

La demande en garantie mue par C. Vie à l'encontre de P. Finances est, quant à elle, non fondée pour les motifs développés ci-dessus.

(...)

Par ces motifs,

(...)

Dit la demande de *Noémie* à l'égard de la société de droit français C. Assurances Vie recevable et fondée.

En conséquence, condamne la société de droit français C. Assurances Vie à payer à *Noémie*

- la somme de 34.167,28 euros à majorer d'intérêts compensatoires, puis judiciaires, calculés au taux légal à compter du 7 décembre 2019 jusqu'à complet paiement ;

(...)

Siég. : MM. Y. Ninane, J.-M. Cremer et P. Piraux.
Plaid. : M^{es} S. Ranieri, O. Scheuer et A. Caby.

Greffier : Mme M.-B. Painblanc.

J.L.M.B. 22/399

Observations

Quand l'assureur est tenu de couvrir un sinistre pour n'avoir pas réagi à l'envoi d'une proposition d'assurance...

La décision commentée doit désormais être ajoutée aux quelques décisions qui statuent sur les conséquences du défaut de réaction de l'assureur auquel une proposition d'assurance dûment complétée a été envoyée par un candidat à l'assurance.

Les faits de l'espèce peuvent être résumés comme suit : deux époux envisagent de financer le prix d'achat d'un véhicule par un contrat de prêt à tempérament. Le prêteur les informe qu'une assurance vie solde restant dû peut être souscrite afin de garantir le remboursement du prêt en cas d'incapacité de travail ou de décès prématuré. Les deux époux vont alors remplir et signer une proposition d'assurance qui sera envoyée par P. Finances, organisme prêteur, auprès de deux sociétés d'assurance françaises, C. Assurances Risques divers pour la couverture du risque d'incapacité de travail ou de perte d'emploi et C. Assurances Vie pour la couverture du risque décès. La proposition d'assurance contient un questionnaire médical qui est complété par chacun des conjoints. Monsieur indique dans le questionnaire qu'il est sous traitement pour une hypertension artérielle et atteint, par ailleurs, d'un diabète de type 2 traité par insuline.

Le capital à assurer est fixé à 38.900 euros et la prime unique est évaluée à 3.187,46 euros. *Gilles* et *Noémie* paient le montant de cette prime, le jour même où ils ont reçu la simulation, soit le 9 juillet 2019. P. Finances prétend avoir scanné la proposition signée et l'avoir envoyée par courriel le 12 juillet 2019. Tous les documents ont été transmis à la compagnie qui reconnaît les avoir reçus.

Monsieur décède moins de six mois plus tard le 7 décembre 2019. Le solde du crédit s'élevant à 40.447,84 euros, *Noémie* réclame le capital correspondant au solde restant dû. En guise de réponse, la compagnie d'assurance crédite le compte de *Noémie* du montant de la prime avec la mention « Remboursement C. Assurance Annulée ». Après avoir été mise en demeure, d'exécuter son obligation, la compagnie rappelle qu'une proposition d'assurance n'engage ni le candidat preneur ni l'assureur à conclure le

contrat et qu'elle a demandé des informations médicales complémentaires à Gilles. Cette demande étant restée sans suite, elle prétend que le contrat n'a jamais été conclu et que le risque qui s'est réalisé n'est donc pas couvert.

Se prévalant de l'article 57, paragraphe 1^{er}, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, le conseil de Noémie conteste ce fait et rappelle que l'assureur qui ne réagit pas dans les 30 jours de la réception de la proposition s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. Le sinistre étant survenu, il estime en l'espèce que les dommages et intérêts doivent être évalués au montant du capital garanti.

Après avoir reconnu sa compétence et jugé l'action recevable, Le tribunal de l'entreprise du Hainaut va faire droit à cette demande. Voici donc ce qu'il en coûte à un assureur qui n'a pas réagi en temps utile à une proposition d'assurance : il est finalement tenu de couvrir le sinistre alors même qu'aucun contrat n'a été conclu.

L'article 57, paragraphe 1^{er}, précité prévoit certes que « *la proposition d'assurance n'engage ni le candidat preneur ni l'assureur à conclure le contrat* » mais, afin d'inciter l'assureur à réagir, ajoute que « *si, dans les trente jours de la réception de la proposition, l'assureur n'a pas notifié au candidat preneur d'assurance, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer, il s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts* »⁷.

