

7 juillet 2026 – n° 8

La déclaration du risque en assurance et ses conséquences

LA FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE DU RISQUE

Étude réalisée par Karine Mespoulet-Beauves,
Cyprien Gamet, Mélanie Piel, Hugo Rodrigues-Sousa
et Adeline Soares

Introduction d'Arnaud Chneiweiss

Ce Cahier est le premier d'une série de quatre sur la déclaration du risque en assurance.

Il porte sur la sanction prévue par l'article L.113-8 du Code des assurances en cas de fausse déclaration intentionnelle de risque ou de réticence.

Préambule

La Médiation de l'Assurance a pour mission de proposer une solution équitable aux différends opposant un assuré à un assureur, lorsque les voies internes de recours ont été épuisées.

À ce titre, elle traite chaque année plusieurs milliers de dossiers, dont une part substantielle a trait à l'inexactitude de la déclaration du risque par l'assuré à la souscription ou en cours de contrat, que l'assuré ait menti dans le but de payer une prime plus faible ou qu'il ait seulement commis une erreur ou une omission volontaire.

Le sujet de la déclaration du risque en assurance étant particulièrement vaste, nous vous proposons d'étudier ce thème à travers **une série de Cahiers**.

Le premier et présent Cahier portera sur la sanction prévue par l'article L.113-8 du Code des assurances en cas de fausse déclaration intentionnelle de risque ou de réticence.

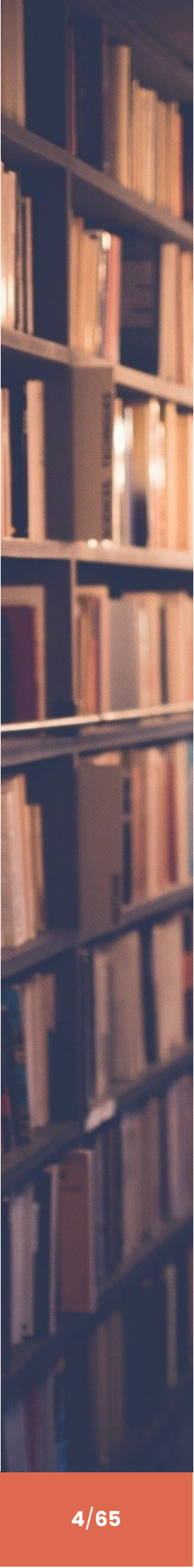
Les prochains Cahiers traiteront :

- de l'article L.113-9 du Code des assurances (déclaration inexacte faite de bonne foi découverte avant ou après sinistre) ;
- du cas particulier de la déclaration du risque en assurance emprunteur ;
- et enfin des cas dans lesquels l'assureur ne peut plus se prévaloir des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, même en présence d'une déclaration inexacte du risque.

Pour en revenir à notre sujet général, la déclaration du risque constitue l'un des piliers du contrat d'assurance. Mais qu'est-ce que le risque en droit des assurances ? La notion de risque n'est pas clairement définie par le législateur et peut recouvrir plusieurs significations. Dans tous les cas, le risque sera soit un événement passé, mais dont les parties au contrat d'assurance ignorent qu'il est survenu, soit un événement futur dont la survenance n'est pas certaine ou dépend de la durée de la vie humaine.

Le risque, alors appelé « risque-événement », est un événement pouvant porter atteinte à un patrimoine (tempête, sécheresse, vol, etc.) ou à la personne humaine (accident, maladie, etc.) lorsqu'il se réalise ou pouvant être un fait générateur de responsabilité.

Le risque, également appelé « risque-siège », peut être également un bien, une activité ou une personne qui sont exposés à des événements aléatoires et incertains.



Enfin, le risque pourra encore être nommé « risque-atteinte » ou « risque-conséquence » et viser l'atteinte subie par un bien ou une personne en cas d'apparition d'un événement prévu au contrat, qu'il s'agisse d'une atteinte matérielle ou immatérielle, d'une destruction totale ou partielle, d'une incapacité ou d'une invalidité.

Sur la foi des informations communiquées par le candidat à l'assurance, l'assureur apprécie le risque qu'il prendra ou non en charge, détermine s'il consent à le couvrir, en totalité ou en partie, et fixe, le cas échéant, le tarif applicable.

Concernant le cadre légal de l'obligation de déclarer le risque, elle procède pour l'essentiel de trois dispositions complémentaires :

- l'article L.113-2, 2° du Code des assurances met à la charge de l'assuré l'obligation 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 »¹ ;
- le 3°) du même texte étend cette exigence en cours de contrat, en imposant à l'assuré de déclarer les circonstances nouvelles qui aggravent le risque ou en créent de nouveaux en rendant caduque sa déclaration initiale ;
- et l'article L.112-3 alinéa 4, du même code apporte un complément essentiel en interdisant à l'assureur de se prévaloir d'une réponse imprécise apportée à une question elle-même formulée en termes généraux.

Enfin, cette obligation déclarative de l'assuré trouve sa limite dans le droit des données à caractère personnel, particulièrement dans les articles 5 et 9 du

¹ **Article L.113-2 du Code des assurances** : « L'assuré est obligé :

1° De payer la prime ou cotisation aux époques convenues ;

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 ou par envoi recommandé électronique, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ;

4° De donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés. Ce délai minimal est ramené à deux jours ouvrés en cas de vol et à vingt-quatre heures en cas de mortalité du bétail.

Les délais ci-dessus peuvent être prolongés d'un commun accord entre les parties contractantes.

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.

Les dispositions mentionnées aux 1°, 3° et 4° ci-dessus ne sont pas applicables aux assurances sur la vie ».

règlement général sur la protection des données (RGPD) : l'assureur ne saurait interroger le candidat à l'assurance que sur les informations strictement nécessaires à l'appréciation du risque qu'il se propose de couvrir. Par ailleurs, le traitement des données de santé, qualifiées de sensibles, obéit à un régime spécifique.

L'exactitude de cette déclaration commande l'équilibre économique du contrat, car la prime est fixée en fonction du risque déclaré. Aussi, le comportement de l'assuré, qui réalise par erreur ou de façon volontaire une déclaration inexacte à la souscription ou en cours de contrat, affecte l'opinion que l'assureur s'est faite du risque à la souscription, donc l'équilibre économique du contrat. Le législateur permet à l'assureur de corriger *a posteriori* cet équilibre, qui a été affecté par ces déclarations inexactes, au moyen de sanctions d'une rigueur variable, calibrées selon le degré de gravité du manquement.

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration est intentionnelle et qu'elle a « changé l'objet du risque ou en a diminué l'opinion pour l'assureur », l'article L.113-8 du Code des assurances frappe le contrat de nullité, sanction radicale qui le prive rétroactivement de tout effet et libère l'assureur de sa garantie, même lorsque le risque omis ou dénaturé aurait été sans influence sur la survenance du sinistre².

C'est cette fausse déclaration ou réticence intentionnelle, à la souscription ou en cours de contrat, que nous aborderons dans le premier Cahier de cette série consacrée à la déclaration du risque en assurances et ses conséquences.

Si, en revanche, l'inexactitude ou l'omission est non intentionnelle, c'est-à-dire imputable à une simple erreur, à une négligence ou à une difficulté de compréhension de l'assuré découverte après sinistre, l'article L.113-9 du même code prévoit une sanction plus mesurée lorsqu'elle est découverte à l'occasion d'un sinistre : la règle proportionnelle de prime, qui réduit l'indemnité dans la proportion du rapport entre la prime effectivement acquittée et celle qui aurait été due si le risque avait été exactement déclaré³.

² **Article L.113-8 du Code des assurances** : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, 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. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie ».

³ **Article L.113-9 du Code des assurances** : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée ».

Ces deux articles (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances) présentent des caractéristiques communes qui en gouvernent l'application.

D'une part, ils édictent des sanctions qui sont d'ordre public⁴. Les parties ne peuvent donc y déroger conventionnellement, qu'il s'agisse d'alléger ou d'aggraver la sanction prévue par le législateur. Aussi, la Cour de cassation considère que l'assureur n'est pas obligé de rappeler ces sanctions dans le contrat, aux motifs qu'il s'agit de sanctions légales et que l'obligation de répondre avec loyauté et sincérité aux questions posées par l'assureur relève de l'obligation de bonne foi qui s'impose en matière contractuelle⁵. Elles n'ont donc pas, selon la jurisprudence, à figurer en caractères très apparents dans le contrat⁶. Toutefois, en pratique, il est d'usage pour les assureurs de les rappeler.

D'autre part, l'assuré étant présumé de bonne foi⁷, la charge de la preuve de ces sanctions pèse sur l'assureur. Il lui appartient d'établir tant l'inexactitude de la déclaration que la mauvaise foi de l'assuré et leur incidence sur son appréciation du risque, conformément à l'article 1353 alinéa 2 du Code civil⁸.

Comme exposé en préambule, ce premier Cahier se propose d'exposer, à la lumière de la jurisprudence la plus récente et des positions doctrinales, le régime contemporain de la fausse déclaration intentionnelle du risque, tant à la souscription du contrat qu'en cours de contrat, entraînant l'application de l'article L.113-8 du Code des assurances (nullité du contrat d'assurance).

en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

⁴ **Article L.111-2 du Code des assurances** : « Ne peuvent être modifiées par convention les prescriptions des titres I^{er}, II, III et IV du présent livre, sauf celles qui donnent aux parties une simple faculté et qui sont contenues au dernier alinéa du I et au II de l'article ».

⁵ Cass. 1^{re} civ., 28 mars 2000, n° 97-18.737 ; Cass. 1^{re} civ., 7 juin 2001, n° 99-21.292 ; Cass. com., 22 février 2005, n° 02-11.274.

⁶ **Article L.112-4 du Code des assurances** : « La police d'assurance est datée du jour où elle est établie. Elle indique : – les noms et domiciles des parties contractantes ; – la chose ou la personne assurée ; – la nature des risques garantis ; – le moment à partir duquel le risque est garanti et la durée de cette garantie ; – le montant de cette garantie ; – la prime ou la cotisation de l'assurance.

La police indique en outre : – la loi applicable au contrat lorsque ce n'est pas la loi française ; – l'adresse du siège social de l'assureur et, le cas échéant, de la succursale qui accorde la couverture ; – le nom et l'adresse des autorités chargées du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde la couverture.

Les clauses des polices édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ne sont valables que si elles sont mentionnées en caractères très apparents ».

et : Cass. 1^{re} civ., 19 décembre 2000, n° 99-18.380 ; Cass. crim., 9 septembre 2014, n° 13-84.198.

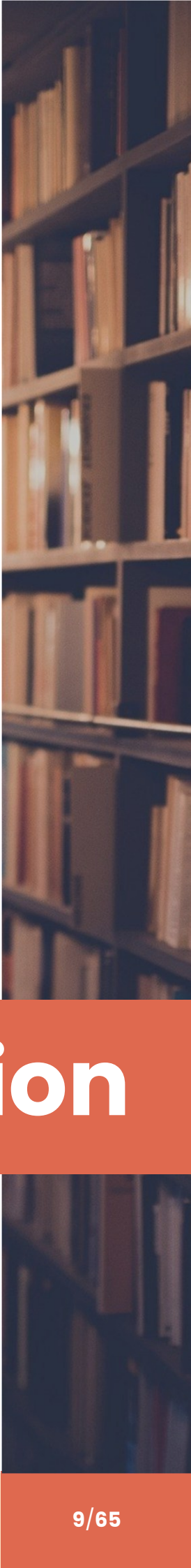
⁷ **Article 2274 du Code civil** : « La bonne foi est toujours présumée, et c'est à celui qui allègue la mauvaise foi à la prouver ».

⁸ **Article 1353 alinéa 2 du Code civil** : « Réciproquement, celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation ».

Sommaire

INTRODUCTION	11
CHAPITRE 1 : LES CONDITIONS DE LA NULLITÉ	17
1. À LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT	17
1.1. L'EXISTENCE D'UNE FAUSSE DÉCLARATION DU RISQUE	17
1.1.1. La déclaration provoquée	19
1.1.2. La déclaration spontanée de l'assuré	28
1.2. UNE FAUSSE DÉCLARATION PRÉSENTANT UN CARACTÈRE INTENTIONNEL	30
1.2.1. La déclaration inexacte faite intentionnellement ou la réticence	31
1.2.2. Comment prouver cette déclaration inexacte intentionnelle ou cette réticence ?	32
1.2.3. Quid des éléments médicaux obtenus par le médecin-conseil de l'assureur sur l'état de santé de l'assuré ?	35
1.2.4. Des exemples de jurisprudences, ayant ou non retenu le caractère intentionnel de la fausse déclaration en présence d'un questionnaire médical	37
1.3. L'INCIDENCE DE LA FAUSSE DÉCLARATION SUR L'OPINION DE L'ASSUREUR	41
2. EN COURS DE CONTRAT	42
2.1. QUELLES ASSURANCES SONT CONCERNÉES ?	43
2.2. LES CONDITIONS DE LA DÉCLARATION EN COURS DE CONTRAT	43
2.2.1. L'existence d'un « risque aggravé » ou d'un risque nouveau	44
2.2.2. La forme de la déclaration d'aggravation de risque	45
2.3. APPRÉCIATION DE LA FAUSSE DÉCLARATION EN COURS DE CONTRAT : ILLUSTRATIONS CONCRÈTES	46
2.3.1. Rappel des conditions à remplir	46
2.3.2. Exemples	47
CHAPITRE 2 : LES EFFETS DE LA NULLITÉ	49
CONCLUSION	50
ILLUSTRATIONS	55
1. L'ASSURÉ DOIT CONTRÔLER LES RÉPONSES APPORTÉES PAR SON COURTIER DANS LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ AVANT DE LE SIGNER	56
2. LA NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE PEUT RÉSULTER D'UN AVEU DE L'ASSURÉ POSTÉRIEUR AU SINISTRE	58
3. L'ABSENCE D'INCIDENCE DE LA FAUSSE DÉCLARATION SUR LE RISQUE GARANTI, OBJET DU LITIGE, EMPÊCHE L'APPLICATION DE LA NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE	60
4. L'ASSUREUR DOIT DÉMONTRER QUE L'ASSURÉ A DÉLIBÉRÉMENT OMIS DE DÉCLARER L'AGGRAVATION DU RISQUE EN COURS DE CONTRAT POUR APPLIQUER LA NULLITÉ	62
POUR EN SAVOIR PLUS	64





Introduction



Introduction

Cher lecteur, chère lectrice,

Voici encore un Cahier de la Médiation de l'Assurance d'une qualité exceptionnelle, alliant rappel des règles de droit et cas concrets vus à la Médiation de l'Assurance.

Après nous être intéressés aux notions de résiliation, d'exclusion de garantie, de clause bénéficiaire en assurance vie, de prescription, d'accident en assurance de personnes et de déchéance de garantie, le présent Cahier traite de la fausse déclaration intentionnelle du risque⁹.

Pourquoi nous intéresser à ce sujet ? Pour au moins trois raisons :

❶ D'une part, la matière première d'un assureur, c'est le risque.

L'assuré présente son risque à l'assureur (risque automobile, risque d'atteinte à l'habitation, risque de décès prématuré...) et l'assureur doit analyser ce risque, le soupeser, décider s'il est prêt à l'assurer et dans quelles conditions (tarification, limitations de garanties). Il est donc essentiel que l'assuré présente ce risque loyalement, correctement, de bonne foi. Par exemple, en assurance automobile : qui est le vrai conducteur de la voiture ? Où est-elle garée pendant la nuit ? Quels trajets habituels sont effectués ?

❷ D'autre part, parce que nous voyons très souvent à la Médiation de l'Assurance des situations où l'assureur oppose la nullité du contrat au nom de l'article L.113-8 du Code des assurances en estimant que l'assuré ne lui a pas correctement décrit le risque.

Or, la Cour de cassation a dit précisément ce qu'est une fausse déclaration intentionnelle. L'assureur doit démontrer :

- que l'assuré a fait une omission volontaire (c'est-à-dire qu'il n'a pas déclaré ce qu'il aurait dû, il a fait preuve de réticence) ou une fausse déclaration du risque lors de la souscription du contrat ;
- de façon intentionnelle (c'est-à-dire de mauvaise foi) ;
- et que cette réticence ou cette fausse déclaration faite de mauvaise foi a changé l'objet du risque ou a diminué l'opinion qu'il se faisait du risque.

On voit ainsi qu'il n'est pas toujours facile pour l'assureur de prouver que tous ces éléments sont réunis – car il s'agit de conditions cumulatives.

⁹ Toutes nos publications sont disponibles gratuitement sur notre site internet à l'adresse suivante : <https://www.mediation-assurance.org/les-cahiers-de-la-mediation/>

■ Enfin, parce que c'est le rôle de la Médiation de l'Assurance d'expliquer le cadre juridique, et partant, les bonnes pratiques commerciales à respecter.

C'est ce que le Code de la consommation nous demande de faire¹⁰.

Comme pour chaque publication de nos Cahiers, je veux remercier nos auteurs : Karine Mespoulet-Beauves, Responsable de notre pôle Études juridiques, qui supervise nos publications, ainsi que Cyprien Gamet, Mélanie Piel, Hugo Rodrigues-Sousa et Adeline Soares.

