Urteilskopf

92 II 342

51. Arrêt de la IIe Cour civile du 9 décembre 1966 dans la cause La Bâloise, Compagnie d'assurance sur la vie SA contre SA des Minoteries de Plainpalais.
Regeste (de):
Versicherung auf fremdes Leben. Anzeigepflicht beim Vertragsabschluss. Verletzung dieser Pflicht. Art. 4, 6 und 74 Abs. 3 VVG.

1. Form der Vereinbarung, wonach die Verletzung der Anzeigepflicht durch die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wurde, dem Versicherungsnehmer entgegengehalten werden kann und dem Versicherer den Rücktritt vom Vertrag erlaubt (Erw. 1a). Auslegung der Bestimmungen des Versicherungsantrages nach den Regeln von Treu und Glauben und nach dem sog. Vertrauensprinzip (Erw. 1 b und c).

2. Tragweite der Verletzung der Anzeigepflicht, welche die zu versichernde Person bei der Beantwortung der schriftlichen Fragen begangen hat, die nicht im Versicherungsantrag selbst, sondern in dem davon getrennten gedruckten Formular für den Bericht über die ärztliche Untersuchung stehen (Erw. 2).

3. Fall der Verletzung der Anzeigepflicht durch die zu versichernde Person mit Bezug auf ihren Gesundheitszustand (Erw. 3).

4. Im Sinne von Art. 4 VVG sind alle Tatsachen erheblich, die geeignet sind, die Beurteilung der Gefahr durch den Versicherer zu beeinflussen. Es kommt nicht darauf an, ob diese Tatsachen mit dem Schaden, z.B. mit dem Tode des Versicherten, in ursächlichem Zusammenhang stehen (Erw. 4).

Dem Anspruchsberechtigten bleibt der Nachweis offen, dass der Versicherer, wenn ihm die von der zu versichernden Person verschwiegenen oder ungenau oder unvollständig angezeigten Tatsachen bekannt gewesen wären, den Vertrag gleichwohl zu den vereinbarten Bedingungen abgeschlossen hätte. Wann ist dieser Beweis geleistet? (Erw. 5).

Regeste (fr):
Assurance au décès d'autrui. Déclarations obligatoires lors de la conclusion du contrat. Réticence. Art. 4, 6 et 74 al. 3 LCA.

1. Forme de la convention selon laquelle la réticence de la personne sur la tête de qui l'assurance est conclue est opposable au preneur et permet à l'assureur de résoudre le contrat (consid. 1 a).

Interprétation des clauses de la proposition d'assurance selon les règles de la bonne foi et le principe dit de la confiance (consid. 1 b et c).

2. Portée de la réticence commise par la personne à assurer dans ses réponses aux questions écrites figurant non pas dans la proposition d'assurance elle-même, mais dans le rapport d'examen médical établi sur une formule imprimée distincte de la proposition (consid. 2).

3. Exemple de réticences de la personne à assurer quant à son état de santé (consid. 3).

4. Sont importants au sens de l'art. 4 LCA tous les faits propres à influer sur l'appréciation du risque par l'assureur. Peu importe que ces faits soient ou non en relation de causalité avec le dommage, par exemple le décès de l'assuré (consid. 4).

Regesto (it):
Assicurazione sulla vita altrui. Dichiarazioni obbligatorie alla conclusione del contratto. Reticenza. Art. 4, 6 e 74 cpv. 3 LCA.

1. Forma della convenzione secondo la quale la reticenza della persona per il cui decesso l'assicurazione è conclusa è opponibile allo stipulante e permette all'assicuratore di recedere dal contratto (consid. 1 a).

Interpretazione delle clausole della proposta d'assicurazione secondo le regole della buona fede e il cosiddetto principio dell'affidamento (consid. 1 b e c).

2. Portata della reticenza che la persona da assicurare ha commesso nelle risposte alle domande scritte contenute non nella proposta d'assicurazione stessa, ma nel rapporto della visita medica riprodotto su di un formulario stampato, separato dalla proposta (consid. 2).