Il importe de souligner que la disposition en question n'affirme pas que le contrat est réputé conclu si l'assureur ne réagit pas dans les trente jours de la réception mais seulement qu'il *s'oblige à conclure le contrat*. Il s'agit d'une obligation de faire dont l'inexécution se résout, en principe, en dommages et intérêts, comme le prévoyait l'article 1142 de l'ancien Code civil. Cette nuance n'avait pas échappé au Conseil d'Etat lorsque son avis fut sollicité lors de l'adoption de la loi du 25 juin 1992 sur les assurances terrestres⁸.

La doctrine unanime n'a pas manqué de s'interroger sur la portée de cette obligation et sur sa sanction. On s'est demandé, d'une part, sur quelle base et selon quelles conditions le contrat pourrait être finalement conclu, alors que ses éléments essentiels ne sont pas encore déterminés, la proposition ne mentionnant, en général, ni les conditions de garantie ni la prime⁹. Certains se demandaient si un assureur peu scrupuleux ne pourrait pas, pour donner l'impression de satisfaire à son obligation, se contenter de proposer un contrat à des conditions inacceptables afin de décourager un candidat indésirable¹⁰. Outre que le principe de bonne foi dans la formation du contrat pourrait permettre de contrer de tels abus, la difficulté pourrait être surmontée lorsque le contrat demandé est un contrat standard reposant sur des conditions générales habituellement utilisées par l'assureur pour couvrir un même type de risques¹¹. Elle le sera

⁷ Cette disposition qui figurait déjà dans l'ancien arrêté royal du 1^{er} février 1988 concernant l'assurance incendie risques simples, devenu ensuite l'arrêté royal du 24 décembre 1992, a été portée au rang de règle générale par la loi du 25 juin 1992 sur les assurances terrestres.

⁸ Avis du Conseil d'Etat, *Doc. parl.*, Ch., 1990-1991, n° 1586/1, p. 161.

⁹ M. FONTAINE, *Précis de droit des assurances*, 5^e éd., Bruxelles, Larcier, 2016, p. 168, n° 193 ; J.-L. FAGNART, *Traité de droit commercial, Droit des assurances terrestres, Principes généraux*, t. 3, 2^e éd., Kluwer, p. 129, n° 222, note 1 ; L. SCHUERMANS et C. VAN SCHOU BROECK, *Grondslagen van het belgische verzekeringsrecht*, 3^e éd., Anvers/Cambridge, Intersentia, 2015, p. 302, n° 403 ; C. CORNELIS, « De bijzondere regels toepasselijk op verzekeringsovereenkomsten », in *Handboek erkeringsrecht*, T. VANSWEEVELT et B. WEYTS (éd.), Anvers/Cambridge, Intersentia, 2016, p. 300, n° 473 ; E. GEORGES, « Proposition d'assurance : assureurs à vous de réagir », *Rec. Jurisp. Responsabilité, Assurances et Accidents du travail*, vol. 1, Anthemis, 2013, p. 194.

¹⁰ J.-L. FAGNART, *Traité pratique de droit commercial, Droit des assurances terrestres, Principes généraux*, op. cit., p. 129, n° 222, note 1 ; du même auteur, « Dispositions communes : formation et exécution du contrat », in *La loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre*, M. Fontaine et J.-M. Binon (dir.), Bruxelles, Academia-Bruylant, 1993, p. 53, n° 3.

¹¹ C. PARIS, *Manuel de droit des assurances*, coll. Faculté de droit de l'Université de Liège, Larcier, 2021, p. 191, n° 171/1 ; M. HOUBEN, « La vie du contrat d'assurance », in *La loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, Dix années d'application*, B. Dubousson et P. Jadoul (éd.), Bruxelles, Academia/Bruylant, 2003, p. 25.

moins facilement dans les autres cas. En réalité, ce commentaire fait apparaître que contrairement à ce que le texte légal énonce, l'assureur ne s'oblige pas réellement à contracter, il s'oblige seulement à formuler une offre de contracter¹².

