Texte pseudonymisé

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

Jugement civil n° 2025TALCH08/00031

Audience publique du mercredi, 19 février 2025.

Numéro du rôle : TAL-2023-04847

Composition :

Sandra ALVES ROUSSADO, vice-présidente,
Hannes WESTENDORF, juge,
Elodie DA COSTA, juge,
PERSONNE14.) BONIFAS, greffier.

ENTRE

1) PERSONNE1.), sans état connu, demeurant à L-ADRESSE1.),

2) PERSONNE2.), sans état connu, demeurant à L-ADRESSE1.),

parties demanderesses aux termes d'un exploit de l'huissier de justice suppléant Luana COGONI, en remplacement de Véronique REYTER, huissier de justice d'Esch-sur-Alzette du 24 mai 2023,

comparaissant par Maître Ersan ÖZDEK, avocat, demeurant à Luxembourg,

ET

la société anonyme SOCIETE1.) S.A., établie et ayant son siège social à L-ADRESSE2.), inscrite au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le n° B NUMERO1.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit COGONI,

comparaissant par Maître Romain ADAM, avocat, demeurant à Luxembourg.

LE TRIBUNAL

1. Procédure

Par exploit d'huissier de justice du 24 mai 2023, PERSONNE1.) et PERSONNE2.) (ci-après « les consorts GROUPE1.) »), comparaissant par Maître Ersan ÖZDEK, ont assigné la société anonyme SOCIETE1.) SARL (ci-après « SOCIETE2.) ») devant le tribunal de ce siège.

Maître Romain ADAM s'est constitué pour SOCIETE2.) en date du 5 juin 2023.

Cette affaire a été inscrite au rôle sous le numéro TAL-2023-04847. Elle a été soumise à l'instruction de la 8e section.

L'instruction a été clôturée par ordonnance du 6 novembre 2024 et l'affaire a été renvoyée pour plaidoiries à l'audience du 29 janvier 2025. À cette audience, l'affaire a été prise en délibéré.

2. Prétentions et moyens des parties

Aux termes de leurs dernières conclusions, **les consorts GROUPE1.)** demandent à voir :

- déclarer l'annulation des contrats d'assurance n°NUMERO2.) et n°NUMERO3.) ni justifiée ni fondée au regard de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance;

- dire fondée et justifiée leur demande en paiement du montant de 502.272,30.- euros au titre de l'indemnisation de leur préjudice résultant de l'annulation abusive des contrats d'assurance;

- par conséquent, condamner SOCIETE2.) à leur payer ledit montant, ou toute autre somme même supérieure à arbitrer par le tribunal ou à dire d'expert, avec les intérêts légaux à partir du 14 septembre 2020, date du décès de feu Monsieur PERSONNE3.), sinon du 10 février 2021, date du courrier d'annulation adressé à la banque, sinon du 2 avril 2021, date du courrier d'annulation adressé à la succession, jusqu'à solde;

- dire que le taux d'intérêt sera automatiquement majoré de 3 points à partir du 3ème mois qui suit la signification du présent jugement;

- condamner SOCIETE2.) à leur payer une indemnité de procédure de 2.500.- euros sur base de l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile;

- condamner SOCIETE2.) aux frais et dépens de l'instance, avec distraction au profit de Maître Ersan ÖZDEK, qui la demande, affirmant en avoir fait l'avance.

A l'appui de leur demande, les consorts GROUPE1.) font valoir qu'en date du 19 janvier 2018, ils ont souscrit un contrat de crédit immobilier portant sur un montant de 492.000.- euros, avec un taux d'intérêt fixe de 1,85%, en vue de l'acquisition d'une maison sise à L-ADRESSE1.).

Ledit crédit était remboursable sur 204 mois moyennant le paiement de 204 mensualités de 2.823,22.- euros à compter du 1er mars 2018.

Parallèlement, feu PERSONNE3.) aurait souscrit seul, deux contrats d'assurance SOCIETE3.) n°NUMERO3.) avec effet au 15 janvier 2018 auprès de l'assureur afin d'assurer le prêt contracté pour l'acquisition du domicile conjugal.

A cet égard, feu PERSONNE3.) aurait rempli une déclaration de santé en date du 15 janvier 2018 et un document intitulé *« Déclarations relatives à la demande d'assurance »* en date du 31 janvier 2018.

En date du 14 septembre 2020, feu PERSONNE3.) serait décédé des suites d'un cancer pulmonaire, qui ne se serait manifesté qu'après la conclusion desdits contrats.

Suite à son décès, son épouse aurait demandé l'indemnisation du sinistre intervenu conformément aux prestations prévues dans lesdits contrats d'assurance.

A sa grande surprise, la société d'assurance aurait adressé un courrier en date du 10 février 2021 à la SOCIETE4.) en sa qualité de bénéficiaire acceptant des contrats d'assurance pour l'informer de sa décision d'annuler les prédits contrats d'assurance sur base de l'article 12 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance et partant, de ne pas rembourser le prêt garanti par lesdits contrats d'assurance.

A cet égard, elle aurait fait valoir que dans le cadre de l'instruction du sinistre, respectivement du décès de PERSONNE3.), elle aurait découvert des éléments qui entraîneraient la nullité des contrats souscrits.

Le prédit courrier indiquait encore qu'un montant de 6.202,03.- euros, représentant les primes non consommées relatives aux couvertures qui avaient été accordées, devait être remboursé à la succession.

En date du 2 avril 2021, la société d'assurance aurait adressé ce même courrier à la succession de feu PERSONNE3.).

En date du 23 mai 2021, les consorts GROUPE1.) auraient fait une demande de médiation par l'intermédiaire de l'Association des Compagnies d'Assurance et de Réassurance, pris en son rôle de médiateur en assurances. Cette médiation n'aurait cependant pas abouti.

En effet, en date du 2 juin 2021, la société d'assurance aurait décidé de maintenir son refus de prise en charge du sinistre et considéré que feu PERSONNE3.) aurait omis intentionnellement de déclarer des apnées obstructives de sommeil qualifiées de sévères dans sa déclaration relative à la demande d'assurance.

Par courrier recommandé avec avis de réception du 28 juin 2022, les consorts GROUPE1.) auraient adressé, par voie de leur mandataire, un courrier à la société d'assurance afin de contester formellement l'annulation unilatérale des contrats souscrits par feu PERSONNE3.).

Ils estiment que les prétendues omissions ne seraient pas intentionnelles, de sorte que l'assureur n'aurait pas été en droit de notifier une annulation desdits contrats d'assurance sur base des règles applicables.

A cet égard, ils font valoir que feu PERSONNE3.) aurait déclaré des pathologies qui seraient bien plus graves que la simple apnée obstructive de sommeil, notamment de l'hypertension artérielle, ainsi que de l'hypercholestérolémie.

Dès lors, la société d'assurance aurait été parfaitement en mesure d'évaluer le risque à assurer.

La prétendue omission dont ferait état la société d'assurance n'aurait aucune incidence sur le contrat d'assurance, puisque le décès de feu PERSONNE3.) serait dû à un cancer pulmonaire et non à des apnées obstructives de sommeil.

Par courrier daté au 25 octobre 2022, la société d'assurance aurait encore une fois maintenu sa position et aurait confirmé la nullité des contrats d'assurance SOCIETE3.) n°NUMERO2.) et n°NUMERO3.).

Les consorts GROUPE1.) contestent énergiquement la résiliation par la société d'assurance des prédits contrats d'assurance, considérant qu'elle ne serait ni fondée ni justifiée. Ils demandent partant la condamnation de celle-ci à leur payer le capital restant dû à la date du sinistre, augmenté des montants qu'ils ont dû payer après la date du sinistre en raison du refus injustifié de l'assureur de respecter ses engagements contractuels et légaux.

En droit, les consorts GROUPE1.) se réfèrent à l'article 12 de la loi sur le contrat d'assurance suivant lequel *« 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. »

Selon les consorts GROUPE1.), la loi imposerait au preneur d'assurance de déclarer, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances qu'il connaît et qui peuvent être

raisonnablement considérées 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.

Dès lors, un contrat d'assurance serait nul lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration serait intentionnelle et qu'elles induiraient l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque.

Les consorts GROUPE1.) font valoir que l'omission de la part de feu PERSONNE3.) de déclarer des apnées obstructives de sommeil n'aurait pas été intentionnelle et que cette omission n'aurait pas induit en erreur la société d'assurance sur les éléments d'appréciation du risque assuré au vu des antécédents médicaux et des autres pathologies déclarées par le défunt.

Partant, la société d'assurance n'aurait pas été en droit d'annuler les contrats d'assurance conformément aux prescriptions de la loi.

La société d'assurance prétendrait sans rime ni raison que feu PERSONNE4.) aurait omis intentionnellement de déclarer des apnées obstructives de sommeil et que si ces circonstances avaient été déclarées et donc connues par l'assureur, cela aurait conduit à une surprime, à une exclusion voire à un refus d'assurance.

Il en résulterait que la société d'assurance se baserait uniquement sur la simple omission pour en déduire une prétendue mauvaise foi dans le chef de feu PERSONNE3.), et plus précisément une présomption d'omission intentionnelle.