3. Esempio di reticenza della persona da assicurare, per quanto concerne il suo stato di salute (consid. 3).

4. Sono rilevanti ai sensi dell'art. 4 LCA tutti i fatti propri a influire sull'apprezzamento del rischio da parte dell'assicuratore. Non importa se tali fatti sono o no in rapporto di causalità con il danno, ad esempio con il decesso dell'assicurato (consid. 4).

Sachverhalt ab Seite 343

Résumé des faits:

A.- La société anonyme des Minoteries de Plainpalais (ci-après: les Minoteries de Plainpalais), à Genève, a conclu avec la Compagnie d'assurance sur la vie La Bâloise SA (ci-après: La Bâloise), selon police du 29 décembre 1958, un contrat d'assurance temporaire en cas de décès au capital

initial de 45 000 fr. sur la tête de X. La durée de l'assurance était de quinze ans. Fixée à 45 000 fr. en cas de décès de X. entre le 15 décembre 1958 et le 15 décembre 1959, la somme assurée se réduisait de 3000 fr. chaque année et n'était plus que de 3000 fr. si la mort survenait du 15 décembre 1972 au 15 décembre 1973. L'assurance était destinée à garantir un prêt de 45 000 fr. que les Minoteries de Plainpalais avaient consenti à une société anonyme dont X. était l'administrateur et pour laquelle il s'était porté personnellement garant. La proposition d'assurance du 8 décembre 1958 a été signée par les Minoteries de Plainpalais comme proposant et par X. comme personne à assurer. Elle contient des questions écrites numérotées et groupées par matières. Les questions 13 à 22 se rapportent à l'état de santé de la personne à assurer. La proposition mentionne qu'il est indispensable d'y répondre si aucun examen médical n'est prévu. En l'espèce, un examen médical a été effectué le 10 décembre 1958 par le médecin délégué de La Bâloise, qui a rempli les rubriques d'une formule ad hoc. X. a apposé sa signature au pied du rapport d'examen médical, certifiant ainsi, selon une mention imprimée,

qu'il avait répondu sincèrement aux questions et n'avait rien dissimulé au médecin. Le 30 janvier 1959, X. a été opéré d'une appendicite chronique par le Dr K. A cette occasion, le chirurgien a constaté un petit diverticule de Meckel (malformation intestinale ayant le caractère d'un reliquat embryonnaire et constituée par un petit sac abouché sur l'intestin grêle) et l'a enlevé. Le 3 février 1959, X. a subi une seconde intervention pour une occlusion intestinale. Il est décédé le 9 février 1959. Par lettre recommandée du 11 mars 1959, La Bâloise a signifié aux Minoteries de Plainpalais la résolution du contrat, en vertu de l'art. 6 LCA. Elle affirmait que X. avait répondu inexactement à certaines questions lors de l'examen médical, taisant qu'il avait été examiné et traité en automne 1958 et qu'à ce moment on avait supposé une appendicite chronique. La police n'ayant pas de valeur de rachat, la compagnie d'assurance a refusé toute prestation.

B.- Les Minoteries de Plainpalais ont actionné La Bâloise devant le Tribunal de première instance de Genève, par exploit du 5 octobre 1959, en paiement de la somme assurée, savoir 45 000 fr. Elles prétendaient que X. avait été de bonne foi en

