de personnes assurées, à savoir 2, ainsi que les caractéristiques du contrat telle que précitées.

En ce qui concerne le montant assuré, la page du contrat d'assurance indique ce qui suit :

*« Assistance aux personnes à l'étranger
Assurance annulation voyage*

- *Plafond de garantie pour le voyage pour toutes les personnes assurées 37.000 euros*
- *Plafond de garantie pour le voyage par personne 18.500 euros ».*

Le tribunal relève que bien que l'offre du DATE8.) ne contient pas la distinction entre le plafond de garantie pour le voyage et le plafond de garantie par personne, les termes de l'offre sont clairs et précis en ce qu'elle indique clairement le nombre de personnes assurées, à savoir 2, et le montant assuré, à savoir 37.000 euros.

Au vu de ses énonciations claires et précises, les époux PERSONNE1.) ne pouvaient pas se méprendre sur l'étendue de la couverture d'assurance, à savoir une « *Assurance annulation de voyage (somme assurée par voyage et pour toutes les personnes assurées : 37.000 euros* ».

L'assurance annulation souscrite était dès lors bien de 37.000 euros pour toutes les personnes assurées, à savoir les époux PERSONNE1.), soit deux personnes, et non pas de 37.000 euros par personne.

Les époux PERSONNE1.) pouvaient dès lors prétendre à une prise en charge de 37.000 euros en cas d'annulation de leur voyage.

Les époux PERSONNE1.) ne pouvant prétendre au paiement d'un montant supérieur à celui de la couverture d'assurance souscrite, leur demande principale tendant au paiement d'un montant de 29.504 euros en application de l'assurance souscrite et réclamés aux termes de leurs dernières conclusions, est d'ores et déjà à rejeter pour être non fondée.

Il convient toutefois de déterminer si l'assurance souscrite était applicable au cas d'espèce afin de toiser la demande reconventionnelle formulée par la SOCIETE1.).

L'assurance annulation « ALIAS1.) » souscrite par les époux PERSONNE1.) est régie par les conditions générales de la SOCIETE1.). Ces conditions générales traitent des annulations de voyages à l'article 6 qui dispose ce qui suit :

« Nous prenons totalement en charge les frais administratifs de modification de voyage ou de séjour.

Nous garantissons le remboursement des frais et des dédits éventuels dont les assurés seraient redevables en cas d'annulation de voyage qui trouverait sa cause dans une des circonstances énumérées ci-après :

- *Une maladie grave, un accident, le décès, la disparition ou l'enlèvement de :*
 - *l'assuré ;*
 - *un accompagnateur ;*
 - *un membre de la famille jusqu'au deuxième degré de parenté ;*
 - *une personne vivant sous son toit et dont il a la charge ou la garde. (...)* ».

La maladie grave est définie à l'article 1.1. des conditions générales de la SOCIETE1.) comme une « *altération de la santé, attestée par un médecin comme étant incompatible avec l'exécution du contrat de voyage. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie grave* ».

En l'espèce, PERSONNE1.) fait valoir qu'il serait tombé malade le DATE4.) et que son état de santé ne lui aurait pas permis de prendre part au voyage projeté. Il résulte du formulaire de déclaration de sinistre établi le DATE4.), que le voyage a été annulé en raison d'une maladie grave d'un des assuré, à savoir PERSONNE1.).

Il résulte encore du formulaire précité, que le médecin de PERSONNE1.) a rempli la partie « rapport médical » du formulaire et qu'il a indiqué que PERSONNE1.) ne serait pas en mesure de voyager en cochant la case « NON » derrière la question suivante « *Selon vous, son état de santé permet-il de justifier la renonciation au voyage projeté par le patient ?* ».

Aux termes d'une ordonnance médicale du DATE4.) jointe au formulaire de déclaration de sinistre, le Docteur PERSONNE4.) déclare que « *Aus medizinischer Indikation ist o.g. Patient (PERSONNE1.) vom DATE4.) bis auf weiteres (mind. DATE11.) nicht flug- bzw. Reisefähig. Bei Fragen zögern Sie nicht unsere Praxis zu kontaktieren* ».

Le tribunal retient dès lors que les déclarations contenues dans l'ordonnance du DATE4.) sont en contradiction avec celles du formulaire de déclaration de sinistre établi le même jour.

Aux termes d'une attestation testimoniale du Docteur PERSONNE4.) du DATE12.) ce dernier indique que ce serait par erreur qu'il aurait coché la réponse « NON » à la question de savoir si l'état de santé de PERSONNE1.) justifierait une annulation du voyage projeté.

Ces déclarations viennent confirmer les déclarations contenues dans l'ordonnance médicale du DATE4.) jointe au formulaire de déclaration de sinistre.