Au vu des principes directeurs qui régiraient la charge de la preuve, il appartiendrait à la société d'assurance de prouver conformément à la loi les faits nécessaires au succès de ses prétentions.

En l'espèce, elle resterait en défaut de prouver une intention dans le chef de feu PERSONNE3.) de dissimuler un quelconque élément d'appréciation du risque. En effet, le simple oubli ou l'erreur de déclarer l'apnée obstructive de sommeil de feu PERSONNE3.) ne saurait caractériser de plein droit l'élément intentionnel de l'omission.

Feu PERSONNE3.) aurait déclaré d'autres pathologies bien plus graves que l'apnée obstructive du sommeil.

Les deux pathologies déclarées d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie, auraient chacune d'entre elles, des conséquences extrêmement graves, voire mortelles, de sorte que le risque à couvrir aurait indéniablement été apprécié à son maximum.

Il serait donc incontestable que l'apnée obstructive de sommeil ne pourrait pas être un élément aggravant et n'aurait pu aboutir à une évaluation différente du risque.

Par ailleurs, le Dr PERSONNE5.) relèverait que l'apnée obstructive du sommeil et l'hypertension de feu PERSONNE3.) pouvaient être intriquées. En effet, l'hypertension pourrait engendrer des troubles divers, qui seraient considérés comme des effets indésirables de cette pathologie, parmi lesquels figurerait l'apnée du sommeil.

Il en résulterait que le syndrome d'apnée du sommeil ne serait en réalité qu'une conséquence de l'hypertension et ne saurait, dès lors, constituer une pathologie à part entière.

Il serait important de relever que la société d'assurance aurait soumis le questionnaire médical tant à feu PERSONNE3.) qu'au médecin examinateur, le Dr. PERSONNE6.).

Dans le cadre de son rapport du 19 janvier 2018, cette dernière indiquerait avoir déjà examiné et soigné feu PERSONNE3.) au mois d'août 2016 et de septembre 2017. Elle indiquerait expressément que feu PERSONNE3.) ne souffrirait d'aucun problème à l'appareil respiratoire. Ceci s'expliquerait par le fait que feu PERSONNE3.) ne souffrait d'aucune affection respiratoire lors de la conclusion des contrats d'assurance.

Les consorts GROUPE1.) font encore valoir que le Dr. PERSONNE7.) aurait prescrit en date du 17 septembre 2015 le port d'un masque CPAP afin de traiter les apnées du sommeil de feu PERSONNE3.).

Il serait important de souligner que d'un point de vue médical, le traitement des apnées du sommeil permettrait également de traiter l'hypertension, dont souffrait feu PERSONNE3.).

Lors du contrôle annuel en date du 6 décembre 2017 auprès du Laboratoire du sommeil, soit environ un mois avant la conclusion des contrats d'assurance, il aurait été constaté une nette amélioration de la fonction respiratoire suite à l'arrêt du tabac et un amaigrissement.

De plus, feu PERSONNE3.) avait repris une activité sportive 2 à 3 fois par semaine et suivait une hygiène alimentaire exemplaire.

A cet égard, les conclusions confirmeraient que la qualité de sommeil et la qualité de vie diurne seraient bonnes et elles ne relèveraient aucun problème particulier au niveau de la fonction respiratoire.

Au vu de ces éléments, il serait établi que tant le docteur PERSONNE7.) que le médecin examinateur, le docteur PERSONNE6.), n'ont relevé aucune affection ni trouble au niveau de l'appareil respiratoire.

Il aurait partant été légitime pour feu PERSONNE3.) d'indiquer l'absence d'affection au niveau de l'appareil respiratoire.

Enfin, il serait reproché à feu PERSONNE3.) d'avoir répondu négativement à la question 3) a) de la déclaration relative à la demande d'assurance dont la teneur est :
« Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladie, de troubles ou d'affection :

a) de l'appareil respiratoire, tels que asthme, bronchite à répétition ou chronique, pneumonie, tuberculose, allergies ou autres?... »

Or, cette question ferait expressément référence à des maladies respiratoires d'une certaine gravité empêchant l'appareil respiratoire de fonctionner normalement. Feu PERSONNE3.) croyait donc légitimement que seules des maladies respiratoires étaient visées par cette question. Il n'aurait dès lors pas indiqué les apnées du sommeil qui étaient des troubles mineurs et qui avaient été traitées régulièrement, de sorte qu'elles n'avaient aucun impact sur la capacité respiratoire de celui-ci.

L'absence d'élément intentionnel de dissimuler un quelconque élément d'appréciation du risque résulterait encore des réponses données aux autres questions de cette même déclaration.

En effet, à la question 1), feu PERSONNE3.) aurait indiqué que dans sa parenté, il existait des précédents et notamment que son père avait déjà de l'hypertension

A la question 12), il aurait répondu expressément avoir consulté d'autres médecins que ceux indiqués dans la déclaration au cours des 5 dernières années. Ainsi, il n'aurait jamais dissimulé avoir été suivi par le docteur PERSONNE7.) ou le pneumologue PERSONNE9.) dans le cadre du traitement de l'apnée du sommeil.

Au vu de ces éléments, il serait manifeste que feu PERSONNE3.) aurait déclaré en toute bonne foi les éléments qui permettaient à la société d'assurance d'évaluer le risque au plus haut point.

L'absence d'indication de l'apnée du sommeil par feu PERSONNE3.) serait justifié par :

- l'indication de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie comme pathologie principale;
- le fait que l'apnée du sommeil ne serait qu'une conséquence/ un effet de l'hypertension;
- le fait que feu PERSONNE3.) n'avait aucun trouble respiratoire lors de son dernier contrôle;
- l'absence d'indication de tout trouble respiratoire lors de la conclusion du contrat, ce qui aurait été confirmé par les docteurs PERSONNE9.), PERSONNE7.) et PERSONNE6.);
- l'incompréhension, respectivement l'ambigüité de la question 3) a) qui laisserait penser que seules les maladies d'une certaine gravité doivent être déclarées.

A la question 13) *« Avez-vous subi ou devez-vous subir prochainement des examens médicaux (p.ex. analyse de sang, analyse d'urine, radiographie, scanner, échographie,*

endoscopie, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, etc. …)? Si oui, précisez lesquels, quand et pourquoi? », feu PERSONNE3.) aurait répondu par oui. Cependant, il lui était impossible de donner des détails spécifiques sur les examens médicaux passés ou à venir, étant donné qu'il n'y avait pas d'espace suffisant pour fournir des détails spécifiques.

A la question 14 *« Avez-vous été sous surveillance médicale ou avez-vous subi un traitement médical prolongé? Si ou, précisez quand et pourquoi? »* et à la question 19 *« Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections particulières (p.ex. hypertension artérielle, diabète, épilepsie, maladie mentale, cancer, problèmes cardiaques, problèmes rénaux, problèmes du système digestif, problèmes neurologiques, etc…). Si oui, précisez lesquels et depuis quand? »,* feu PERSONNE3.) aurait répondu par la négative. En examinant les prédites questions, il serait évident qu'elles étaient formulées de manière générale et vague, sans spécifier explicitement les problèmes respiratoires ou les conditions médicales spécifiques liées aux voies respiratoires. Feu PERSONNE3.) aurait donc répondu de manière appropriée en fonction de la formulation des questions, celles-ci ne faisant pas référence aux problèmes respiratoires ou aux conditions des voies respiratoires.

De plus, il aurait répondu par la négative à la question 19 s'agissant de son problème d'hypertension artérielle. Il l'avait cependant indiqué dans les questions 2a et 3b. Par conséquent, le fait de ne pas avoir inclus son problème d'hypertension artérielle dans sa réponse à la question 19 ne pourrait pas être interprété comme une tentative délibérée de dissimulation.

A la question 7, *« Avez-vous été soumis(e) au cours des 5 dernières années à des examens spéciaux tels que radiographie, ultrasons, examen au scanner ou résonance magnétiques, échographie, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, endoscopie ou autres? »,* feu PERSONNE3.) aurait répondu affirmativement, en précisant que ces examens étaient normaux. L'énumération des examens dans le cadre de cette question ne serait pas exhaustive et ne spécifierait pas explicitement si les examens pour détecter l'apnée du sommeil entrent dans cette catégorie.

De plus, feu PERSONNE3.) aurait répondu positivement à la question 12) b) *« Avez-vous au cours des 5 dernières années consulté des médecins qui n'ont pas été cités précédemment? ».* Il aurait précisé que ces consultations étaient pour des contrôles réguliers. Étant donné que cette question ne faisait pas spécifiquement allusion aux consultations médicales d'ordre pneumologique, feu PERSONNE3.) aurait fourni une réponse appropriée en indiquant simplement qu'il avait consulté des médecins pour des contrôles réguliers. La réponse de feu PERSONNE3.) à cette question pourrait être considérée comme appropriée étant donné que la question aurait été d'ordre général et ne spécifiait pas les spécialités médicales des médecins consultés. Celui-ci aurait fourni des informations pertinentes sur la nature de ces consultations sans spécifier des détails médicaux spécifiques.

Les consorts GROUPE1.) soutiennent que feu PERSONNE3.) n'aurait eu aucune intention de causer un préjudice financier à l'assureur ou de bénéficier frauduleusement du contrat d'assurance.