Concernant le montant des dommages et intérêts qui pourraient être dus en cas d'inexécution de cette obligation, la doctrine toujours unanime a souligné qu'il appartenait au candidat preneur de démontrer non seulement l'existence et l'étendue du dommage subi mais aussi la relation causale entre la faute et le dommage tout en remarquant que cette preuve ne serait pas facile à rapporter. Quelques auteurs ont toutefois observé que si un sinistre devait survenir après l'échéance du délai¹³, mais avant que le preneur ait pu souscrire un contrat d'assurance répondant à ses besoins, les dommages et intérêts en question pourraient alors correspondre au montant de la prestation qui aurait été due par l'assureur si le contrat avait été conclu¹⁴.

La décision du tribunal de l'entreprise du Hainaut offre une belle illustration de ce raisonnement. Dans un arrêt rendu le 4 janvier 2011 dans un cas similaire, la cour d'appel de Liège avait déjà statué dans le même sens¹⁵.

Encore faut-il remarquer qu'obliger l'assureur à couvrir le sinistre suppose de démontrer que le contrat d'assurance aurait été conclu si l'assureur avait réagi dans le délai, alors même que le texte légal lui laisse la possibilité de refuser de souscrire ou de subordonner le contrat à une demande d'enquête. Cette question relève en réalité de la relation causale entre le manquement et le dommage. Dans le cadre du raisonnement contrefactuel, il s'agit en effet de se demander ce qui se serait passé si l'assureur avait correctement exécuté son obligation. Dans l'affaire ici commentée, l'assureur prétendait avoir communiqué un questionnaire « diabète » à Gilles en l'invitant à lui retourner « complété par un médecin, daté et signé ». Son épouse affirmait cependant que Gilles n'avait jamais reçu un tel courrier, sans quoi il lui aurait donné suite. Le juge va estimer que la preuve de cet envoi n'est pas rapportée. Cette preuve aurait pourtant été de nature à jeter un doute sur l'existence de la relation causale entre le manquement et le dommage. Examinant les circonstances de la cause, et notamment le fait que la prime avait été immédiatement calculée et payée alors même que la proposition prévoyait clairement qu'aucune prime ne pouvait être encaissée avant la conclusion du contrat, le tribunal décide que le contrat aurait bien été conclu si l'assureur avait pris la peine de réagir. Il condamne dès lors l'assureur à octroyer sa garantie.

Pour examiner le bien-fondé de cette solution, il convient de revenir à la controverse classique relative à la sanction de la rupture fautive des pourparlers (*culpa in contrahendo*). Faut-il se contenter d'indemniser l'intérêt négatif, c'est-à-dire les coûts et frais consentis en pure perte pendant la négociation ou bien peut-on aller jusqu'à indemniser l'intérêt positif, c'est-à-dire le bénéfice attendu du contrat ? La doctrine se montre généralement réticente à admettre l'indemnisation de l'intérêt positif, à moins de démontrer avec un degré raisonnable de certitude, pour utiliser les termes de l'article 8.5. du nouveau Code civil, que si la faute n'avait pas été

¹² En ce sens, E. VIEUJEAN, « Le contrat d'assurance aujourd'hui », in *Questions de droit des assurances* (vol. 1), Actes du colloque organisé par la Conférence du Jeune Barreau de Liège le 5 mai 1995, 1996, p. 169.

¹³ Si le sinistre survient le dernier jour du délai pendant lequel l'assureur devait prendre position, l'assureur n'est pas tenu de couvrir ce sinistre. En ce sens, Liège, 2 février 2006, *R.G.A.R.*, 2006, n° 14.180, *J.T.*, 2006, p. 291.

¹⁴ Ph. COLLE, *Algemene beginselen van het belgische verzekeringsrecht*, 8^e éd., Intersentia/ECOR, 2022, p. 46, n° 34 ; du même auteur, *De nieuwe wet van 4 april 2014, betreffende de verzekeringen*, 6^e éd., Intersentia/ECOR, Antwerpen/Cambridge, 2015, p. 39, n° 34 ; C. PARIS, *Manuel de droit des assurances*, coll. Faculté de droit de l'Université de Liège, Larcier, 2021, p. 191, n° 171/1. ; M. HOUBEN, « La vie du contrat d'assurance », in *La loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, Dix années d'application*, B. Dubuisson et P. Jadoul (éd.), Bruxelles, Academia/Bruylant, 2003, p. 25 ; C. CORNELIS, « De bijzondere regels toepasselijk op verzekeringsovereenkomsten », *op. cit.*, p. 473, n° 300.