Par conséquent, il y a lieu de retenir que le fait pour le Docteur PERSONNE4.) d'avoir coché la case « NON » derrière la question suivante « *Selon vous, son état de santé permet-il de justifier la renonciation au voyage projeté par le patient ?* » constitue effectivement une erreur matérielle qui ne porte pas à conséquence.

Dès lors, la véracité des déclarations du Docteur PERSONNE4.) dans son attestation testimoniale ne saurait être remise en cause.

Il y a encore lieu de relever qu'il ne résulte d'aucun élément soumis à l'appréciation du tribunal que l'assurance aurait contacté le médecin de PERSONNE1.) afin de prendre de plus amples informations quant à l'état de santé de PERSONNE1.).

Par conséquent, il y a lieu de retenir que les époux PERSONNE1.) remplissaient les conditions de l'assurance annulation « ALIAS1.) », de sorte qu'ils pouvaient prétendre au remboursement des frais exposés par eux dans le cadre de l'annulation de leur voyage. C'est dès lors à bon droit qu'ils ont perçu la somme de 37.000 euros de la part de la SOCIETE1.).

Par conséquent, la demande reconventionnelle de la SOCIETE1.) est à rejeter pour être non fondée.

2.2. La demande basée sur les obligations contractuelles des parties défenderesses

a) Les moyens et prétentions des parties

Les époux PERSONNE1.) recherchent la responsabilité des parties défenderesses pour non-respect de leurs obligations d'information et de conseils. Ils basent leur demande sur l'article 10 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance et sur les articles 295-7 et 295-10 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances.

A l'appui de leur demande, ils font valoir que l'offre d'assurance qui leur aurait été remise aurait été trompeuse et totalement inadaptée à leurs besoins. Ils exposent que le document intitulé « votre contrat d'assurance » versé en cause par la SOCIETE1.) ne leur aurait jamais été communiqué avant l'introduction de la présente instance. En tout état de cause, l'offre du DATE3.) faisait uniquement mention d'une « assurance annulation de voyage portant sur une « somme assurée par voyage et pour toutes les personnes assurées 37.000€ », tandis que le contrat d'assurance distinguerait entre le plafond de garantie pour le voyage pour toutes les personnes assurées de 37.000 euros et le plafond de garantie par personne de 18.500 euros.

Ils soutiennent que pour répondre aux exigences de l'article 10 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance et des articles 295-7 et 295-10 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances, il aurait fallu que l'offre du DATE3.) comporte également la mention relative au plafond garanti par personne de 18.500 euros. En l'absence de cette seconde mention, les époux PERSONNE1.) pouvaient parfaitement et légitimement croire que le plafond garanti était un plafond par personne, ceci d'autant plus que le prix total du voyage aurait été d'environ 74.000 euros, fait dont PERSONNE3.) aurait eu connaissance.

Les époux PERSONNE1.) font encore plaider que la fiche d'analyse des besoins client viendrait également confirmer le caractère trompeur de l'offre du DATE8.) étant donné qu'elle ferait mention d'une augmentation du plafond de garantie à hauteur de 5.000 euros par personne pour les billets d'avion. Par combinaison de l'offre du DATE8.) et de la fiche d'analyse, il devrait être compris que la couverture d'assurance serait de 37.000 euros par personne participant au voyage. De plus, en signant cette fiche, les époux PERSONNE1.) auraient uniquement acquiescé aux renseignements fournis par PERSONNE3.) lors de leurs entretiens.

Les parties défenderesses contestent toute faute dans leur chef. Elles exposent que le contrat ainsi que tous ses annexes auraient été communiqués aux époux PERSONNE1.) ensemble avec l'avis d'échéance en date du DATE10.). Les époux PERSONNE1.) ne pourraient pas valablement prétendre n'avoir jamais eu connaissance du contrat d'assurance alors que l'avis de paiement mentionnerait clairement le numéro de contrat ainsi que le fait que le contrat serait joint à l'avis de paiement. Dans la mesure où la prime d'assurance aurait été payée, les époux PERSONNE1.) auraient nécessairement reçu l'avis de paiement et tous les documents y joints, y compris le contrat d'assurance.

Les parties défenderesses contestent encore le caractère trompeur, peu clair et incohérent de l'offre du DATE8.).

Elles font valoir qu'il ne serait pas établi en cause que les dispositions de l'article 10 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance n'auraient pas été respectées. Les époux PERSONNE1.) soutiendraient ne pas avoir reçu d'informations claires et précises, sans pour autant en rapporter la preuve. Les mentions reprises dans l'offre et le contrat seraient parfaitement claires et sans équivoque. De plus, les époux PERSONNE1.) resteraient en défaut de rapporter la preuve de ce qu'ils auraient réellement souhaité une couverture d'assurance plus étendue et tout mauvais conseil à ce propos. Si tel avait été le cas, ils se seraient interrogés sur les termes de l'offre. En tout état de cause, au vu du prix du voyage qui aurait été de 75.410 euros, il existait une sous assurance. Enfin, au

moment de la souscription de l'assurance, le prix du voyage n'aurait été qu'approximatif. Dès lors, les époux PERSONNE1.) resteraient en défaut de rapporter la preuve de leur volonté réelle de voir assurer la totalité du prix du voyage.