En alliant rappel de la loi et de la jurisprudence et cas concrets vus à la Médiation de l'Assurance, ces publications sont des outils de référence pour tous ceux qui ont besoin de comprendre comment un contrat d'assurance va s'appliquer. Nous essayons de le faire en termes clairs et pédagogiques.

Ce Cahier est le premier d'une série de quatre sur le thème de la déclaration du risque en assurance.

Bonne lecture !

Arnaud Chneiweiss
Médiateur de l'Assurance

Dans ce premier Cahier, il ne sera question que des fausses déclarations ou des réticences faites intentionnellement par l'assuré concernant le risque qu'il souhaite assurer, et qui sont sanctionnées par l'application, par l'assureur, d'une nullité du contrat d'assurance (article L.113-8 du Code des assurances).

Il s'agit d'un sujet vaste sur lequel l'exhaustivité est peu aisée. Le présent Cahier n'a pas la prétention d'aborder tous les points entourant la nullité du contrat d'assurance pour fausse déclaration intentionnelle ou réticence. Néanmoins, les grandes lignes en seront retracées.

Lors de la souscription, l'assuré peut avoir fait une déclaration de risque qu'il sait être inexacte par crainte que l'assureur refuse d'assurer son risque ou pour avoir une prime moindre (par exemple, un père qui déclare être le conducteur habituel du véhicule appartenant à son fils jeune conducteur, etc.). Mais il arrive également que le risque s'aggrave en cours de contrat et que l'assuré s'abstienne volontairement de déclarer les circonstances nouvelles qui aggravent le risque et qui rendent inexactes ou caduques ses déclarations initiales.

¹⁰ **Article R.614-2 du Code de la consommation** : « Le médiateur met également à la disposition du public sur son site internet ou communique sur demande son rapport annuel d'activité comprenant les informations suivantes : [...] 2° Les questions les plus fréquemment rencontrées dans les litiges qui lui sont soumis et ses recommandations afin de les éviter [...] ».

Que la déclaration du risque soit faite de manière inexacte et volontaire dès la formation du contrat ou que l'assuré omette volontairement de déclarer l'aggravation du risque en cours de contrat, si l'assureur prouve la réunion de certaines conditions cumulatives, il pourra se prévaloir de la nullité du contrat¹¹.

Avant de décrire les effets de la nullité du contrat pour l'assuré (**chapitre 2**), nous étudierons les conditions à démontrer par l'assureur pour que la nullité puisse être appliquée en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle commise dès la formation du contrat ou en cours de contrat (**chapitre 1**).

¹¹ **Article L.113-8 du Code des assurances** : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, 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. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie ».





La fausse déclaration intentionnelle du risque



Chapitre 1 :

Les conditions de la nullité

La nullité ne pourra être opposée à l'assuré que si certaines conditions cumulatives sont remplies par l'assureur. Nous développerons ces conditions en détail dans la partie consacrée à la souscription du contrat, car les exemples jurisprudentiels y sont plus nombreux (1). Ces conditions ne sont pas différentes en cours de contrat. Nous y consacrons également un petit développement spécifique (2).

1. À la souscription du contrat

Pour justifier de l'application de la nullité du contrat d'assurance, conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, l'assureur doit démontrer :

- que l'assuré a fait une omission volontaire (réticence) ou une fausse déclaration du risque à la souscription du contrat (1.1) ;
- de façon intentionnelle (c'est-à-dire de mauvaise foi) (1.2) ;
- et que cette réticence ou cette fausse déclaration faite de mauvaise foi a changé l'objet du risque ou a diminué l'opinion qu'il se faisait du risque (1.3).

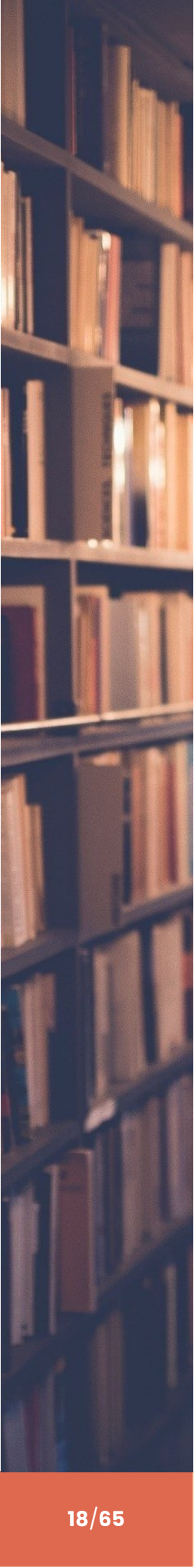
Il s'agit de conditions cumulatives et les juges du fond seront souverains pour apprécier si l'assureur démontre bien la réunion de toutes ces conditions¹².

Il convient d'examiner chacune de ces conditions une par une, en commençant par la réticence et la fausse déclaration du risque.

1.1. L'existence d'une fausse déclaration du risque

Avant toute chose, il convient de préciser qu'en cas d'aveu de l'assuré d'une fausse déclaration ou d'une réticence intentionnelle après sinistre, il est inutile de rechercher si cet aveu réalisé après sinistre procédait d'une réponse

¹² Cass. 2^e civ., 7 avril 2005, n° 03-19.972 ; Cass. 2^e civ., 19 novembre 2009, n° 18-17.166 ; Cass. 2^e civ., 27 mars 2014, n° 13-15.121 ; Cass. 2^e civ., 2 février 2017, n° 16-14.815.



inexacte à une question précise posée par l'assureur¹³. La nullité est encourue automatiquement si cette fausse déclaration intentionnelle, mise en exergue par l'aveu, a changé l'objet du risque pour l'assureur ou en a diminué son opinion.

Dans les autres cas, il convient de vérifier s'il existe une déclaration intentionnellement inexacte ou volontairement incomplète malgré les questions précises posées préalablement par l'assureur.

À l'évidence, si l'assureur ne réussit pas à démontrer l'existence même d'une réticence ou d'une fausse déclaration du risque, il n'y a pas lieu d'analyser les autres conditions cumulatives prévues à l'article L.113-8 du Code des assurances.

En cas de fausse déclaration ou d'omission de mauvaise foi imputable soit à l'assuré lui-même, soit à un courtier si ce dernier a agi en qualité de mandataire de l'assuré pour répondre aux questions posées par l'assureur relatives au risque, l'assuré devra répondre des déclarations inexactes de son courtier¹⁴ (voir l'illustration n° 1 « L'assuré doit contrôler les réponses apportées par son courtier dans le questionnaire de santé avant de le signer », p. 56).

Il en va autrement, en revanche, si le courtier est le mandataire de l'assureur¹⁵.

En principe, l'assureur ne peut se prévaloir d'une réticence ou d'une fausse déclaration que si elle résulte de réponses apportées par l'assuré aux questions qu'il lui a posées lors de la phase précontractuelle. Il est donc plus confortable pour l'assureur d'être en possession d'un écrit pour rapporter la preuve de cette question.

Depuis la loi du 31 décembre 1989, le législateur a instauré un système déclaratif fondé sur un questionnaire fermé, c'est-à-dire une déclaration provoquée de l'assuré (1.1.1), mais n'a pas totalement exclu la prise en compte de déclarations spontanées de l'assuré (1.1.2).

Il convient de préciser que la preuve de la fausse déclaration ou de la réticence de l'assuré est libre. Le Code des assurances n'impose pas le recours à un écrit comme le questionnaire pour prouver cette fausse déclaration. L'assureur peut la rapporter pour tous les moyens.

Nous commencerons par ce qui est vu le plus couramment dans les dossiers de la Médiation de l'Assurance, c'est-à-dire la déclaration provoquée.

¹³ Cass. 2^e civ., 3 mars 2016, n° 15-13.500 ; Cass. 2^e civ., 27 avril 2017, n° 16-16.066.

¹⁴ Cass. 2^e civ., 19 janvier 2023, n° 21-12.870.

¹⁵ Cass. 2^e civ., 8 juillet 2010, n° 09-67.899.

1.1.1. La déclaration provoquée

Cette déclaration provoquée peut se matérialiser dans différents supports : un « questionnaire » préalable (1.1.1.1) ou encore une déclaration préimprimée (1.1.1.2).

1.1.1.1. Le « questionnaire » préalable

Un arrêt rendu en chambre mixte par la Cour de cassation, reprenant la position défendue par la chambre criminelle, pose en principe « qu'il résulte de l'article L.113-2 2°) que l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions précises 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 ; qu'il résulte des articles L.112-3 et L.113-8 du Code des assurances que l'assureur ne peut se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent des réponses qu'il a apportées auxdites questions »¹⁶.

Postérieurement à cet arrêt, la Cour de cassation a réitéré cette position à plusieurs reprises¹⁷.

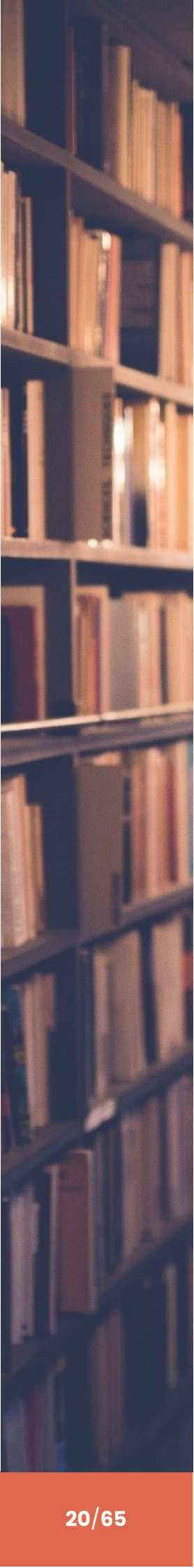
Ainsi, par exemple :

– la nullité a été écartée lorsque l'assureur n'a pas remis de questionnaire préalable à la conclusion du contrat et oppose simplement une clause, figurant dans les conditions particulières signées par l'assuré, stipulant l'« Annulation ou suspension du permis sur les soixante derniers mois : le preneur d'assurance déclare que le conducteur désigné : – n'a pas fait l'objet d'une annulation ou suspension du permis pour alcoolémie, usage de stupéfiants, délit de fuite, – n'a pas fait l'objet d'une annulation ou suspension du permis de plus de trente jours pour tout autre motif » dès lors que cette clause ne constitue pas une question posée à l'assuré¹⁸ ;

¹⁶ Cass. ch. mixte, 7 février 2014, n° 12-85.107, Bull. ch. mixte, n° 1 ; Resp. civ. et assur. 2014, comm. 99, H. Groutel ; D. 2014, note p. 1074, par A. Pélissier ; JCP G 2014, 419, M. Asselain, chron. 699, n° 6, obs. J. Ghestin et chron. 733, n° 1, obs. L. Mayaux ; RGDA 2014, doct. p. 196, par J. Kullmann et L. Mayaux ; LEDA mars 2014, comm. 38, obs. S. Abravanel-Jolly ; adde., J. Bigot, Prohibition des déclarations préédigées : et après ? : RGDA 2014, doct. p. 327.

¹⁷ Cass. crim., 18 mars 2014, n° 12-87.195, Bull. crim. 2014, n° 82 ; Cass. 2° civ., 26 mars 2015, n° 14-15.204 ; Cass. 2° civ., 4 octobre 2018, n° 17-25.967, publié ; Cass. 2° civ., 13 décembre 2018, n° 17-28.093, publié ; Cass. 2° civ., 28 mars 2019, n° 17-28.451.

¹⁸ Cass. 2° civ., 3 juillet 2014, n° 13-18.760, Bull. 2014, II, n° 166.



– la Cour de cassation a écarté la nullité face à un assureur produisant des dispositions particulières, signées en sixième et dernière pages par l'assuré, avec la mention « non » dactylographiée au regard de la mention « sanction pour alcoolémie depuis 2006 », au motif que « les déclarations de l'assuré ne procédaient pas de réponses apportées à des questions précises posées par l'assureur lors de la conclusion du contrat sur les circonstances de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prenait en charge », étant précisé que dans cette affaire, l'assuré avait remis « tous les documents de son précédent assureur, notamment le contrat du 28 janvier 2008 sur lequel figurait expressément la mention de ce qu'il avait été condamné pour conduite en état alcoolique en 2007 et qu'il a strictement renseigné et signé la fiche d'information préalable à la conclusion du contrat d'assurance remise par le second assureur en cochant la case "résilié pour sinistre" » puisque le précédent assureur avait résilié le contrat en raison d'un sinistre et pour alcoolémie¹⁹ ;

– une déclaration préimprimée « Le souscripteur déclare qu'au cours des cinq dernières années, il n'a pas fait l'objet d'un procès-verbal pour conduite sous l'empire d'un état alcoolique ou délit de fuite » a été jugée insuffisante elle aussi, faute pour l'assureur de produire la question posée à l'assuré²⁰.

Ainsi la chambre mixte a adopté la même approche formaliste que la chambre criminelle, privilégiant un recours à l'écrit pour prouver qu'une question a été précisément posée à l'assuré antérieurement à la souscription du contrat.

Nous le verrons plus tard, cet écrit contenant une question peut prendre différentes formes (questionnaire-proposition, questionnaire de santé, formulaire de déclaration simplifiée, etc.).

Nous traiterons dans cette partie des généralités sur le « questionnaire » (A) et consacrerons une partie spécifique au questionnaire de santé en assurance de personnes (B) sans aborder les spécificités propres à l'assurance emprunteur étudiées dans un autre Cahier.

¹⁹ Cass. crim., 21 octobre 2014, n° 13-85.178, Bull. crim. 2014, n° 212.

²⁰ Cass. 2^e civ., 10 décembre 2015, n° 14-25.046.

A. Généralités sur le « questionnaire »

a) La forme de la déclaration du risque

Généralement, la déclaration de risque se matérialise sous forme de questions précises auxquelles l'assuré a répondu de façon individualisée dans différents supports.

Parmi les formulaires de déclaration de risque, le « support » le plus couramment utilisé est le questionnaire²¹. L'assureur n'est par ailleurs pas obligé de faire figurer le questionnaire dans un document à part.

Cela étant, aucun texte n'impose à l'assureur de matérialiser la déclaration de risque sous la forme d'un questionnaire écrit²². Il peut prouver cette déclaration du risque par tous moyens, notamment en ayant recours à d'autres écrits.

Voici d'autres écrits permettant de formaliser une déclaration de risque :

– Moins courante en pratique que le questionnaire, la déclaration simplifiée par un choix de cases à cocher avec signature de l'assuré est aussi admise²³ comme preuve de cette déclaration du risque. Il peut s'agir par exemple d'un questionnaire à cases rempli ou non par l'assuré lui-même. En effet, ce qui compte pour les magistrats pour retenir la fausse déclaration, c'est que l'assuré ait signé à la fin le questionnaire. À ce sujet, la jurisprudence a estimé qu'il importait peu que les croix aient été cochées par l'assureur et non par l'assuré, dès lors que ce premier ne pouvait cocher les cases que sur la base des déclarations de l'assuré et que ce dernier avait ensuite approuvé les cases cochées en apposant sa signature sur le questionnaire²⁴. Cette solution a été réitérée pour le cas où l'assuré a également apposé de manière manuscrite la mention « *lu et approuvé* » puisque, par sa signature, l'assuré a attesté que les déclarations figurant dans ce questionnaire étaient exactes²⁵.

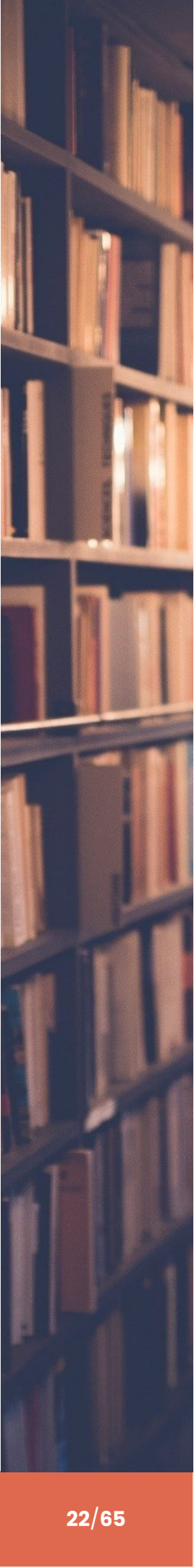
²¹ **Article L.113-2 du Code des assurances** : « L'assuré est obligé : (...) 2° De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ».

²² Cass. 2^e civ., 4 février 2016, n° 15-13.850, Bull. 2016, II, n° 36 ; Cass. 2^e civ., 14 avril 2016, n° 15-16.808 ; Cass. 2^e civ., 8 mars 2018, n° 17-11.676.

²³ Cass. 2^e civ., 14 juin 2018, n° 17-18.559.

²⁴ Cass. 2^e civ., 29 mars 2012, n° 11-14.305.

²⁵ Cass. 2^e civ., 23 mai 2019, n° 18-13.493.



