



Nullité du contrat d'assurance pour fausse déclaration ou omission de déclaration par l'assuré

publié le 19/06/2011, vu 54499 fois, Auteur : [Anthony BEM](#)

Le Code des assurances prévoit un certain nombre d'obligations de déclaration à la charge de l'assuré lors de la souscription et de l'exécution du contrat d'assurance.

L'article L. 113-2-2° et 3° du code des assurances dispose que :

« L'assuré est obligé :

2° De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;

3° De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ...

Lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, la déchéance pour déclaration tardive au regard des délais prévus au 3° et au 4° ci-dessus ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure »

Ces déclarations sont importantes car elles influent l'opinion du risque, l'accord ou le refus de garantie et le calcul du montant de la prime.

En cas de fausse déclaration, l'assuré risque :

- s'il est de bonne foi, une surprime, une réduction du montant de l'indemnité due par la compagnie d'assurance et éventuellement la résiliation du contrat d'assurance (article L. 113-9 du code des assurances) ;

- s'il est de mauvaise foi, la nullité du contrat d'assurance. En effet, l'article L.113-8 du code des assurances dispose 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 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

». Et d'autres sanctions financières que nous envisagerons ci-après.

Il convient donc que **deux conditions cumulatives** soient remplies pour que l'assurance puisse invoquer l'application de l'article L. 113-8 du Code des assurances lourdes de conséquences pour l'assuré.

La première de ces conditions est l'existence d'une réticence ou une fausse déclaration intentionnelle

L'assuré devra avoir trompé l'assureur en connaissance de cause sur le risque à assurer, lorsqu'il a souscrit le contrat ou même au cours de l'exécution en omettant sciemment de déclarer une nouvelle situation.

Concrètement, il peut s'agir :

- soit d'une fausse déclaration, par une réponse négative à une question où l'assuré aurait dû répondre par l'affirmative ou inversement,
- soit d'une réticence, c'est à dire une omission volontaire de déclarer un fait qui aurait du être révélé par l'assuré.

La seconde de ces conditions est l'existence d'une réticence ou une fausse déclaration intentionnelle qui change l'objet du risque ou diminue l'opinion du risque pour l'assureur

Cela se caractérise concrètement par :

- un montant de prime d'assurance inférieur à ce qu'il aurait pu être si la fausse déclaration sur l'identité du conducteur habituel n'avait pas été faite par l'assureur ;
- l'impossibilité pour l'assureur de se rendre compte de la portée de son engagement suite à la déclaration inexacte d'un assuré qui n'avait pas payé ses précédentes primes, « *ce qui pouvait être une source de difficultés multiples* » pour l'assureur.

En tout état de cause, la jurisprudence considère que l'omission de déclaration d'une maladie par l'assuré, aussi grave soit cette maladie, sur un questionnaire médical, n'entraîne pas automatiquement la nullité du contrat d'assurance.

Ainsi, la Cour de cassation a jugé que « *l'appréciation de la portée, en ce qui concerne l'assureur, de cette réticence ou fausse déclaration, doit se faire par rapport à chaque risque en litige, mais indépendamment des circonstances du sinistre* » (Cass. Civ. I, 3 janvier 1996, pourvoi n°93-18812).

La réticence et la fausse déclaration peuvent être prouvées par tous moyens.

Cependant, le plus souvent, l'assureur utilisera le questionnaire, les réponses fournies par l'assuré et les documents médicaux communiqués par l'assuré lors de la souscription de son contrat pour prouver :

- la réticence ou la fausse déclaration

- l'élément intentionnel

- et en quoi cela change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour lui-même.

Une fois ces preuves rapportées et tel qu'indiqué précédemment, la compagnie d'assurance peut obtenir la nullité du contrat de sorte que l'assuré ne sera pas couvert en cas de sinistre.

La nullité du contrat signifie que celui-ci est censé n'avoir jamais été conclu entre les parties.

Cela signifie concrètement qu'une personne qui a contracté une assurance pour garantir l'indemnisation d'accidents, de vol, le remboursement d'un emprunt, se croyant assurée, aura payé sur des années une assurance sans jamais avoir été couvert en définitive.

En outre, l'assuré peut avoir à rembourser à son assureur toutes les indemnités perçues le cas échéant par le passé puisque le contrat est censé n'avoir jamais existé.

Enfin, sauf s'il s'agit d'assurance de personnes, toutes les primes payées et échues sont acquises à l'assurance de sorte que l'assuré ne puisse même pas récupérer les sommes qu'il a payé à son assureur, durant parfois des dizaines d'années.

Le 16 décembre 2010, par quatre arrêts, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a donné des exemples d'hypothèses d'application de l'article L.113-8 du code des assurances.