Les parties défenderesses estiment avoir rempli leurs obligations découlant de l'article 295-7 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances motif pris que les époux PERSONNE1.) resteraient en défaut de démontrer en quoi la responsabilité des parties défenderesses serait concrètement engagée.

Elles contestent enfin le non-respect des prescriptions de l'article 295-10 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances faute pour les époux PERSONNE1.) d'en rapporter la preuve.

Elles expliquent que le produit souscrit par les époux PERSONNE1.) aurait été une assurance annulation simple dont les termes de l'offre auraient été clairs. Les époux PERSONNE1.) auraient signé la fiche d'analyse des besoins et conseil client, de sorte qu'ils auraient expressément accepté l'offre et les conseils reçus. Les époux PERSONNE1.) resteraient dès lors en défaut de démontrer qu'ils auraient réellement souhaité une couverture plus étendue que celle souscrite et qu'ils auraient été mal conseillés.

A titre subsidiaire, les parties défenderesses demandent à voir instaurer un partage de responsabilité à hauteur de 50% dans le chef des époux PERSONNE1.) en raison de leur négligence fautive.

Elles font valoir qu'il pesait sur les époux PERSONNE1.) un véritable devoir de diligence et de proactivité qui inclurait une obligation de lire la documentation qui leur aurait été soumise. Il pèserait encore sur le preneur d'assurance un « devoir de curiosité » alors qu'il ne pourrait se contenter de rester passif sous prétexte qu'il passerait pas un agent d'assurance. En l'espèce, les époux PERSONNE1.) n'auraient rien soulevé alors même qu'ils auraient été confronté à des éléments textuels limpides. Ils auraient également confirmé par la signature de la fiche client avoir reçu toutes les informations utiles.

Les époux PERSONNE1.) contestent toute obligations d'information qui pèserait sur le preneur d'assurance et ils s'opposent à tout partage de responsabilité motif pris que l'argument adverse ne saurait tenir. En effet, le contrat d'assurance ne leur aurait jamais été communiqué avant l'introduction de la présente instance. Ils auraient dès lors été convaincu que la couverture d'assurance aurait été de 37.000 euros par personne compte tenu des informations reçues par eux.

Ils exposent que PERSONNE3.) leur aurait clairement indiqué que la couverture d'assurance aurait été augmentée de 5.000 euros par personne et que dès lors la couverture d'assurance serait de 37.000 euros par personne. Il résulterait encore d'un échange de correspondance versé en cause que PERSONNE3.) lui-même aurait pensé que la couverture de 37.000 euros était une couverture par personne. Cela viendrait confirmer le caractère imprécis et trompeur de l'offre.

Les époux PERSONNE1.) vont encore valoir que le paiement de la prime d'assurance n'emporterait pas la preuve d'une réception par eux du contrat d'assurance. Ils auraient payé une prime d'assurance d'un montant de 1.546,48 euros, montant repris dans l'offre du DATE8.).

Les parties défenderesse font valoir que les propos de PERSONNE3.) ne sauraient fonder la conviction du tribunal quant à une éventuelle responsabilité. Tout au plus, il s'agirait d'un aveu extrajudiciaire qui porterait avant tout sur des faits et non sur des conclusions juridiques qui pourraient en être tirées.

b) Appréciation

Les époux PERSONNE1.) basent leur demande sur les dispositions suivantes.

L'article 10 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance qui dispose que

« 1. Avant la conclusion du contrat d'assurance, le preneur d'assurance doit recevoir de l'entreprise d'assurances la communication des informations suivantes:

- a) la dénomination ou raison sociale et la forme juridique de l'entreprise d'assurances,*
- b) le nom de l'Etat membre où est établi le siège social et, le cas échéant, l'agence ou la succursale avec lequel le contrat sera conclu,*
- c) l'adresse du siège social et, le cas échéant, de l'agence ou de la succursale avec lequel le contrat sera conclu,*
- d) la définition de chaque garantie et option ainsi que toute limitation ou exclusion apportées à ces garanties,*
- e) la durée du contrat,*
- f) les modalités d'exercice du droit de résiliation et, le cas échéant, de renonciation au contrat,*
- g) les modalités et la durée de versement des primes,*
- h) les informations sur tous les frais accessoires et les taxes occasionnés par la conclusion du contrat,*