– De même, un questionnaire peut également avoir la forme d’une déclaration simplifiée par le choix de signer une case en regard de mentions prérédigées. Dans ce cas, la signature de l’assuré devant les mentions prérédigées témoigne de son adhésion à cette déclaration (constituée par la mention prérédigée par l’assureur). La Cour de cassation est venue au soutien des juges du fond qui avaient souverainement retenu l’existence d’une fausse déclaration intentionnelle en se fondant sur une déclaration simplifiée par le choix de signer des cases situées en regard de mentions prérédigées²⁶. En l’espèce, un formulaire intitulé « Déclaration de santé – Fiche de santé » présentait quatre cases situées en regard de mentions prérédigées, lesquelles attestaient de sa bonne santé. En signant ces cases, l’assuré confirmait qu’il était en bonne santé, autrement dit qu’il était inutile de lui soumettre un questionnaire médical plus poussé. Or, l’assuré consultait régulièrement un psychiatre et prenait notamment des anxiolytiques. Dès lors, en signant cette déclaration d’état de santé simplifiée, l’assuré a commis une fausse déclaration intentionnelle en se déclarant en bonne santé pour éviter un questionnaire de santé plus poussé.

b) Le contenu de la déclaration du risque

Pour qu’il y ait fausse déclaration du risque, l’assureur doit donc prouver, selon la législation et la jurisprudence, l’existence d’une question précise (i) qui a amené à une réponse individualisée inexacte ou une absence de réponse de la part de l’assuré (ii).

i. Une question précise

Ces questionnaires doivent contenir des « questions précises » appelant des réponses individualisées de l’assuré. En effet, l’article L.112-3 du Code des assurances dispose notamment que « Lorsque, avant la conclusion du contrat, l’assureur a posé des questions par écrit à l’assuré, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, il ne peut se prévaloir du fait qu’une question exprimée en termes généraux n’a reçu qu’une réponse imprécise ».

❶ L’exigence d’une question

La déclaration du risque doit être une réponse personnellement donnée par l’assuré à une question²⁷, ce qui induit donc en amont la vérification de l’existence d’une question par les juges du fond.

²⁶ Cass. 2^e civ., 9 décembre 2021, n° 19-22.366.

²⁷ Cass. 2^e civ., 4 octobre 2018, n° 17-25.967, Bull. 2018, II, n° 10.

Il faut savoir que l'assureur n'est pas obligé de cantonner ses questions aux seuls éléments relatifs au risque qu'il garantira. Ainsi, l'assureur peut poser des questions sur un risque exclu de la garantie et des réponses inexactes peuvent exposer l'assuré à une nullité²⁸.

En revanche, l'assureur devra toujours veiller à bien respecter les articles 5 et 9 du Règlement général sur la protection des données (RGPD) relatifs à la prohibition de la discrimination et au traitement des données à caractère personnel, lesquelles doivent être « adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées » et dont la collecte doit répondre à des finalités « déterminées, explicites et légitimes ».

❶ La précision de la question posée

Selon la jurisprudence, les questions posées par l'assureur doivent être précises, claires et sans ambiguïté²⁹. Lorsque le questionnaire médical est complexe ou présente des ambiguïtés dans ses termes³⁰, la jurisprudence ne retiendra pas la fausse déclaration. C'était le cas par exemple dans une affaire où une personne souffrant de diabète n'avait pas répondu de manière affirmative à une question lui demandant si elle était en invalidité ou si elle présentait une infirmité, car l'assureur n'avait pas clairement déterminé ces notions³¹.

Néanmoins, la précision de la question n'impose pas à l'assureur de la délimiter dans le temps. En effet, il n'est pas nécessaire de borner la question

²⁸ Cass. 1^{re} civ., 22 mai 2002, n° 00-12.419, Bull. 2002, I, n° 136.

²⁹ Cass. 1^{re} civ., 15 octobre 1991, n° 90-11.725 ; Cass. 1^{re} civ., 9 décembre 1997, n° 95-21.758 ; Cass. 2^e civ., 19 mai 2016, n° 15-20.233 ; Cass. 2^e civ., 29 juin 2017, n° 16-18.975, Bull. 2017, II, n° 150 ; Cass. 2^e civ., 14 juin 2018, n° 17-18.559 ; Cass. 2^e civ., 4 octobre 2018, n° 17-25.967, publié ; Cass. 2^e civ., 13 décembre 2018, n° 17-28.093, publié ; Cass. 2^e civ., 25 juin 2020, n° 18-24.920 ; Cass. 2^e civ., 30 juin 2016, n° 15-22.842, Bull. 2016, II, n° 76.

³⁰ Cass. 2^e civ., 23 novembre 2017, n° 16-22.938.

³¹ Cass. crim., 29 janvier 2013, n° 12-80.116 : « Attendu que, pour rejeter l'exception de nullité du contrat d'assurance automobile souscrit par M. X..., l'arrêt retient que les conditions particulières de la police elle-même ne contiennent aucun élément relatif à son état physique ; que les juges relèvent que seule la proposition d'assurance comporte, en sa première page, au bas de laquelle ne figure pas, à l'emplacement prévu à cet effet, le paraphe de l'assuré, une rubrique infirmité/invalidité, au regard de laquelle a été cochée la case « non » ; que même s'il devait être considéré que M. X... a effectivement répondu négativement à cette question, « il ne peut être soutenu qu'il a sciemment, par cette réponse lapidaire à une question des plus imprécises, entendu taire son diabète insulinodépendant au sens, dont il aurait eu pleinement conscience, où celui-ci constituerait une "invalidité" ou une "infirmité" susceptible de changer l'appréciation par son assureur du risque pris en charge ; Qu'en l'état de ces motifs procédant de son pouvoir souverain d'appréciation de la bonne foi de l'assuré, la cour d'appel a justifié sa décision ».

à une période de pertinence pour que la question soit précise³², sauf dans les cas où la loi en dispose autrement.

Ce degré de précision est apprécié souverainement par les juges du fond. Cette appréciation est objective. La Cour de cassation va être amenée à contrôler ce degré de précision de la question. Dans une affaire, un assureur avait opposé une nullité du contrat à un assuré au motif qu'il avait répondu négativement à une question lui demandant s'il avait été condamné pénalement dans les trois dernières années précédant la souscription, alors qu'il avait été condamné quelques semaines auparavant par un tribunal correctionnel. La Cour de cassation, amenée à se prononcer sur le manque de précision de la question posée a répondu que « Le questionnaire soumis à M. X ne distinguant pas les condamnations définitives des condamnations faisant l'objet d'un recours, même suspensif, c'est dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation que la cour d'appel, se plaçant à la date de la souscription du contrat, a estimé que M. X avait fait une fausse déclaration intentionnelle »³³.

ii. Une réponse inexacte

Puisqu'en application de l'article L113-2 précité, l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, dès lors que la question est précise, si l'assuré n'y répond pas correctement, voire pas du tout, il pourra se voir reprocher une fausse déclaration³⁴ ou une réticence³⁵.

Enfin, le fait que la déclaration inexacte se situe sur une page du questionnaire non paraphée par l'assuré ne saurait empêcher l'assureur d'opposer la nullité du contrat d'assurance à l'assuré. En effet, l'absence de paraphe d'une page dans un questionnaire ne prive pas cette page, et donc les déclarations figurant sur celles-ci, de valeur probante³⁶ et l'assureur pourra s'appuyer sur les déclarations portées par l'assuré sur cette page pour lui opposer une fausse déclaration dès lors que le questionnaire est signé.

Cela étant exposé, quelques précisions complémentaires s'imposent en assurance de personnes. Si les règles présentées ci-dessus s'appliquent, il existe néanmoins également des règles particulières sur le questionnaire médical qui ne se retrouvent pas en assurance de bien ou de responsabilité.

³² Cass. 2^e civ., 16 juillet 2020, n° 19-16.107 : le questionnaire comportait la question suivante : « avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? posée dans les questionnaires de santé qu'elle a signés le 11 avril et le 5 juillet 2007, Mme P. a répondu par la négative, alors qu'elle avait subi au moins trois interventions au genou, dont la plus ancienne remontait à moins de cinq ans ».

³³ Cass. 2^e civ., 29 avril 2004, n° 03-10.655, Bull. 2004, II, n° 195.

³⁴ Cass. 2^e civ., 25 juin 2020, n° 19-14.278.

³⁵ Cass. 2^e civ., 10 mars 2004, n° 03-10.134.

³⁶ Cass. 2^e civ., 14 avril 2016, n° 15-18.226.

B. Les spécificités du questionnaire d'assurance santé en assurance de personnes

Un Cahier entier étant consacré à l'assurance emprunteur par la suite, les particularités supplémentaires du questionnaire médical pour l'assurance emprunteur ne seront donc pas examinées dans cette partie³⁷.

S'agissant du processus de déclaration du risque en assurance de personnes, l'assureur présente, en assurance individuelle ou en assurance collective à adhésion facultative, un questionnaire simplifié relatif à l'état de santé du candidat à l'assurance (également appelé « fiche santé »). En fonction des réponses apportées par le candidat et de la description du risque qui en ressort, l'assureur peut décider, compte tenu du fait que le risque (les affections déclarées dans la déclaration simplifiée de santé) pourrait présenter un taux important de sinistralité, de lui soumettre un nouveau questionnaire médical plus complet, voire demander au candidat à l'assurance de passer un examen médical.

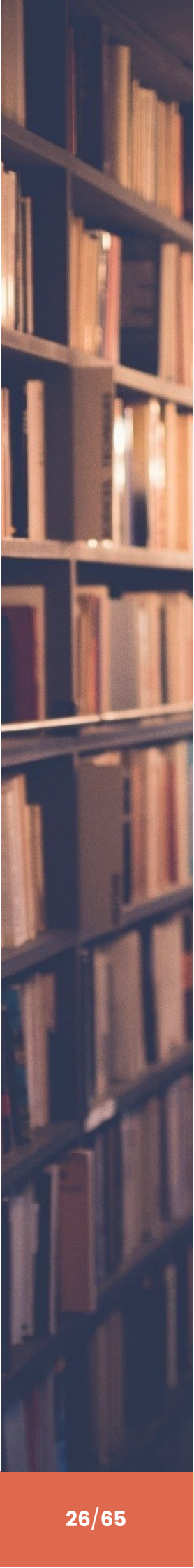
Si le candidat se soumet à un examen médical, l'assureur ne sera pas, en raison du secret médical, destinataire des comptes rendus médicaux complets et des diagnostics ou analyses, mais un médecin-conseil de l'assureur intervient alors dans ce processus et peut analyser les éléments médicaux pour les traduire à l'assureur sous forme d'appréciation assurantielle. Autrement dit, il peut inviter l'assureur à accepter la demande du candidat à l'assurance, à la refuser ou à l'accepter avec une surprime ou en prévoyant des exclusions de garantie particulières.

Quel que soit le type de questionnaire de santé soumis à l'assuré, ce dernier doit bien évidemment faire attention à y répondre correctement.

Concernant ensuite les autres spécificités propres à l'assurance de personnes en comparaison avec l'assurance de bien ou de responsabilité, le questionnaire médical, autrement appelé questionnaire de santé, est encadré plus particulièrement par quelques dispositions législatives et réglementaires.

Tout d'abord, en matière de collecte de données personnelles, lorsqu'il s'agit d'informations médicales, le RGPD prévoit un encadrement spécifique, notamment par ses articles 5 et 9. Par exemple, des questions relatives à l'orientation sexuelle du candidat à l'assurance sont interdites. En effet, les discriminations sont prohibées par l'article 9 du RGPD et l'article 225-1 du Code pénal. Néanmoins, la discrimination actuarielle est possible dès lors qu'elle est objective et proportionnée.

³⁷ Voir Cahier n° 10, à paraître.



Ensuite, il faut noter que, conformément à l'article L.133-1 du Code des assurances, les entreprises et organismes qui proposent une garantie contre les risques d'invalidité ou de décès doivent notamment respecter l'article L.1141-1 du Code de la santé publique, lequel leur interdit de « tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant la durée de celui-ci »³⁸. Des questions relatives à des tests génétiques sont donc interdites.

L'assurance de personnes présente d'autres spécificités que nous aborderons par la suite dans la partie consacrée à la deuxième condition à remplir par l'assureur pour invoquer la sanction de l'article L.113-8 du Code des assurances (la mauvaise foi de l'assuré ayant fait une déclaration inexacte ou une réticence) et dans le Cahier spécifique à l'assurance emprunteur.

Ce premier point sur le « questionnaire », et plus spécifiquement sur le questionnaire médical en assurances de personnes, ayant été abordé, il est important de préciser que l'assureur peut prouver aussi l'existence d'une déclaration inexacte à partir d'une « déclaration pré-imprimée » figurant dans un document contractuel comme les conditions particulières.

1.1.1.2. Le cas particulier de la « déclaration préimprimée »

Parfois, l'assureur ne recueille pas les réponses de l'assuré à ses questions dans le cadre d'un support tel qu'un questionnaire signé par l'assuré dans la phase préalable à la souscription du contrat. En effet, l'assureur peut parfois consigner les déclarations de l'assuré sous forme de « déclarations préimprimées », par exemple dans les conditions particulières signées par l'assuré. Cette façon de procéder peut laisser un doute sur l'existence en amont de questions précises posées par l'assureur concernant le risque, puisque celles-ci ne figurent pas dans ce document.

La deuxième chambre civile de la Cour de cassation a toujours développé une jurisprudence plus souple que celle de la chambre mixte. Sa position est plus nuancée, car elle n'exige pas que l'assureur produise les questions écrites posées à l'assuré³⁹. La preuve des questions est libre. Notamment, elle considère « qu'une question précise » peut se déduire des « réponses individualisées »

³⁸ Pour une application de cette interdiction, voir Cass. 2^e civ., 31 août 2022, n° 20-22.317, publié.

³⁹ Cass. 2^e civ., 8 mars 2018, n° 17-11.676 ; Cass. 2^e civ., 14 avril 2016, n° 15-16.808 ; Cass. 2^e civ., 11 juin 2015, n° 14-17.971, Bull. 2015, II, n° 148.

apportées par l'assuré dans une déclaration préimprimée située notamment dans des conditions particulières signées par l'assuré.

À l'occasion d'un arrêt, non publié, en 2024, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a précisé cette nuance en jugeant que : « Si l'article L.113-2, 2°, susvisé n'impose pas l'établissement d'un questionnaire préalable écrit et que, pour apprécier l'existence d'une fausse déclaration intentionnelle du souscripteur, le juge peut prendre en compte les déclarations pré-imprimées consignées dans les conditions particulières du contrat, c'est à la condition, d'une part, qu'il estime que, par leur précision et leur individualisation, ces déclarations résultaient de questions précises posées par l'assureur ou qu'il constate que ces déclarations avaient été faites par l'assuré, à sa seule initiative, lors de la conclusion du contrat, d'autre part, que les conditions particulières aient été signées par le souscripteur »⁴⁰.

De son côté, la troisième chambre civile de la Cour de cassation (spécialisée en assurance construction) a pu juger dans un premier temps que les mentions préimprimées relatives à la surface des locaux figurant sur un ticket individuel de garantie, dont l'assuré n'était pas le rédacteur, ne permettaient pas de démontrer que les déclarations correspondaient bien à des réponses données par l'assuré à des questions posées préalablement à la souscription du contrat⁴¹. Ce faisant, le raisonnement de la troisième chambre civile s'est rapproché de celui de la deuxième chambre civile, la troisième chambre civile s'étant, semble-t-il, demandée s'il était permis de déduire de ces déclarations l'existence d'une question préalable à laquelle ces déclarations répondraient.

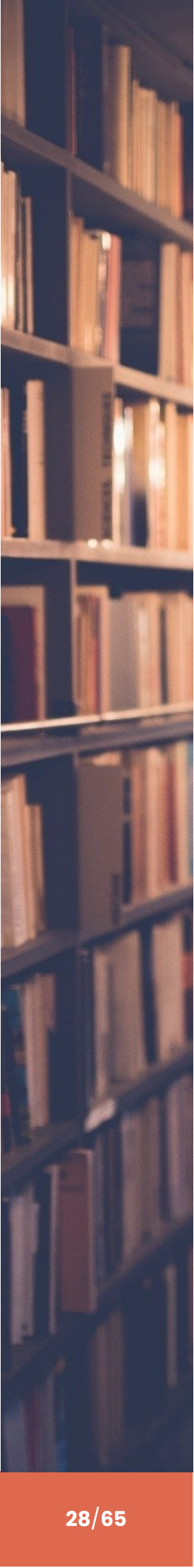
Puis à l'occasion d'un arrêt récent, non publié, la troisième chambre civile semble avoir adopté la position de la deuxième chambre civile, retenant la même motivation que celle développée dans l'arrêt du 4 avril 2024 précité⁴².

Ainsi, il est possible de déduire d'une déclaration préimprimée l'existence d'une question préalable de l'assureur si la réponse figurant dans la déclaration préimprimée a une telle précision et une telle individualisation qu'il paraît évident que l'assureur a nécessairement posé au préalable une question précise à laquelle cette déclaration préimprimée répond.

⁴⁰ Cass. 2^e civ., 4 avril 2024, n° 22-18.176.

⁴¹ Cass. 3^e civ., 8 juillet 2015, n° 13-25.223.