Ils soutiennent encore que l'article 12 de la loi sur le contrat d'assurance prévoirait que l'omission ou l'inexactitude de la déclaration doit induire l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque.

Il appartiendrait à l'assureur de vérifier si l'omission ou l'inexactitude des informations déclarées affecte réellement l'évaluation des risques assurés avant même d'envisager le contrat d'assurance.

Or, feu PERSONNE3.) aurait déclaré des pathologies bien plus graves avec des risques bien plus importants que la simple apnée obstructive du sommeil.

Ainsi, la société d'assurance serait malvenue à prétendre que cette omission l'aurait induit en erreur sur les éléments d'appréciation du risque.

En ce qui concerne la portée de la déclaration inexacte, les juges ne pourraient annuler le contrat en se bornant à relever une déclaration inexacte. Ils devraient au contraire démontrer que cette déclaration a modifié l'opinion que l'assureur pouvait se faire du risque à assurer.

Dès lors, même à supposer que l'omission de déclarer l'apnée obstructive de sommeil ait été intentionnelle, cela n'aurait certainement pas induit l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, alors que des pathologies comme l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, qui pourraient être mortelle, auraient été déclarées.

Il en résulterait que l'assureur aurait d'ores et déjà décidé d'assurer feu PERSONNE3.) à un niveau de risque très élevé, de sorte qu'il serait indéniable que ces apnées obstructives de sommeil, ne constituaient pas un facteur déterminant dans l'évaluation du risque pour l'assureur.

Par conséquent, il résulterait de ce qui précède que l'omission litigieuse ne serait, de toute évidence, pas intentionnelle et même à supposer qu'elle le soit, l'assureur n'aurait pas été induit en erreur sur les éléments d'appréciation du risque.

D'ailleurs, le fait que feu PERSONNE3.) soit décédé d'un cancer démontrerait que l'apnée du sommeil, eu égard aux antécédents médicaux de celui-ci, ne constituait pas un élément d'appréciation du risque.

Partant, la société d'assurance ne serait pas recevable à annuler unilatéralement les contrats sur base de l'article 12 de la loi sur le contrat d'assurance.

Dès lors, l'annulation des contrats d'assurance serait purement abusive et il serait incontestable que le sinistre intervenu doit être indemnisé par SOCIETE2.) sur base de la responsabilité contractuelle, sinon de la responsabilité délictuelle.

L'élément intentionnel n'étant nullement prouvé et le risque ayant clairement été apprécié à son maximum, il aurait appartenu à la société d'assurance de respecter les prescriptions de l'article 13 de la loi sur le contrat d'assurance qui prévoirait que :

- l'omission non intentionnelle peut donner lieu à une résiliation du contrat et non à une annulation ;
- l'assureur doit proposer la modification du contrat d'assurance dans le délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ;
- cette résiliation est subordonnée à la preuve que la société d'assurance n'aurait pas assuré le sinistre en cas de connaissance ;
- si l'assureur n'a pas résilié le contrat d'assurance dans le délai d'un mois à compter de la connaissance de l'omission, il ne pourra plus s'en prévaloir à l'avenir.

Or, la société d'assurance n'aurait fait rien de cela.

Dès lors, l'annulation des contrats d'assurance serait purement abusive et il serait incontestable que le sinistre intervenu doive être indemnisé par SOCIETE2.).

Concernant le préjudice des consorts GROUPE1.), ceux-ci demandent :

- le remboursement du solde restant dû à la date du décès de feu PERSONNE3.).

  Concernant le contrat d'assurance SOCIETE3.) n°NUMERO4.), les prestations en cas de décès s'élevaient, en date du 14 septembre 2020, date du décès de feu PERSONNE3.), à 106.686,93.- euros selon le tableau des prestations décès.

  Concernant le contrat d'assurance SOCIETE3.) n°NUMERO5.), les prestations en cas de décès s'élevaient, en date du 14 septembre 2020, date du décès de feu PERSONNE3.), à 320.060,21.- euros selon le tableau des prestations décès.

  Le solde restant dû au 14 septembre 2020 au titre des prédits contrats se chiffrerait partant au montant de 426.747,14.- euros ;

- le remboursement des montants payés après le décès de feu PERSONNE3.).

  Il résulterait du décompte versé par les consorts GROUPE1.) que durant la période allant du mois d'octobre 2022 au mois de mars 2023, inclus, ils auraient payé un montant total de 55.212,16.- euros ;

- le paiement d'un préjudice moral évalué à 10.000.- euros.

Les consorts GROUPE1.) soutiennent que l'annulation litigieuse leur aurait causé un préjudice certain, direct et légitime alors qu'ils se trouveraient actuellement contraints de payer une mensualité de près de 3.000.- euros pour un prêt bancaire qui aurait été valablement assuré par l'assureur et qui devrait donc être pris en charge par ce dernier eu égard aux deux contrats d'assurance conclus entre les parties.

PERSONNE1.) occuperait actuellement le domicile conjugal avec son seul enfant PERSONNE2.) qui serait encore étudiant ;

- le remboursement des frais d'avocat d'un montant de 10.413.- euros.

Les consorts GROUPE1.) font valoir qu'en raison du comportement litigieux de SOCIETE2.), ils auraient dû faire appel aux services d'un avocat pour se défendre utilement.

Aux termes de ses dernières conclusions, **SOCIETE2.)** demande ;

- de dire que les contrats d'assurance-vie SOCIETE3.) n°NUMERO2.) et NUMERO3.) signés en date du 7 février 2018 par feu PERSONNE3.), sont nuls ;

- partant, dire que toutes les demandes formulées par les consorts GROUPE1.) contre SOCIETE2.) sont non fondées ;

- si, par extraordinaire, les contrats d'assurance-vie SOCIETE3.) n^{os} NUMERO2.) et NUMERO3.) signés en date du 7 février 2018 par feu PERSONNE3.) venaient à être considérés comme n'étant pas nuls :

- dire que le montant d'une éventuelle condamnation prononcée à l'égard de SOCIETE2.) doit correspondre à la prestation d'assurance telle que définie dans les deux contrats d'assurance-vie susvisés, diminuée du montant de la prime non consommé qui a déjà été remboursé, et qui correspondrait à 421.190,59.- euros au 14 septembre 2020, jour du décès de l'assuré ;

- juger toutes les autres demandes formulées par les consorts GROUPE1.) contre SOCIETE2.) non fondées ;

- condamner les consorts GROUPE1.) à tous les frais et dépens de l'instance et en ordonner la distraction au profit de Maître Romain ADAM pour en avoir fait l'avance.

A l'appui de sa demande, SOCIETE2.) fait valoir qu'en date du 7 février 2018, feu PERSONNE3.) aurait souscrit deux contrats d'assurance-vie SOCIETE3.) n°NUMERO2.) et NUMERO6.) auprès de SOCIETE2.) avec effet au 15 janvier 2018.

Les contrats d'assurance de type solde restant dû à capital décroissant auraient été signés pour garantir un crédit hypothécaire contracté par feu PERSONNE3.) et son épouse, PERSONNE1.) auprès de la banque SOCIETE4.).

Feu PERSONNE3.) aurait été seul preneur d'assurance et personne assurée, son épouse n'apparaissant pas dans les contrats d'assurance.

Les contrats stipuleraient que SOCIETE2.) s'engageait à payer un capital dégressif suivant un tableau d'amortissement au bénéficiaire du contrat, la société SOCIETE4.), soit au décès de l'assuré, soit en cas d'invalidité permanente totale reconnue de l'assuré.

Préalablement à la souscription des contrats, feu PERSONNE3.) aurait rempli une déclaration de santé en date du 15 janvier 2018 et un formulaire intitulé « *Déclarations relatives à la demande d'assurance* » en date du 31 janvier 2018.

Sur base de ces deux formulaires, tels qu'ils auraient été complétés par feu PERSONNE3.), SOCIETE2.) aurait été informée et aurait donc pris en considération le fait que le candidat à assurer :

- pratiquait de la marche et du fitness ;
- ne consommait des boissons alcoolisées qu'occasionnellement (1 ou 2 fois par semaine) ;
- ne fumait pas ;
- avait une hypertension artérielle et du cholestérol, mais traités ;
- avait subi comme seuls examens/visites médicales, une prise de sang pour contrôle et une visite chez le cardiologue pour contrôle également ;
- n'avait pas consulté, au cours des cinq dernières années d'autres médecins que son cardiologue pour contrôle régulier ;
- ne souffrait pas *« de maladies, de troubles ou d'affections a) de l'appareil respiratoire telles que : (…) bronchite à répétition ou chronique…ou autres » ;*
- ne souffrait pas *« de maladies, de trouble ou d'affection I) autres maladies, troubles ou dérangements pour lesquels aucune question n'a été posée (p.ex….) ».*

Sur base de ces informations recueillies, SOCIETE2.) aurait accepté d'assurer feu PERSONNE3.) pour un montant en capital initial de 492.000.- euros.

SOCIETE2.) soutient que les contrats auraient été émis avec une tarification normale, sans surprime, ni exclusion, laquelle tarification aurait été basée sur les déclarations de l'assuré.

Le sieur PERSONNE3.) serait décédé en date du 14 septembre 2020 de mort naturelle.