- les informations sur les primes relatives à chaque garantie, qu'elle soit*
- i) principale ou complémentaire, lorsque de telles informations s'avèrent appropriées,*
 - la loi qui sera applicable au contrat au cas où les parties n'auraient pas de*
 - j) liberté de choix ou, si les parties ont la liberté de choisir la loi applicable, la loi que l'assureur propose,*
 - les dispositions relatives à l'examen des plaintes des preneurs d'assurance au sujet du contrat, y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance*
 - k) chargée d'examiner les plaintes, sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice,*
 - et en outre pour l'assurance sur la vie:*
 - l) les modalités de calcul et d'attribution des participations aux bénéficiaires,*
 - m) les indications des valeurs de rachat et de réduction et la nature des garanties y afférentes,*
 - n) une énumération des valeurs de référence utilisées (unités de dans les contrats à capital variable,*
 - o) des indications sur la nature des actifs représentatifs des contrats à capital variable,*
 - p) des indications générales relatives au régime fiscal applicable au type de police.*

2. Les informations visées au présent article doivent être formulées de manière claire et précise, par écrit, et être fournies dans une des langues officielles du Grand-Duché de Luxembourg.

Toutefois, ces informations peuvent être rédigées dans une autre langue comprise par le preneur d'assurance, si celui-ci le demande ou s'il a la liberté de choisir la loi applicable ».

L'article 279, point 5 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances dispose comme suit :

« Aux fins du présent chapitre et des règlements pris en son exécution, on entend par : (...)

5. «conseil» : la fourniture de recommandations personnalisées à un client, à sa demande ou à l'initiative du distributeur ».

L'article 295-7 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances dispose que

« (1) Lorsqu'ils exercent une activité de distribution d'assurances, les distributeurs de produits d'assurance doivent toujours agir de manière honnête, impartiale et professionnelle, et ce au mieux des intérêts de leurs clients.

(2) *Sans préjudice de la directive 2005/29/CE, toutes les informations en lien avec l'objet du présent chapitre, y compris les communications publicitaires, adressées par le distributeur de produits d'assurance à des clients ou à des clients potentiels doivent être correctes, claires et non trompeuses. Les communications publicitaires doivent toujours être clairement identifiables en tant que telles.*

(3) *Les distributeurs de produits d'assurance ne doivent pas être rémunérés ou ne rémunèrent pas ni n'évaluent les performances de leur personnel et autres collaborateurs d'une façon qui aille à rencontre de leur obligation d'agir au mieux des intérêts de leurs clients. Un distributeur de produits d'assurance ne prend en particulier aucune disposition sous forme de rémunération, d'objectifs de vente ou autre qui pourrait l'encourager, ou encourager son personnel ou autres collaborateurs, à recommander un produit d'assurance particulier à un client alors que le distributeur de produits d'assurance pourrait proposer un autre produit d'assurance qui correspondrait mieux aux besoins du client.*

(4) *Les intermédiaires luxembourgeois ne peuvent s'adresser qu'à des entreprises établie ou autorisées à offrir leurs services dans l'État de la situation du risque ou l'État de l'engagement au sens de l'article 43, points 15 et 17 ».*

Enfin, l'article 295-10 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances dispose que

« (1) *Lorsqu'il distribue des produits d'assurance à des clients dont la résidence habituelle ou l'établissement se situe au Grand-Duché de Luxembourg, tout distributeur de produits d'assurance doit fournir des conseils au sens de l'article 279, point 5. Le client peut toutefois accepter de renoncer à titre individuel à ce conseil par écrit et préalablement à tout acte de distribution.*

(2) *Quel que soit la décision prise en vertu du paragraphe 1^{er} avant la conclusion d'un contrat d'assurance, le distributeur de produits d'assurance doit préciser, sur la base des informations obtenues auprès du client, les exigences et les besoins de ce client et fournit au client des informations objectives sur le produit d'assurance sous une forme compréhensible afin de lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause.*

Tout contrat proposé doit être cohérent avec les exigences et les besoins du client en matière d'assurance.

Lorsque des conseils sont fournis avant la conclusion d'un contrat spécifique, le distributeur de produits d'assurance est tenu de fournir au client une recommandation personnalisée expliquant pourquoi un produit particulier correspondrait le mieux à ses exigences et à ses besoins.

(3) *Les précisions visées au paragraphe 2 sont modulées en fonction de la complexité du produit d'assurance proposé et du type de client.*

(4) *Lorsqu'un intermédiaire d'assurances informe le client en application de l'article 295-9, paragraphe 1^{er} point d) qu'il fonde ses conseils sur une analyse impartiale et personnalisée, il doit fonder ces conseils sur l'analyse d'un nombre*

suffisant de contrats d'assurance offerts sur le marché de façon à pouvoir recommander de manière personnalisée, en fonction de critères professionnels, le contrat d'assurance qui serait adapté aux besoins du client.

