

Questions de litiges, août 2020

Décisions récentes des tribunaux ayant un impact sur l'industrie

Munich Re, Canada (vie)

Dans ce nouveau numéro du bulletin des services de réclamations de Munich Re, nous désirons attirer votre attention sur certaines décisions récentes des tribunaux du pays qui auront selon nous un impact sur la gestion des réclamations et des litiges en matière d'assurance vie, d'assurance invalidité et d'assurance maladies graves.

Assurance vie

Principe de la bonne foi absolue

La preuve de résiliation d'une police pour fraude a été démontrée même si l'application d'assurance ne couvrait pas l'histoire non connue de l'assureur.

Historique des décisions dans cette affaire

C.A.O : [Mohammad v. The Manufacturers Life Insurance Company](#), 2020 ONCA 57 (C.A.)

C. S. O. : [Mohammad v. The Manufacturers' Life Insurance](#), 2019 ONSC 3386 (jugement sommaire)

La Cour d'appel a accueilli l'appel de l'assureur, a annulé le jugement de première instance qui octroyait à la bénéficiaire le droit au paiement de la prestation de décès et lui a substitué un jugement rejetant l'action.

Dans cette affaire, le défunt avait omis de dévoiler sa situation d'immigrant illégal et son passé criminel et terroriste dans sa proposition d'assurance vie. La Cour d'appel confirme que ces omissions délibérées suffisent à établir la fraude. Bien que les questions de la proposition d'assurance ne couvraient pas les antécédents criminels et le statut d'immigration, le proposant à l'assurance avait l'obligation générale de déclarer tout renseignement important à l'assureur.

La Cour d'appel de l'Ontario rappelle qu'en vertu de l'article 183 de la Loi sur les assurances de l'Ontario, un proposant a le devoir de « bonne foi absolue » et doit déclarer tout renseignement important et fait essentiel à l'assureur. La Cour d'appel précise que dans ce cas, le statut d'immigration illégale et le passé criminel de l'assuré auraient dû être divulgués, et ce, même s'il n'y avait pas de questions couvrant ces aspects dans l'application d'assurance.

Ce principe, relié à la plus haute bonne foi que demande le contrat d'assurance, trouve son équivalent dans toutes les provinces de Common Law et en droit civil (1375 C.c.Q.).

L'intérêt de cette décision provient également du fait que la Cour d'appel a confirmé la résiliation de la police même si la preuve de fraude s'appliquait. De plus, la police d'assurance vie faisant l'objet de ce litige était en vigueur depuis plus de 25 ans.

Assurance invalidité

Indemnisation intégrale des frais légaux

La Cour suprême du Canada ne révisera pas la décision de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique qui a confirmé la condamnation de l'assureur à l'entièreté des frais légaux de l'assurée dans l'affaire Tanious.

Historique des décisions dans cette affaire

C.S.C. : [Empire, Compagnie d'Assurance-Vie c. Noha Tanious](#), 2020 CanLII 13154 (SCC)

BCCA : [Tanious v. Empire Life Insurance Company](#), 2019 BCCA 329

BCSC : [Tanious v. Empire Life Insurance Company](#), 2017 BCSC 85 et

[Tanious v. Empire Life Insurance Company](#), 2016 BCSC 110

Le 20 février dernier, la Cour suprême du Canada (C.S.C.) a rejeté la demande d'autorisation d'appel de la compagnie Empire Vie qui avait fait appel devant la Cour suprême du Canada suite à la décision de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique.

Rappel sur les décisions dans l'affaire Tanious

En première instance, le juge avait exercé son pouvoir discrétionnaire pour condamner l'assureur à des dépens spéciaux représentant l'entièreté des frais légaux engendrés par la demanderesse dans son recours en recouvrement de prestations d'invalidité sous son contrat d'assurance collective. La Cour d'appel a confirmé cette décision en estimant que vu les circonstances particulières de cette affaire, l'indemnisation intégrale était nécessaire afin de remettre la demanderesse dans la même situation que celle où elle se serait trouvée si elle n'avait pas eu à retenir les services d'un avocat et faire exécuter le contrat par une action en justice. La Cour d'appel a statué que le juge de première instance n'avait commis aucune erreur dans l'exercice de son pouvoir discrétionnaire quant aux dépens « dans l'intérêt de la justice, eu égard aux circonstances particulières de l'affaire ».

Nous suivrons attentivement les répercussions de cette affaire dans les provinces de Common Law, en ce qui a trait à la condamnation aux dépens spéciaux et ce, malgré une absence d'inconduite de l'assureur. Il est déjà possible de constater son impact dans certaines requêtes introductives d'instances demandant une condamnation aux remboursements complets des frais légaux de la demanderesse. Les assureurs pourraient également considérer qu'il y a un risque financier accru au fait de contester une réclamation jusque devant la cour.

