

Repères, Janvier, 2021

Isabelle HUDON*

Commentaire sur la décision Croteau (Succession de Roy) c. TD Compagnie d'assurance-vie – Pour éviter la nullité de l'assurance, mieux vaut tout dire à son assureur

Indexation

ASSURANCES ; PERSONNES ; FORMATION ET CONTENU DU CONTRAT ; DÉCLARATIONS ET ENGAGEMENTS DU PRENEUR EN ASSURANCE TERRESTRE ; NULLITÉ DU CONTRAT ; **SÛRETÉS** ; HYPOTHÈQUE CONVENTIONNELLE IMMOBILIÈRE

TABLE DES MATIÈRES

[INTRODUCTION](#)

[I– LES FAITS ET LES PROCÉDURES](#)

[II– LA DÉCISION](#)

[III– LE COMMENTAIRE DE L'AUTEURE](#)

[CONCLUSION](#)

Résumé

L'auteure commente cette décision, dans laquelle la Cour supérieure, après avoir conclu à la présence de réticences lors de la proposition d'assurance, annule le contrat et ordonne le remboursement des primes versées.

INTRODUCTION

Lorsqu'un preneur soumet une proposition d'assurance, il doit déclarer à son assureur toutes les circonstances pertinentes, au sens de l'article [2408](#) C.c.Q., même si les informations ont été fournies antérieurement, l'assureur n'ayant pas à chercher dans des dossiers antérieurs.

Dans la décision *Croteau (Succession de Roy) c. TD Compagnie d'assurance-vie*¹, les réticences de l'assuré ont conduit à la sanction ultime, soit la nullité *ab initio* du contrat.

I– LES FAITS ET LES PROCÉDURES

À la suite du décès de M. Stéphane Roy, le 16 novembre 2017, M^{me} Nancy Croteau, liquidatrice et ex-conjointe de M. Roy, réclame le paiement de l'indemnité auprès de l'assureur TD, qui assure le solde de l'emprunt hypothécaire advenant le décès de M. Roy.

Après enquête, TD découvre que, au moment de la proposition, M. Roy a fait de fausses déclarations ou a omis de déclarer des éléments pertinents au risque. TD invoque donc la nullité du contrat, refuse de verser l'indemnité et rembourse les primes versées pour ce contrat, ce qui conduit à la demande introductive d'instance qui donne lieu au présent jugement.

II– LA DÉCISION

Le contexte démontre que M. Roy a fait carrière dans l'armée jusqu'en 2012 et, par la suite, a commencé à recevoir une rente d'invalidité. C'est à la même époque que M. Roy et M^{me} Croteau achètent une résidence à Québec. L'emprunt hypothécaire est contracté auprès de la Banque Toronto-Dominion. La Banque offre à M. Roy une assurance-prêt hypothécaire maladie grave et vie.

M. Roy doit alors répondre à un questionnaire sur son état de santé, dans lequel il déclare un taux élevé de cholestérol, de l'anxiété et une dépression en lien avec un choc post-traumatique. Il indique également la médication prescrite. La Banque fait suivre le questionnaire à l'assureur, qui exige que soit rempli un questionnaire supplémentaire. M. Roy ne reçoit pas cette demande, qui est expédiée à son ancienne adresse. N'ayant reçu aucune réponse, l'assureur conclut que la demande est abandonnée et ferme son dossier en conséquence.

À la suite de la séparation du couple, il est convenu que M. Roy rachète la part de M^{me} Croteau dans la résidence. La transaction intervient en novembre 2016, et M. Roy souscrit une nouvelle hypothèque auprès de la Banque Toronto-

Dominion. Une représentante de la Banque lui offre alors la protection d'assurance-vie couvrant le solde hypothécaire. Cette fois, le processus se rend à son terme, et l'assureur approuve l'assurance-vie.

Tenant compte de la prétention de l'assureur quant à la nullité du contrat, à la suite du décès de M. Roy, le tribunal analyse le droit applicable en matière de déclaration initiale de risque. Il rappelle d'abord l'importance de cette obligation pour le preneur :

Celui qui sollicite une protection d'assurance sait habituellement des choses que l'assureur peut difficilement connaître. D'où l'importance de la divulgation des éléments pertinents à l'appréciation du risque qu'il représente.²

Après avoir bien résumé les principes applicables, au paragraphe 36 du jugement, le tribunal évalue la preuve, pour vérifier s'il y a eu fausses déclarations ou réticences de la part de M. Roy. Il conclut de manière positive. M. Roy nie avoir perçu des prestations d'invalidité, ce qui est clairement faux. Il passe sous silence une problématique intestinale et de la diarrhée chronique l'ayant amené à consulter et à passer des examens.

Lors d'une enquête plus poussée par voie téléphonique, M. Roy donne le nom de son ancien médecin, alors qu'il en consulte un nouveau depuis presque un an. Tout en indiquant souffrir d'anxiété, il ne déclare pas avoir souffert de dépression. Il ne dit rien non plus sur ses problèmes intestinaux ni sur les résultats anormaux de certains tests.