S'agissant d'une fausse déclaration sur l'identité du conducteur habituel lors de la souscription d'une assurance automobile, la Cour de cassation a jugé que :

« l'arrêt [d'appel] retient notamment que M. X... a fait une fausse déclaration lors de la souscription du contrat d'assurance en omettant de mentionner que le conducteur habituel du véhicule Peugeot 206 était sa fille Alexandra ; que le fait que Mme Alexandra X... ait déclaré en 2002 un sinistre à l'occasion d'un accident matériel de la circulation et le courrier du 5 mai 2004 ne permettaient pas, en l'absence de toute autre pièce, d'en déduire que l'assureur avait, antérieurement au second sinistre, eu connaissance de l'identité du conducteur habituel du véhicule ; que, compte tenu de l'âge et de la date à laquelle le permis a été délivré à cette dernière, la cotisation annuelle aurait alors été de 845, 24 euros au lieu de 391, 90 euros pour M. X... ; qu'en outre, celui-ci bénéficiait d'un coefficient de bonus de 0, 50 ainsi que d'un bonus complémentaire " Lauréat " et que sa fille Alexandra aurait perdu ces conditions tarifaires avantageuses si le véhicule avait été assuré à son nom ;

Qu'en l'état de ces constatations et énonciations, la cour d'appel a pu juger, dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation des éléments de fait et de preuve produits et sans se contredire, que cette fausse déclaration, en conduisant l'assureur à donner sa garantie moyennant un tarif plus avantageux, avait modifié l'opinion que l'assureur pouvait avoir du risque de vol » (pourvoi n°10-13517)

S'agissant de l'omission de déclaration du défaut de paiement des primes du précédent contrat souscrit chez un précédent assureur lors de la souscription d'une assurance multirisques habitation, la Cour de cassation a jugé que :

« l'arrêt [d'appel] retient, par motifs propres et adoptés, que la déclaration inexacte de Mme X... a changé l'opinion du risque pour l'assureur lequel n'a pu se rendre compte de la portée de l'engagement qu'il prenait en contractant avec un assuré qui n'avait pas

payé ses précédentes primes, ce qui pouvait être une source de difficultés multiples ; que l'assureur justifie, par la production des conditions relatives à l'octroi des garanties aux assurés, qu'il n'aurait pas accepté de garantir Mme X... s'il avait su que son contrat antérieur avait été résilié ;

Que, par ces motifs, la cour d'appel a légalement justifié sa décision » (pourvoi n°10-13926).

S'agissant de l'omission de déclaration de l'existence d'une maladie antérieure à la conclusion du contrat du défaut lors de la souscription d'une assurance crédit, la Cour de cassation a jugé que :

« Attendu que pour annuler le contrat d'assurance sur le fondement de l'article L. 113-8 du code des assurances, l'arrêt retient qu'il ressort du rapport médical du médecin-conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés que non seulement l'accident du travail du 29 avril 1992 avait pour cause une lombalgie aiguë, mais également que l'assuré avait déjà subi des épisodes de lombalgies itératives et traitées depuis 1989 ; que si les lombalgies ne correspondent pas nécessairement à un lumbago, l'assureur produit le certificat médical initial de l'accident du travail du 29 avril 1992 qui a porté le diagnostic de "lumbago aigu" ; qu'il ne ressort pas des éléments produits que M. X... n'aurait pas été, en raison de ses origines socioculturelles, de sa formation scolaire et professionnelle, capable de comprendre "la réelle importance des épisodes lombalgiques anciens", alors que le terme de "lumbago" utilisé dans le questionnaire était identique à celui utilisé dans le certificat médical initial qu'il a remis à son employeur pour justifier de son accident du travail ; qu'il se déduit de la réponse négative à la première question que M. X... a intentionnellement fait une fausse déclaration, puisqu'il ne pouvait ignorer le sens du diagnostic de "lumbago", ni le traitement subi à sa suite dans le cadre de la législation professionnelle ;

Qu'en se déterminant ainsi, sans rechercher en quoi la fausse déclaration intentionnelle avait changé l'objet du risque ou en avait modifié l'opinion pour l'assureur, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard du texte susvisé (pourvoi n°10-13768)

Ou encore :

« Attendu que pour annuler le premier contrat de prêt, l'arrêt retient qu'il est constant au vu du compte-rendu d'hospitalisation du 8 décembre 2001 que M. X... présentait au titre de ses antécédents une hypertension artérielle connue depuis 1981 et traitée à partir des années 1990, de sorte qu'il ne pouvait de bonne foi choisir de déclarer sur l'honneur ne pas avoir été atteint d'une hypertension artérielle ; que l'existence d'antécédents médicaux et le caractère contraignant de la prise quotidienne de médicaments incompatibles avec un oubli, auraient dû conduire l'assuré à sélectionner la formule d'assurance sans déclaration d'état de santé, qui prévoit des garanties réduites de sorte que les arguments de l'appelant tenant à l'imprécision du document sont inopérants ;

Qu'en statuant ainsi, par des motifs insuffisants à caractériser en quoi la fausse déclaration intentionnelle avait changé l'objet du risque ou en avait diminué l'opinion pour l'assureur, la cour d'appel a violé le texte susvisé » (pourvoi n°10-12179)

Si pour certains assurés, l'omission ou la fausse déclaration s'impose compte tenu de leur

situation personnelle, le risque encouru peut vite se révéler onéreux dans certaines hypothèses.

En cas de contentieux, il appartiendra à l'avocat de l'assuré de combattre les éléments de preuve produits par l'assurance et de convaincre le juge de la bonne foi de l'assuré, de la mauvaise foi de l'assurance ou de l'absence de réunion des conditions légales précitées.

Je suis à votre disposition pour toute information ou action.

PS : Pour une recherche facile et rapide des articles rédigés sur ces thèmes, vous pouvez taper vos "mots clés" dans la barre de recherche du blog en haut à droite, au dessus de la photographie.

Anthony Bem
Avocat à la Cour
27 bd Malesherbes - 75008 Paris
Tel : 01 40 26 25 01

Email : abem@cabinetbem.com

www.cabinetbem.com