(5) Sans préjudice de l'article 10 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, avant la conclusion d'un contrat, qu'il soit ou non assorti de la fourniture de conseils et que le produit d'assurance fasse ou non partie d'un lot conformément à l'article 295-14, le distributeur de produits d'assurance est tenu de fournir au client les informations pertinentes sur le produit d'assurance sous une forme compréhensible afin de lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause, tout en tenant compte de la complexité du produit d'assurance et du type de client.

(6) Pour ce qui concerne la distribution des produits d'assurance non vie énumérés à l'annexe I, les informations visées au paragraphe 5 doivent être fournies au moyen d'un document d'information normalisé sur le produit d'assurance, sur support papier ou sur un autre support durable.

(7) Le document d'information sur le produit d'assurance visé au paragraphe 6 est élaboré par le concepteur du produit d'assurance non vie présentant les caractéristiques suivantes ;

a) Le document d'information sur le produit d'assurance:

(i) est un document succinct et autonome;

(ii) est présenté et mis en page d'une manière claire et facile à lire, avec des caractères d'une taille lisible;

(iii) n'est pas moins compréhensible lorsque, l'original ayant été imprimé en couleurs, il est imprimé ou photocopié en noir et blanc;

(iv) est rédigé dans les langues officielles, ou dans l'une des langues officielles, utilisées dans la partie de l'État membre dans laquelle le produit d'assurance est proposé ou, si le consommateur et le distributeur en conviennent, dans une autre langue;

(v) est exact et non trompeur;

(vi) fait figurer le titre « Document d'information sur le produit d'assurance » en haut de la première page;

(vii) comprend une mention indiquant que des informations précontractuelles et contractuelles sur le produit sont fournies dans d'autres documents.

Le document d'information sur le produit d'assurance peut être fourni avec d'autres informations précontractuelles exigées en vertu de la présente loi ou de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, à condition que toutes les exigences énoncées au premier alinéa soient respectées.

b) Le document d'information sur le produit d'assurance contient les informations suivantes:

(i) des informations sur le type d'assurance;

(ii) un résumé de la couverture d'assurance, y compris les principaux risques assurés, les plafonds de garantie et, le cas échéant, la couverture géographique et un résumé des risques exclus;

- (iii) les modalités de paiement des primes et la durée des paiements;*
 - (iv) les principales exclusions qui rendent impossible toute demande d'indemnisation;*
 - (v) les obligations au début du contrat;*
 - (vi) les obligations pendant la durée du contrat;*
 - (vii) les obligations en cas de sinistre;*
 - (viii) la durée du contrat, y compris les dates de début et de fin du contrat;*
 - (ix) les modalités de résiliation du contrat.*
- (8) Les distributeurs luxembourgeois de produits d'assurance doivent respecter l'obligation de fournir des conseils édictée par un État membre autre que le Luxembourg sur base de l'article 22, paragraphe 2, alinéa 3, de la directive (CE) 2016/97 pour la vente de tout produit d'assurance ou pour certains types de produits d'assurance au titre de la libre prestation de services ou du libre établissement à des clients dont la résidence habituelle ou leur établissement se situe dans cet État membre ».*

Les époux PERSONNE1.) reprochent aux parties défenderesses un manquement à leurs obligations de conseil et d'information ayant conduit à la souscription d'une police d'assurance inadaptée à leurs besoins.

Le tribunal relève que les époux PERSONNE1.) recherchent la responsabilité de la SOCIETE1.) et de PERSONNE3.). Le régime de responsabilité leur applicable étant différent, il y a lieu d'analyser les deux régimes de responsabilité de manière séparée.

- *La demande dirigée contre la SOCIETE1.)*

Le tribunal rappelle qu'en vertu de l'article 58 du nouveau code de procédure civile, « [i]l incombe à chaque partie de prouver conformément à la loi les faits nécessaires au succès de sa prétention ». Dans le même sens, l'article 1315 du code civil dispose que « [c]elui qui réclame l'exécution d'une obligation, doit la prouver [...] ».

En effet, le demandeur doit démontrer l'existence du fait ou de l'acte juridique sur lequel il fonde sa prétention : *actori incumbit probatio*. Celui qui a fait la preuve des éléments nécessaires à la naissance du droit qu'il invoque ne doit pas, en outre, prouver que ce droit s'est maintenu sans être modifié. Le défendeur se mue en demandeur en tant qu'il invoque une exception : *reus in excipiendo fit actor*. Il lui appartient donc de faire la preuve des faits qu'il invoque à titre d'exception (R. MOUGENOT, « Droit des obligations, La preuve », éd. Larcier, 1997).

Il appartient dès lors en premier lieu à l'assurance de rapporter la preuve que le contrat d'assurance a bien été remis aux époux PERSONNE1.).