¹⁵ Liège, 4 janvier 2011, *Rec. Jurisp. Responsabilité, Assurances et Accidents du travail*, vol. 1, Anthemis, 2013, p. 182, note E. GEORGES, « Proposition d'assurance : assureurs à vous de réagir ».

commise le contrat aurait été conclu. À défaut, l'application de la théorie de la perte d'une chance pourrait permettre de suppléer à l'incertitude causale en réduisant le dommage proportionnellement au pourcentage de chances qui ont été perdues¹⁶.

L'article 5.17 du nouveau Code civil confirme cette approche. Au titre de la responsabilité précontractuelle, il prévoit sous l'alinéa 2, qu'« *en cas de rupture fautive des négociations, cette responsabilité implique que la personne lésée soit remise dans la situation dans laquelle elle serait trouvée s'il n'y avait pas eu de négociations. Lorsque la confiance légitime que le contrat serait sans doute conclu a été suscitée, cette responsabilité peut impliquer la réparation de la perte des avantages nets attendus du contrat non conclu* ».

Pour revenir à l'article 57, paragraphe 1^{er}, cela signifie que la condamnation de l'assureur à prendre en charge le sinistre survenu ultérieurement ne saurait être une conséquence automatique du manquement reproché à l'assureur. Il y a lieu en effet de vérifier préalablement que la proposition telle que définie à l'article 55, 6°, de la loi du 4 avril 2014¹⁷, a bien été renvoyée, qu'elle a été signée et complétée et, au surplus, démontrer de manière certaine que le contrat aurait été conclu et le risque couvert si cette faute n'avait pas été commise.

C'était bien le cas, nous semble-t-il, dans l'affaire qui a donné lieu à l'arrêt précité du 4 janvier 2011 rendu par la cour d'appel de Liège. Les faits n'étaient pas très différents. Il s'agissait aussi d'une assurance vie solde restant dû. La proposition avait été reçue par l'assureur le 22 août 2001, ainsi que l'attestait le cachet apposé sur la proposition mais l'assureur n'y avait réservé aucune suite. Le décès était survenu par suicide de la tête assurée le 14 février 2003, soit un an et demi après la souscription de l'emprunt. Après l'envoi de la proposition, l'agence bancaire avait reçu l'autorisation d'imprimer le contrat d'assurance, un rendez-vous avait été pris pour la signature de la police et la prime avait déjà été prélevée sur le compte bancaire du souscripteur mais le contrat n'avait finalement jamais été signé formellement. L'assureur a soutenu que l'assuré avait finalement renoncé à souscrire le contrat mais il ne pouvait le démontrer. Il faisait valoir également qu'en toute hypothèse, le risque n'aurait pas été couvert au motif que l'article 101, paragraphe 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992 (désormais article 164, paragraphe 1^{er}, de la loi du 4 avril 2014) impose la couverture du suicide seulement un an ou plus après la conclusion du contrat. L'argument est écarté au motif que si le contrat avait été conclu, il aurait pu prendre cours au paiement de la première prime soit le 1^{er} décembre 2001. La cour observe en outre que rien ne permet de penser que l'assuré décédé n'aurait pas payé les primes alors qu'il avait scrupuleusement honoré les mensualités du remboursement de l'emprunt consenti par la banque. Si l'assureur avait satisfait à ses obligations comme un assureur normalement prudent aurait dû le faire, plus d'un an se serait donc écoulé entre la prise d'effet et le suicide et le décès aurait donc été couvert. La cour conclut que l'assureur est tenu de payer au bénéficiaire, à titre de dommages et intérêts, les montants qui sont réclamés par la banque à l'assureur à la suite du décès et de la dénonciation du crédit d'investissement litigieux.