Dans le cadre de l'instruction des dossiers de sinistre suite au décès de l'assuré, le secrétariat médical de SOCIETE2.) aurait découvert que feu PERSONNE3.) n'avait pas déclaré avoir des antécédents de syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du

sommeil (SAHOS), qualifié de sévère, ni avoir subi des examens y liés, ni souffrir de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Or, ces circonstances auraient dû être déclarées, à tout le moins aux questions suivantes expressément posées :

- dans la déclaration de santé :

    - question 13 : Avez-vous subi ou devez-vous subir prochainement des examens médicaux (p.ex. analyse de sang, analyse d'urine, radiographie, scanner, échographie, endoscopie, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, etc. … ?) Si oui, précisez lesquels, quand et pourquoi.
    - Question 14 : Avez-vous été sous surveillance médicale ou avez-vous subi un traitement médical prolongé ? Si oui, précisez quand et pourquoi.
    - Question 19 : Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections particulières (p.ex. hypertension artérielle, diabète, épilepsie, maladie mentale, cancer, problèmes cardiaques, problèmes rénaux, problèmes du système digestif, problèmes neurologiques, etc. … ?) Si oui, précisez lesquels et depuis quand.

- dans le formulaire intitulé « *Déclarations relatives à la demande d'assurance* » :

    - question 2 a) : Présentez-vous une affection quelconque ?
    - question 3 : Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections :
        a) de l'appareil respiratoire (…) ?
        b) autres maladies, troubles ou dérangements pour lesquels aucune question n'a été posée (…) ?
    - question 6 a) : Avez-vous subi un examen, un traitement ou une opération dans un hôpital ou un quelconque établissement médical ?
    - question 7 : Avez-vous été soumis (e) au cours des 5 dernières années à des examens spéciaux (…) ?

Après cette découverte au cours de l'instruction du sinistre, SOCIETE2.) serait parvenue à la conclusion que l'assuré avait omis de déclarer certains éléments dans la déclaration de santé, respectivement le formulaire qu'il avait rempli et signé lors de la demande de souscription, des éléments pourtant essentiels pour permettre à SOCIETE2.) d'apprécier correctement le risque à assurer. Il fallait partant déduire de ces circonstances que les couvertures décès et invalidité qui avaient été accordées à feu PERSONNE3.) étaient nulles.

Par conséquent, SOCIETE2.) aurait, moyennant courrier du 10 février 2021, informé le bénéficiaire des contrats qu'elle déclinait la prise en charge du sinistre suite à la découverte d'éléments entraînant la nullité de ceux-ci.

Par ce même courrier, SOCIETE2.) aurait demandé à la banque de lui fournir des informations sur la succession du défunt afin de pouvoir leur faire part de sa décision.

Moyennant courrier du 2 avril 2021, SOCIETE2.) se serait adressé à la succession de feu PERSONNE3.) pour l'informer de la nullité des contrats n°NUMERO7.) et NUMERO3.) et du remboursement à effectuer par elle au profit de la succession, de la somme de 6.206,03.- euros, représentant la partie des primes non consommées de ces contrats nuls.

Il s'en serait suivi une tentative de médiation auprès du médiateur en assurances de l'SOCIETE5.) (SOCIETE5.)) à la demande des consorts GROUPE1.). Cette tentative de médiation aurait toutefois échoué.

Dans son courriel du 3 juin 2021, PERSONNE10.), médiateur auprès de l'SOCIETE5.), après avoir été informé des positions des parties et avoir analysé la situation, aurait émis l'avis suivant :

« A priori, il nous semble difficile de ne pas reprocher une omission de renseignement, du moins concernant les questions 2 a), 3, 6a) et 7. Dans ces circonstances, nous estimons qu'une médiation n'est pas possible. »

Par courrier daté du 28 juin 2022, le mandataire des consorts GROUPE1.) aurait mis en demeure SOCIETE2.) de prendre en charge le sinistre, ce que cette dernière aurait pourtant refusé à travers sa lettre du 25 octobre 2022.

En droit, SOCIETE2.) se base sur l'article 1109 du Code civil et sur l'article 11, intitulé « *Obligation de déclaration* », de la loi sur le contrat d'assurance qui consacrerait le principe de la déclaration spontanée du risque par l'assuré, 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.

En matière d'assurances de personnes, cette obligation incomberait à l'assuré lorsque l'assureur sollicite des renseignements de sa part, comme cela aurait été le cas en l'espèce.

Elle se base également sur l'article 12 intitulé « *Omission ou inexactitude intentionnelles* », de la loi sur le contrat d'assurance suivant lequel il incomberait à l'assuré de donner à l'assureur une connaissance exacte des éléments du risque qu'il veut faire couvrir, sans que l'assureur ait à en opérer la vérification. L'abstention de déclarer une circonstance légitimement ignorée de l'assureur et susceptible d'aggraver l'opinion du risque, constituerait une réticence rendant l'assurance nulle.

Quant aux dispositions conventionnelles, SOCIETE2.) se réfère à l'article 7.1. des conditions générales régissant les contrats, dont feu PERSONNE3.) aurait attesté avoir pris connaissance lors de la signature de la proposition de souscription et des conditions particulières du contrat qui stipulerait :*« 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 la Compagnie les risques qu'elle prend à sa charge.

Toute omission ou inexactitude intentionnelles de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré, rendent 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. »

Le formulaire intitulé « *Déclaration de santé* » signé et rempli par feu PERSONNE3.) contiendrait en outre la mention suivante :

« (…) l'appréciation du risque par la SOCIETE2.) est basée sur les informations recueillies notamment sur le document de déclaration de santé de l'assuré et des déclarations complémentaires. 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 à tous les points, notamment aux questions de la déclaration de santé et des déclarations complémentaires. (…)

J'assume la responsabilité des déclarations, même si la proposition a été remplie par un intermédiaire SOCIETE1.). »

Conformément à la jurisprudence applicable en la matière, pour qu'il y ait nullité du contrat d'assurance, il appartiendrait à l'assureur de rapporter, d'une part, la preuve de ce que feu l'assuré, n'a, au moment de la conclusion de la police d'assurance, pas fourni intentionnellement des informations complètes et sincères et d'autre part, que ces éléments omis ou inexacts étaient susceptibles d'aggraver l'opinion du risque à assurer.

S'agissant des omissions et inexactitudes intentionnelles, SOCIETE1.) note que les consorts GROUPE1.) reconnaitraient expressément d'une part, que feu PERSONNE3.) était effectivement atteint du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAHOS) avant de souscrire aux contrats,et d'autre part, que ce dernier a subi des examens médicaux y liés, dont des contrôles annuels en laboratoire du sommeil, et notamment en date du 6 décembre 2017, soit environ un mois avant la conclusion des contrats.

Ces faits seraient donc reconnus et ne nécessiteraient aucune preuve supplémentaire.

Ce que les consorts GROUPE1.) occulteraient, c'est que l'assuré n'était pas uniquement atteint d'un simple SAHOS comme ils le prétendraient, puisqu'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) avait également été diagnostiquée, et ce, dès le 18 avril 2016.

La BPCO serait une maladie pulmonaire caractérisée par une obstruction bronchique chronique permanente, progressive et chronique des voies aériennes, qui rendrait le transport de l'air vers les poumons de plus en plus difficile. Son processus serait irréversible et il n'existerait pas de traitement curatif.

Donc, non seulement l'assuré aurait dû déclarer ses apnées de sommeil, lesquelles étaient qualifiées de sévères, mais aussi aurait-il dû déclarer la broncho-pneumopathie chronique obstructive, de même qu'il aurait dû déclarer être suivi régulièrement, plusieurs fois par an, par ses pneumologues depuis 2015 et dormir ses nuits avec un masque facial et une ventilation en pression positive continue.

Dans le formulaire intitulé « *Déclaration de santé* », la question 13 n'aurait clairement pas reçu de réponse complète et les questions 14 et 19 auraient tout simplement été évincées, une réponse négative ayant été apportée.

De même, quant au formulaire intitulé « *Déclarations relatives à la demande d'assurance* », les réponses apportées à la question 2 a) auraient dû être complétées par les éléments d'ordre pneumologique et les questions 3 a) et 3 i) et encore 6 a) auraient dû recevoir une réponse exacte et transparente alors que feu PERSONNE3.) y aurait simplement répondu par la négative.

Il y aurait donc indéniablement tout un volet de l'état de santé de feu PERSONNE3.) qui aurait été occulté puisque celui-ci :

- n'aurait pas déclaré ses visites régulières chez ses pneumologues depuis 2015 ;
- n'aurait pas non plus déclaré les apnées de sommeil et la broncho-pneumopathie chronique obstructive détectée ;
- n'aurait pas non plus déclaré ses passages au Laboratoire du sommeil ;
- n'aurait pas non plus déclaré passer ses nuits sous assistance respiratoire.

Au vu des visites médicales, examens médicaux et antécédents médicaux passés sous silence, la conclusion s'imposerait que feu PERSONNE3.) n'aurait pas déclaré exactement toutes les circonstances connues par lui au moment de la souscription des contrats, alors que des questions précises lui auraient pourtant été posées. Les éléments fournis dans les formulaires médicaux n'auraient donc pas été de nature à fournir une image fidèle et complète de l'état de santé du candidat assuré, alors qu'il apparaîtrait clairement qu'il aurait passé sous silence des antécédents médicaux, tout comme les examens médicaux y relatifs, éléments qu'il ne pouvait ignorer.