n'annonçant pas au médecin examinateur certains malaises épigastriques passés, auxquels il n'avait attaché que peu d'importance; au surplus, disaient-elles, les faits tus étaient sans influence sur l'estimation du risque; enfin, il n'y avait pas de rapport de causalité entre les troubles incriminés et le décès, lequel était dû à des complications postopératoires. La Bâloise a conclu au rejet de la demande, se prévalant des réticences commises par X. lors de l'examen médical. L'instruction de la cause a établi qu'à partir de 1952, X. avait consulté plusieurs médecins pour des troubles gastriques et des douleurs intestinales, ainsi que de la constipation. En novembre 1958, il avait subi un examen radiologique (transit baryté) sur le conseil du Dr K. Celui-ci avait communiqué le résultat au patient le 14 novembre, le rassurant sur son état, mais relevant que la suspicion d'appendicite chronique était confirmée et que, si les douleurs devenaient plus fortes, il faudrait enlever l'appendice; l'intervention n'était toutefois pas urgente. X. a consulté à nouveau le Dr K. le 28 janvier 1959, sans se plaindre de nouvelles douleurs, mais en lui disant qu'il avait le temps de se soumettre à l'opération de l'appendicite. L'intervention a été pratiquée le 30 janvier. Elle a permis de constater une appendicite neurogène. Le 2 février, X. a présenté des signes d'occlusion intestinale. Il a été opéré le lendemain. Il a été atteint d'une intoxication grave le 8 février, dont il est décédé le 9 février. L'occlusion intestinale provenait d'une torsion du mésentère et elle avait été à l'origine de l'intoxication. Le Tribunal de première instance a ordonné une expertise médicale. Dans leur rapport, les trois experts médecins expliquent notamment que l'appendicite chronique ne présente ni le danger imminent ni l'impérieuse nécessité opératoire de l'appendicite aiguë; à leur avis, le risque est faible qu'elle se transforme en une appendicite aiguë; ils indiquent d'autre part qu'il est habituel de rassurer le patient qui est atteint d'une appendicite chronique; ils n'ont jamais vu, disent-ils, qu'une appendicite chronique ait motivé le refus d'une proposition d'assurance sur la vie ni même l'exigence d'une surprime; selon les experts, il est très probable que l'ablation du diverticule de Meckel (qu'on enlève, suivant la pratique courante, quand on en constate l'existence lors d'une appendicectomie) est responsable de l'occlusion intestinale qui a entraîné la mort.

Par jugement du 20 janvier 1965, le Tribunal de première instance a accueilli l'action des Minoteries de Plainpalais et condamné La Bâloise à leur payer la somme de 45 000 fr. avec intérêt. Il a admis que, dans les réponses données, à l'occasion de l'examen médical, au questionnaire écrit de La Bâloise, X. avait commis des réticences; il a jugé que ces réticences n'étaient cependant pas opposables à la demanderesse, pour le motif que ni la police ni les conditions générales d'assurance ne contenaient de convention, au sens de l'art. 74 al. 3 LCA, prévoyant le droit de La Bâloise de se départir du contrat pour cause de réticence du tiers sur la tête duquel

l'assurance était faite.

C.- Saisie d'un appel de La Bâloise, la Première Chambre de la Cour de justice du canton de Genève, par arrêt du 20 mai 1966, a confirmé le jugement de première instance. Elle a considéré que la réticence de X. aurait été opposable aux Minoteries de Plainpalais si elle avait affecté les réponses données sur la proposition d'assurance elle-même, mais demeurait sans effet à leur égard, du moment qu'elle se rapportait à des questions figurant dans le rapport d'examen médical.

D.- La Bâloise recourt en réforme au Tribunal fédéral. Elle reprend ses conclusions libératoires. Les Minoteries de Plainpalais concluent au rejet du recours.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. a) L'art. 4 LCA oblige le proposant à déclarer par écrit à l'assureur, en réponse aux questions écrites de celui-ci, tous les faits qu'il connaît ou doit connaître lors de la conclusion du contrat et qui sont de nature à influer sur la décision de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions proposées. Selon l'art. 6 LCA, si la personne tenue de faire une pareille déclaration a passé sous silence ou déclaré inexactement un fait important visé par l'art. 4, cette réticence autorise l'assureur à se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il en a eu connaissance. Cette disposition ne peut pas être modifiée par convention au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98 LCA). L'assurance au décès d'autrui n'est valable que si la personne sur la tête de qui l'assurance est conclue a donné son consentement par écrit avant la conclusion du contrat (art. 74 al. 1 LCA). Les parties sont libres de convenir que la disposition de

