

Cour d'Appel de Paris
25 janvier 2005
condamnation de la CNP
ref : AFUB - CA - 050125A

*assurance, ADI,
déclaration de santé,
sanction, proportionnalité,
art. L.113-8 à L.113-9 Code des
Assurances .*

La Cour confirme le jugement rendu par le TGI de Paris en date du 31 janvier 2003 en une démonstration qui justifie de la présente publication :

" L'article L 113-8 du Code des Assurances énonce que 'le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.' ;

Il en résulte que la nullité est soumise à trois conditions cumulatives : la réticence ou la fausse déclaration, le caractère intentionnel de celle-ci et le fait que l'objet du risque ait été changé en raison de cette réticence ou de cette fausse déclaration ;

En l'espèce la CNP reproche à l'usager d'avoir répondu par la négative à la question 'Avez-vous subi un traitement pour maladie rhumatismale, lumbago ou sciatique ?' et cela à l'occasion des quatre questionnaires signés ;

(...)

S'il est constant, au vu des documents susmentionnés, que l'usager a bien souffert d'une sciatique en 1992 et qu'elle a été soignée pour celle-ci, c'est par des motifs pertinents, que la cour adopte expressément, que les premiers juges, après avoir constaté que cette affection avait été de très courte durée (deux semaines d'arrêt de travail), qu'elle était sans gravité, que le traitement avait été anodin et qu'il n'y avait pas eu de récurrence, ont retenu que s'il était avéré que l'assuré avait répondu de manière inexacte au questionnaire de santé qui lui était soumis, il résultait des pièces produites qu'elle avait pu en toute bonne foi ne pas déclarer une sciatique ancienne et sans récurrence et que, dès lors, il n'était pas démontré qu'elle aurait intentionnellement cherché à dissimuler une maladie lors de sa réponse à ce questionnaire, ce dont il résultait que l'assureur ne rapportait pas la preuve de l'intention frauduleuse de l'assurée et que la nullité des adhésions n'était pas encourue en application de l'article L.113-8 du Code des Assurances ;

Par ailleurs, c'est aussi pertinemment que les premiers juges ont retenu qu'il n'y avait pas lieu à application en l'espèce de la règle proportionnelle stipulée par l'article L.113-9 du Code des Assurances, étant observé que, selon l'assureur lui-même, si sa cliente avait mentionné dans sa réponse au questionnaire de santé avoir souffert d'une sciatique il n'aurait accepté cette dernière dans l'assurance qu'en excluant les troubles lombo-sciatiques des garanties "incapacité temporaire totale" et "invalidité permanente absolue" ; que force est donc de constater que la CNP ne prétend pas que, si elle avait connu le facteur de risque non déclaré, elle aurait appliqué une surprime, mais aurait simplement exclu de la garantie le risque correspondant, c'est-à-dire les

"troubles lombo-sciatiques" ;

Il s'ensuit que, dès lors que l'incapacité temporaire dont l'indemnisation est requise par l'assuré trouve son origine, non dans une affection lombo-sciatique, mais dans une hépatite C, l'exclusion actuelle du risque mentionnée par l'assureur aurait été sans incidence sur l'indemnisation du sinistre et que la règle proportionnelle de l'article L.113-9 du Code des Assurances n'a donc pas vocation à s'appliquer. "

La Cour d'Appel confirme le Jugement du TGI de Paris du 31 janvier 2003 et condamne la CNP aux dépens.

Pour une copie intégrale de la décision.

[Retour à la page précédente](#)

[procédure règlement des conflits,](#)
[comment faire valoir ses droits](#)

www.afub.org © 1999/2006 AFUB

Tous droits réservés, reproduction partielle ou totale interdite sans l'avis préalable de l'auteur

Dernière révision : 26 mars, 2005