Cueillette d'information dans le cadre d'une réclamation

L'assureur est en droit de recueillir des renseignements reliés à des aspects non médicaux lors de l'évaluation d'une réclamation.

Historique des décisions dans cette affaire

[Manufacturers Life Insurance Company "Manulife" \(Re\)](#), 2020 CanLII 9595 (AB OIPC)

Cette décision fait suite à une plainte déposée auprès du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Alberta arguant que l'assureur (Standard Life, maintenant Manuvie) avait recueilli et communiqué des renseignements personnels sans le consentement de l'assuré en violation de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques.

On y reprochait à Manuvie deux choses :

1. avoir obtenu de l'employeur de la plaignante des renseignements sur un conflit au travail auquel celle-ci avait été mêlée; et,
2. avoir partagé des renseignements en lien avec la réclamation d'invalidité avec le représentant de l'employeur.

Manuvie reconnaît avoir recueilli des renseignements personnels de la plaignante en obtenant de son employeur des renseignements sur le conflit au travail. Cependant, l'assureur fait valoir qu'il l'a fait avec le consentement de la plaignante. L'assureur a recueilli des renseignements touchant un conflit au travail dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité de la plaignante et, par la suite, a transmis des renseignements personnels au représentant de l'employeur de la plaignante lorsqu'il lui a expliqué les critères pour accepter la demande de règlement.

L'arbitre a reconnu que l'assureur était en droit de recueillir des renseignements sur le conflit au travail dans le contexte de son évaluation de la réclamation de la plaignante puisque couverts par l'autorisation à la communication de renseignements personnels signée par la plaignante au moment de la soumission de sa demande d'invalidité. L'arbitre a toutefois indiqué que le partage de renseignements à caractère personnel avec l'employeur n'était pas couvert par l'autorisation à la divulgation de renseignements puisque non pertinent à l'évaluation de la demande et non couvert par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques.

Les facteurs non médicaux, notamment ceux reliés aux relations de travail, sont un aspect important à considérer lors de l'évaluation d'une demande d'invalidité, car nous savons qu'ils peuvent avoir un impact tant sur l'arrêt de travail que sur la prolongation de l'invalidité. Il est donc intéressant de constater que l'arbitre a reconnu dans cette affaire que les facteurs non médicaux sont couverts par l'autorisation du réclamant si le plan d'action au dossier de l'assureur démontre qu'ils sont pertinents à l'évaluation de la demande.

Délai de 3 ans et prestations d'invalidité

En droit civil, il n'y a pas prescription de recours pour les prestations d'assurance invalidité échues depuis moins de 3 ans au moment de l'introduction de l'action devant le tribunal.

Historique des décisions dans cette affaire

C. A. Q : [B.J. c. La Capitale assureur de l'administration publique inc.](#), 2020 QCCA 615

C. S. Q : [B.J. c. La Capitale assureur de l'administration publique](#), 2018 QCCS 5560

La Cour d'appel du Québec a rejeté en partie l'appel d'un assuré à l'encontre d'un jugement de la Cour supérieure rendu le 30 novembre 2018, favorable à La Capitale voulant que le recours en versement des prestations d'invalidité était prescrit.

Dans son jugement rendu le 4 mai 2020, la Cour d'appel explique que comme l'assureur avait cessé de verser les prestations en 2014 et en avait averti l'assuré en 2013, le délai de prescription de trois ans en matière contractuelle prévu à l'article 2925 du Code civil du Québec s'applique à partir de la date de fin des prestations. L'action entreprise par l'assuré en 2018 était donc prescrite, l'obligation de l'assureur s'étant éteinte en raison du délai de plus de trois ans. Cependant, la Cour d'appel indique que le juge de première instance a erré en concluant que la totalité de la réclamation portant sur les prestations d'invalidité totale échues était prescrite à la date où la demande en justice avait été introduite : la garantie d'assurance invalidité étant à compter du moment où l'invalidité survient, une obligation à exécution successive, le délai de prescription extinctive court à compter de l'arrivée de chacun des termes mensuels prévus dans le contrat. Par conséquent, les prestations d'invalidité échues dans les trois années qui précèdent le dépôt de la requête introductive d'instance ne sont pas prescrites et peuvent faire l'objet d'un recours.