l'art. 6 LCA s'appliquera également lorsque la réticence a été commise non par le preneur d'assurance, mais par celui sur la tête de qui l'assurance au décès est faite (art. 74 al. 3 LCA). La loi ne prescrit aucune forme spéciale pour cette convention facultative. Elle n'exige pas une référence expresse à l'art. 6 LCA - qui aurait le mérite de dissiper toute équivoque - ni même le rappel du droit, que la réticence confère à l'assureur, de se départir du contrat. Il suffit que la formule de proposition d'assurance ou le questionnaire écrit de l'assureur, ou encore les conditions générales d'assurance renferment une clause disposant que le preneur répond de l'exactitude des déclarations faites par l'assuré (ROELLI-JAEGER, n. 31 ad. art. 74 LCA). En apposant sa signature au pied de la proposition, le preneur accepte cette clause et la convention visée à l'art. 74 al. 3 LCA est ainsi conclue. b) En l'espèce, ni la police ni les conditions générales ne contiennent de disposition prévoyant que les réticences de la personne sur la tête de laquelle l'assurance au décès est faite sont opposables au preneur et que l'assureur peut se départir du contrat pour de telles réticences. La proposition d'assurance, en revanche, porte en tête la mention, qualifiée d'importante: "Il doit être donné une réponse véridique et complète à chacune des questions suivantes, sans employer des traits ou autres signes à la place de mots. Le proposant est responsable des réponses fausses ou incomplètes, même si un représentant de La Bâloise ou une autre personne inscrit les réponses des signataires ...". Au pied du questionnaire auquel la personne à assurer doit répondre figure la mention: "La personne à assurer déclare avoir répondu d'une façon véridique et complète aux questions ci-devant. En cas de fausses déclarations les obligations de La Bâloise se bornent au paiement de la valeur de rachat". Les Minoteries de Plainpalais ont accepté ces clauses en apposant leur signature sur le document, en leur qualité de proposant. La recourante affirme qu'en souscrivant ces clauses, les parties sont convenues, au sens de l'art. 74 al. 3 LCA, que l'art. 6 LCA s'appliquerait aussi si X., sur la tête de qui l'assurance était conclue, avait

commis une réticence. L'intimée le conteste. c) L'interprétation objective des déclarations de volonté faites par les parties lors de la conclusion d'une convention régie par le droit fédéral - comme le contrat d'assurance - est

BGE 92 II 342 S. 348

une question de droit que le Tribunal fédéral revoit librement, en vertu de l'art. 43 OJ (cf. RO 87 II 94 et les arrêts cités: RO 83 II 403, 77 III 3, 77 II 173, 69 II 319 ss.). La jurisprudence interprète les déclarations de volonté à l'aide du principe dit de la confiance. Elle s'efforce de rétablir le sens que, selon les règles de la bonne foi, chacune des parties contractantes pouvait raisonnablement prêter aux déclarations de l'autre (RO 87 II 95, 82 II 453, 81 II 363, 80 II 31 s., 69 II 322). Elle a déduit du principe dit de la confiance qu'en matière de contrats conclus sur la base d'une formule préparée d'avance par l'un des contractants, les clauses peu claires doivent être interprétées contre la partie qui les a rédigées. Cette régle s'applique en particulier au contrat d'assurance: lorsqu'une disposition conventionnelle rédigée par l'assureur ne dit pas clairement ce qu'elle vise et que l'on peut de bonne foi la comprendre de différentes façons, elle doit être interprétée en faveur du bénéficiaire et au détriment de l'assureur (RO 87 II 95 s., 85 II 350, 82 II 452, 81 II 159, 50 II 543, 48 II 246, 45 II 456, 40 II 552 s.). La première phrase de la clause imprimée en tête de la formule préparée par la recourante oblige le preneur ou la personne à assurer à répondre d'une manière véridique et complète aux questions écrites de l'assureur. Elle ne précise pas les conséquences d'une réponse inexacte. La seconde phrase déclare le proposant responsable des réponses fausses ou incomplètes, même si un représentant de La Bâloise ou une autre personne inscrit les réponses des signataires au questionnaire. Cette mention devait être comprise raisonnablement par l'intimée en ce sens que les réponses transcrites par un tiers sur la formule imprimée font pleinement foi à l'égard des signataires, lesquels ne sauraient prétendre que leurs déclarations n'ont pas été reproduites exactement. Dans la clause figurant au pied du questionnaire, la première phrase signifie qu'en signant la proposition d'assurance, la personne à assurer certifie qu'elle a répondu de façon véridique et complète aux questions qui précèdent. La seconde phrase énonce la sanction contractuelle en cas de fausses déclarations de la personne à assurer. Les obligations de La Bâloise se bornent alors au paiement de la valeur de rachat. Acceptée par l'intimée qui a signé la proposition, cette clause signifie - sans le dire expressément - que les réticences de la personne à

