Les litiges durant la pandémie mondiale

Questions de litiges, Décembre 2021
Munich Re, Canada (vie)

Munich RE

Depuis le début de la crise pandémique, les tribunaux n'ont eu d'autre choix que de s'adapter à l'égard des litiges. Les interrogatoires préalables, les médiations et même des procès ont été menés virtuellement ou dans un format hybride. Malgré un certain ralentissement au plus fort des deux premières vagues, le processus de litige s'est tout de même déroulé à un rythme soutenu pour la plupart des affaires judiciaires. Par ailleurs, certains avocats-conseils et spécialistes en litiges ont parfois noté une augmentation de l'orientation des litiges vers la médiation par l'avocat du demandeur, ce qui a entraîné une résolution plus rapide des affaires judiciaires.

Les commentaires que nous avons eus de l'industrie indiquent que la « nouvelle » façon de faire offrira des options plus souples et moins coûteuses qui permettront une résolution plus rapide des litiges, et ce, grâce à un recours accru à la médiation et aux interrogatoires préalables effectués en mode virtuel.

Malgré les sursauts de la pandémie, les litiges continuent de créer des précédents. Dans cette nouvelle édition du Questions de litiges de Munich Re, nous discuterons de quelques décisions récentes de 2020-2021.

Décisions récentes d'intérêt concernant l'assurance DMA collective

Downey v. Scotia Life Insurance Company, 2020 ABQB 638 (CanLII)

Dans cette affaire, la demanderesse a demandé à ScotiaVie de lui verser 202 000 $, montant correspondant aux prestations payables au titre de deux polices d'assurance décès accidentel. Les assurés et bénéficiaires désignés au titre des polices étaient Mme Downey et son défunt mari.

Les faits

Le 27 septembre 2015, M. Downey était à bord d'un bateau à Moose Lake, en Colombie-Britannique, avec sa mère, Mme Richter. M. Downey avait alors 56 ans et Mme Richter, 80 ans. M. Downey était un nageur compétent. Pendant qu'il pêchait en bateau, M. Downey a serré sa poitrine et a dit à Mme Richter qu'il n'arrivait plus à respirer. Il s'est ensuite affaissé sur le côté du bateau, faisant chavirer ce dernier. M. Downey et sa mère sont tombés à l'eau. M. Downey a refait surface une fois, et sa mère l'a encouragé à nager jusqu'à la rive, mais M. Downey disait qu'il n'arrivait pas à nager. M. Downey est ensuite retourné sous l'eau une deuxième fois et n'a plus été revu vivant.

Un examen externe de la dépouille a été effectué, et le rapport du coroner a conclu que le décès était attribuable à l'asphyxie en raison de la noyade. L'infarctus du myocarde a été désigné comme une affection importante contribuant au décès.

La définition d'accident applicable :

> *« Une blessure corporelle accidentelle s'entend d'une blessure corporelle qui résulte uniquement et directement d'une cause accidentelle, externe, violente et visible, et qui, indépendamment de toute autre cause, vous arrive pendant que votre couverture à l'égard du présent certificat est en vigueur.*

© 2021 Munich Re, Compagnie de Réassurance

VERSEMENT DU MONTANT DE PRESTATION Sous réserve de toutes les dispositions de la police collective, nous verserons le montant de la prestation si vous subissez une blessure corporelle accidentelle qui cause directement l'un des événements suivants :

a) Votre décès

Ce qui n'est pas couvert

Aucune prestation n'est payable si votre décès ou votre hospitalisation est le résultat direct ou indirect d'un ou de plusieurs des événements suivants, ou a été causé de quelque manière ou dans quelque mesure que ce soit par un ou plusieurs des événements suivants, ou si un ou plusieurs des événements suivants ont contribué de quelque façon que ce soit à votre décès ou à votre hospitalisation :

(a) toute maladie ou affection d'origine naturelle, ou toute infirmité corporelle ou mentale de quelque nature que ce soit, ou tout traitement médical ou chirurgical pour une telle condition, affection ou infirmité » [traduction].

La décision du tribunal

La Cour n'a pas accepté que la présence d'un problème de santé préexistant dans la chaîne d'événements annule les dispositions de couverture d'une police d'assurance décès accidentel. La Cour a fait référence à l'affaire Co-operators Life Insurance Co. v. Gibbens, 2009 SCC 59 (CanLII), en indiquant qu'il suffit qu'un réclamant démontre qu'un accident, comme un naufrage ou une chute d'un cheval, est un élément important de la chaîne des événements qui ont mené à la perte. Appliquant les principes énoncés dans l'affaire Gibbens, la Cour a conclu que la cause du décès était accidentelle : M. Downey n'est pas décédé d'une affection interne d'origine naturelle, comme un infarctus du myocarde. Même si l'accident qui a fait tomber M. Downey dans l'eau est attribuable à un événement cardiaque, son décès est uniquement attribuable à la noyade, et non à l'infarctus du myocarde.