L'omission des divers éléments évoqués ne pourrait donc être le fruit d'un oubli de bonne foi. Il ressortirait clairement des éléments du dossier qu'il s'agit manifestement et de toute évidence de fausses déclarations, lesquelles seraient clairement intentionnelles. En effet, feu PERSONNE3.) ne pouvait pas avoir oublié qu'il était atteint du SAHOS puisqu'il était appareillé toutes ses nuits avec un masque depuis 2015 et qu'il souffrait d'une BPCO, raisons pour lesquelles ses médecins lui avaient

recommandé vivement un sevrage complet et définitif du tabac, puisqu'il devait être suivi plusieurs fois par an par ses pneumologues.

S'agissant de l'argumentation des consorts GROUPE1.) suivant laquelle le Docteur PERSONNE6.) aurait expressément indiqué que feu PERSONNE3.) ne souffrait d'aucun problème de l'appareil respiratoire, SOCIETE2.) soutient que cette affirmation serait à nuancer puisque le Docteur PERSONNE9.) se serait contentée de répondre par la négative aux 4 questions qui étaient posées. Il n'en resterait pas moins qu'une omission par un médecin qui indiquerait lui-même n'avoir examiné ou soigné le patient que deux fois auparavant, à savoir en août 2016 et en septembre 2017, ne couvrirait en aucun cas l'omission par l'assuré qui connaîtrait son état de santé et qui donc serait et resterait responsable de ses déclarations à l'égard de son assureur et qui devrait assumer les conséquences de ses éventuelles omissions ou fausses déclarations.

SOCIETE2.) rappelle qu'en 2015, feu PERSONNE3.) aurait reçu un diagnostique d'un SAHOS sévère et en 2016, une BCPO débutante lui aurait été diagnostiquée, le patient ayant été informé. Feu PERSONNE3.) ne pouvait donc pas l'ignorer, d'autant plus que le pneumologue PERSONNE11.) précisait que le tabac actif 20-25 cigarettes / jour devait être sevré. Il s'agissait clairement d'une pathologie à surveiller.

Les consorts GROUPE1.) mentionnent encore un contrôle annuel au laboratoire du sommeil, ce qui prouverait qu'il était donc bien sous surveillance médicale, des contrôles également passés sous silence. De plus, SOCIETE2.) note que les consorts GROUPE1.) feraient état d'une pièce n°13 qui ne serait pas versée au dossier.

Concernant la question 3 a) du formulaire intitulé « *Déclarations relatives à la demande d'assurance* » visant les maladies, troubles ou affections de l'appareil respiratoire, les consorts GROUPE1.) expliqueraient que feu PERSONNE3.) n'aurait pas indiqué les apnées du sommeil qui étaient des troubles mineurs et qui avaient été traités régulièrement, de sorte qu'ils n'avaient aucun impact sur la capacité respiratoire de feu Monsieur GROUPE1.). Les consorts GROUPE1.) reconnaîtraient par là même un traitement médical régulier, soit un traitement qui aurait dû être déclaré à la question 14 de la déclaration de santé.

SOCIETE2.) soutient encore que les consorts GROUPE1.) se braqueraient sur les apnées du sommeil et occulteraient complètement la BPCO. Si, selon leurs dires, feu PERSONNE3.) croyait donc légitimement que seules des maladies respiratoires étaient visées par cette question et que c'est pour cette raison qu'il n'aurait pas indiqué les apnées du sommeil, on ne comprendrait pas comment il aurait pu omettre la BPCO, maladie typiquement respiratoire, sauf s'il l'avait fait intentionnellement.

Concernant la question 12 b) du formulaire intitulé « *Déclarations relatives à la demande d'assurance* », les consorts GROUPE1.) prétendraient que feu PERSONNE3.) aurait répondu expressément avoir consulté d'autres médecins que ceux indiqués dans la déclaration au cours des 5 dernières années pour conclure qu'il n'aurait jamais

dissimulé avoir été suivi par le docteur PERSONNE7.) ou le pneumologue PERSONNE9.) dans le cadre du traitement de l'apnée du sommeil.

Les choses se présenteraient cependant différemment. En effet, feu PERSONNE3.) n'aurait jamais déclaré avoir consulté le Dr PERSONNE11.) ou le Dr PERSONNE12.), pneumologues, ni de pneumologue en toute généralité. Les seuls médecins qui auraient été déclarés sont le Dr PERSONNE9.) et le Dr PERSONNE13.) (cardio-pour contrôle régulier).

Contrairement aux affirmations des consorts GROUPE1.), le Dr PERSONNE9.) ne serait pas pneumologue, mais médecin généraliste.

Feu PERSONNE3.) n'aurait jamais déclaré, mais aurait dû clairement déclarer, ses apnées du sommeil, la BPCO et les Dr PERSONNE12.) et PERSONNE11.) en leur qualité de pneumologues consultés.

L'absence d'indication de l'apnée du sommeil par feu PERSONNE3.) serait justifiée, selon les consorts GROUPE1.) par l'absence d'indication de tout trouble respiratoire lors de la conclusion du contrat par les Drs Guy et PERSONNE6.) et le Dr PERSONNE11.) lors de leur dernier contrôle.

Or, seule le Dr PERSONNE6.) aurait répondu dans le questionnaire et non le Dr PERSONNE9.). Par ailleurs, on ignorerait à quel contrôle du Dr PERSONNE11.) les consorts GROUPE1.) feraient référence, aucune pièce n'étant versée. L'assureur ne demanderait pas si l'assuré, au moment de signer, pouvait respirer normalement.

SOCIETE2.) soutient que si la BCPO, au début, pouvait être symptomatique, il n'en resterait pas moins qu'elle serait évolutive. Quoi qu'il en soit, il serait clairement établi qu'elle était déjà diagnostiquée au moment de la signature.

Les consorts GROUPE1.) prétendraient encore que la question 3a) ferait expressément référence à des maladies d'une certaine gravité, qu'elle serait ambiguë ou incompréhensible, sans apporter la moindre justification. Or, selon SOCIETE2.), on ne verrait pas ce qui laisserait penser qu'il faille une certaine gravité, la question se référant notamment à des allergies. En tout état de cause, il serait indéniable que la BPCO présenterait ce caractère de gravité. Cette maladie, par sa nature irréversible et progressive et son issue, au stade le plus sévère, souvent fatale, serait bien à qualifier de grave. Le Dr PERSONNE11.), dans son rapport médical du 18 avril 2016 avait d'ailleurs mentionné que le syndrome obstructif des petites voies aériennes, diagnostiqué, était non réversible.

Les consorts GROUPE1.) soutiendraient encore à tort que la question 13 aurait été binaire, ce qui serait inexact puisqu'il serait précisé en couleur orange et caractères gras, juste au-dessus, entre les questions 10 et 11 « *Si vous répondez par OUI à une ou plusieurs des questions 11 à 23, merci de donner les précisions y relatives à la page suivante* ».

Feu PERSONNE3.) avait donc une demi-page pour répondre et fournir les détails nécessaires.

Il serait donc totalement faux de prétendre que la conception du formulaire rendait impossible l'ajout de détails supplémentaires. D'ailleurs, l'assuré aurait rempli deux lignes de cet espace prévu pour cette question 13 en mentionnant *« prise de sang contrôle, RAS Cardiologue contrôle, RAS »*.

Les consorts GROUPE1.) seraient dès lors très malvenus de prétendre que cette question 13 serait binaire puisque l'assuré aurait répondu spécifiquement à cette question 13, pour donner des précisions, bien que très incomplètes, comme il se serait avéré par la suite.

S'agissant des questions 14 et 19, pour lesquelles les consorts GROUPE1.) soutiendraient qu'elles seraient formulées de manière générale et vague, sans spécifier explicitement les problèmes respiratoires, SOCIETE2.) soutient que si la question est générale, ce serait justement pour savoir si l'assuré est sous une quelconque surveillance médicale ou s'il a subi un traitement médical prolongé, ce que l'assuré devrait préciser comme demandé.

De plus, les consorts GROUPE1.) tenteraient de restreindre la portée du débat et de minimiser l'état de santé de l'assuré en se concentrant uniquement sur l'hypertension en déclarant que le fait que feu PERSONNE3.) n'ait pas inclus son problème d'hypertension artérielle dans la réponse à la question 19 ne pourrait pas être interprété comme une tentative délibérée de dissimulation. Or, le problème ne serait pas là, l'hypertension aurait été déclarée et aurait été prise en compte dans l'appréciation des risques.

Quant à la question 7, elle ne souffrirait d'aucune ambiguïté, elle viserait des examens médicaux spéciaux au cours des cinq dernières années et donnerait toute une série d'examens à titre indicatif. Comme le relèveraient les consorts GROUPE1.), il s'agirait d'une énumération non exhaustive. Néanmoins, ils affirmeraient à tort que l'assuré peut avoir considéré que les tests passés, telle la polysomnographie, ne correspondaient pas aux critères énumérés à la question 7. En effet, la question 7 ne préciserait aucun critère.