⁴² Cass. 3^e civ., 26 mars 2026, n° 24-16.175 : « Si l'article L.113-2, 2°, susvisé n'impose pas l'établissement d'un questionnaire préalable écrit et si, pour apprécier l'existence d'une fausse déclaration intentionnelle du souscripteur, le juge peut prendre en compte les déclarations pré-imprimées consignées dans les conditions particulières du contrat, c'est à la condition, d'une part, qu'il estime que, par leur précision et leur individualisation, ces déclarations résultaient de questions précises posées par l'assureur ou qu'il constate que ces déclarations avaient été faites par l'assuré, à sa seule initiative, lors de la conclusion du contrat, d'autre part, que les conditions particulières aient été signées par le souscripteur ».



Bien évidemment, cela n'est possible que si cette déclaration figure sur un document signé par l'assuré (le plus souvent les conditions particulières), permettant ainsi de conclure qu'il en est bien l'auteur.

Si le législateur a voulu substituer le système déclaratif fondé sur le questionnaire fermé (déclaration provoquée) à celui de la déclaration spontanée, il n'a pas pour autant banni les initiatives déclaratives émanant de l'assuré ou de son mandataire. La jurisprudence a pu admettre que des déclarations faites à l'initiative de l'assuré, même en l'absence de questionnaire, puissent engager ce dernier si elles s'étaient avérées mensongères et ainsi retenir l'application de la nullité du contrat d'assurance.

1.1.2. La déclaration spontanée de l'assuré

En plus des réponses que l'assuré apporte aux questions posées par l'assureur, la déclaration de risque peut également être le fruit de déclarations spontanées faites par l'assuré à la souscription du contrat. En effet, les déclarations spontanées de l'assuré peuvent aussi être utilisées par l'assureur pour déterminer le risque à assurer et, par conséquent, être prises en compte pour apprécier l'existence d'une fausse déclaration⁴³.

Ce faisant, le juge opère une distinction nette entre initiative de l'assuré et initiative de l'assureur. Seul l'assuré peut choisir de révéler des circonstances sans y être invité. L'assureur ne peut donc s'exonérer de ses obligations en prétendant que l'assuré aurait dû déclarer spontanément une circonstance déterminée, si cette dernière n'a pas fait l'objet d'un questionnement formel⁴⁴.

Concrètement, la déclaration spontanée de l'assuré peut parfois être consignée dans une déclaration préimprimée figurant dans les conditions particulières du contrat. À l'occasion d'un arrêt publié en 2016, la Cour de cassation a jugé à ce sujet que : « le juge peut prendre en compte, pour apprécier l'existence d'une fausse déclaration, les déclarations faites par l'assuré à sa seule initiative lors de la conclusion du contrat ; qu'ayant relevé que, d'abord, c'était l'assuré lui-même qui avait pris attache avec l'assureur en se rendant à son agence pour l'informer de la fin des travaux de transformation et de ce que les locaux étaient loués, qu'ensuite, l'agent avait écrit à la SCI pour lui transmettre une proposition de contrat en faisant état de cette circonstance et en lui laissant le soin de prendre connaissance de ce contrat pour, s'il lui donnait satisfaction, le retourner signé, la cour d'appel s'est fondée, à bon droit, pour annuler le contrat, sur de telles

⁴³ Cass. 2^e civ., 19 février 2009, n° 07-21.655 ; Cass. 3^e civ., 8 juillet 2015, n° 13-25.223 ; Cass. 2^e civ., 4 février 2016, n° 15-13.850 ; Cass. 2^e civ., 17 janvier 2019, n° 15-18.514 ; Cass. 2^e civ., 25 juin 2020, n° 18-24.920.

⁴⁴ Cass. crim., 30 octobre 2007, n° 07-81.481 ; Cass. 2^e civ., 9 avril 2009, n° 08-14.624 ; Cass. 2^e civ., 3 juin 2010, n° 09-14.876 ; Cass. 2^e civ., 28 mars 2019, n° 17-28.451.

déclarations dont elle avait ainsi fait ressortir le caractère spontané et mensonger en relevant qu'au jour du sinistre, peu de travaux avaient été entrepris, les derniers ayant été réalisés en septembre 2010, et que le bâtiment était inhabitable et totalement inoccupé »⁴⁵.

Ainsi, comme dans notre exemple, une déclaration spontanée (retranscrite par la suite sous la forme d'une déclaration préimprimée par l'assureur) peut être prise en compte pour apprécier l'existence d'une fausse déclaration, dès lors que l'assuré a signé la proposition d'assurance ou les conditions particulières du contrat sur lesquelles cette déclaration spontanée a été retranscrite. De façon générale, la déclaration spontanée de l'assuré peut être prouvée par tous moyens.

Mais attention, si le contrat a été souscrit sans questionnaire préalable et sur la seule base des déclarations faites spontanément par l'assuré, l'assureur ne pourra pas lui reprocher de s'être abstenu de déclarer de manière spontanée d'autres informations⁴⁶.

APARTÉ SUR UNE CIRCONSTANCE APPARUE ENTRE LA DÉCLARATION DU RISQUE ET LA FORMATION DU CONTRAT (OU LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT)

QUID D'UNE NOUVELLE DÉCLARATION ?

Avant de conclure sur cette première condition consistant pour l'assureur à prouver l'existence d'une fausse déclaration, un petit aparté s'impose sur le cas particulier où l'assuré a connaissance d'une circonstance nouvelle affectant son risque entre la première déclaration du risque et la formation de son contrat ou entre la première déclaration de son risque et la prise d'effet du contrat. Y a-t-il, dans ce cas, fausse déclaration du risque ou réticence intentionnelle ?

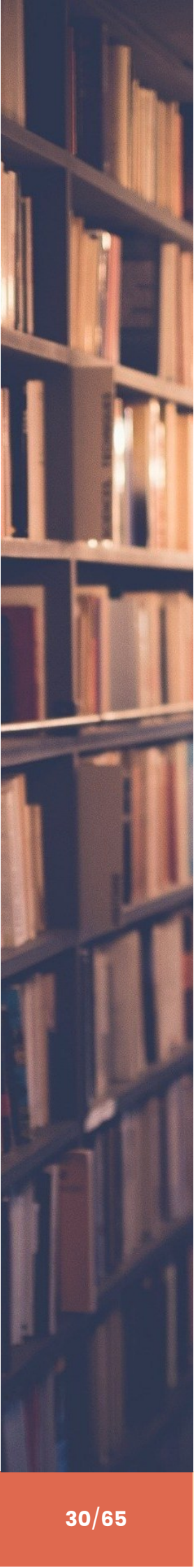
Concernant le moment où la déclaration a lieu, un manque de cohérence pourrait apparaître à la lecture du Code des assurances en ce que l'article L.112-3 évoque la période antérieure à la conclusion du contrat, tandis que l'article L.113-2 2° se positionne « lors de la conclusion du contrat ».

La déclaration a pour objectif de permettre à l'assureur de se forger une opinion quant au risque qu'il acceptera ou non d'assurer. Par conséquent, la déclaration du risque doit être faite avant que l'assureur décide ou non de couvrir le risque⁴⁷. L'inexactitude de la déclaration de risque s'apprécie donc au moment où l'assuré devait remplir ses obligations légales de déclaration.

⁴⁵ Cass. 2^e civ., 4 février 2016, n° 15-13.850.

⁴⁶ Cass. 2^e civ., 13 décembre 2018, n° 17-28.093.

⁴⁷ Cass. 2^e civ., 22 octobre 2015, n° 14-21.909.



Autrement dit, le candidat à l'assurance est tenu, selon la jurisprudence, d'actualiser sa déclaration avant que l'assureur ne réponde à sa candidature à l'assurance et le candidat ne peut se contenter de sa première déclaration de risque s'il sait que celle-ci est devenue caduque ou inexacte en raison de circonstances nouvelles⁴⁸ sous peine de se voir opposer une fausse déclaration du risque par l'assureur l'exposant à une nullité de son contrat d'assurance en cas de sinistre.

Il en va de même lorsque la date de prise d'effet du contrat a été repoussée dans le temps, « L'appréciation de la bonne ou mauvaise foi de l'assuré quant au risque déclaré à l'assureur se fait nécessairement en considération des déclarations faites par lui pour la souscription du contrat, alors même qu'il y aurait un décalage entre la date de prise d'effet du contrat et la date du questionnaire »⁴⁹.

Cet aparté refermé, si l'assureur rapporte la preuve d'une fausse déclaration de son risque par l'assuré au moment de la souscription du contrat, cela ne permettra pas pour autant de retenir la nullité du contrat d'assurance. Il faudra en plus que l'assureur démontre la réunion de deux autres conditions. Examinons maintenant la deuxième condition : la mauvaise foi de l'assuré ou le caractère intentionnel de sa fausse déclaration.

1.2. Une fausse déclaration présentant un caractère intentionnel

La nullité du contrat d'assurance ne peut être retenue sur le fondement de l'article L.113-8 du Code des assurances que si l'assureur démontre le caractère volontaire de la réticence ou de la fausse déclaration du risque réalisée par l'assuré. Autrement dit, l'assureur doit prouver la mauvaise foi de l'assuré.

En effet, l'assuré est présumé de bonne foi dans ses relations contractuelles avec l'assureur selon l'article 1104 du Code civil. La charge de la preuve de la mauvaise foi de l'assuré incombe donc à l'assureur⁵⁰ et, s'il échoue à démontrer sa mauvaise foi, la sanction ne pourra être que celle prévue à l'article L.113-9 du Code des assurances.

⁴⁸ Cass. 1^{re} civ., 16 février 1994, n° 90-19.022 ; Cass. 2^e civ., 22 janvier 2004, n° 02-20.532.

⁴⁹ Cass. 1^{re} civ., 26 avril 2000, n° 97-22.560.

⁵⁰ Cass. 1^{re} civ., 21 janvier 1957 : RGAT 1957. 41.

1.2.1. La déclaration inexacte faite intentionnellement ou la réticence

L'assureur doit donc démontrer une fausse déclaration intentionnelle (un mensonge) ou une réticence (l'omission volontaire de faire une déclaration en réponse à une question posée par l'assureur).

1.2.1.1. La déclaration inexacte faite intentionnellement

La nullité sanctionne l'assuré qui a fait une déclaration inexacte dans l'intention de tromper l'assureur sur son risque. Ainsi, la nullité implique une déclaration inexacte faite de mauvaise foi et ne peut résulter de la simple inexactitude de la déclaration⁵¹.

Comme expliqué précédemment, si la déclaration inexacte ou l'omission de mauvaise foi est imputable à un courtier, la nullité peut être également encourue si le courtier a agi en qualité de mandataire de l'assuré dans la réponse aux questions posées⁵².

Précisons également que si la mauvaise foi peut être écartée quand il est constaté que l'assuré n'avait pas l'intention de nuire à l'assureur⁵³, il n'est pas nécessaire pour autant, afin de caractériser la mauvaise foi de l'assuré, de démontrer qu'il avait la volonté de causer un dommage à l'assureur⁵⁴.

1.2.1.2. La réticence

La réticence consistant en une omission volontaire, la Cour de cassation a pu juger dans un premier temps que les juges du fond n'avaient pas à rechercher plus amplement l'existence de la mauvaise foi de l'assuré ou son intentionnalité puisque celles-ci se déduisent du terme « réticence »⁵⁵.

⁵¹ Cass. soc., 18 décembre 1942 : RGAT 1943. 125 ; Cass. 2^e civ., 19 octobre 2006, n° 05-18.886 ; Cass. 2^e civ., 13 septembre 2007, n° 06-18.175 ; Cass. 2^e civ., 6 mars 2014, n° 13-12.136 ; Cass. 2^e civ., 10 février 2022, n° 20-12.287 ; Cass. 2^e civ., 16 juin 2022, n° 19-24.547.

⁵² Cass. 2^e civ., 19 janvier 2023, n° 21-12.870.

⁵³ Cass. 2^e civ., 13 septembre 2007, n° 06-18.175.

⁵⁴ Cass. 2^e civ., 16 juin 2022, n° 20-20.745.

⁵⁵ Cass. 1^{re} civ., 23 octobre 1973, n° 72-13.286.

Le terme réticence retenu par le législateur à l'article L.113-8 du Code des assurances renvoie à la « réticence dolosive »⁵⁶, notion impliquant la démonstration de la mauvaise foi et de l'intentionnalité.

Cela explique pourquoi une jurisprudence majoritaire retient la mauvaise foi de l'assuré en cas de réticence⁵⁷.

Il convient donc d'examiner au cas par cas si l'assuré était de mauvaise foi lorsqu'il n'a pas répondu à une question posée par l'assureur pour pouvoir déterminer si la sanction encourue est celle prévue à l'article L.113-8 ou L.113-9 du Code des assurances (qui exclut l'idée de mauvaise foi de l'assuré).

1.2.2. Comment prouver cette déclaration inexacte intentionnelle ou cette réticence ?

L'assureur pourra la prouver par tous moyens. Il pourra donc utiliser les éléments suivants.

1.2.2.1. Le « questionnaire » ou le contenu d'une déclaration préimprimée

Si l'assureur soutient que l'assuré a fait une fausse déclaration ou une réticence de manière intentionnelle, la sincérité et l'exactitude des déclarations de l'assuré s'apprécieront en fonction des questions posées par l'assureur⁵⁸.

Par conséquent, un questionnaire complexe présentant des ambiguïtés dans ses termes rendra la démonstration de la mauvaise foi de l'assuré plus ardue pour l'assureur⁵⁹, en particulier lorsqu'il s'agit d'un questionnaire médical⁶⁰. En effet, si la précision de la question est appréciée de manière objective, la mauvaise foi de l'assuré est quant à elle appréciée de manière subjective.

Également, la mauvaise foi peut être appréciée au regard de « l'intelligence limitée » ou de « la personnalité fruste » de l'assuré lorsqu'il ne pouvait comprendre le questionnaire qui était complexe⁶¹.

⁵⁶ J. Kullmann *in* : J. Kullmann et L. Mayaux, Déclaration préédigée des risques : deux voix pour un arrêt : RGDA avril 2014.

⁵⁷ Cass. 1^{re} civ., 9 juin 1993, n° 91-17.868 ; Cass. 1^{re} civ., 17 juillet 1990, n° 89-13.324.

⁵⁸ Cass. 1^{re} civ., 17 octobre 1995, n° 92-19.018.

⁵⁹ Cass. 2^e civ., 17 juin 2010, n° 09-67.081 ; Cass. 1^{re} civ., 15 octobre 1991, n° 90-11.725.

⁶⁰ Cass. 2^e civ., 23 novembre 2017, n° 16-22.938.

⁶¹ Cass. crim., 9 décembre 1992, n° 90-83.149 ; Cass. 1^{re} civ., 20 octobre 1993, n° 91-17.112 ; Cass. 1^{re} civ., 23 octobre 1974, n° 73-12.875.

De même, la mauvaise foi sera appréciée en considération des difficultés de compréhension de l'assuré en français⁶².

À l'inverse, un assuré ne pourra pas faire valoir une incompréhension lorsqu'il était capable de comprendre le questionnaire en raison de son niveau d'étude ou de sa profession⁶³.

Évidemment, l'assureur ne pourra pas prouver la mauvaise foi de l'assuré s'il ne parvient pas à démontrer que l'assuré est bien le signataire du document sur lequel figure la déclaration inexacte ou incomplète⁶⁴. La nullité sanctionne la fausse déclaration intentionnelle de risque commise par le souscripteur/l'adhérent et non celle commise par une tierce personne étrangère au contrat. Il faut donc être certain que l'auteur de la déclaration inexacte est bien la personne qui était tenue de faire la déclaration litigieuse.

En assurance automobile, il est fréquent que les assureurs reprochent aux assurés des mensonges sur le conducteur habituel du véhicule (il n'est pas rare que des assurés déclarent la personne la plus expérimentée et/ou celle qui a le plus de bonus pour bénéficier d'une prime moins coûteuse) ou sur les antécédents judiciaires du conducteur.

C'est le cas par exemple d'une affaire dans laquelle un accident mortel est survenu pendant que le fils de l'assuré conduisait. L'assuré avait déclaré être le conducteur habituel du véhicule. L'assureur s'est alors opposé à la prise en charge du sinistre en invoquant la nullité du contrat. La cour d'appel a débouté l'assureur de ses demandes aux motifs qu'en ajoutant au contrat un avenant comprenant une clause « franchise jeune conducteur, permis récent », l'assuré n'avait pas eu la volonté de tromper l'assureur et l'avait au contraire informé que son fils conduisait le véhicule, de sorte que sa bonne foi était ainsi évidente pour la cour d'appel. Cependant, la Cour de cassation a censuré cette décision, reprochant à la cour d'appel d'avoir déduit de la souscription de cette clause « une conséquence qu'elle ne pouvait emporter du fait de son objet, qui était étranger à la question de la désignation du conducteur habituel »⁶⁵. La jurisprudence est particulièrement riche d'illustrations de la mauvaise foi de l'assuré en matière automobile⁶⁶.

