

**Questionnaire de santé** : afin d'englober un plus grand nombre de situations, les assureurs utilisent de plus en plus souvent des termes génériques sans les définir, au risque de poser des questions trop générales.

Afin de déterminer l'étendue des garanties qu'il souhaite prendre en charge, l'assureur doit pouvoir apprécier exactement le risque qu'on lui propose de garantir avant de l'accepter. Pour cela, les informations nécessaires sont recueillies par le biais d'un questionnaire soumis à l'assuré.

Cette étape déclarative est décisive car l'assureur peut se prévaloir d'une déclaration inexacte pour réduire ou refuser sa garantie et prononcer la nullité du contrat.

En assurance de personnes, la sincérité des déclarations s'apprécie notamment en fonction des réponses données par l'assuré. En vertu de l'article L.112-3 du Code des assurances et conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, l'assureur ne peut opposer de fausse déclaration qu'à la condition de démontrer qu'une réponse erronée a été apportée à une **question précise**. Il est donc nécessaire que les questions ne prêtent pas à discussion.

Le Médiateur a été saisi par des assurés contestant la nullité du contrat prononcée par l'assureur pour fausse déclaration.

Dans un premier dossier, l'assuré qui avait subi une intervention en ambulatoire et sous anesthésie locale cinq ans avant l'adhésion, avait répondu par la négative à la question suivante : « *Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé ?* ». L'assureur considérait qu'une simple

S'il est nécessaire et légitime pour les assureurs d'obtenir les réponses les plus exhaustives possibles sur le risque à garantir, le Médiateur les invite néanmoins à veiller à la clarté et à la précision des questions posées.



intervention chirurgicale constituait une hospitalisation dans la mesure où l'assuré avait été admis à l'hôpital. La notion d'hospitalisation, n'étant pas définie dans le questionnaire, pouvait prêter à interprétation puisqu'un assuré de bonne foi pouvait valablement penser que la notion d'hospitalisation supposait un séjour à l'hôpital. La question susvisée ne pouvant être considérée comme claire et précise, la fausse déclaration n'a pas été retenue.

Dans un autre dossier, l'assuré qui avait suivi, avant l'adhésion, des séances de psychothérapie dispensées par un psychothérapeute, avait répondu par la négative à la question suivante : « *Au cours des 3 dernières années, avez-vous suivi un traitement médical ou paramédical (kinésithérapie, soins infirmiers...) pendant plus de 3 semaines consécutives ?* ». Le professionnel ne relevant pas des professions médicales ou paramédicales au sens du Code de la santé publique et le terme « *traitement* » n'étant pas défini, le suivi ne pouvait être qualifié de traitement médical ou paramédical et donc la fausse déclaration n'était pas démontrée.

Il ressort de ces cas que les questions formulées à l'adhésion peuvent être parfois **trop générales**, ce qui va à l'encontre de la nécessité de clarté des questions posées. Ainsi, les assurés, même de bonne foi, ne déclarent pas correctement leur risque car les questions imprécises n'attirent pas suffisamment leur attention sur les éléments à déclarer.

**Une question plus précise permettrait donc à un assuré de mieux déclarer ses antécédents de sorte que l'assureur pourrait mieux appréhender le risque à garantir.**



**Arnaud Chneiweiss**  
Médiateur de l'Assurance

Afin d'apprécier le caractère précis des questions posées, le Médiateur vérifie – au cas par cas – si un assuré raisonnable et de bonne foi était en mesure de déterminer, sans aucun doute, l'information qu'il aurait dû communiquer à l'assureur.