BGE 92 II 342 S. 349

assurer permettent à l'assureur de se départir du contrat en vertu de l'art. 6 LCA. Les obligations de l'assureur se limitent alors au paiement de la valeur de rachat, selon la prescription de l'art. 25 al. 4 LCA, qui se réfère à l'art. 90 al. 2 LCA. Il est vrai que la clause en question ne dit rien des effets de la réticence de la personne à assurer lorsque l'assurance n'a pas de valeur de rachat. Mais il s'agit des conséquences de la résolution du contrat par l'assureur, non du droit de se départir du contrat. S'il n'y a pas de valeur de rachat, on s'en tient à la règle posée à l'art. 6 LCA, selon laquelle l'assureur qui a résolu le contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence n'est pas lié par ce contrat. Il ne doit alors aucune prestation. Interprétée objectivement, selon les règles de la bonne foi, la clause relative aux conséquences de fausses déclarations de la personne à assurer ne peut signifier qu'une chose: une pareille réticence est opposable au preneur d'assurance et permet à l'assureur de se départir du contrat en vertu de l'art. 6 LCA. Dépourvue d'ambiguïté, elle ne saurait être interprétée contre la partie qui l'a rédigée. Elle constitue dès lors la convention prévue à l'art. 74 al. 3 LCA.

2. La Cour de justice limite cependant le droit de l'assureur de résoudre le contrat aux seules réticences que la personne à assurer aurait commises en répondant aux questions énoncées dans la proposition d'assurance

elle-même. Les juges cantonaux en excluent les réponses données lors de l'examen médical, transcrites sur un document distinct par le médecin délégué de l'assureur. Mais leur opinion repose sur une interprétation purement grammaticale des textes, qui ne saurait être admise. Les termes "questions suivantes" et "questions ci-devant" qui figurent dans la proposition se rapportent certes, en premier lieu, aux questions écrites énoncées dans ce document. Lorsque l'assurance est conclue sans examen médical, toutes les réponses de la personne à assurer sont en effet transcrites dans la proposition elle-même. En revanche, lorsqu'un examen médical est prévu, la personne à assurer ne répond pas aux questions 13 à 22 de la proposition, qui sont remplacées par les questions posées dans le rapport du médecin examinateur, lequel inscrit les réponses au moment où il examine la personne à assurer. Dans l'un et l'autre cas, les questions concernent les déclarations que la personne à assurer doit faire sur des points relatifs à son état

de santé. L'examen médical est prévu pour les assurances sur la vie d'une certaine importance; il en est fait abstraction lorsque les prestations de l'assureur sont relativement modiques (cf. KOENIG, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2e éd., p. 62 et 335). Dès lors, si les réticences de la personne à assurer sur des questions concernant son état de santé sont opposables au preneur lorsqu'elles sont commises dans les réponses transcrites sur une proposition d'assurance sans examen médical, elles doivent l'être à plus forte raison lorsque l'examen médical est requis par l'assureur et que les réponses inexactes de la personne à assurer sont faites au médecin délégué qui procède à cet examen. Peu importe à cet égard que l'examen médical soit postérieur à la signature de la proposition d'assurance (en l'espèce, celle-ci a eu lieu le 8 décembre 1958, celui-là le 10 décembre). C'est précisément parce qu'un examen médical ultérieur est prévu que la personne à assurer est dispensée de répondre aux questions de la proposition relatives à son état de santé. Dans une cause où le proposant était lui-même assuré, le Tribunal fédéral a jugé que son obligation de déclarer d'une façon véridique les faits importants qui lui étaient ou devaient lui être connus lors de la conclusion du contrat n'était pas limitée aux questions posées dans la formule de proposition; la loi exige seulement que les questions soient posées par écrit et n'empêche pas de les grouper en deux catégories, les unes touchant l'assurance et figurant dans la proposition elle-même, les autres, de nature médicale par exemple, dans un questionnaire distinct (RO 47 II 481). La même solution doit être adoptée lorsque, comme en l'espèce, le proposant et celui sur la tête de qui l'assurance est conclue sont deux personnes différentes et qu'il incombe à la seconde de faire des déclarations exactes et complètes en réponse aux questions écrites de l'assureur.