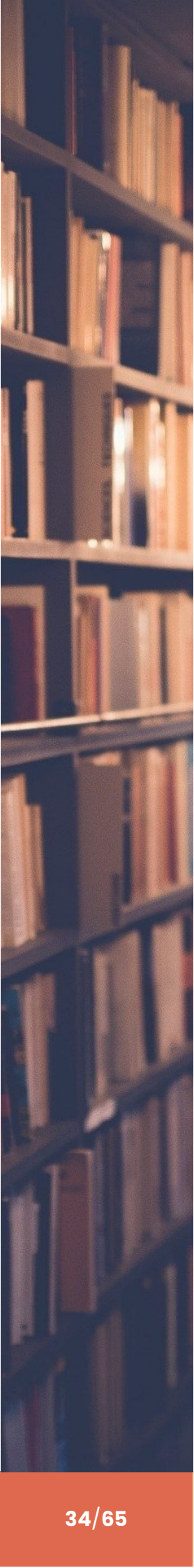
⁶² Cass. 2^e civ., 13 juin 2013, n° 12-10.260.

⁶³ Cass. 2^e civ., 29 mars 2012, n° 11-14.305.

⁶⁴ Cass. 2^e civ., 4 avril 2024, n° 22-18.176.

⁶⁵ Cass. 1^{re} civ., 17 juillet 1996, n° 94-16.070.

⁶⁶ Cass. 1^{re} civ., 14 octobre 1997, n° 95-19.153 ; Cass. crim., 13 janvier 1993, n° 92-83.220 ; Cass. 2^e civ., 23 septembre 2004, n° 03-14.180 ; Cass. 2^e civ., 12 mai 2010, n° 09-65.815.



Dans une autre affaire relative à un questionnaire comportant la question suivante : « Pratiquez-vous un sport ? Si oui, lequel ? ». L'assuré a répondu « non » à cette question et l'assureur lui a opposé une nullité du contrat au motif qu'il pratiquait le stock-car. La cour d'appel a retenu une fausse déclaration intentionnelle, considérant que « le stock-car, course sur circuit fermé, doit nécessairement être qualifié, par l'effort physique et la concentration requis, de sport automobile (...) présentant par ailleurs un danger accru pour le pilote puisque les voitures peuvent être en contact les unes avec les autres de manière violente » et que l'assuré, pratiquant le stock-car régulièrement, « a nécessairement eu conscience de la fausseté du contenu de sa déclaration de santé et a, en toute connaissance de cause, donné à l'assureur une information erronée sur son absence de pratique d'un sport ». La Cour de cassation a néanmoins censuré cet arrêt, reprochant à la cour d'appel de ne pas avoir recherché, alors qu'elle y était invitée, « si l'assureur avait posé, lors de la conclusion du contrat, une question précise impliquant la révélation d'une pratique telle que le "stock-car" »⁶⁷.

1.2.2.2. Un aveu ou une déclaration spontanée de l'assuré obtenu dans le cadre de la gestion du sinistre

Un assureur peut également motiver la nullité du contrat sur la base d'un aveu qu'a fait l'assuré au sujet d'un mensonge commis dans le cadre de sa déclaration initiale du risque⁶⁸ (voir l'illustration n° 2 « La nullité du contrat d'assurance peut résulter d'un aveu de l'assuré postérieur au sinistre », p. 58).

Le fait que l'assuré avoue, après un sinistre, avoir fait une fausse déclaration du risque à la souscription ne saurait exclure sa mauvaise foi. En effet, les juges du fond ne peuvent, sans contradiction, tenir d'une part pour constante l'inexactitude de la déclaration du fait de l'aveu et, d'autre part, exclure son caractère intentionnel sans s'expliquer sur l'avantage qui en était attendu pour l'assuré. La Cour de cassation censure en effet les juges du fond qui écartent la mauvaise foi de l'assuré au seul motif qu'il aurait avoué le caractère mensonger de sa déclaration de risque⁶⁹. Ainsi, la mauvaise foi de l'assuré s'apprécie au moment où la déclaration de risque est faite ou doit être faite, et l'assuré ne pourra pas se racheter après un sinistre en avouant son mensonge. Le comportement de l'assuré postérieur à sa fausse déclaration ou sa réticence

⁶⁷ Cass. 2^e civ., 5 mars 2020, n° 19-11.721.

⁶⁸ Cass. 2^e civ., 25 octobre 2012, n° 11-24.125 ; Cass. 2^e civ., 4 octobre 2012, n° 11-23.897.

⁶⁹ Cass. crim., 9 février 1994, n° 92-85.352 ; Cass. crim., 10 janvier 2001, n° 00-81.568.

intentionnelle ne peut constituer une excuse pour ne pas avoir répondu sincèrement au questionnaire qui lui avait été soumis⁷⁰.

En revanche, après une déclaration de risque mensongère, l'assuré, pris de remords, aura tout intérêt à régulariser sa déclaration de risque avant un sinistre s'il veut espérer pouvoir bénéficier de son contrat d'assurance, même si les primes d'assurance à payer pourraient être plus élevées.

1.2.2.3. Des éléments obtenus par un détective privé

Il n'est pas rare que les assureurs produisent des preuves obtenues par des enquêteurs privés pour justifier le bien-fondé de la nullité du contrat qu'ils opposent à leur assuré.

Concernant l'articulation entre le droit au respect à la vie privée et la nullité du contrat d'assurance, il peut être relevé que la Cour de cassation a approuvé une cour d'appel pour avoir prononcé la nullité d'un contrat d'assurance automobile pour fausse déclaration intentionnelle relative au risque en se fondant notamment sur des éléments affectant la vie privée de l'assuré et de ses proches, dès lors qu'une telle atteinte n'est pas disproportionnée par rapport au but poursuivi. Elle a donc confirmé le droit pour l'assureur d'établir en justice la nullité qu'il invoque sur la foi d'un rapport d'enquête⁷¹. Il est donc tout à fait possible pour les assureurs de recourir à des détectives ou enquêteurs privés pour vérifier si leurs assurés n'ont pas fait de déclarations inexactes de risque, pour autant que le rapport d'enquête respecte les critères posés par la Cour de cassation.

1.2.3. Quid des éléments médicaux obtenus par le médecin-conseil de l'assureur sur l'état de santé de l'assuré ?

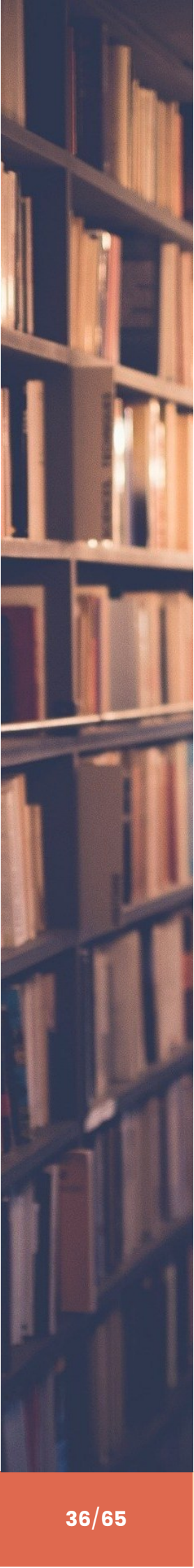
En matière d'assurance de personnes, la preuve de la mauvaise foi de l'assuré pourra s'avérer plus ardue.

1.2.3.1. Un point sur le secret médical

À nouveau, le sujet du secret médical mérite d'être abordé lorsqu'il s'agit d'examiner l'administration de la preuve de la déclaration inexacte de risque relative à des données médicales.

⁷⁰ Cass. 2^e civ., 16 juillet 2020, n° 19-16.107 : la Cour de cassation a approuvé la cour d'appel qui avait énoncé que « le fait d'avoir remis de telles pièces ne peut valoir exonération ou excuse postérieure d'avoir à répondre sincèrement au questionnaire qui lui était soumis ».

⁷¹ Cass. 1^{re} civ., 5 février 2014, n° 12-20.206.



En application de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, le candidat à l'assurance, devenu par la suite assuré, a le droit au respect de sa vie privée et au secret des informations relatives à sa santé.

Tout d'abord, rappelons que les professionnels, tels les médecins, tenus au secret médical, ne peuvent révéler des informations à l'assureur pour l'aider à prouver un mensonge de son assuré, et ce même si l'assuré a autorisé explicitement le médecin à communiquer sur ce sujet⁷².

Précisons néanmoins sur ce dernier point que la Cour de cassation juge qu'il résulte de la combinaison des articles L.113-8 du Code des assurances, L.1110-4 du Code de la santé publique et R.4127-4 du Code de la santé publique que « l'assureur ne peut produire un document couvert par le secret médical intéressant le litige qu'à la condition que l'assuré ou son ayant droit ait renoncé au bénéfice de ce secret »⁷³.

La Haute Cour a précisé par la suite que « l'assureur ne peut produire des documents couverts par le secret médical intéressant le litige à défaut d'accord des personnes légalement autorisées à y accéder, à savoir le patient assuré lui-même et en cas de décès de celui-ci, ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sauf volonté contraire exprimée de son vivant par la personne décédée ; qu'il appartient au juge, en cas de difficulté, d'apprécier, au besoin après une mesure d'instruction, si l'opposition des personnes autorisées à accéder à ces documents tend à faire respecter un intérêt légitime ou à faire écarter un élément de preuve et d'en tirer toutes conséquences quant à l'exécution du contrat d'assurance »⁷⁴.

Dans le prolongement de ce qui précède, si les médecins peuvent s'échanger entre eux des informations quand l'intérêt de la personne le justifie, le médecin-conseil de l'assureur ne peut pas communiquer à l'assureur des informations qui lui ont été transmises par le médecin traitant au sujet du candidat à l'assurance⁷⁵.

Toujours au sujet du secret médical, il arrive que l'assureur souhaite se prévaloir d'une expertise pour se constituer la preuve de la mauvaise foi de son assuré. Nous ne rentrerons pas ici dans des considérations purement judiciaires relatives

⁷² Cass. crim., 8 avril 1998, n° 97-83.656 : Bull. crim. 1998, n° 138 ; LPA 19 juillet 1999, p. 24, note D. Krajewski : « l'obligation au secret professionnel, établie par l'article 226-13 du Code pénal, pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de certaines professions ou de certaines fonctions, s'impose aux médecins, hormis les cas où la loi en dispose autrement, comme un devoir de leur état ; que, sous cette seule réserve, elle est générale et absolue ».

⁷³ Cass. 1^{re} civ., 21 mars 2018, n° 16-12.948.

⁷⁴ Cass. 1^{re} civ., 5 juillet 2018, n° 17-20.244.

⁷⁵ Cass. 1^{re} civ., 6 janvier 1998, n° 95-19.902.

à la levée du secret médical. Nous préciserons simplement que la Cour de cassation a considéré que l'assuré avait renoncé au bénéfice du secret médical lorsqu'il avait accepté une expertise amiable, transmis lui-même des pièces médicales qu'il avait ensuite produites aux débats judiciaires⁷⁶. De même, la renonciation de l'assuré au secret médical peut résulter de son acceptation d'un contrat comportant une clause subordonnant le versement de l'indemnité à la production d'un certificat médical indiquant la cause exacte du décès. Dans ce cas, l'opposition de ses ayants droit à la levée du secret médical, sans motif légitime et dans l'intention de faire échec à la preuve d'une éventuelle fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, sera sans effet⁷⁷.

L'assureur devra donc réussir à prouver la mauvaise foi de son assuré tout en respectant la protection dont bénéficie l'assuré au titre du secret médical, laquelle n'est toutefois pas absolue.

1.2.3.2. Un point sur le droit à l'oubli

La preuve de la mauvaise foi de l'assuré pourra se heurter au droit à l'oubli pour certaines pathologies⁷⁸. Ce sujet sera examiné plus en détail dans le Cahier n° 10 relatif à l'assurance emprunteur.

Au-delà du secret médical et du droit à l'oubli, l'analyse de la jurisprudence relative à la nullité du contrat d'assurance sur le fondement de l'article L.113-8 du Code des assurances est riche d'enseignements en matière d'assurance de personnes.

1.2.4. Des exemples de jurisprudences, ayant ou non retenu le caractère intentionnel de la fausse déclaration en présence d'un questionnaire médical

La jurisprudence regorge d'exemples de fausses déclarations en matière médicale pour lesquels les magistrats ont pu se pencher sur la mauvaise foi de l'assuré.

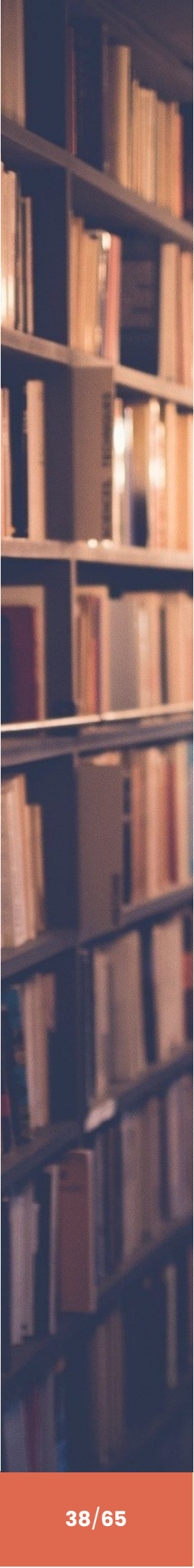
1.2.4.1. Des exemples où la mauvaise foi de l'assuré n'a pas été retenue

Nous évoquions précédemment la « fiche de santé » contenant parfois une

⁷⁶ Cass. 1^{re} civ., 26 septembre 2006, n° 05-11.906, Bull. civ. I, n° 417.

⁷⁷ Cass. 2^e civ., 25 juin 2020, n° 19-15.642.

⁷⁸ Article L.1141-5 du Code de la santé publique.



déclaration de « bonne santé ». Il faut savoir que si des déclarations incorrectes dans la « fiche de santé » peuvent exposer l'assuré à une nullité, les juges semblent cependant peu enclins, de façon générale, à sanctionner les assurés lorsque l'assureur ne produit qu'une simple déclaration de bonne santé. En effet, le fait de ne signer qu'une simple déclaration de bonne santé préimprimée attire moins l'attention des assurés sur la nécessité d'apporter des précisions quant à leur santé. Les juges du fond ont tendance à juger la production d'une simple déclaration de bonne santé insuffisante pour établir la mauvaise foi de l'assuré.

Si nous revenons à des cas particuliers de jurisprudence, il apparaît que la mauvaise foi de l'assuré n'a pas été retenue :

- lorsque l'assureur a simplement demandé « souffrez-vous actuellement d'une affection quelconque ? ». La Cour de cassation a, en effet, approuvé la cour d'appel « qui a retenu à bon droit que la sincérité et l'exactitude des déclarations faites par un assuré devaient s'apprécier en fonction des questions posées, a estimé, dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation, qu'un état de stérilité ou des douleurs abdominales et pelviennes apparues la veille et dont la cause n'avait pu encore être déterminée, n'entraient pas dans les prévisions de ce qui devait être nécessairement répondu à la question posée »⁷⁹.

- lorsque la cour d'appel avait jugé qu'il était « notoirement connu que les traitements hypotenseurs, par leur action sur la circulation sanguine ne sont pas exempts d'impacts sur les organes vitaux et induisent au surplus une accoutumance telle que la prescription ne peut sans danger intervenir en dehors de toute manifestation d'hypertension avérée » et qu'ainsi l'assuré n'avait pas répondu loyalement au questionnaire en omettant de signaler qu'il souffrait d'hypertension. La Cour de cassation sanctionne cette motivation au motif que la cour d'appel aurait dû préciser et soumettre à la discussion des parties « l'origine du caractère notoire des éléments médicaux retenus »⁸⁰.

1.2.4.2. Des exemples où la mauvaise foi de l'assuré a été retenue

La nullité du contrat a pu être validée à l'encontre d'un assuré qui avait répondu ne pas être soumis à un traitement médical ou à une surveillance médicale après avoir déclaré avoir été opéré de la prostate, alors qu'il souffrait avant l'adhésion d'une hypertension artérielle importante nécessitant un traitement et un suivi régulier et qu'il s'était abstenu en plus de déclarer une aggravation de

⁷⁹ Cass. 1^{re} civ., 21 février 1995, n° 91-19.916.

⁸⁰ Cass. 2^e civ., 22 novembre 2007, n° 06-19.760.

son état en cours de contrat liée à des problèmes de gouttes et d'hyperuricémie⁸¹.

La mauvaise foi a encore pu être retenue s'agissant d'un assuré qui avait omis de mentionner une asymptotie cardiaque congénitale ayant justifié son exemption du service militaire et qui avait faussement répondu qu'aucun électrocardiogramme ne lui avait été prescrit après avoir eu des questions sans ambiguïté notamment relatives aux « maladies de l'appareil cardio-vasculaire » et aux « maladies non citées ci-dessus »⁸².

La Cour de cassation a encore approuvé une cour d'appel qui avait prononcé la nullité du contrat d'assurance tandis que l'assuré avait répondu par la négative « à la question de savoir s'il prenait régulièrement des médicaments, s'il suivait un régime médical ou avait suivi un traitement médical » alors qu'il présentait une dyslipidémie déjà traitée⁸³.