Les consorts GROUPE1.) reprocheraient encore à SOCIETE2.) de ne pas avoir proposé de modification du contrat d'assurance au vu de l'omission non intentionnelle de feu PERSONNE3.) et de ne pas avoir respecté le délai d'un mois pour résilier le contrat sur base de l'article 13 de la loi sur le contrat d'assurance.

Or, ce n'est que dans le cadre de l'instruction du sinistre que SOCIETE2.) aurait découvert les éléments qui avaient été passés sous silence.

Les consorts GROUPE1.) soutiendraient encore que SOCIETE2.) aurait été informée du SAHOS en tout cas avant le 2 décembre 2020, alors qu'elle n'aurait informé la

banque de l'annulation qu'en date du 10 février 2021, de sorte que l'assureur aurait été hors délai, l'article 13 de la loi sur le contrat d'assurance ne prévoyant qu'un mois.

Cet argument ne serait pas pertinent, l'article 13 précité n'étant pas applicable et l'annulation prévue à l'article 12 n'étant pas la résiliation prévue à l'article 13.

SOCIETE2.) soutient que les faits seraient manifestes : feu PERSONNE3.) aurait clairement omis de déclarer plusieurs éléments concernant son état de santé à l'assureur, en répondant de manière incorrecte ou incomplète à plusieurs questions, alors même que les questions posées dans les questionnaires auraient été claires et sans ambiguïté aucune.

Feu PERSONNE3.) aurait dû, lors de la souscription des contrats, déclarer exactement toutes les circonstances connues par lui, comme le prévoirait l'article 11 de la loi sur le contrat d'assurance.

Les omissions seraient clairement établies et la mauvaise foi paraîtrait évidente.

Dans le cas d'espèce, feu PERSONNE3.) ne pouvait pas ignorer être atteint du syndrome de SAHOS, c'est-à-dire des apnées sévères qui nécessitaient une assistance respiratoire la nuit, et de broncho-pneumopathie chronique obstructive, pour lesquels il était suivi régulièrement par ses médecins.

L'omission de déclarer les apnées obstructives du sommeil et la broncho-pneumopathie chronique obstructive détectée et leur suivi régulier aurait donc bien été intentionnelle, ce qui impliquerait que l'article 13 de la loi sur le contrat d'assurance ne trouverait pas à s'appliquer en l'espèce.

SOCIETE2.) soutient encore que les omissions et inexactitudes l'auraient induit en erreur sur les éléments d'appréciation des risques à couvrir.

Elle soutient que dans le formulaire intitulé « *Déclarations de santé* », elle aurait spécialement mis en garde le candidat assuré qu'il est indispensable que les réponses soient faites consciencieusement, étant entendu qu'aux termes de la loi, les omissions ou inexactitudes intentionnelles peuvent entraîner la nullité de l'assurance.

Cette mention en dessous de laquelle l'assuré aurait apposé sa signature serait particulièrement claire et témoignerait de la volonté de l'assureur d'être pleinement informé sur sa santé et ses antécédents médicaux afin d'évaluer le risque à assurer en toute connaissance de cause.

Les termes appliqués attesteraient de l'importance accordée à cette information correcte, alors qu'il serait rappelé que toute omission volontaire ou fausse déclaration pourrait entraîner la nullité du contrat.

Il n'aurait donc fait aucun doute que la plus grande précision était requise.

En signant la déclaration de santé, feu PERSONNE3.) aurait certifié que toutes les informations données étaient sincères.

Conformément au principe de la déclaration spontanée du risque par l'assuré consacré par l'article 11 de la loi sur le contrat d'assurance, il reviendrait à l'assuré de déclarer spontanément et exactement toutes les circonstances connues par lui ou qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque, d'autant que ces informations sont sollicitées par l'assureur.

Feu PERSONNE3.) devait donc raisonnablement considérer que les questions d'ordre médical constituaient des éléments importants d'appréciation du risque par SOCIETE2.), surtout que ces éléments faisaient l'objet de questions précises. Le candidat assuré ne pouvait donc taire que les médecins avaient décelé un SAHOS associé à un BPCO, ni qu'il avait consulté notamment des pneumologues, soit des médecins spécialistes autres que son cardiologue.

Les consorts GROUPE1.) soutiendraient, en se référant à une pièce n°12 qui n'aurait pas été versée aux débats, que le SAHOS ne serait en réalité qu'une conséquence de l'hypertension artérielle et ne saurait, dès lors, constituer une pathologie à part entière. Cette allégation, qui ne serait pas autrement étayée, serait formellement contestée.

En tout état de cause, il n'appartiendrait pas aux consorts GROUPE1.) ni à l'assuré de se substituer à l'assureur pour déterminer les éléments nécessaires et pertinents pour apprécier le risque à assurer. Seul l'assureur fixerait ses critères d'appréciation et il élaborerait ses questionnaires médicaux en fonction des critères qu'il a sélectionnés pour pouvoir apprécier les risques à couvrir.

Les consorts GROUPE1.) feraient encore valoir qu'avec la déclaration de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, qui selon eux seraient des pathologies bien plus graves que l'apnée obstructive du sommeil, le risque à couvrir aurait indéniablement été apprécié à son maximum. Or, ils feraient fausse route.

Le débat ne porterait pas sur une échelle de gravité des pathologies, mais uniquement sur le fait que certaines pathologies n'auraient pas été déclarées à SOCIETE2.), alors que ces pathologies auraient indéniablement entraîné une appréciation différente des risques pour SOCIETE2.).

Dans le cas de feu PERSONNE3.), le SAHOS aurait été associé à une BPCO et à un historique de tabagisme important. Aux pathologies non déclarées, s'ajouteraient encore l'hypercholestérolémie et l'hypertension, qui étaient pour leur part déclarées, mais qui s'avéreraient être des facteurs aggravants des pathologies non déclarées.

Pour répondre à l'allégation selon laquelle la déclaration d'apnée obstructive du sommeil n'aurait eu aucun impact sur l'appréciation par SOCIETE2.) des risques à couvrir, SOCIETE2.) fait valoir ce qui suit :

- il n'appartiendrait pas aux consorts GROUPE1.), pas plus qu'à l'assuré de juger si une affection particulière serait de nature à influencer l'appréciation du risque assuré. L'assuré devrait uniquement répondre loyalement et exactement aux questions posées. Il reviendrait à l'assureur seul d'apprécier le risque qu'il entend couvrir. Il resterait maître de ses choix quant aux critères d'appréciation des risques qu'il applique pour accepter ou non la couverture ;

- si les apnées du sommeil avaient été déclarées comme elles auraient dû l'être dans les formulaires médicaux, un questionnaire supplémentaire et spécifique aux apnées du sommeil aurait été envoyé au candidat assuré en lui demandant de le faire remplir par son médecin. Ce questionnaire, annexé à la lettre de SOCIETE2.) à l'attention du mandataire des consorts GROUPE1.), viserait expressément notamment les facteurs de risque associés tels l'excès pondéral, l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme…et les complications éventuelles, telle la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BCPO), expressément citée. Toutes ces informations seraient en effet nécessaires à l'assureur afin de lui permettre d'apprécier correctement les risques que le candidat assuré lui demande d'assurer, ce qui ressortirait très clairement de ce questionnaire supplémentaire spécifique. Il en serait de même pour toute affection respiratoire. Un questionnaire supplémentaire spécifique aurait également été remis au candidat assuré.

  Dans les manuels de tarification utilisés par SOCIETE2.), les seules apnées du sommeil, dès lors qu'elles seraient qualifiées de graves, seraient non assurables en couverture décès et non assurables en couverture invalidité et ce, même sans être associées aux facteurs aggravants, tels que la broncho-pneumopathie chronique obstructive, la surcharge pondérale, l'hypertension, l'hypercholestérolémie ou encore le tabagisme.

  Il serait donc démontré que l'omission, voire l'inexactitude intentionnelle, était non seulement susceptible d'aggraver l'opinion du risque à assurer, mais aurait, de surcroît, entraîné un refus de couverture d'assurance ;

- la cause à l'origine du décès serait sans incidence aucune. En effet, conformément aux dispositions de l'article 12 de la loi sur le contrat d'assurance, la nullité du contrat serait donnée en cas d'omission ou déclaration inexacte, quel que soit l'élément sur lequel porte cette omission ou inexactitude, même sans aucun rapport avec la cause de l'invalidité ou du décès, dès lors que cette omission ou déclaration inexacte aurait induit l'assureur en erreur quant à l'appréciation du risque à couvrir.

Contrairement à ce que sembleraient vouloir laisser entendre les consorts GROUPE1.), la question litigieuse ne porterait pas sur la maladie qui a emporté feu PERSONNE3.). Cette affaire devrait être jugée, abstraction faite du cancer du poumon qui ne serait pas en cause ici, bien qu'il semblerait plutôt plausible, dans le cas d'espèce, que la consommation tabagique accrue de feu PERSONNE3.) pendant de longues années ait causé la BPCO, une maladie chronique inflammatoire des bronches et aurait augmenté le risque de cancer de poumon qui ici serait apparu et aurait connu une issue fatale.

Par conséquent, il ne saurait être reproché à SOCIETE2.) d'avoir refusé la couverture du sinistre en raison de la fausse déclaration, voire de la rétention dolosive d'informations de la part de l'assuré feu PERSONNE3.), conformément aux dispositions légales d'une part et aux stipulations contractuelles d'autre part.