Pour la dépression, et même si ce problème avait été divulgué dans le questionnaire de 2012, le tribunal conclut que M. Roy aurait dû le divulguer à nouveau puisqu'il s'agit de deux dossiers distincts :

L'article [2408](#) C.c.Q. précité impose au preneur de répondre aux questions posées même si les circonstances sont connues ou devraient l'être par l'assureur. Ce dernier n'a pas à chercher dans des dossiers antérieurs. D'autant plus que la situation peut évoluer (positivement ou négativement) au fil du temps. C'est ce qui justifie de reposer la question et d'obtenir une réponse véridique.³

Puis, plus loin, citant la Cour d'appel, le tribunal précise qu'« une réponse apparaissant dans une proposition antérieure ne peut excuser une fausse déclaration ultérieure lorsqu'il s'agit de deux demandes différentes »⁴.

En ce qui a trait à l'omission quant à la rente d'invalidité, la demande réfère à trois demandes de crédit personnel auprès de la Banque Toronto-Dominion dans lesquelles les revenus de M. Roy sont précisés, incluant ceux de retraite et d'invalidité. Voici comment le tribunal rejette cet argument :

Ici encore, et pour les mêmes raisons, le Tribunal considère que M. Roy aurait dû répondre ce qui en était. Il faut distinguer « banque » et « assureur » même si l'un peut parfois agir comme mandataire de l'autre. Le traitement des informations médicales et d'analyse du risque relève de la défenderesse, pas de la banque.⁵

Finalement, en fonction de la preuve non contredite présentée par l'assureur, le tribunal conclut que les fausses déclarations et omissions reprochées à M. Roy sont pertinentes, c'est-à-dire de nature à influencer de manière importante un assureur raisonnable.

La demande est donc rejetée, le contrat déclaré nul *ab initio* et la défenderesse tenue de rembourser à la demanderesse le montant des primes versées.

III– LE COMMENTAIRE DE L'AUTEUR

Cette décision est intéressante et rappelle bien l'importance de la déclaration initiale de risque par le preneur. Effectivement, « l'assureur est en droit de se fier aux réponses et informations fournies et n'est pas tenu d'enquêter, de façon parallèle, pour vérifier la véracité du contenu. D'où l'importance pour le preneur de dire les choses correctement »⁶.

À notre avis, il faut cependant replacer dans leur contexte les propos suivants du tribunal : « L'article [2408](#) C.c.Q. précité impose au preneur de répondre aux questions posées même si les circonstances sont connues ou devraient l'être par l'assureur »⁷. En effet, même si cela est vrai lorsque des questions sont posées par l'assureur, une circonstance pertinente n'a pas à être déclarée, en l'absence de question, s'il s'agit d'une circonstance que l'assureur connaît.

D'ailleurs, lorsque le tribunal refuse d'imputer la connaissance de certaines circonstances non déclarées en 2016, même si elles l'ont été en 2012 (la dépression, par exemple), il précise bien qu'il ne s'agit pas d'un renouvellement ou de finaliser le même dossier, mais bien de deux dossiers distincts. Or, effectivement, le Code n'exige pas que l'assureur fasse des recherches pour trouver lui-même les informations non déclarées.

CONCLUSION

Évidemment, chaque cas est un cas d'espèce, dans ce domaine, mais la décision commentée rappelle aux preneurs à quel point il est important de ne rien cacher à son assureur, surtout lorsque des questions sont posées directement, et, par ailleurs, de ne pas tenir pour acquis que l'assureur connaît les faits en question puisqu'ils ont été déclarés dans une

proposition antérieure. Naturellement, c'est le cas également si les informations sont connues de l'institution financière qui est distincte de l'assureur.

La sanction est drastique, c'est la nullité *ab initio* du contrat (art. [2410](#) C.c.Q.), et ce, même si le preneur est de bonne foi et croyait sincèrement que l'assureur connaissait déjà les circonstances omises. C'est seulement si le contrat a été en vigueur pendant deux ans, ce qui n'était pas le cas en l'espèce, que la fraude devra être prouvée par l'assureur qui requiert la nullité du contrat, conformément à l'article [2424](#) C.c.Q.

* M^e Isabelle Hudon, Ad.E., LL.M., est chargée d'enseignement à l'Université Laval et avocate-conseil chez Tremblay Bois Mignault Lemay.

[1.](#) 2020 QCCS 3539, [EYB 2020-365750](#).

[2.](#) Par. 32 de la décision commentée.

[3.](#) Par. 53 de la décision commentée.

[4.](#) Par. 54 de la décision commentée.

[5.](#) Par. 57 de la décision commentée.

[6.](#) Par. 36 de la décision commentée.

[7.](#) Par. 53 de la décision commentée.

Date de dépôt : 5 janvier 2021

Éditions Yvon Blais, une société Thomson Reuters.

©Thomson Reuters Canada Limitée. Tous droits réservés.