Comme Mme Downey s'est acquittée du fardeau d'établir que le décès de M. Downey faisait partie de l'approbation initiale de la couverture, il incombait désormais à l'assureur d'établir que la clause d'exclusion s'appliquait.

La Cour n'a pas conclu que la clause d'exclusion était si générale qu'elle rendait la couverture DMA inapplicable. La clause d'exclusion n'annule pas virtuellement la couverture offerte par les polices, et les polices continuent de couvrir les pertes causées par des blessures corporelles accidentelles qui ne sont pas liées à une maladie ou à une infirmité d'origine naturelle.

Étant donné que l'assuré n'était pas tenu de subir d'examen médical pour obtenir une couverture, l'exclusion liée aux blessures corporelles causées par une affection préexistante serait contraire aux attentes raisonnables de la personne ordinaire souscrivant la couverture.

© 2021 Munich Re, Compagnie de Réassurance

La cour a mentionné que bien que l'événement cardiaque n'ait pas lui-même causé la mort de M. Downey, on ne peut pas dire que son décès n'était pas « causé de quelque manière ou dans quelque mesure que ce soit par » l'événement cardiaque. L'événement cardiaque a aussi « contribué » à son décès.

La Cour a déterminé que la clause d'exclusion, malgré sa portée exceptionnellement large, n'était pas assez large pour rendre la couverture inapplicable. Par conséquent, la prestation de décès accidentel n'était pas payable.

Malkhassian Estate v. Scotia Life Insurance Company, 2020 ABQB 173 (CanLII)

Dans cette affaire, la succession du défunt a présenté une requête en jugement sommaire pour obtenir le versement d'une prestation de décès accidentel de 100 000 $. M. Malkhassian a souscrit une assurance décès accidentel établie par ScotiaVie en 2005 dans le cadre du régime d'assurance accident.

Les faits

En février 2012, l'assuré a reçu un diagnostic de cancer de la vésicule biliaire qui s'était propagé à son foie. Il a été hospitalisé en mars 2012 en raison d'essoufflement. Pendant qu'il était à l'hôpital, il a subi une crise cardiaque et a été admis aux soins intensifs. Pendant la nuit, il a fait une chute et s'est cogné la tête sur le sol lorsqu'il a quitté son lit pour aller aux toilettes. Une tomodensitométrie a permis de détecter un hématome sous-dural aigu. Il a été placé dans un coma médicalement provoqué aux soins intensifs jusqu'à son décès, le 15 mars 2012.

À la section sur la cause médicale de décès de la partie 1 du certificat du médecin légiste, il est indiqué que la cause immédiate du décès est a) l'hématome sous-dural aigu en raison de b) une chute au sol. La partie 2 énumérait d'autres affections importantes qui avaient contribué au décès, mais qui n'étaient pas liées à la cause immédiate énoncé en partie 1 (a) comme étant le traitement anticoagulant contre l'embolie pulmonaire, l'adénocarcinome métastatique de la vésicule biliaire (les caillots sanguins dans les poumons et cancer de la vésicule biliaire). La section du bas du certificat indiquait que le décès était accidentel, le lieu de la blessure/incident comme étant "l'hôpital", et la date de la blessure/incident comme étant "2012/03/13".

ScotiaVie a refusé la couverture au titre de la police. La succession de M. Malkhassian a intenté une poursuite contre ScotiaVie, demandant le paiement au titre de la police et le versement de dommages-intérêts pour mauvaise foi.

Les dispositions applicables de la police d'assurance DMA collective en vertu desquelles la réclamation a été refusée étaient les suivantes :

> *« Blessure corporelle accidentelle : une blessure corporelle qui résulte uniquement et directement d'une cause accidentelle, externe, violente et visible, et qui, indépendamment de toute autre cause, survient pendant que la couverture est en vigueur »* [traduction].

© 2021 Munich Re, Compagnie de Réassurance

La section de la police sur les risques non couverts indiquait qu'*« aucun montant d'assurance ne serait payable si le décès ou l'hospitalisation est attribuable, directement ou indirectement à a) des causes naturelles, à une maladie de quelque nature que ce soit, à une infirmité corporelle ou mentale ou à un traitement médical ou chirurgical* » [traduction].