3. (Résumé). Il résulte des faits constatés par la juridiction cantonale que X. a commis des réticences en répondant aux questions écrites de la formule d'examen médical concernant son état de santé, ses maladies antérieures, les traitements qu'il avait suivis et les médecins qu'il avait consultés. Invité à dire s'il se considérait comme étant en parfaite santé, X. a répondu par l'affirmative. Il avait certes recueilli des déclarations rassurantes de la part des médecins qui l'avaient soigné ou examiné dans les mois ou les semaines qui précédaient

la signature de la proposition d'assurance et l'examen médical. Il n'en avait pas moins consulté, en novembre 1958, le Dr K. pour des douleurs intestinales et de la constipation; un transit baryté avait alors confirmé l'existence d'une appendicite chronique dont l'opération, à la vérité non pressante, avait été envisagée. S'il avait répondu d'une façon exacte et complète aux autres questions, sa réponse affirmative sur ce point pourrait

être regardée comme véridique en ce sens qu'il se considérait comme étant en parfaite santé sous réserve des autres renseignements fournis (cf. RO 75 II 162, consid. 1). Mais il a précisément tu ou déclaré inexactement des faits importants touchant son état de santé, qu'il était obligé de déclarer. Au médecin délégué de La Bâloise qui lui demandait s'il souffrait ou avait souffert, notamment, de crampes d'estomac ou des intestins, de troubles digestifs habituels ou fréquents, d'appendicite ou d'autres maladies du tube digestif, X. a répondu purement et simplement par la négative. Il avait cependant consulté, en 1952, 1955 et 1958 les Dr D., H., R. et K. pour des douleurs épigastriques, des troubles digestifs avec douleurs de tout le cadre colique et de l'estomac, de la constipation accompagnée de douleurs de l'abdomen dans la région du côlon; en outre, le Dr K. avait diagnostiqué d'une manière certaine, sur la base d'une radiographie, une appendicite chronique, un mois environ avant la signature de la proposition d'assurance et l'examen médical. Assurément, des consultations médicales provoquées par des troubles isolés de la santé, comme cela peut arriver occasionnellement à chacun, ne constituent pas des faits importants même si leurs dénominations médicales figurent dans le questionnaire de l'assureur (cf. RO 75 II 163, 72 II 130). Toutefois, X. ne pouvait pas taire, en décembre 1958, les troubles gastriques et intestinaux dont il avait souffert à plusieurs reprises au cours des années précédentes et qu'il ressentait encore quelques semaines avant l'examen médical. Surtout, il ne pouvait passer sous silence l'appendicite chronique diagnostiquée à mi-novembre 1958 et dont l'opération éventuelle avait été évoquée, sans qu'elle fût certes pressante ni ne s'imposât impérieusement. Comme dernier médecin qui l'avait conseillé ou soigné, X. a indiqué le Dr R. qu'il avait consulté plusieurs mois auparavant et il a tu qu'il avait été examiné quelques semaines plus tôt par

le Dr K., lequel avait diagnostiqué l'appendicite chronique déjà mentionnée.