En l'espèce, aucune preuve de l'envoi de l'avis de paiement accompagné des documents relatifs au contrat d'assurance ainsi que le contrat d'assurance lui-même n'est versé en cause.

Toutefois, il y a lieu de relever que les époux PERSONNE1.) ont procédé au paiement la prime d'assurance d'un montant de 1.546,48 euros en date du 9 avril 2019. S'il est vrai que le montant de la prime d'assurance figure également sur l'offre du DATE8.), force est de constater que le paiement de ladite prime a été fait avec la communication « Assurance Travel NUMERO2.) », c'est-à-dire avec la mention du numéro de contrat. Les époux PERSONNE1.) ne pouvaient avoir connaissance du numéro de contrat qu'après réception de l'avis d'échéance qui est accompagné du contrat d'assurance et de la documentation y relative, telle que les conditions générales.

Il y a dès lors lieu de retenir que les époux PERSONNE1.) ont bien reçu le contrat d'assurance litigieux.

En application de ces principes directeurs ci-avant, il appartient, dans un second temps, aux époux PERSONNE1.) de rapporter la preuve des actes et faits nécessaires au succès de leurs prétentions.

En l'espèce, il appartient donc aux époux PERSONNE1.) de rapporter la preuve du caractère trompeur de l'offre et de l'assurance souscrite par eux.

Afin d'établir le caractère trompeur de l'offre et partant de l'assurance, il appartient par conséquent aux époux PERSONNE1.) d'établir que leur intention était d'assurer la totalité du coût de leur voyage, que leur agent d'assurance avait connaissance de cette volonté et qu'il avait connaissance du coût du voyage objet du contrat d'assurance litigieux.

Le tribunal relève que la SOCIETE1.), en sa qualité d'assurance émet les contrats en fonction des renseignements fournies par les agents d'assurance. Il y a encore lieu de rappeler qu'il a retenu ci-dessus (cf. point 2.1.) que les termes de l'offre du DATE8.) était suffisamment clairs et précis en ce qu'ils indiquaient que le nombre de personnes assurées était de deux et que le plafond de la garantie souscrite était de 37.000 euros pour toutes les personnes assurées et non pas 37.000 euros par personne assurée.

Il y a lieu de relever que le seul élément de preuve versé en cause par les époux PERSONNE1.) ayant trait à la période des négociations et de la souscription du

contrat d'assurance litigieux est un courriel du DATE3.) leur adressé par PERSONNE3.) les informant de ce qu'un montant de 5.000 euros par personne aurait été ajouté à l'offre du DATE8.).

Il y a lieu de souligner que le simple fait que les billets d'avion aient fait l'objet d'une majoration par personne en ce qui concerne la couverture d'assurance, n'est pas de nature à établir, à lui seul, que l'intention des époux PERSONNE1.) aurait été

d'assurer la totalité du coût du voyage, soit 37.000 euros par personne, ni que l'agent d'assurance aurait été informé du coût total du voyage. En effet, il aurait pu s'agir de billet d'avion d'un type particulier, tel qu'une première classe, dont les preneurs d'assurance auraient souhaité couvrir l'intégralité du coût et ce indépendamment du coût de l'hébergement de leur voyage.

Les époux PERSONNE1.) restent en défaut de rapporter la preuve de tout élément permettant d'établir qu'ils auraient fait part de leur volonté d'assurer l'entièreté de leur voyage. Partant, ils ne sauraient se prévaloir d'un défaut d'information à leur encontre et par conséquent d'une offre d'assurance inadaptée à leurs besoins.

Au vu des développements qui précèdent, il y a lieu de rejeter la demande formulée par les époux PERSONNE1.) à titre subsidiaire pour être non fondée en ce qu'elle est dirigée contre la SOCIETE1.).

- *La demande dirigée contre PERSONNE3.)*

Les époux PERSONNE1.) reprochent à PERSONNE3.) d'avoir violé son obligation d'information en leur ayant vendu un produit d'assurance inadapté à leurs besoins.

En l'espèce il résulte d'un courriel du 29 mai 2020 adressé par PERSONNE3.) à PERSONNE1.) ce qui suit :

«Zur Reesversécherung;

Am " Normalen" Kontrakt wou op d'Joer leeft as et émmer op d'Persoun, (dèi éischt versioun wou ech der deemols gemacht hat)

Bel enger " Temporaire" wou een nëmnen eng speziféisch Vokanz verséichert, as et op d'Vokanz (den "ensemble" des personnes)

Dat wosst ech net, ech krut ëmmer rëm confïrnréiert dass et pro Persoun wier, suguer nach de Moien, mee et asse en ëmmer vun enger " annuelle" ausgangen Um Endeffekt hu mir just dëss Rees veerséichert.

An där Form as et mäin Fehler (ech wosst et jo nèt besser, an hun den Saz am Kontrakt/Offer: "pour toutes les personnes assures" fir "all" Persoun interpréteiert an nèt fir "all zesammen"... du j wahrscheinlich och?