Les choses étaient peut-être moins évidentes dans la décision ici commentée. Comme l'assuré avait déclaré être atteint du diabète, l'envoi par l'assureur d'un

¹⁶ Pour un point récent sur la question, voy. Fr. VANDERMEERSCH, « La formation dynamique du contrat », in *Le nouveau droit des obligations*, B. Kohl et P. Wéry (dir.), coll. CUP, vol. 216, p. 82, n^{os} 14 et 15.

¹⁷ La proposition d'assurances est définie légalement comme « un formulaire émanant de l'assureur, à remplir par le preneur d'assurance, et destiné à éclairer l'assureur sur la nature de l'opération et sur les faits et circonstances qui constituent pour lui des éléments d'appréciation du risque ». Une demande de renseignements adressée par simple lettre par un courtier à l'assureur ne répond pas à la définition légale, si bien que le régime prévu à l'article 57, paragraphe 1^{er}, ne s'y applique pas (Liège, 21 décembre 2010, *Bull. ass.*, 2011, p. 284). Par contre, la circonstance que la proposition d'assurance ait été adressée par un intermédiaire est sans incidence (Corr. Louvain, 26 février 1998, *J.J.P.*, 1999, p. 156).

questionnaire complémentaire à remplir par un médecin n'est pas dénué de vraisemblance mais il est possible que ce questionnaire ne soit jamais parvenu à son destinataire ou qu'il se soit égaré chez l'intermédiaire. Si tout s'était passé correctement, il est probable que l'assureur aurait proposé une surprime mais il n'est pas certain qu'il aurait pour autant refusé de couvrir le risque. Il reste que l'assureur avait néanmoins accepté d'encaisser la prime unique et qu'il n'avait songé à la rembourser qu'après la survenance du décès. Cette réaction tardive a probablement fait pencher la balance du côté du bénéficiaire.

Tout ceci ne fait que souligner l'extrême vigilance dont l'assureur doit faire preuve lorsqu'il reçoit une proposition d'assurance. En cas d'inertie, la sanction peut être lourde et hors de toute proportion avec le manquement reproché puisque l'assureur pourrait être tenu de couvrir quand même le sinistre. Si telle est la demande, encore faudra-t-il démontrer que le contrat aurait été conclu si l'assureur avait réagi dans le délai et que la garantie aurait été due.

Bernard DUBUISSON

Professeur ordinaire à l'UCLouvain

Sommaires¹

Cour de cassation (1^{re} chambre)

4 juin 2020

Assurances - Généralités – Obligations - Conditions générales – Absence de couverture en cas de faute lourde expressément et limitativement prévue par le contrat – Clause formulée en des termes trop généraux – Inopposabilité de la clause.

L'article 62, alinéa 2, de la loi du 4 avril 2014 ne permet pas à l'assureur de se libérer de son obligation de couvrir le sinistre en raison de la faute lourde de l'assuré lorsque celle-ci est formulée par le contrat en des termes généraux.

La clause permettant à l'assureur de s'exonérer de ses obligations doit être stipulée de manière expresse et limitative dans le contrat d'assurance.

Une clause qui stipule qu'est exclue de la couverture d'assurance « la responsabilité des dommages causés intentionnellement ou par la faute lourde suivante : le non-respect des lois, règles ou usages propres à l'activité assurée lorsqu'il est évident pour toute personne familière avec la question que cela va presque inévitablement engendrer un dommage. Sont visés notamment le défaut manifeste de perception des impôts, contributions ou autres levées » est formulée de manière trop générale.

Cette clause ne permet pas à l'assuré de déterminer avec suffisamment de précision les comportements qui pourraient être à l'origine d'une faute lourde permettant à l'assureur de s'exonérer de sa responsabilité.

L'assureur ne peut s'en prévaloir pour s'exonérer de ses obligations.

N° C.19.0066.N

J.L.M.B. 22/400

¹. Toutes les décisions qui nous parviennent sont enregistrées sous une référence J.L.M.B. ../... Nous vous rappelons que celles qui sont citées dans les inédits et les sommaires peuvent être commandées *in extenso* au secrétariat de la rédaction (2,50 € de droit fixe par envoi et 1 € la page, majorés de 21% de T.V.A. et des éventuels frais postaux). Merci de préciser la référence de la J.L.M.B. reproduite sous chaque décision et le numéro de la revue qui la cite.