La décision du tribunal

La succession du défunt a intenté une action contre l'assureur pour paiement en vertu de la police et en dommages-intérêts pour mauvaise foi. La succession demanda par la suite un jugement sommaire partiel, réclamant le paiement de la somme de 100 000 $ conformément à la police.

Pour pouvoir rendre un jugement sommaire partiel, le juge déclara qu'il lui faudrait une preuve suffisante sur les aspects suivants :

a. les autres maladies et symptômes du défunt n'aient pas causé sa mort indépendamment de sa chute accidentelle;
b. les autres maladies et symptômes du défunt ne soient que des conditions dans lesquelles sa chute accidentelle s'est produite; et
c. le décès de la personne décédée ne soit pas « causé ou contribué, directement ou indirectement » par des causes énumérées, y compris une maladie de quelque nature que ce soit.

Le juge du procès sommaire a considéré que les renseignements consignés dans les dossiers de l'hôpital et dans le certificat du médecin légiste étaient contradictoires en ce qui a trait à la cause ou à ce qui a contribué, directement ou indirectement, au décès de M. Malkhassian, et ne permettaient pas d'établir les faits nécessaires pour prendre une décision à l'étape du jugement sommaire. Dans les circonstances, la cour n'a pu déterminer si l'exclusion de la police s'appliquait.

Par conséquent, la demande de jugement sommaire a été rejetée; la cour n'étant pas en mesure de statuer sur la demande de manière juste et équitable puisque la preuve au dossier n'était pas suffisante.

Points à retenir à l'égard de ces deux récentes décisions relatives à l'assurance DMA :

- Le critère pour déterminer si une cause de sinistre est accidentelle est plutôt large : un événement externe est l'un des éléments importants de la chaîne d'événements qui a mené à la perte.
- Il est crucial de vous assurer que vos polices d'assurance DMA comportent des exclusions appropriées qui reflètent le risque que vous avez l'intention de couvrir.
- Les tribunaux ont confirmé que les exclusions et les limitations de couverture généralement prévues au titre de l'assurance DMA ne dénaturent pas la couverture en cas d'accident.

© 2021 Munich Re, Compagnie de Réassurance

Décisions récentes d'intérêt concernant l'assurance vie collective

Iacono c. Canada Life Assurance Company of Canada, 2021 QCCQ 2320

Les faits

Cette affaire porte sur une assurance vie facultative du conjoint de 25 000 $. Mme Iacono a demandé un versement de 25 000 $ pour l'assurance vie facultative de son conjoint de fait, qu'elle présumait avoir souscrite en 2005; M. Cleary, son conjoint, est décédé le 5 août 2006.

Mme Iacono allègue avoir rempli la proposition d'assurance en temps opportun pour obtenir l'assurance vie facultative de son conjoint, mais n'a jamais été informée que la couverture d'assurance n'avait pas été mise en vigueur. Elle prétend avoir payé une prime pour une telle couverture par le biais de sa police d'assurance collective, plus précisément au moyen des crédits d'assurance qui lui étaient accordés par son employeur.

Canada Vie a déclaré que l'assurance vie facultative du conjoint n'avait jamais été mise en vigueur. La proposition d'assurance a été remplie, mais les renseignements médicaux supplémentaires demandés à M. Cleary n'ont pas été reçus. Par conséquent, Canada Vie a fermé le dossier et n'a jamais accepté de prime pour une telle couverture.

Les deux parties ont convenu que Canada Vie n'avait jamais envoyé de confirmation indiquant que la couverture d'assurance vie facultative du conjoint demandée avait été acceptée. Cependant, le 8 juillet 2005, à la suite de la réception de la proposition d'assurance vie du conjoint, l'assureur avait envoyé à Mme Iacono une lettre indiquant qu'une preuve d'assurabilité devait être fournie et que la couverture ne prendrait effet qu'à la date d'approbation. Le 20 juillet 2005, Mme Iacono et M. Cleary ont fourni une preuve d'assurabilité ainsi que le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie demandés par Canada Vie.

Le 2 août 2005, Canada Vie a envoyé une lettre à M. Cleary. Afin d'évaluer la proposition d'assurance vie et de déterminer s'il était admissible à l'assurance vie, « nous avons demandé à M. Cleary de nous fournir les renseignements médicaux détaillés détenus par son médecin traitant, y compris ses antécédents médicaux, sa tension artérielle, son pouls, des résultats de tests d'urine et des renseignements complets sur le traitement de son cancer de la gorge. L'assureur a indiqué dans la lettre que le dossier sera fermé si M. Cleary ne fournit pas les renseignements demandés dans un délai de 45 jours » [traduction].