Dans une affaire où l'assuré s'était vu poser comme question « avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? » et avait répondu par la négative alors qu'elle avait subi au moins trois interventions du genou, la Cour de cassation a également donné raison à une cour d'appel qui avait retenu que l'assuré avait faussement répondu à la question, en connaissance de cause et donc de manière intentionnelle⁸⁴.

L'assurée qui s'était abstenue d'indiquer qu'elle avait fait l'objet d'une expertise judiciaire faisant état d'une possible aggravation à l'avenir des conséquences d'un accident dont elle avait été victime, alors que le questionnaire imposait la révélation « de tout incident de santé de nature à permettre d'évaluer l'importance du risque à assurer », sera également sanctionnée par la nullité de son contrat d'assurance⁸⁵.

La veuve d'un assuré qui avait répondu négativement aux questions « Avez-vous eu des maladies ou des blessures graves ? (...) Souffrez-vous d'une infirmité ou d'une maladie chronique et suivez-vous un traitement médical ? » alors qu'il souffrait notamment d'alcoolisme et qu'il était soigné depuis dix ans pour une dépression et avait donc répondu au questionnaire de mauvaise foi, ne pourra pas bénéficier du contrat qui est par conséquent nul⁸⁶. Si la mauvaise foi d'un assuré n'a pas été retenue pour avoir indiqué un nombre de

⁸¹ Cass. 1^{re} civ., 20 juin 2000, n° 98-10.655.

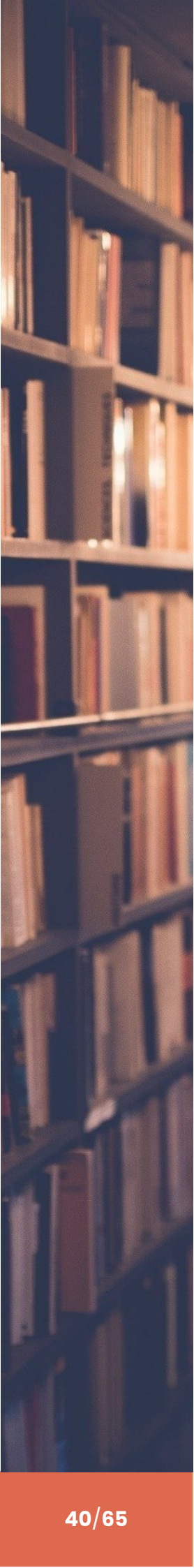
⁸² Cass. 2^e civ., 9 avril 2009, n° 08-14.748.

⁸³ Cass. 1^{re} civ., 9 février 2012, n° 11-10.091.

⁸⁴ Cass. 2^e civ., 16 juillet 2020, n° 19-16.107.

⁸⁵ Cass. 1^{re} civ., 31 mai 1988, n° 86-18.846.

⁸⁶ CA Nancy, 1^{re} civ., 23 octobre 1986, RG n° 2125/8, JurisData n° 1986-044299.



jours d'arrêt de travail inexact, à quelques jours près, sur une période de cinq années, sa mauvaise foi a néanmoins été constatée pour avoir déclaré qu'il n'avait pas subi de traitement pour maladie rhumatismale, lumbago ou sciatique, ne pas avoir d'autres traitements de plus d'un mois et ne pas avoir été atteint d'affections récidivantes ou d'une maladie chronique alors qu'il a notamment été en arrêt de travail pour des lombalgies ayant entraîné la prescription de traitements anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'antalgiques et qu'il a eu une affection cardiaque et une arthrose rachidienne⁸⁷.

La Cour de cassation a également jugé que le refus de garantie opposé par les assureurs en raison de fausses déclarations intentionnelles de l'assuré ne caractérisait pas un trouble manifestement illicite compte tenu du fait que l'assuré avait répondu négativement à toutes les questions posées, notamment celles lui demandant s'il était « soumis à un traitement médical, à des soins, à une surveillance médicale ou s'il avait, au cours des dix dernières années, suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois » alors qu'il était appareillé pour un syndrome d'apnée du sommeil et qu'il présentait une œsophagite, approuvant ainsi la motivation d'une cour d'appel ayant statué en référé⁸⁸. Le fait de dissimuler sa pathologie asthmatique a également pu être reproché à l'assuré dès lors que le questionnaire était précis⁸⁹.

Les juges du fond ont encore pu retenir la mauvaise foi de l'assuré qui avait répondu à la négative à une question relative à l'existence d'un traitement médical actuel alors qu'il prenait un traitement hormonal depuis plusieurs années, sa mauvaise foi ne pouvant être écartée au motif que le traitement aurait un caractère préventif et non curatif⁹⁰.

La nullité du contrat a aussi été prononcée pour un assuré qui avait déclaré des antécédents familiaux relatifs à des maladies cardiaques et qu'il présentait un excès de cholestérol et des troubles à l'électrocardiogramme, mais qui avait caché de mauvaise foi son traitement pour une maladie coronarienne sévère et le fait qu'une opération lui était conseillée alors qu'il était interrogé sur des affections cardiaques⁹¹.

Une fois la preuve de la mauvaise foi de l'assuré rapportée, il ne reste à l'assureur plus qu'une condition à démontrer pour pouvoir effectivement se prévaloir de la nullité du contrat d'assurance sur le fondement de l'article L.113-8 du Code des

⁸⁷ CA Toulouse, 2^e ch., 2^e sect., 10 mai 2004, RG n° 03/0416.

⁸⁸ Cass. 2^e civ., 9 juin 2016, n° 15-19.961.

⁸⁹ Cass. 2^e civ., 30 juin 2016, n° 15-22.842.

⁹⁰ CA Rouen, 1^{re} ch., 1^{re} sect., 11 juin 2003, RG n° 01/02748.

⁹¹ CA Paris, 7^e ch., section A, 18 janvier 2000, RG n° 97/14002.

assurances : celle de l'incidence de cette fausse déclaration sur le risque objet du litige.

1.3. L'incidence de la fausse déclaration sur l'opinion de l'assureur

La troisième condition que doit démontrer l'assureur pour justifier du bien-fondé de la nullité du contrat est relative à l'incidence qu'a eue la réticence ou la fausse déclaration commise de mauvaise foi par l'assuré sur la perception qu'avait l'assureur du risque. Autrement dit, la réticence ou la fausse déclaration doit avoir, soit diminué l'opinion du risque, soit changé l'objet du risque pour l'assureur. Il s'agit là de critères alternatifs et non cumulatifs⁹².

En revanche, la nullité peut être retenue même si l'omission intentionnelle ou la fausse déclaration intentionnelle, qui a diminué l'opinion du risque ou changé l'objet du risque pour l'assureur, est sans aucun rapport avec le sinistre⁹³. Ainsi, l'assuré ne pourra espérer échapper à la nullité de son contrat d'assurance au motif que son mensonge n'aurait aucun lien avec le sinistre.

Les juges du fond sont souverains pour apprécier l'incidence de la réticence ou la fausse déclaration sur la perception qu'avait l'assureur quant au risque⁹⁴. Il convient donc, comme le ferait le juge du fond, d'apprécier cette troisième condition.

Il existe une particularité pour les contrats couvrant plusieurs risques, puisqu'il faut pour ces contrats que l'omission ou la fausse déclaration faite de mauvaise foi par l'assuré ait une incidence directe sur le risque garanti objet du litige (c'est-à-dire en pratique sur la garantie couvrant spécifiquement le risque objet du litige) (voir l'illustration n° 3 : « L'absence d'incidence de la fausse déclaration sur le risque garanti, objet du litige, empêche l'application de la nullité du contrat d'assurance », p. 60). En effet, parfois la question posée par l'assureur, qui a donné lieu à la fausse déclaration de l'assuré, a un impact sur plusieurs risques, parfois sur un seul risque.

Un courant jurisprudentiel ancien, initié par la première chambre civile de la Cour de cassation, est venu préciser ce principe en matière d'assurance automobile couvrant plusieurs risques : « en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle faite par l'assuré à l'occasion de la souscription

⁹² Cass. 2^e civ., 4 juillet 2007, n° 06-17.568.

⁹³ Cass. 1^{re} civ., 28 mars 2000, n° 97-18.737 ; Cass. 2^e civ., 2 avril 2009, n° 08-12.942.

⁹⁴ Cass. 1^{re} civ., 21 janvier 1957 : RGAT 1957. 41 ; Cass. 1^{re} civ., 20 octobre 1993, n° 91-17.112 ; Cass. 2^e civ., 11 juin 2015, n° 14-17.971.

d'une police garantissant plusieurs risques distincts, 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 »⁹⁵.

Depuis lors, la Cour de cassation a réitéré à plusieurs reprises cette solution visant à retenir une appréciation *in concreto* de cette incidence de la fausse déclaration par rapport au risque en litige et indépendamment du sinistre⁹⁶.

Il convient donc de vérifier impérativement cette dernière condition de l'incidence de l'omission ou de la fausse déclaration sur le risque garanti objet du litige.

Cette obligation déclarative de l'assuré perdure tout le long de la vie du contrat d'assurance. L'assuré est tenu, en cas de circonstances nouvelles ou de risque nouveau aggravant le risque initialement déclaré, de les déclarer à l'assureur sous peine de s'exposer à une nullité du contrat d'assurance.

2. En cours de contrat

Selon le Code des assurances, le risque aggravé ou le risque nouveau, ayant pour effet de rendre inexacte ou caduque la déclaration de risque initiale, doit être déclaré à l'assureur⁹⁷. La Cour de cassation le rappelle également de manière claire, il incombe à l'assuré « (...) après la conclusion du contrat d'assurance, de déclarer spontanément à l'assureur toutes les circonstances qui étaient de nature à modifier les informations (...) données dans la proposition d'assurance »⁹⁸. Dans le cas contraire, l'assuré s'expose à ce que l'assureur lui oppose, en cas de découverte de cette absence de déclaration de circonstances nouvelles, une nullité du contrat.

Nous essaierons tout d'abord de délimiter le champ de cette obligation déclarative en cours de contrat : les assurances concernées (2.1).

⁹⁵ Cass. 1^{re} civ., 3 janvier 1996, n° 93-18.812.

⁹⁶ Cass. 1^{re} civ., 3 janvier 1996, n° 93-18.812 ; Cass. 1^{re} civ., 22 janvier 2002, n° 99-12.044 ; Cass. 1^{re} civ., 22 mai 2002, n° 00-12.419 ; Cass. 2^e civ., 21 décembre 2006, n° 05-20.752 ; Cass. 2^e civ., 2 avril 2009, n° 08-12.942 ; Cass. 2^e civ., 12 mai 2011, n° 10-10.412 ; Cass. 2^e civ., 6 juillet 2023, n° 22-11.045.

⁹⁷ **Article L. 113-2 3° du Code des assurances** : « 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 inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus [...] ».

⁹⁸ Cass. 1^{re} civ., 31 mars 1998, n° 95-21.986.

Nous aborderons ensuite la forme que doit revêtir cette déclaration en cours de contrat (2.2), et terminerons par des illustrations dans lesquelles la nullité a été retenue pour fausse déclaration en cours de contrat après un bref rappel des conditions à remplir par l'assureur (c'est-à-dire les mêmes qu'à la souscription) (2.3).

2.1. Quelles assurances sont concernées ?

L'article L.113-2 3° du Code des assurances, précité, prévoit néanmoins que cette disposition n'est pas applicable aux assurances sur la vie. Cela se justifie par le fait que le contrat d'assurance sur la vie a vocation à couvrir les circonstances nouvelles qui aggravent le risque de décès comme la maladie ou une circonstance inévitable : le vieillissement. Sur ce sujet, nous verrons dans le Cahier consacré à l'assurance emprunteur les particularités propres à cette assurance, notamment en présence d'assurance mixte⁹⁹.

Nous préciserons néanmoins d'ores et déjà au sujet de cette obligation de déclarer les circonstances nouvelles aggravantes, qu'en assurances de personnes pour les contrats mixtes, c'est-à-dire les contrats présentant des garanties décès (assurance sur la vie) et des garanties non-vie (par exemple une garantie invalidité), l'assuré a l'obligation de déclarer les circonstances nouvelles survenant en cours de contrat, y compris si certaines affectent également une garantie d'assurance sur la vie¹⁰⁰. En effet, face à une assurance mixte, la Cour de cassation a tendance à privilégier l'application du droit commun assurantiel, indépendamment de l'exclusion de l'assurance vie du champ d'application de certaines obligations prévue parfois par le législateur¹⁰¹.

2.2. Les conditions de la déclaration en cours de contrat

Il faut que l'assuré soit en présence d'un risque aggravé ou d'un risque nouveau pour être tenu de déclarer ces circonstances nouvelles à l'assureur (2.2.1). Une fois acquis qu'il est bien en présence d'un risque aggravé ou nouveau, l'assuré devra déclarer cette circonstance nouvelle selon un certain formalisme (2.2.2).

⁹⁹ Voir Cahier n° 10, à paraître.

¹⁰⁰ Cass. 2^e civ., 22 janvier 2004, n° 02-20.532 ; Cass. 2^e civ., 22 janvier 2009, n° 07-20.378.

¹⁰¹ Cass. 1^{re} civ., 3 octobre 1995, n° 92-15.665.

2.2.1. L'existence d'un « risque aggravé » ou d'un risque nouveau

2.2.1.1. Le risque aggravé

Pour savoir s'il s'agit d'une circonstance nouvelle qui aggrave le risque, il faut comparer cette circonstance par rapport aux déclarations précédemment faites au sujet du risque et apprécier si cette nouvelle circonstance peut avoir une incidence sur :

- la fréquence du risque ;
- l'intensité du risque ;
- les deux.

L'appréciation du risque par comparaison peut facilement permettre de comprendre que l'opinion de l'assureur est impactée par cette aggravation. Par exemple, si une résidence principale assurée contre le vol devient une résidence secondaire, le changement d'affectation du bien est une circonstance nouvelle qui a pour conséquence d'aggraver le risque, l'inoccupation du bien exposant celui-ci à un risque plus important de cambriolage.

2.2.1.2. Tentative de définition du « risque nouveau »

Selon la doctrine, le risque nouveau a, au sens de l'article L.113-2 précité, « une signification particulière, en le limitant à l'hypothèse où, matériellement, l'assuré est nouvellement exposé au risque (par ex. du fait de la présence d'une nouvelle canalisation susceptible de créer un dégât des eaux) et, contractuellement, aurait déjà été couvert si cette exposition avait remonté à la conclusion du contrat (...). En d'autres termes, il faut que "la circonstance nouvelle se renferme sur le risque garanti" (GROUTEL, op. cit., p. 98, qui cite deux exemples : quand la circonstance nouvelle affecte un "critère secondaire de détermination du risque garanti" et quand elle influe sur l'appréciation du risque "dans des proportions telles que l'on aurait pu douter de la subsistance du risque garanti dans son objet"). En définitive, il semble qu'il y ait trois types de "risques nouveaux" : ceux qui sont assimilés à des aggravations de risque (comme l'arrivée de marginaux dans l'immeuble assuré : Civ. 1^{re}, 30 sept. 1997, n° 95-13.023, RGDA 1997. 1000, note Fonlladosa), ceux qui sont distincts du risque garanti, mais qui peuvent être couverts par la procédure de modification du contrat par acceptation tacite de l'assureur (C. assur., art. L.112-2), et ceux qui n'ont aucun lien avec le risque initialement couvert et qui devraient nécessiter, pour être garantis, un accord exprès de volonté »¹⁰².

¹⁰² Contrat d'assurance, Répertoire de droit civil, juillet 2021, L. Mayaux et A. Pimbert.

La distinction entre les notions « de risque aggravé » et « de risque nouveau » n'est pas évidente et il n'y a que peu d'arrêts ayant retenu une nullité du contrat d'assurance en présence d'un risque nouveau non déclaré de façon volontaire par l'assuré en cours de contrat. En effet, contrairement à une circonstance aggravante, l'assuré est plus prompt à demander la modification de son contrat d'assurance pour garantir ce nouveau risque.

Ainsi, lorsque l'assuré est en présence d'une circonstance aggravante ou d'un risque nouveau, il doit déclarer ces circonstances nouvelles à l'assureur.

Quelle forme doit prendre cette déclaration ?

2.2.2. La forme de la déclaration d'aggravation de risque

Le Code des assurances précise le formalisme de cette déclaration : l'assuré doit déclarer ces circonstances nouvelles à son assureur par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique dans un délai de quinze jours à compter du moment où il en a eu connaissance¹⁰³.

La Cour de cassation le rappelle de manière claire, il incombe à l'assuré « avant comme après la conclusion du contrat d'assurance, de déclarer spontanément à l'assureur toutes les circonstances qui étaient de nature à modifier les informations (...) données dans la proposition d'assurance »¹⁰⁴.

Pour autant, l'assuré peut-il informer l'assureur par un autre moyen ?

La doctrine est partagée sur la question. Une partie considère que cela est possible¹⁰⁵, tandis qu'une autre considère que cela n'est pas possible au motif que le texte prévoirait une formalité substantielle et qu'aucun autre mode de preuve ne pourrait s'y substituer¹⁰⁶.