Il arrive que des discussions se poursuivent entre l'assureur et l'assuré à la suite du rejet ou de la terminaison des prestations sous la garantie d'assurance invalidité. Dans ce cas, la jurisprudence tant de Common Law que de droit civil reconnaît qu'il y a lieu de retarder le point de départ de la computation du délai de prescription jusqu'au refus définitif de l'assureur de payer vu le caractère prématuré d'un recours aux tribunaux alors que les parties se parlent toujours. Cependant, cet arrêt de la Cour d'appel du Québec met un frein définitif à l'argument de prescription en ce qui a trait aux prestations d'invalidité échues dans les 3 années précédant l'introduction du recours, ce que l'on ne retrouve pas de façon aussi explicite dans la jurisprudence provenant des provinces de Common Law.

Assurance maladies graves

Application de la clause d'exclusion de période moratoire

La clause d'exclusion de période moratoire de 90 jours provenant de la définition de référence utilisée par l'industrie n'est pas ambiguë et la manifestation d'un cancer durant la période moratoire entraîne son application.

Historique des décisions dans cette affaire

C.S.Q.: [Talbot c. Industrielle Alliance, assurance et services financiers](#), 2020 QCCS 193 (pas d'appel)

Dans cette affaire, l'assuré réclamait le versement de la prestation de maladie grave suite à un diagnostic de cancer de la parotide posé après la période moratoire d'exclusion de 90 jours qui s'appliquait à compter de la mise en vigueur de la couverture d'assurance. Industrielle Alliance a refusé la demande même si le diagnostic a été posé après la période moratoire de 90 jours en raison du fait que les symptômes et les investigations qui ont mené au diagnostic de cancer ont débuté pendant la période moratoire.

Le demandeur a soulevé que la rédaction de la clause de période moratoire était ambiguë et qu'elle constituait une divergence entre la proposition et le contrat que l'agent aurait dû soulever au proposant au moment de la souscription à l'assurance. La juge de la Cour supérieure a repoussé ces deux arguments du revers de la main en confirmant que le contenu de la clause est clair, qu'elle ne constitue pas une divergence et qu'elle permet de plus de maintenir une tarification plus avantageuse en excluant les diagnostics de cancer qui se manifestent dans les 90 jours suivant à la mise en vigueur de la couverture.

L'application de la clause de période moratoire entraînait également une exclusion permanente pour toute réclamation future pour un autre diagnostic de cancer. Cette fois, le tribunal a suivi l'argument du demandeur voulant que le libellé utilisé par l'assureur en ce qui a trait à l'exclusion pour tout diagnostic futur de cancer était ambigu et le juge a annulé cette partie de la clause.

Cette décision de la Cour supérieure vient confirmer une jurisprudence s'affermissant de plus en plus à l'effet que le libellé de la clause de période moratoire faisant partie des définitions de référence en maladies graves utilisées par la majorité des assureurs est clair et doit recevoir application s'il y a un lien direct ou un lien de cause à effet entre les symptômes et/ou les investigations et le diagnostic.

Liste des jugements ayant confirmé la validité de la clause de période moratoire

- [Camiré c. Desjardins Sécurité financière](#), 2020 QCCA 749 qui a confirmé la décision du premier juge dans [Camiré c. Desjardins Sécurité financière](#), 2018 QCCS 1503;
- [MacQuarrie v. National Bank Life Insurance Company](#), 2015 ONCA 100 qui a confirmé la décision du premier juge dans le dossier [MacQuarrie v. National Bank Life Insurance Company](#), 2014 ONSC 1298;
- [Provenzano v. Great-West Life](#), 2013 ONSC 5254;

- [Assurance-vie Banque Nationale c. Tremblay](#), 2011 QCCA 629 qui a renversé la décision du premier juge dans le dossier Tremblay c. Assurance-vie Banque Nationale, Q.S.C., 21 décembre 2009.

Observations

Nous retenons également de la décision Talbot c. Industrielle Alliance qu'en cas d'application d'une clause d'exclusion à la suite d'un diagnostic de cancer ou autre maladie grave découvert durant la période moratoire à une réclamation, il est important de s'assurer que la conséquence de l'application de la clause, que ce soit une exclusion permanente pour tout diagnostic de cancer à venir ou la fin de la couverture complète de maladies graves, soit clairement définie dans le contrat applicable et que l'assuré en soit informé lors de la communication écrite du refus.

Commentaires

Vous avez des commentaires concernant ce bulletin, vous aimeriez que nous rédigeons un article sur un sujet bien précis ou avez un enjeu légal que vous souhaiteriez que nous abordions lors d'un prochain bulletin? Faites-nous part de vos commentaires en communiquant avec jst-laurent@munichre.ca.

Pour nous contacter



Charles Tremblay, B.A., LL.B.

Vice-président adjoint
Réclamations et litiges
514 392-5054
ctremblay@munichre.ca



Julie St-Laurent, LL.B., LL.M.

Directrice principale
Réclamations litigieuses
514 392-5697
jst-laurent@munichre.ca