Dat ganzt deet mer dëck Leed an huet mer och schon vill Suergen an Härzklappen gemach;
(...) ».

Il résulte de cette correspondance que les discussions entre parties ont porté sur deux types de contrat différents, l'un comprenant une couverture annuelle et l'autre comprenant une couverture ponctuelle.

Il résulte encore de ce courrier que les couvertures de ces deux assurances divergent sur certains points, dont notamment le plafond d'assurance pour les personnes assurées.

Enfin, il ressort des termes même du courrier que PERSONNE3.) reconnaît avoir eu connaissance de la volonté des époux PERSONNE1.) d'assurer la totalité du coût de leur voyage et s'être lui-même mépris quant à la portée de la couverture du contrat d'assurance.

Tel que retenu ci-avant, les termes du contrat d'assurance souscrits par les époux PERSONNE1.) étaient parfaitement clairs, de sorte que PERSONNE3.) ne pouvait pas se méprendre sur l'étendue de la garantie offerte aux époux PERSONNE1.).

En se méprenant sur la portée d'une couverture d'assurance dont les termes sont clairs et précis, PERSONNE3.) a commis un manquement à son obligation de conseil dont il était débiteur envers les époux PERSONNE1.).

Cette faute dans le chef de PERSONNE3.) est en relation directe avec le préjudice subi par les époux PERSONNE1.), à savoir la couverture partielle du coût de leur voyage en cas d'annulation de celui-ci.

En ce qui concerne la demande tendant à voir instituer un partage de responsabilité, force est de constater que PERSONNE3.) reproche aux époux PERSONNE1.) de ne pas s'être suffisamment renseignés sur le produit d'assurance qu'ils entendaient souscrire, ce qui revient *in fine* à leur reprocher le même manque de diligence qu'il avoue avoir lui-même commis dans son courrier du 29 mai 2020.

PERSONNE3.) ne saurait reprocher aux époux PERSONNE1.) une faute qu'il reconnaît avoir lui-même commise, de sorte qu'il y a lieu de rejeter la demande en partage de responsabilité pour être non fondée.

Au vu des éléments qui précèdent, il y a lieu de déclarer la demande des époux PERSONNE1.) fondée en ce qu'elle est dirigée contre PERSONNE3.).

2.3. Le montant de l'indemnisation revenant aux époux PERSONNE1.)

PERSONNE3.) conteste le montant réclamé. Il fait valoir que les frais réellement encourus par les époux PERSONNE1.) auraient été de 66.056 euros et qu'ils auraient déjà perçu un montant de 37.000 euros. Enfin, ils auraient dû payer une prime complémentaire de 1.546,48 euros pour couvrir la deuxième personne. Au vu de ce qui précède, les époux PERSONNE1.) ne sauraient prétendre qu'à l'allocation d'un montant de 27.957,52 euros (66.056-37.000-1.546,48).

Il soutient que les époux PERSONNE1.) pourraient dès lors alléguer tout au plus la perte d'une chance d'être assurés pour un montant complémentaire de 27.957,52 euros et compte tenu du partage de responsabilité, ils ne pourraient prétendre qu'à une indemnisation à concurrence d'un montant de 13.978,76 euros (27.957,52 /2).

Les époux PERSONNE1.) sollicitent, aux termes de leurs dernières conclusions, l'allocation d'un montant de 29.504 euros. Ils exposent que le prix total du voyage, billet d'avion compris, aurait été de 66.504 euros. Ils auraient déjà perçu un montant de 37.000 euros de la SOCIETE1.) et un montant de 8.906 euros au titre de l'annulation des billets d'avion. Par conséquent, il resterait un solde de 29.504 euros (66.504-37.000-8.906).

Ils contestent la déduction d'un montant de 1.546,48 euros au titre d'une prétendue prime d'assurance pour la seconde personne motif pris qu'ils auraient déjà réglé le montant de la prime d'assurance.

Ils exposent que leur dommage consisterait dans une couverture partielle de leur voyage en raison de la faute de PERSONNE3.) et non pas d'une perte de chance.

Appréciation

Le dommage subi par les époux PERSONNE1.) consiste en le fait de devoir garder à leur charge la partie du prix de leur voyage qui n'est pas couvert par l'assurance annulation souscrite par eux.

Ce dommage est en lien direct avec la faute commise par PERSONNE3.), de sorte que ce dernier est tenu d'indemniser le préjudice subi.

Il résulte de la facture « ALIAS1.) n°NUMERO3.) du 9 mars 2020 versée en cause que le prix du voyage s'élevait à la somme de 64.054 euros pour l'hébergement. Le prix des billets d'avion s'élevait à la somme de 11.354 euros. Le coût total du voyage projeté par les époux PERSONNE1.) était dès lors de 75.408 euros.