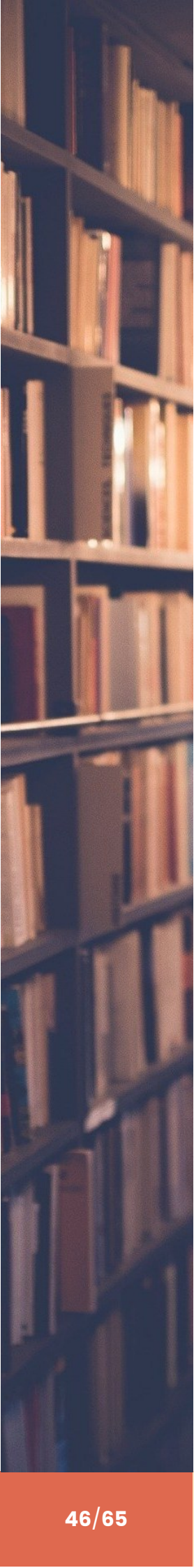
La question semble en réalité d'ordre probatoire. Il convient donc de se poser la question suivante : l'assuré arrive-t-il à prouver qu'il a bien informé l'assureur de circonstances nouvelles aggravant son risque par rapport à sa déclaration faite initialement à la souscription ?

¹⁰³ **Article L. 113-2 du Code des assurances** : « L'assuré est obligé : [...] 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 inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus. L'assuré doit, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ».

¹⁰⁴ Cass. 1^{re} civ., 31 mars 1998, n° 95-21.986.

¹⁰⁵ Précis Dalloz, Droit des assurances, 13^e éd. 2011, p. 323, Y. Lambert-Faivre.

¹⁰⁶ L'utilisation de la lettre recommandée en droit des assurances : RGAT 1981, p. 477, F. Chapuisat.



En effet, l'alinéa 3 de l'article L.113-4 du Code des assurances dispose : « Toutefois, l'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les primes ou en payant, après un sinistre, une indemnité ».

L'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation du risque quand il a manifesté son consentement au maintien du contrat après avoir été informé de l'aggravation de quelque manière que ce soit (et donc, que ce soit par lettre recommandée ou autrement).

Il s'en déduit que l'assureur ne devrait pas pouvoir reprocher à l'assuré de ne pas l'avoir prévenu par lettre recommandée dès lors qu'il a bien reçu l'information et qu'il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance.

Cette renonciation de l'assureur à se prévaloir de l'aggravation du risque sera examinée de manière plus approfondie par la suite¹⁰⁷.

Si l'assuré ne déclare pas en cours de contrat l'aggravation de son risque ou un risque nouveau, il s'expose à la nullité de son contrat d'assurance sous réserve pour l'assureur de démontrer que les mêmes conditions (que celles décrites à la souscription) sont remplies.

2.3. Appréciation de la fausse déclaration en cours de contrat : illustrations concrètes

2.3.1. Rappel des conditions à remplir

Comme nous l'avons vu précédemment, l'assuré doit déclarer le risque aggravé et le risque nouveau apparu en cours de contrat lorsque ces circonstances nouvelles rendent caduque ou inexacte sa déclaration de risque initiale, sous peine, en cas de sinistre, de se voir appliquer une nullité du contrat d'assurance par l'assureur. La Cour de cassation veille à ce que les juges du fond fassent bien ce contrôle¹⁰⁸.

Il convient donc, comme le ferait le juge du fond, de s'assurer que toutes les conditions cumulatives sont réunies pour retenir une nullité du contrat

¹⁰⁷ Voir Cahier n° 11, à paraître.

¹⁰⁸ Cass. 2^e civ., 22 novembre 2018, n° 17-26.355, publié : « Qu'en se déterminant ainsi, sans constater que l'absence de déclaration, au cours du contrat, des circonstances nouvelles ayant pour effet d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux rendait inexactes ou caduques les réponses précédemment apportées aux questions posées par l'assureur, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision ».

d'assurance pour fausse déclaration ou réticence de circonstances aggravantes ou d'un risque en cours de contrat (voir l'illustration n° 4 : « L'assureur doit démontrer que l'assuré a délibérément omis de déclarer l'aggravation du risque en cours de contrat pour appliquer la nullité », p. 62).

Il faut en conséquence vérifier :

- l'existence de questions initiales précises dans le formulaire de déclaration du risque ;
- le lien entre le risque aggravé ou le risque nouveau et les réponses initiales faites dans le formulaire de déclaration des risques,
- l'intention de tromper de l'assuré,
- et enfin l'impact de la circonstance nouvelle aggravante ou du risque nouveau sur l'opinion qu'avait l'assureur quant au risque.

2.3.2. Exemples

La jurisprudence regorge de nombreux exemples de cas d'aggravation de risque qui auraient dû être déclarés.

Voici des exemples non exhaustifs de situations pour lesquelles la jurisprudence a retenu la nullité du contrat d'assurance en cours de contrat pour risque aggravé :

- ❶ L'utilisation privée d'un véhicule qui devient une utilisation professionnelle en cours de contrat dans le cadre d'une exploitation commerciale¹⁰⁹ ;
- ❷ La conclusion d'un nouveau bail sur les mêmes biens avec des locataires différents peut être de nature à constituer une aggravation du risque¹¹⁰ ;
- ❸ La condamnation pour conduite sous l'empire d'un état alcoolique et la suspension de son permis de conduire en cours de contrat d'assurance aggrave le risque et aurait dû être déclarée par l'assuré, notamment à l'occasion d'un avenant¹¹¹ ;
- ❹ Le fait de laisser dépérir l'immeuble assuré et de l'exposer aux squatters (en l'espèce l'immeuble servait de refuge à des SDF) constitue une aggravation du risque initial¹¹².

¹⁰⁹ Cass. 2^e civ., 25 novembre 2004, n° 03-17.384.

¹¹⁰ Cass. 2^e civ., 7 février 2019, n° 18-10.658.

¹¹¹ Cass. crim., 30 octobre 2000, n° 99-87.330.

¹¹² Cass. 2^e civ., 25 février 2010, n° 09-13.225.

APARTÉ SUR L'AUGMENTATION DE LA VALEUR

En principe, l'augmentation de la valeur du bien assuré n'est pas de nature à aggraver le risque. En effet, elle expose l'assuré seulement à un état de sous-assurance en application de l'article L.121-5 du Code des assurances. Néanmoins, une augmentation non déclarée de la valeur par exemple d'un immeuble du fait de son classement en monument historique après la souscription du contrat d'assurance peut être étudiée sous l'angle de l'aggravation de risque non déclarée par l'assuré découverte après sinistre susceptible de l'exposer à la nullité de son contrat d'assurance en vertu de l'article L.113-8 du Code des assurances¹¹³.

Concernant un risque nouveau survenu en cours de contrat ayant justifié la nullité du contrat, les exemples jurisprudentiels sont plus rares. Nous pouvons tout de même citer l'exemple d'un arrêt de la Cour de cassation qui approuve une cour d'appel pour avoir prononcé la nullité du contrat d'assurance en raison des « risques nouveaux et exceptionnels résultant du mode d'existence des occupants des locaux », l'immeuble assuré étant devenu occupé par des « marginaux » qui y accédaient librement, toutes les portes et fenêtres ayant disparu ou ayant été mises hors d'usage » et l'assuré s'étant volontairement abstenu d'en informer son assureur¹¹⁴.

En synthèse, dès lors que l'assureur aura démontré, que ce soit à la souscription/adhésion ou en cours de contrat, une fausse déclaration faite de manière intentionnelle ou une réticence faite par l'assuré, et justifiera d'une incidence sur l'opinion qu'il se faisait du risque, la nullité du contrat d'assurance pourra être retenue. Celle-ci sera lourde de conséquences pour l'assuré.

¹¹³ Cass. 1^{re} civ., 7 octobre 1998, n° 96-17.421.

¹¹⁴ Cass. 1^{re} civ., 30 septembre 1997, n° 95-13.023, RGDA 1997, p. 1000, note Fonlladosa.

Chapitre 2 :

Les effets de la nullité

La nullité emporte plusieurs conséquences.

En cas de nullité, le contrat est annulé rétroactivement et est censé n'avoir jamais existé. L'assuré ne pourra donc plus bénéficier d'une couverture par ce contrat et ne sera pas indemnisé par l'assureur en cas de sinistre.

Deux conséquences spécifiques de cette nullité du contrat d'assurance sont à noter :

❶ l'absence de restitution à l'assuré des primes versées au contrat

Les primes versées depuis le début du contrat par l'assuré ne seront pas restituées, l'assureur les conservera à titre de dommages-intérêts contrairement à une nullité classique¹¹⁵.

La sanction est d'autant plus sévère pour l'assuré qu'il devra en plus verser à l'assureur les primes échues qui n'ont pas encore été réglées avant que la nullité ne soit prononcée.

❷ la restitution par l'assuré des indemnités sinistre perçues

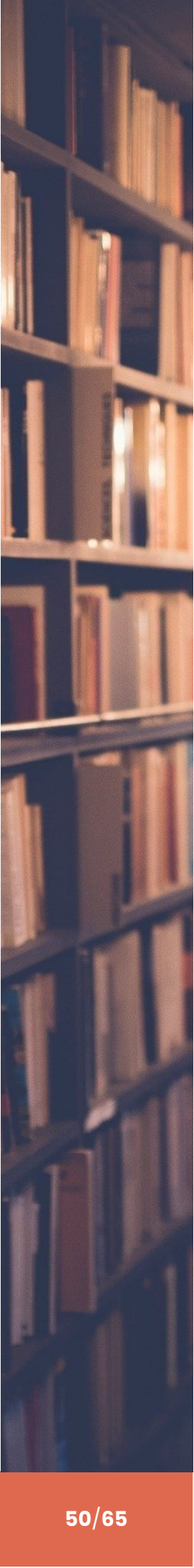
Lorsque la nullité du contrat d'assurance est prononcée, l'assuré doit restituer toute indemnité qu'il a reçue au titre de l'exécution du contrat annulé, y compris pour des sinistres antérieurs. En revanche, « seul l'assuré auquel ont été versées les indemnités est tenu de les restituer »¹¹⁶. Ainsi, les tiers indemnisés au titre d'une police garantissant la responsabilité civile de l'assuré n'auront pas à restituer les indemnités qu'ils auront perçues.

La nullité est en principe opposable au souscripteur, à l'assuré et à tout autre bénéficiaire¹¹⁷. Cependant, en matière d'accidents de la circulation, l'opposabilité de la nullité aux tiers est très limitée. Ces points seront traités de manière plus approfondie dans un quatrième Cahier à venir, relatif aux cas où l'assureur ne pourra pas opposer la nullité du contrat.

¹¹⁵ Article L.113-8 alinéa 2 (non applicable à l'assurance vie).

¹¹⁶ Cass. 2^e civ., 16 juin 2022, n° 20-20.745.

¹¹⁷ Cass. crim., 31 mai 1988, n° 87-84.010 ; Cass. crim., 12 juin 2012, n° 11-87395, RC et ASS. 2012, comm. n° 251, note Groutel H.



Conclusion

La sanction de la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence est lourde de conséquences pour les assurés comme nous avons pu le voir. Les assurés ont donc tout intérêt à veiller à ce que la déclaration de leur risque soit correctement réalisée, qu'elle soit faite par eux personnellement ou par leur mandataire.

Attention, pour les assurés, à ne pas se sentir déchargés de cette déclaration du risque quand elle est réalisée, pour leur compte, par un courtier en assurance.

En effet, lorsque le courtier remplit la déclaration du risque, puis que son client la signe, la jurisprudence précise que l'assureur est parfaitement fondé à appliquer la nullité du contrat d'assurance à l'assuré, car il a fait siennes les déclarations portées dans le formulaire de déclaration du risque rempli par son courtier dont il était tenu de vérifier l'exactitude avant de le signer.

L'assuré pourrait alors être tenté de rechercher la responsabilité civile de son courtier en assurance. Néanmoins, la jurisprudence a une position rigoureuse quant à l'établissement de la responsabilité du courtier mandaté par l'assuré. La faute du courtier ne sera pas simple à rapporter. En effet, la jurisprudence a pu préciser à de nombreuses reprises que « nul ne peut voir sa responsabilité engagée pour ne pas avoir rappelé le principe de bonne foi qui s'impose en matière contractuelle ou les conséquences de sa transgression à une autre partie »¹¹⁸. Le courtier n'a donc pas à rappeler à son client l'importance de répondre sincèrement et avec loyauté aux questions posées lors de la souscription ou de l'adhésion au contrat.

Ainsi, si le courtier, mandaté par l'assuré, a rempli la proposition d'assurance sous la dictée de l'assuré, et que l'assuré a ensuite signé cette proposition en faisant précéder sa signature de la mention « certifié exact », il ne pourra ensuite se retourner contre le courtier si une question n'a pas eu de réponse et devra « assumer la responsabilité des inexactitudes et omissions »¹¹⁹. De même, si le questionnaire a été rempli en présence de l'assuré par le courtier et que ce premier reproche au courtier de ne pas lui avoir donné connaissance des exemples de maladies qu'il fallait déclarer, l'assuré, recherchant la responsabilité civile de son courtier, devra rapporter la preuve des faits qu'il reproche à son courtier dès lors que le « courtier, qui remplit le questionnaire de

¹¹⁸ Cass. 1^{re} civ., 28 mars 2000, n° 97-18.737, RC et ASS. Juillet/août 2000, n° 244 ; Cass. 2^e civ., 25 mai 2022, n° 19.22-149.

¹¹⁹ Cass. 1^{re} civ., 25 avril 1990, n° 88-17.738.

santé, agit comme mandataire de l'assuré dont il se borne à reproduire les déclarations »¹²⁰.

Les assurés doivent donc être vigilants afin que leurs déclarations répondent correctement et intégralement aux questions posées par l'assureur, que ce soit lorsqu'ils font personnellement leur déclaration de risque ou lorsqu'ils la délèguent à un courtier, puisque ce seront les assurés qui seront personnellement exposés aux conséquences d'une déclaration incorrecte.

La Médiation de l'Assurance invite, par ailleurs, les assurés à bien conserver le questionnaire qui a pu leur être soumis à la souscription pour rester vigilants et identifier, le cas échéant, les circonstances nouvelles qui mériteraient d'être déclarées en cours de contrat pour ne pas s'exposer à cette sanction.

Comme vous avez pu le constater, nous nous sommes attachés dans ce premier Cahier uniquement à décrire le droit positif sur cette fausse déclaration du risque intentionnelle dans le contexte plus général de la thématique de la « déclaration du risque en assurances et ses conséquences ».

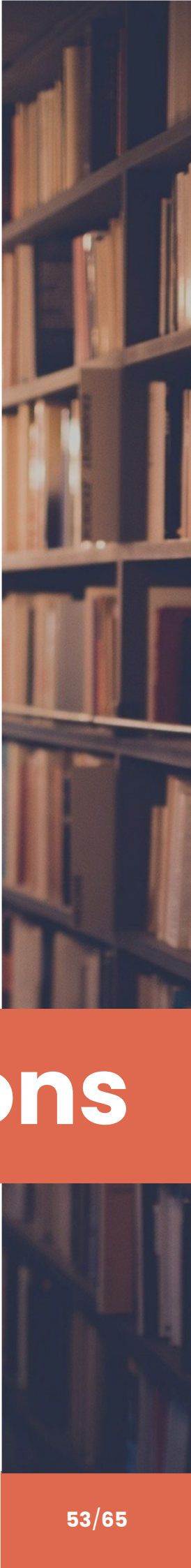
Néanmoins, nous attirons votre attention sur le fait que les textes pourraient être à amener à évoluer sur ce sujet sous l'impulsion d'une réflexion menée par la doctrine à l'occasion des 50 ans du Code des assurances.

La Médiation de l'Assurance proposera prochainement de nouveaux Cahiers pour poursuivre cette étude du droit positif sur la thématique de la « déclaration du risque » en assurance, notamment à travers des Cahiers consacrés à la déclaration inexacte faite de bonne foi à la souscription ou en cours de contrat, découverte avant ou après sinistre (Cahier n° 9), au cas spécifique de la déclaration de risque en assurance emprunteur (Cahier n° 10), et aux cas pour lesquels la nullité du contrat ou la règle proportionnelle de prime ne peuvent pas s'appliquer même en présence d'une déclaration de risque inexacte (Cahier n° 11).



¹²⁰ Cass. 2^e civ., 20 avril 2023, n° 21-17.672.





Illustrations



Illustrations

La nullité du contrat d'assurance prévue par l'article L.113-8 du Code des assurances, en cas de fausse déclaration intentionnelle du risque ou de réticence, a de lourdes conséquences pour l'assuré. Il est alors considéré comme n'ayant jamais été assuré : il perd non seulement le bénéfice des cotisations versées, mais doit aussi potentiellement restituer à l'assureur les indemnités versées à la suite de sinistres pris en charge.

La sévérité de cette sanction s'explique notamment par le fait que la déclaration du risque est l'un des piliers du contrat d'assurance. Elle commande l'équilibre économique du contrat d'assurance.