De ce qui précède, il résulterait que SOCIETE2.) était en droit d'invoquer la nullité des contrats puisqu'elle n'aurait pas disposé de tous les éléments de nature à lui permettre d'apprécier correctement le risque à couvrir au moment de l'analyse du dossier de feu PERSONNE3.) relatif à sa demande d'assurance.

SOCIETE2.) demande reconventionnellement à voir déclarer nuls les contrats sur base de l'article 12 de la loi sur le contrat d'assurance. Elle fait valoir que l'assureur pourrait exercer l'action en nullité à titre principal lorsqu'il prend l'initiative de la procédure ou former sa demande à titre reconventionnel afin de résister à l'action en réclamation de la garantie engagée par l'assuré ou ses ayants-droits à la suite d'un sinistre qu'il a refusé de prendre en charge pour ce motif.

Quant aux prétentions adverses, SOCIETE2.) prend position comme suit :

- quant à la demande de remboursement du solde dû à la date du décès de feu PERSONNE3.), SOCIETE2.) soutient que tel que stipulé dans les contrats, elle ne paierait jamais le solde restant dû des crédits, mais uniquement le montant du capital couvert par le contrat au moment du décès, lequel montant serait précisé dans les conditions particulières et décroîtrait au fil du temps.

  Pour le contrat SOCIETE3.) n° NUMERO2.), la prestation assurée au 14 septembre 2020, jour du décès de l'assuré, aurait été de 106.849,15.- euros.

  Pour le contrat SOCIETE3.) n° NUMERO3.), la prestation assurée au 14 septembre 2020 aurait été de 320.547,47.- euros.

  En date du 3 novembre 2021, SOCIETE2.) aurait remboursé la somme de 6.206,03.- euros, montant qui correspondrait à la partie des primes non consommées relatives aux couvertures qui avaient été accordées.

Si par impossible, SOCIETE2.) était condamnée, elle devrait payer la somme de 106.849,15.- euros + 320.547,47.- euros – 6.206,03.- euros = 421.190,59.- euros.

- quant aux montants payés après le décès de feu PERSONNE3.), les consorts GROUPE1.) sollicitent que SOCIETE2.) soit en outre condamnée au paiement de 55.112,16.- euros correspondant aux mensualités de crédit que les consorts GROUPE1.) affirment avoir payé à la banque en remboursement du principal et des intérêts au titre du prêt hypothécaire depuis le décès de feu PERSONNE3.). Or, SOCIETE2.) conteste cette demande tant en son principe qu'en son quantum.

  En effet, cela signifierait que les consorts GROUPE1.) ne réclameraient pas seulement les capitaux assurés depuis le décès, mais en plus les mensualités qu'ils affirmeraient avoir payés. Ainsi, ils seraient indemnisés par deux fois pour la même période, ce qui ne serait de toute évidence pas possible. La demande serait partant à rejeter de ce chef.

  A cela s'ajouterait que les consorts GROUPE1.) ne justifieraient aucunement le préjudice qu'ils prétendent avoir subi, le tableau produit à l'appui de leur action étant dépourvu de toute valeur probante. La réalité de ce préjudice n'étant pas établie, la demande formulée devra donc également être rejetée pour ce motif ;

- quant au préjudice moral réclamé, celui-ci serait également contesté tant en son principe qu'en son quantum. La réalité de ce préjudice n'ayant pas été démontré, la demande de réparation de ce chef devrait être rejetée ;

- quant aux frais d'avocat, SOCIETE2.) les conteste également en leur principe et en leur quantum. En effet, les consorts GROUPE1.) n'établiraient même pas les éléments conditionnant une telle indemnisation, à savoir une faute, un préjudice réel et sérieux et une relation causale entre la faute et le préjudice. En l'absence de toute preuve, il y aurait lieu de déclarer cette demande non fondée et les en débouter ;

- l'indemnité de procédure réclamée serait également à déclarer non fondée, faute pour les consorts GROUPE1.) d'avoir démontré l'iniquité requise pour faire aboutir sa demande ;

- s'agissant des intérêts de retard réclamés, SOCIETE2.) soutient que les consorts GROUPE1.) ne sauraient solliciter des intérêts au taux légal, et encore moins une majoration automatique de ce taux, étant donné que les intérêts de retard ne s'appliqueraient pas aux intérêts en jeu dans les paiements effectués par les compagnies d'assurance, conformément à l'article 2 de la loi du 18 avril 2004 relative aux délais de paiement et aux intérêts de retard, telle que modifiée.

3. <u>Motifs de la décision</u>

3.1. Quant à la recevabilité de la demande

La demande des consorts GROUPE1.) n'étant pas énervée quant à sa recevabilité et un moyen d'irrecevabilité à soulever d'office par le tribunal n'étant pas donné, celle-ci est à déclarer recevable pour avoir été introduite dans les formes et délai de la loi.

3.2. Quant au fond

SOCIETE2.) oppose actuellement à la demande des consorts GROUPE1.) l'exception de nullité des contrats d'assurance SOCIETE3.) n^{os} NUMERO2.) et NUMERO3.) au motif que feu PERSONNE3.) aurait intentionnellement omis d'indiquer des éléments dans sa déclaration de santé préalable à la signature du contrat d'assurance-vie, avec pour conséquence d'avoir induit SOCIETE2.) en erreur sur l'appréciation du risque.

En se basant sur les articles 11 et 12 de la loi sur le contrat d'assurance et sur l'article 7.1. de ses conditions générales, elle conclut à la nullité du contrat d'assurance, le défunt ayant manifestement été de mauvaise foi lorsqu'il aurait rempli le questionnaire de santé, qui a, par la suite, donné lieu à conclusion du contrat d'assurance dont s'agit.

Il convient d'abord de citer les dispositions de la loi sur le contrat d'assurance du 27 juillet 1997 pertinentes pour le cas d'espèce.

L'article 11 de la loi sur le contrat d'assurance 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. »*

L'article 12 de ladite loi dispose que *« lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul. »*

Ces dispositions sont destinées à protéger l'assureur qui, pour se former une opinion raisonnée au sujet du risque et calculer la prime, doit se fonder essentiellement sur les déclarations du preneur d'assurance. Celui-ci a l'obligation de donner à l'assureur une connaissance exacte des éléments du risque qu'il veut faire couvrir.

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.

L'abstention de déclarer une circonstance légitimement ignorée de l'assureur et susceptible d'aggraver l'opinion du risque constitue une réticence rendant l'assurance nulle. La circonstance omise ou inexactement déclarée ne doit pas nécessairement avoir eu une influence sur le sinistre, une influence sur l'appréciation du risque suffit.

En revanche, si le preneur d'assurances omet de déclarer quelque circonstance dont l'importance ne peut raisonnablement lui apparaître, il n'y aura pas de sanction. De même, le preneur d'assurances ne doit pas déclarer les circonstances déjà connues de l'assureur ou que celui-ci devait raisonnablement connaître.

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 que le preneur en avait connaissance.

Il y a lieu de noter de prime abord que c'est en vain que les consorts GROUPE1.) soutiennent que la cause du décès n'aurait pas de lien avec une pathologie antérieure. Il est ainsi admis que l'assuré doit déclarer toute maladie dont il est atteint et les traitements médicaux qu'il subit et même si la pathologie non déclarée n'a aucun rapport direct ni aucune influence sur celle qui fait l'objet du sinistre, puisque la fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat (M. Fontaine, Droit des assurances, 4e éd., Larcier, n°250).

Il est constant en cause que feu PERSONNE3.) a apposé sa signature au bas du document intitulé « *DECLARATIONS DE SANTE A COMPLETER PAR L'ASSURE* 1 » en date du 15 janvier 2018, ainsi que sur le document intitulé « *Déclarations relatives à la demande d'assurance* » du 31 janvier 2018, documents remplis par ses soins en vue de la souscription des contrats d'assurance.

Le tribunal constate qu'à la question n°14 de la déclaration de santé, *« avez-vous été sous surveillance médicale ou avez-vous subi une traitement médical prolongé »,* feu PERSONNE3.) a coché la case *« non »*, tout comme pour la question n°19 *Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections particulières ».*

S'agissant des déclarations relatives à la demande d'assurance, feu PERSONNE3.) a coché *« oui »* à la question 2 a) *« présentez-vous une affection quelconque »* et à la question *« laquelle ? »* il a uniquement indiqué souffrir d'HTA et d'hypercholestérolémie.

A la question 3) *« souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, des troubles ou d'affections a) de l'appareil respiratoire tels que : asthme, bronchite à répétition ou chronique, pneumonie, tuberculose, allergies ou autres ? »,* et l) *« autres maladies, troubles ou dérangements pour lesquels aucune question n'a été posée (p.ex. infirmité congénitale, difformité, tumeur, cancer, etc.)?* feu PERSONNE3.) a répondu par la négative, tout comme à la question 6) a) *« avez-vous subi un examen, un traitement ou une opération dans un hôpital ou un quelconque établissement médical ? ».*

A la question 7 *« avez-vous été soumis au cours des 5 dernières années à des examens spéciaux tels que radiographie, ultrasons, examen au scanner ou résonance magnétique, échographique, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, endoscopie ou autres »*, feu PERSONNE3.) a coché la case *« oui »* en précisant qu'en 2016, il avait subi un ECG qui était normal.