4. Selon la jurisprudence (RO 47 II 482), l'importance des faits qui doivent être déclarés ne dépend pas de leur rapport de cause à effet avec le dommage, en l'espèce le décès de X. L'art. 4 al. 2 LCA qualifie d'importants "tous les faits de nature à influer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues". En d'autres termes, est importante toute circonstance propre à influer sur l'appréciation du risque et à le faire apparaître plus grand aux yeux de l'assureur, sans qu'il importe que le fait tu ou faussement déclaré ait par la suite joué un rôle effectif dans la survenance du dommage (arrêt cité). On peut dès lors se dispenser d'examiner s'il y a en l'espèce un rapport de causalité entre les faits importants tus par X. et son décès. La juridiction cantonale relève d'ailleurs que l'assuré est mort des complications qui se sont produites à la suite de l'opération de l'appendicite dont le Dr K. lui avait parlé; selon l'avis des experts dont l'arrêt déféré fait état, il est très probable que l'ablation du diverticule de Meckel (qu'il est usuel d'enlever lorsque l'on en constate l'existence au cours d'une intervention) est responsable de l'occlusion qui a entraîné la mort.

5. La réticence de la personne sur la tête de qui l'assurance a été conclue autorisait la recourante à résoudre le contrat, à moins qu'il ne soit établi qu'elle aurait néanmoins conclu la convention aux conditions prévues, même si elle avait connu les faits tus par X. (RO 75 II 163 et 165). La juridiction cantonale estime que si l'assuré avait répondu comme il aurait dû le faire à toutes les questions posées lors de l'examen médical, la Bâloise n'aurait pas refusé de conclure l'assurance en cause. Elle déclare préférer aux indications données par plusieurs assureurs intéressés à la solution du litige, l'appréciation des experts judiciaires qui n'ont jamais vu, en matière d'assurancevie, d'exemple où une appendicite chronique aurait provoqué un refus de l'assureur ou même une élévation des primes. L'opinion exprimée par les experts est cependant toute générale. On ne saurait en déduire avec certitude qu'en l'espèce, La Bâloise aurait réellement conclu le contrat si elle avait connu les faits tus par X. La Cour de justice n'a pas constaté en fait une pareille volonté de la recourante. Elle a fait un raisonnement fondé sur l'expérience générale, en vue de dégager la volonté

hypothétique des parties au contrat. Saisi d'un recours en réforme, le Tribunal fédéral peut revoir les déductions que les juges cantonaux ont tirées de l'expérience générale. Or l'avis des experts, tel qu'il est rapporté dans l'arrêt attaqué, ne permet pas de tenir pour établi que le contrat aurait été conclu aux conditions prévues, si l'assureur avait connu les faits que la personne à assurer a passés sous silence. La Bâloise était donc en droit de se départir du contrat, en raison des réticences commises par X.

6. Il n'est pas contesté que la recourante a respecté le délai de quatre semaines fixé à l'art. 6 LCA pour se départir du contrat. En vertu de l'art. 25 al. 4 LCA, l'assureur qui résilie un contrat d'assurance sur la vie susceptible de rachat selon l'art. 90 al. 2 LCA doit la prestation minimum prescrite pour le rachat. L'obligation du rachat instituée par cette dernière disposition ne vise toutefois que les assurances sur la vie pour lesquelles il est certain que l'événement assuré se réalisera. Ce n'est pas le cas de l'assurance temporaire en cas de décès, dans laquelle il est incertain que la personne sur la tête de qui l'assurance est faite décédera avant le terme convenu (cf. ROELLI/JAEGER, n. 43 ad art. 90 LCA; KOENIG, op.cit., p. 354). Le contrat conclu en l'espèce prévoyait le paiement d'une somme initiale de 45 000 fr., décroissant de 3000 fr. chaque année, si X. décédait entre le 15 décembre 1958 et le 15 décembre 1973. Une pareille assurance n'a pas de valeur de rachat, comme le rappelle la lettre de la recourante à l'intimée du 11 mars 1959. La Bâloise ne doit dès lors aucune prestation aux Minoteries de Plainpalais et la demande est mal fondée.

Dispositiv

Par ces motifs, le Tribunal fédéral:
Admet le recours et réforme l'arrêt rendu le 20 mai 1966 par la Première Chambre de la Cour de justice du canton de Genève en ce sens que la demande de l'intimée est rejetée.