

12 mars 2009

Cour de cassation

Pourvoi n° 08-13.356

Deuxième chambre civile

ECLI:FR:CCASS:2009:C200414

Texte de la décision

LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Sur le moyen unique, tel que reproduit en annexe :

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Aix-en-Provence, 6 décembre 2007) que M. X..., afin de garantir le remboursement d'un emprunt contracté auprès de la Société marseillaise de crédit (la banque), a adhéré le 30 mars 1990 au contrat d'assurance groupe souscrit par l'établissement de crédit auprès de la société UAP, aux droits de laquelle se trouve la société Generali assurances vie (l'assureur), garantissant les risques incapacité, invalidité et décès ; qu'à la suite d'un accident du travail dont il a été victime le 15 décembre 1992, M. X... a subi plusieurs interventions et hospitalisations, ce qui a conduit la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme à l'admettre au classement en invalidité catégorie II ; que l'assureur, après prise en charge du sinistre, a refusé toute indemnisation complémentaire en arguant de l'existence d'une fausse déclaration intentionnelle dans le questionnaire de santé rempli lors de la souscription ; que M. X... a assigné l'assureur et la banque devant le tribunal de grande instance, afin d'obtenir l'application des garanties de l'assurance ;

Attendu que M. X... fait grief à l'arrêt de prononcer la nullité du contrat d'assurance ;

Mais attendu qu'ayant constaté que dans ses réponses au questionnaire de santé, M. X... avait omis de déclarer qu'il était traité médicalement pour hypercholestérolmie depuis cinq années, c'est à bon droit que la cour d'appel a, dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation des éléments de preuve qui lui étaient soumis, retenu que l'assuré avait une parfaite connaissance de la fausseté de ses déclarations, que celles-ci avaient un caractère intentionnel, et avaient changé l'opinion du risque pour l'assureur, et qu'elle en a justement déduit la nullité de son adhésion à l'assurance de groupe, peu important que le risque omis ait été sans influence sur la survenance de l'arrêt de travail, cause de la demande de prise en charge des échéances du prêt contracté par l'assuré ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne M. X... aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette toutes les demandes présentées de ce chef ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du douze mars deux mille neuf.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par Me Brouchet, avocat aux Conseils pour M. X...

Il est fait grief à l'arrêt confirmatif attaqué d'AVOIR prononcé la nullité du contrat d'assurance souscrit par Monsieur X... auprès de l'UAP devenu la société GENERALI FRANCE ASSURANCE VIE au titre de la garantie invalidité décès le 30 mars 1990 ;

AUX MOTIFS QUE lors de son adhésion à la police d'assurance proposée par la société UAP, Monsieur X... a signé une déclaration de santé dans laquelle il a répondu négativement aux questions suivantes : « Suivez vous actuellement un traitement médical ou un régime ? », « Avez vous suivi au cours des 5 dernières années un traitement médical ou un régime ? » ;

que le rapport extrêmement précis et motivé dressé par le Dr Z..., qui relate tous les antécédents médicaux de Monsieur X..., indique que lors de son adhésion, il était traité médicalement pour hyper cholestérolémie depuis cinq années ; que l'appelant verse aux débats un certificat médical de son médecin traitant, le Docteur A..., qui précise que cette affection n'était qu'épisodique ; que même si la pathologie présentée par Monsieur X... n'était qu'épisodique, celui-ci n'avait pas à se faire juge de la gravité de son état de santé, de l'opportunité ou de l'utilité des renseignements à fournir dans le questionnaire de santé qui lui était soumis, ainsi que de son influence sur le risque ; que selon les dispositions de l'article L. 113-2 du Code des assurances, l'assuré a pour obligation de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel celui-ci l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge ; que les constatations de l'expert sur les antécédents médicaux de Monsieur X... établissent l'existence d'une fausse déclaration ; qu'en raison des questions extrêmement claires et précises posées par l'assureur qui ne pouvaient insinuer un doute dans l'esprit de Monsieur X..., celui-ci en répondant négativement a, compte tenu de son passé médical et de leurs conséquences, effectué ces fausses déclarations en toute connaissance de cause avec l'intention de tromper son co-contractant et donc intentionnellement ; que ces fausses déclarations ont changé l'objet du risque ou en ont diminué l'opinion pour l'assureur, qui a accepté de donner sa garantie dans l'ignorance exacte de l'état de santé de son co-contractant ; qu'il importe peu que les risques omis aient été sans influence sur le sinistre ;

ALORS D'UNE PART QU'en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle faite par l'assuré à l'occasion d'une police garantissant plusieurs risques distincts, l'appréciation de la portée de cette réticence ou fausse déclaration sur l'opinion du risque pour l'assureur doit se faire par rapport à chaque risque en litige ; que bien qu'ayant constaté que l'accident du travail dont Monsieur X... a été victime était sans rapport avec sa maladie épisodique non déclarée lors de son adhésion à la police d'assurance, la Cour d'appel a cependant déclaré inopérante cette circonstance pour retenir que la fausse déclaration concernant son état de santé avait nécessairement modifié l'opinion pour la société GENERALI VIE des risques garantis et en déduire la nullité de la police ; qu'en statuant comme elle l'a fait, la Cour d'appel a méconnu le principe précité et violé l'article L. 113-8 du Code des assurances ;

ALORS D'AUTRE PART QUE la fausse déclaration intentionnelle sanctionnée par la nullité de la police doit porter sur une maladie ayant nécessité un traitement médical suivi et de longue durée dont l'existence est de nature à modifier l'opinion du risque garanti chez l'assureur ; que dans ses conclusions d'appel, Monsieur X... avait fait valoir à partir d'une attestation de son médecin traitant que le traitement médical pour son hypercholestérolémie n'était devenu permanent qu'en 1998, tandis que jusqu'à cette date, il n'avait été soigné pour cette maladie qu'à titre épisodique ; qu'en se bornant à observer que Monsieur X... avait été soigné pour cette infection sans contester le caractère épisodique indiqué par son médecin traitant, la Cour d'appel qui n'a pas recherché, ainsi qu'il le lui était donc demandé, si cette affection avait réellement nécessité un traitement suivi sur une longue durée ce qui alors seulement aurait dû être déclaré pour permettre à l'assureur de se faire une opinion exacte des risques à garantir, a privé sa décision d'annuler la police conclue en 1990 de base légale au regard de l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Décision **attaquée**

Cour d'appel d'aix-en-provence
6 décembre 2007