A la question 12 b) *« avez-vous au cours des 5 dernières années consulté des médecins qui n'ont pas été cités précédemment »* feu PERSONNE3.) a coché la case *« oui »* en précisant qu'il avait consulté un cardiologue (Dr PERSONNE15.)) pour un contrôle régulier.

SOCIETE2.) se prévaut du fait que feu PERSONNE3.) aurait été atteint de SAHOS et de BPCO alors qu'il ne l'aurait pas déclaré, en versant un rapport médical du 7 juillet 2015 du Dr Eugène PANOSETTI, ORL, ainsi qu'un rapport médical du 30 novembre 2015 et du 18 avril 2016 du Dr PERSONNE11.), pneumologue. Elle fait encore valoir qu'il n'a pas déclaré ses visites régulières chez ses pneumologues depuis 2015, qu'il n'a pas non plus déclaré ses passages annuels au Laboratoire du sommeil et qu'il n'a pas non plus déclaré passer ses nuits sous assistance respiratoire par CPAP.

Elle en déduit le caractère intentionnel de la fausse déclaration faite par feu PERSONNE3.), celui-ci donnant des réponses inexactes à des questions parfaitement claires.

Le tribunal constate que les consorts GROUPE1.) ne contestent pas que feu PERSONNE3.) était atteint de BCPO et de SAHOS, mais soutiennent que lors du contrôle annuel en date du 6 décembre 2017 auprès du Laboratoire du Sommeil, qui d'ailleurs n'a également pas été déclaré, il aurait été constaté une nette amélioration de la fonction respiratoire suite à l'arrêt du tabac et un amaigrissement. Ils estiment partant qu'il aurait été légitime pour feu PERSONNE3.) d'indiquer l'absence d'affection au niveau respiratoire.

Or, le tribunal constate à cet égard que dans le cadre de ses conclusions, le mandataire des consorts GROUPE1.) fait référence à une pièce n°13 qui n'est cependant aucunement versée. Par conséquent, les consorts GROUPE1.) n'établissent nullement qu'il y avait une nette amélioration de la fonction respiratoire dans le chef de feu PERSONNE3.).

Les consorts GROUPE1.) soutiennent que le syndrome d'apnée du sommeil ne serait en réalité qu'une conséquence de l'hypertension et ne saurait, dès lors, constituer une pathologie à part entière. Ils estiment qu'eu égard au fait que feu PERSONNE3.) aurait indiqué souffrir d'hypertension, aucune faute intentionnelle ne saurait lui être reproché.

Or, le Tribunal constate que les consorts GROUPE1.) se contentent de faire des affirmations, sans verser une quelconque pièce quant à ce sujet, de sorte que ce moyen n'est pas fondé.

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, 3e chambre C, 9 décembre 2020, JLMB, 2021/42-24 décembre 2021).

Le tribunal constate que feu PERSONNE3.) n'a pas répondu loyalement aux questions 14 et 19 de la déclaration de santé étant donné qu'il est établi au vu des rapports médicaux versés qu'il était atteint de SAHOS et de BCPO et qu'il était suivi quant à ce sujet. Il n'a également pas répondu loyalement aux questions 2a), 3, 7 et 12 b) du formulaire intitulé « déclarations relatives à la demande d'assurance » pour les mêmes raisons.

En effet, il résulte du rapport médical du Dr PERSONNE11.) du 30 novembre 2015 que feu PERSONNE3.) souffrait de *« SAHOS sévère RDI 40 /heure sous CPAP à 9cm H20. Essai CPAP concluant. Légère sécheresse buccale. Changement de masque fait du masque nasal à un masque narinaire (nasal pillows). Amaigrissement et sevrage tabagique conseillés. »*

Il résulte du rapport médical du même médecin du 18 avril 2016 que feu PERSONNE3.) souffrait de *« SAHOS sévère RDI 40/heure sous CPAP à 9cm H2=. Tabac actif à 20-25 cig/jour à sevrer, BPCO débutante. Patient informé. »*

Or, dans la mesure où les examens spécialisés réalisés et les médecins spécialisés consultés n'avaient pas été mentionnés par feu PERSONNE3.) dans les deux formulaires précités, les affections constatées notamment par le Dr PERSONNE11.) n'avaient pas forcément non plus été portées à la connaissance de SOCIETE2.).

Feu PERSONNE3.) 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 du questionnaire lui soumis, intitulé « DECLARATIONS DE SANTE A COMPLETER PAR L'ASSURE 1 » *« que l'appréciation du risque par SOCIETE2.) est basée sur les informations recueillies notamment sur le document de déclaration de santé de l'assuré et des déclarations complémentaires. 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 à tous les points, notamment aux questions de la déclaration de santé et des déclarations complémentaires. »* En apposant sa signature sur ledit questionnaire, feu PERSONNE3.) s'est en conséquence engagé à répondre correctement aux questions posées.

Au vu de ce qui précède, feu PERSONNE3.) devait raisonnablement considérer que les questions d'ordre médical indiquées dans les deux formulaires lui soumis constituaient

des éléments importants d'appréciation du risque, dans la mesure où ces éléments faisaient l'objet de questions précises. Feu PERSONNE3.) aurait par conséquent dû y répondre loyalement et ne pouvait taire qu'il souffrait de SAHOS et de BPCO et qu'il était suivi par un pneumologue quant à ce sujet.

Le Tribunal retient partant le caractère intentionnel des fausses déclarations faites par feu PERSONNE3.) qui ont eu nécessairement une incidence sur l'appréciation du risque par l'assureur, maintenu dans l'ignorance du SAHOS et du BCPO dont souffrait feu PERSONNE3.).

Le demandes des consorts GROUPE1.) en paiement du solde restant dû à la date du décès de feu PERSONNE3.), en paiement des montants payés après le décès de celui-ci, ainsi que la demande en indemnisation pour préjudice moral sont partant à déclarer non fondées.

SOCIETE2.) est par conséquent fondée à voir dire que les contrats d'assurance SOCIETE3.) n^{os} NUMERO2.) et NUMERO3.) signés le 07.02.2018 par feu PERSONNE3.), sont nuls.

3.3. Quant aux demandes accessoires

3.3.1. Quant à la demande en remboursement des frais et honoraires d'avocat

Les consorts GROUPE1.) demandent la condamnation de SOCIETE2.) à leur rembourser la somme de 10.413.- euros à titre de frais d'avocats exposés.

Il est aujourd'hui de principe que les honoraires que le justiciable doit exposer pour obtenir gain de cause en justice constituent un préjudice réparable qui trouve son origine dans la faute de la partie qui succombe (Cour de cassation, 9 février 2012, arrêt n° 5/12, JTL 2012, n° 20, page 54 ; CA, 9^{e} chambre, 20 novembre 2014, n° 39.462 du rôle). Les frais et honoraires d'avocat peuvent ainsi donner lieu à indemnisation sur base de la responsabilité civile de droit commun en dehors de l'indemnité de procédure.

Les consorts GROUPE1.) doivent établir les conditions légales pour se voir allouer les honoraires d'avocats, à savoir la preuve d'une faute, d'un dommage et d'un lien causal.

Au vu de l'issue du litige et dans la mesure où les consorts GROUPE1.) n'ont pas obtenu gain de cause, leur demande en remboursement des frais et honoraires d'avocat est à déclarer non fondée.

3.3.2. Quant à l'indemnité de procédure

Les consorts GROUPE1.) demandent la condamnation de SOCIETE2.) à leur payer une indemnité de procédure de 2.500.- 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).

Au vu de l’issue du litige, les consorts GROUPE1.) sont à débouter de leur demande en allocation d’une indemnité de procédure.

3.3.3. Quant aux frais et dépens de l’instance

En application des articles 238 et 242 du Nouveau Code de procédure civile, toute partie qui succombera sera condamnée aux dépens, à moins que le juge, par décision spéciale et motivée, n’en mette la totalité ou une fraction à la charge de l’autre partie et les avocats à la Cour pourront, dans les instances où leur ministère est obligatoire, demander la distraction des dépens à leur profit.

Au vu de l’issue du litige, il y a lieu de condamner les consorts GROUPE1.) aux frais et dépens de l’instance, avec distraction au profit de Maître Romain ADAM, qui la demande, affirmant en avoir fait l’avance.

PAR CES MOTIFS

le tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, huitième chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement ;

reçoit la demande de PERSONNE1.) et d’PERSONNE2.) en la forme ;

la dit non fondée ;

constate que les contrats d’assurance-vie SOCIETE3.) n^{os} NUMERO2.) et NUMERO3.) signés le 7 février 2018 par feu PERSONNE3.) sont nuls ;

dit non fondée la demande de PERSONNE1.) et d’PERSONNE2.) en remboursement des frais et honoraires d’avocat sur base des articles 1382 et 1383 du Code civil ;

dit encore non fondée la demande de PERSONNE1.) et d’PERSONNE2.) en allocation d’une indemnité de procédure sur base de l’article 240 du Nouveau Code de procédure civile ;

condamne PERSONNE1.) et PERSONNE2.) aux frais et dépens de l’instance, avec distraction au profit de Maître Romain ADAM, qui la demande, affirmant en avoir fait l’avance.