Il n'est pas contesté en cause que les époux PERSONNE1.) ont perçu la somme de 8.906 euros au titre du remboursement des billets d'avion et un montant de 37.000 euros au titre de l'assurance annulation souscrite auprès de la SOCIETE1.). Il reste donc un solde à charge des époux PERSONNE1.) de 29.502 euros.

Il n'y a pas lieu de déduire de ce montant une éventuelle prime d'assurance qui serait redue par les époux PERSONNE1.), étant donné qu'ils se sont déjà acquittés du paiement de ladite prime.

Il y a partant lieu de déclarer la demande des époux PERSONNE1.) fondée à concurrence de la somme de 29.502 euros, avec les intérêts légaux à partir de la demande en justice jusqu'à solde.

3. Les demandes accessoires

Les époux PERSONNE1.) et les parties défenderesses demandent chacun l'allocation d'une indemnité de 3.000 euros sur base de l'article 240 du nouveau code de procédure civile.

L'application de l'article 240 du nouveau code de procédure civile relève du pouvoir discrétionnaire du juge (Cour de cassation 2 juillet 2015, Arrêt N° 60/15, JTL 2015, N° 42, page 166).

L'article 240 du nouveau code de procédure civile permet au juge de condamner l'une des parties à payer à l'autre une indemnité lorsqu'il paraît inéquitable de laisser à la charge de cette partie les sommes réellement exposées par elle et non comprises dans les dépens (Cass. 27 février 1992, no 7/92).

Pour cerner la notion d'équité, il est nécessaire que le juge se réfère à des critères objectifs qui tiennent soit à la situation financière des parties, soit à l'attitude procédurale de la partie adverse, soit aux agissements précontentieux du défendeur (T. HOSCHEIT, Le droit judiciaire privé au Grand-Duché de Luxembourg, Luxembourg, éditions Paul Bauler, 2012, p.551 et s, n°1116), étant précisé que l'application de l'article 240 du nouveau code de procédure civile relève du pouvoir discrétionnaire du juge (Cour de cassation, 16 mars 2017, n° 26/17, n° 3763).

Eu égard à l'issue du litige, il serait inéquitable de laisser à l'unique charge des époux PERSONNE1.) l'entière des frais exposés pour la défense de leurs intérêts, de sorte qu'il y a lieu de faire droit à la demande sur base de l'article 240 du nouveau code de procédure civile.

Compte tenu de l'import de l'affaire, des difficultés qu'elle comporte et des soins qu'elle exige, l'indemnité est à évaluer au montant de 3.000 euros.

La demande des époux PERSONNE1.) étant fondée à l'égard de PERSONNE3.), il y a lieu de condamner ce dernier au paiement de l'indemnité de procédure au profit des époux PERSONNE1.).

La SOCIETE1.) ayant obtenu gain de cause dans le cadre de la demande principale et ayant succombé dans le cadre de la demande reconventionnelle, ne justifie pas l'iniquité requise par l'article 240 du nouveau code de procédure civile et il y a lieu de rejeter sa demande pour être non fondée.

PERSONNE3.) succombant dans ses prétentions, il ne justifie pas l'iniquité requise pour l'application de l'article 240 du nouveau code de procédure civile, de sorte que sa demande est à rejeter.

Aux termes de l'article 238 du nouveau code de procédure civile, toute partie qui succombera sera condamnée aux dépens.

En l'espèce, PERSONNE3.), succombant à l'instance, il est à condamner aux frais et dépens de l'instance.

Par ces motifs

le tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, première chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement à l'égard de toutes les parties,

reçoit les demandes principales et reconventionnelle en la forme,

dit non fondées les demandes de PERSONNE1.) et PERSONNE2.) dirigées contre la société anonyme SOCIETE1.),

dit non fondée la demande reconventionnelle de la société anonyme SOCIETE1.) dirigée contre PERSONNE1.) et PERSONNE2.),

dit fondée la de demande de PERSONNE1.) et PERSONNE2.) dirigée contre PERSONNE3.),

partant condamne PERSONNE3.) à payer à PERSONNE1.) et PERSONNE2.) la somme de 29.502 euros, avec les intérêts légaux à partir de la demande en justice, jusqu'à solde,

dit non fondées les demandes respectives de la société anonyme SOCIETE1.) et de PERSONNE3.) en allocation d'une indemnité de procédure sur base de l'article 240 du nouveau code de procédure civile,

condamne PERSONNE3.) à payer à PERSONNE1.) et PERSONNE2.) la somme de 3.000 euros sur base de l'article 240 du nouveau code de procédure civile,

condamne PERSONNE3.) aux frais et dépens de l'instance, avec distraction au profit de Maître Christiane GABBANA, avocat à la Cour qui la demande, affirmant en avoir fait l'avance.