La loi et la jurisprudence encadrent alors les conditions dans lesquelles l'assureur peut s'en prévaloir.

Les études de cas qui suivent montrent des situations rencontrées par la Médiation de l'Assurance où l'assureur a pu ou non opposer la nullité du contrat. Ces illustrations n'ont pas pour ambition de couvrir la problématique de manière exhaustive.

Elles sont accompagnées de points d'attention afin de permettre aux assurés consommateurs de mieux connaître leurs droits et leurs obligations.

Les études de cas

1. L'assuré doit contrôler les réponses apportées par son courtier dans le questionnaire de santé avant de le signer
2. La nullité du contrat d'assurance peut résulter d'un aveu de l'assuré postérieur au sinistre
3. L'absence d'incidence de la fausse déclaration sur le risque garanti, objet du litige, empêche l'application de la nullité du contrat d'assurance
4. L'assureur doit démontrer que l'assuré a délibérément omis de déclarer l'aggravation du risque en cours de contrat pour appliquer la nullité

1. L'assuré doit contrôler les réponses apportées par son courtier dans le questionnaire de santé avant de le signer

La jurisprudence rappelle de façon constante que l'assuré fait siennes les déclarations contenues dans le questionnaire qu'il a signé, même s'il est complété par le conseiller (en général un courtier en assurances, mandataire de l'assuré)¹²¹.

Contexte

Un assuré adhère à un contrat d'assurance de prévoyance ayant pour objet le versement d'une indemnisation en cas d'incapacité, après avoir signé au préalable un questionnaire de santé.

À la suite d'une intervention chirurgicale, il est placé en arrêt de travail pendant trois mois. Il sollicite alors la mise en œuvre de la garantie incapacité de son contrat.

L'assureur refuse d'intervenir, opposant la nullité de son adhésion pour fausse déclaration lors de la souscription. Si l'assuré reconnaît une inexactitude des réponses formulées, il se prévaut du fait que le questionnaire de santé a été complété par le conseiller de l'entreprise de courtage en assurances (qui connaissait ses antécédents), et qu'il n'a pas eu personnellement l'intention de commettre de fausse déclaration de nature à tromper l'assureur sur son risque.

Analyse

L'article L.113-2 2°) du Code des assurances dispose que « l'assuré est obligé : [...] 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 ».

Ainsi, l'assuré est tenu de répondre avec exactitude à toutes les questions posées par l'assureur, sous peine de se voir appliquer par l'assureur, notamment, la sanction de la nullité de son contrat d'assurance prévue à l'article L.113-8 du Code des assurances.

¹²¹ Cass. 1^{re} civ., 25 avril 1990, n° 88-17.738 ; Cass. 2^e civ., 19 janvier 2023, n° 21-12.870 ; Cass. 2^e civ., 20 avril 2023, n° 21-17.672.

Lorsque le questionnaire n'est pas complété par lui-même, mais par le conseiller de l'entreprise de courtage, il est tenu de vérifier les réponses apportées par le tiers avant de le signer.

❶ Solution

L'assuré qui signe le questionnaire de santé complété par le conseiller (son mandataire) s'approprie les réponses y figurant. Dès lors, c'est à bon droit que l'assureur a opposé la nullité du contrat à l'assuré, qui ne pouvait ignorer le caractère inexact des réponses fournies par le courtier ensuite validé par lui dans le cadre du questionnaire de santé.

Conseil

L'assuré, qui sollicite son mandataire (courtier en assurances) pour remplir un questionnaire préalable à la souscription de son contrat d'assurance, quel qu'il soit (questionnaire de santé, questionnaire-proposition, etc.), doit veiller à l'exactitude des réponses y figurant avant d'y apposer sa signature.

2. La nullité du contrat d'assurance peut résulter d'un aveu de l'assuré postérieur au sinistre

L'aveu par l'assuré d'un mensonge commis dans sa déclaration initiale du risque (souvent récolté pendant la gestion du sinistre) suffit, selon la jurisprudence, pour démontrer une fausse déclaration faite de façon intentionnelle de nature à tromper l'assureur sur l'opinion qu'il s'est faite du risque¹²².

Contexte

Un assuré souscrit un contrat d'assurance automobile. Il se déclare au contrat comme étant le conducteur habituel du véhicule.

Ultérieurement, le véhicule est dérobé. Lors de la gestion du sinistre, l'assureur découvre que le conducteur habituel est, depuis l'achat de la voiture et la souscription du contrat d'assurance, le fils de l'assuré, jeune conducteur.

Ce point est établi par les déclarations faites par l'assuré dans le cadre de la gestion du sinistre.

Analyse

Selon les termes de la jurisprudence classique sur le sujet, un assureur peut opposer la nullité du contrat pour fausse déclaration du risque à l'assuré dès lors qu'il démontre qu'une question précise a été posée en phase précontractuelle à cet assuré et qu'une réponse individualisée intentionnellement inexacte a été apportée par ce dernier, ayant une incidence sur l'opinion de l'assureur quant au risque à garantir.

Toutefois, cette démonstration ne sera plus nécessaire, conformément à la jurisprudence précitée, dès lors que le souscripteur du contrat avoue, lors de la gestion de son sinistre, avoir volontairement réalisé une fausse déclaration à la souscription du contrat.

¹²² Cass. 2^e civ., 25 octobre 2012, n° 11-24.125 ; Cass. 2^e civ., 4 octobre 2012, n° 11-23.897 ; Cass. 2^e civ., 16 juillet 2020, n° 19-16.107 ; Cass. 1^{re} civ., 5 février 2014, n° 12-20.206.

● Solution

La nullité du contrat d'assurance a ici été validée, l'aveu de l'assuré démontrant indiscutablement une fausse déclaration intentionnelle du risque de sa part (sur le conducteur habituel réel du véhicule) dès la souscription du contrat de nature à modifier l'opinion de l'assureur.

Bon à savoir

Les déclarations spontanées ou aveux de l'assuré, postérieurs au sinistre, peuvent être pris en compte par l'assureur pour apprécier s'il y a eu une fausse déclaration intentionnelle du risque lors de la souscription du contrat.

3. L'absence d'incidence de la fausse déclaration sur le risque garanti, objet du litige, empêche l'application de la nullité du contrat d'assurance

La jurisprudence rappelle qu'en présence d'un contrat d'assurance couvrant plusieurs risques, l'assureur doit apprécier si la fausse déclaration a eu une incidence directe sur le risque garanti en litige¹²³.

Contexte

Un assuré adhère à un contrat d'assurance de prévoyance pour le garantir en cas d'invalidité et décès consécutif à un accident.

L'assuré subit une opération à la suite de laquelle il sollicite la mise en œuvre de la garantie invalidité, prétendant être victime d'un accident médical.

L'assureur refuse de mobiliser la garantie invalidité consécutive à un accident et fait application à l'assuré d'une nullité de son adhésion. Il se fonde notamment sur l'expertise réalisée par son médecin-conseil, qui met en évidence une fausse déclaration intentionnelle dans le questionnaire de santé signé par l'assuré. En effet l'assuré avait répondu « non » à la question « avez-vous eu au cours de votre vie : une maladie respiratoire ? » alors que la pathologie non déclarée avait un caractère « répétitif » au moins trois ans avant la souscription du contrat.

L'assuré invoque pour sa défense que la pathologie non déclarée à la souscription n'a pas eu d'incidence sur la garantie invalidité en cas d'accident, risque garanti objet du litige.

Analyse

Pour que l'assureur puisse valablement opposer à l'assurée une nullité du contrat d'assurance, il doit démontrer que l'assuré a commis une fausse déclaration de son risque, de façon intentionnelle et que cette fausse déclaration intentionnelle a une incidence directe sur l'objet du risque garanti en litige.

L'assureur démontre bien l'existence d'une fausse déclaration intentionnelle. En effet, l'assuré ne pouvait ignorer, compte tenu du caractère chronique de l'affection, la nécessité de la porter à la connaissance de l'assureur lors de la signature du questionnaire de santé. En revanche, il ne démontre pas l'incidence

¹²³ Cass. 1^{re} civ., 3 janvier 1996, n° 93-18.812 ; Cass. 2^e civ., 21 décembre 2006, n° 05-22.078 ; Cass. 2^e civ., 2 avril 2009, n° 08-12.942 ; Cass. 2^e civ., 6 juillet 2023, n° 22-11.045.

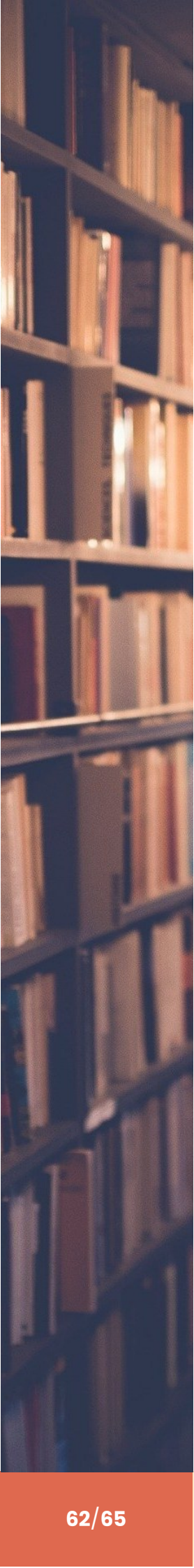
qu'a eue cette fausse déclaration intentionnelle à la souscription sur le risque à garantir, objet du litige, dans la mesure où l'assureur ne garantit pas l'assuré contre le risque d'invalidité en cas de maladie.

❶ Solution

L'assureur ne justifiant pas l'incidence qu'a eue cette fausse déclaration relative à l'existence de cette maladie respiratoire sur le risque garanti objet du litige, c'est-à-dire la garantie invalidité consécutive à un accident, l'assureur ne remplit pas la troisième des conditions (qui sont cumulatives) pour appliquer la nullité de son adhésion à l'assuré. L'assureur a donc été invité à mobiliser la garantie invalidité en cas d'accident au profit de l'assuré.

Conseil

Avant d'appliquer à un assuré une nullité du contrat d'assurance qui est une sanction très sévère, l'assureur doit vérifier que ses trois conditions cumulatives sont bien réunies, notamment la dernière c'est-à-dire que la fausse déclaration intentionnelle a bien une incidence directe sur le risque objet du litige (autrement dit la garantie mobilisée).



4. L'assureur doit démontrer que l'assuré a délibérément omis de déclarer l'aggravation du risque en cours de contrat pour appliquer la nullité

L'assureur ne peut se prévaloir de la nullité du contrat d'assurance que s'il apporte la preuve que la circonstance aggravante, non déclarée en cours de contrat par l'assuré puis découverte après sinistre, a été intentionnelle.

■ Contexte

En 2016, un assuré souscrit un contrat d'assurance automobile. Dans le cadre de cette souscription, il remplit un questionnaire de déclaration préalable répondant « non » à la question suivante « au cours des 5 dernières années : un des conducteurs a-t-il eu son permis suspendu pendant plus d'un mois ou annulé ? ».

En janvier 2023, il fait l'objet d'une suspension de son permis de conduire sans le déclarer à son assureur.

En mars 2023, l'assuré déclare un sinistre, son véhicule ayant glissé sur le côté de la route et fini dans le fossé. L'assureur découvre, lors de la gestion du sinistre, que l'assuré a fait l'objet d'une suspension de permis et n'est titulaire que d'un permis provisoire. Il lui oppose donc une nullité du contrat d'assurance pour avoir omis de lui déclarer, en cours de contrat, la circonstance aggravante d'avoir fait l'objet d'une suspension de permis.

■ Analyse

L'article L.112-2 3°) du Code des assurances précise que l'assuré doit déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux et qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le formulaire de déclaration de risque initial.

En cas d'absence de déclaration de ces circonstances nouvelles aggravantes (ou de risque nouveau) apparues en cours de contrat, l'assuré s'expose à l'application de l'article L.113-8 du Code des assurances par l'assureur, sous réserve qu'un certain nombre de conditions cumulatives soient réunies.

Ainsi, pour se prévaloir valablement de la nullité pour absence de déclaration d'une circonstance nouvelle aggravante en cours de contrat, l'assureur doit établir :

- l'existence de questions initiales précises dans le formulaire de déclaration de risque ;
- le lien entre le risque aggravé (ou le risque nouveau) et les réponses initialement faites dans le formulaire de déclaration de risque ;
- l'intention de tromper l'assureur,
- et enfin, l'impact de la circonstance nouvelle aggravante (ou du risque nouveau) sur l'opinion qu'avait l'assureur du risque.

L'assuré a déclaré dans le questionnaire-proposition ne pas avoir fait l'objet d'une suspension de permis de conduire, ce qui était exact à cette époque. Il a donc omis de déclarer à l'assureur, en cours de contrat, qu'il avait fait l'objet par la suite d'une telle suspension. Au regard des éléments du dossier, cette omission était volontaire. Enfin, cette circonstance nouvelle aggravante non déclarée avait bien un impact direct sur l'opinion que se fait l'assureur du risque.

Solution

L'assureur démontre donc l'ensemble des conditions cumulatives nécessaires pour appliquer une nullité du contrat en cours de contrat.

Bon à savoir

Le principe de bonne foi gouvernant le contrat d'assurance impose à l'assuré de répondre avec exactitude aux questions posées sur le risque à garantir lors de la souscription(*). Il implique également pour l'assuré d'informer l'assureur de modifications survenues au cours de la vie du contrat de nature à modifier les réponses apportées aux questions initialement posées lors de la conclusion du contrat sous peine de s'exposer à une nullité de son contrat d'assurance.

* Article 1104 du Code civil.

Pour en savoir plus

Site internet de LMA :

mediation-assurance.org

› **Consulter toutes les études de cas de LMA**

CECMC

[Fiches de jurisprudence de la CECMC](#)

ACPR

[Recommandation 2024-R-02 du 2 juillet 2024 sur le traitement des réclamations](#)

Code des assurances

Article L.113-2 2°)

Article L.113-2 3°)

Article L.112-3, alinéa 4

Article L.113-8

Jurisprudence

› **Cass. ch. mixte, 7 février 2014, n° 12-85.107**, Bull. ch. mixte, n° 1 ; Resp. civ. et assur. 2014, comm. 99, H. Groutel ; D. 2014, note p. 1074, par A. Péliissier ; JCP G 2014, 419, M. Asselain, chron. 699, n° 6, obs. J. Ghestin et chron. 733, n° 1, obs. L. Mayaux ; RGDA 2014, doct. p. 196, par J. Kullmann et L. Mayaux ; LEDA mars 2014, comm. 38, obs. S. Abravanel-Jolly ; adde., J. Bigot, Prohibition des déclarations préédigées : et après ? : RGDA 2014, doct. p. 327.

› **Cass. 2° civ., 8 mars 2018, n° 17-11.676** ; Cass. 2° civ., 14 avril 2016, n° 15-16.808 ; Cass. 2° civ., 11 juin 2015, n° 14-17.971, Bull. 2015, II, n° 148 ; Cass. 2° civ., 4 avril 2024, n° 22-18.176.

La mission première de La Médiation de l'Assurance est de tenter de résoudre, à l'amiable, les différends entre assurés et assureurs, en toute indépendance et en mettant en œuvre sa compétence et son expertise pour apporter rapidement une réponse aux consommateurs.

Notre mission consiste aussi à tirer les leçons de plaintes récurrentes et à dire aux assureurs les dysfonctionnements relevés en vue de corriger certaines pratiques. Nous participons également à l'information du consommateur, en expliquant comment fonctionne un contrat d'assurance et quels sont les droits et les obligations de l'assureur et de l'assuré.

Diffuser nos positions, notre « doctrine », permet qu'elle soit comprise par tous les acteurs et que les solutions que nous proposons puissent finalement être anticipées par les professionnels de l'assurance. Cela est aussi utile aux consommateurs pour mieux comprendre leur contrat et ainsi mieux connaître leurs droits.

Les **Cahiers de La Médiation de l'Assurance** se veulent un outil d'information didactique et simple d'utilisation, à destination tant des professionnels de l'assurance que des assurés et leurs représentants. Ils traitent de sujets variés touchant à tous les domaines de l'assurance : assurance de biens, prévoyance ou assurance vie. Ils explorent le fonctionnement du contrat d'assurance et illustrent les difficultés rencontrées par les consommateurs par des études de cas concrètes.

Directeur de la publication
Arnaud Chneiweiss,
Médiateur de l'Assurance

Responsable scientifique
Karine Mespoulet-Beauves,
responsable du pôle Expertise
Juridique

Comité de rédaction
Marion Chartier, responsable
du pôle Prévoyance ;
Anissa Eslin, responsable du
pôle Épargne Retraite et
Assurance Vie ; Marie-
Cécile Letzelter, Secrétaire
Générale ; Aude Picart,
responsable du pôle
Assurance de Biens et
Responsabilité

Secrétariat de rédaction
Sébastien Masseret-Bergeron,
responsable organisation et
process ; Clarisse Trillat,
assistante indépendante

ISSN 2968-8809

**Retrouvez nos études de cas et les cahiers de LMA sur notre
site internet : mediation-assurance.org**



Suivez-nous sur LinkedIn