M. Cleary n'a pas donné suite à la demande de Canada Vie.

Une copie de cette lettre n'a pas été envoyée à Mme Iacono en raison des obligations légales de Canada Vie à l'égard de la confidentialité des renseignements personnels, et Mme Iacono a témoigné au procès qu'elle n'était pas au courant de cette lettre.

Canada Vie a également soutenu qu'il n'était pas possible de payer une telle assurance avec le crédit d'assurance offert par l'employeur, que Mme Iacono n'avait jamais payé de prime pour une couverture d'assurance vie du conjoint et qu'elle avait présenté sa réclamation à la Canada Vie 13 ans après le

© 2021 Munich Re, Compagnie de Réassurance

décès de son mari, bien qu'elle fût la liquidatrice de sa succession.

La décision du tribunal

Le tribunal a conclu que la preuve présentée par Canada Vie avait une force probante et offrait une meilleure réponse à la question sur la couverture d'assurance vie du conjoint que les hypothèses formulées par Mme Iacono. Les renseignements demandés par Canada Vie pour établir l'assurabilité et la prime n'ont pas été fournis. La couverture des soins médicaux au titre du régime d'assurance collective ne comprenait pas l'assurance vie du conjoint, et aucune prime n'a jamais été payée pour cette couverture facultative.

La réclamation au titre de la police d'assurance vie a été rejetée, et la couverture n'était pas en vigueur.

Patry c. Compagnie d'assurances du Canada sur la Vie 2020 QCCS 4551

Les faits

Dans cette affaire, un versement de 120 000 $ au titre d'une assurance vie collective a été demandé. L'employé a été mis à pied le 5 janvier 2018 et est décédé le 23 août 2018. La réclamation a été refusée parce que l'employé avait été mis à pied pendant plus de six mois avant son décès. La police d'assurance collective applicable stipulait que la couverture d'assurance vie demeurait en vigueur pendant six mois à la suite d'une mise à pied effectuée par l'employeur. Par conséquent, l'employé n'était pas assuré à son décès.

Le bénéficiaire a soutenu que cette limitation de la couverture ne pouvait pas être utilisée pour refuser le versement, car la clause contractuelle n'était pas incluse dans la brochure remise à l'employé. Cela contredit les attentes en matière de couverture d'assurance.

La décision du tribunal

Le tribunal a effectué un examen des lois applicables relatives aux divergences entre le libellé de la police d'assurance collective et le contenu de la brochure remise aux employés. Le tribunal rappelle que les deux documents doivent être lus conjointement. Le fait que la brochure ne précise pas quelque chose ne constitue pas une contradiction avec la police. Les brochures ne contiennent habituellement pas le libellé complet de la police, à condition que les deux documents ne se contredisent pas. Conformément à ces principes établis, le tribunal a confirmé que la limitation liée à la mise à pied de l'employé était exécutoire, car elle ne contredit pas le libellé de la brochure.

Le tribunal a également confirmé que si la notion d'attente raisonnable en matière de couverture s'applique dans le cadre d'une couverture d'assurance collective, c'est l'attente en matière de couverture de l'assuré qui doit être prise en considération, et non celle en matière de couverture du bénéficiaire. Dans cette affaire, il n'y a aucune preuve que l'assuré s'attendait à une couverture en fonction des renseignements dont il disposait. Par conséquent, il n'est pas possible de déterminer si les attentes de l'assuré à l'égard de la couverture étaient raisonnables ou non.

© 2021 Munich Re, Compagnie de Réassurance

Décisions récentes d'intérêt concernant l'assurance maladies graves collective

Manley v. The Manufacturers Life Insurance Company, 2020 ONSC 399 (CanLII)

Les faits

En vertu de la police collective établie à l'intention de l'Association d'assurances du Barreau canadien ("AABC"), Manuvie a délivré à M. Manley un certificat d'assurance vie temporaire et une couverture d'assurance maladies graves en décembre 2009. Du 1er décembre 2009 au 1er mars 2017, M. Manley a payé les primes de son assurance maladies graves de 500 000 $. Le 13 mars 2017, M. Manley a envoyé une lettre au service à la clientèle, dans laquelle il donnait des instructions adéquates pour annuler sa couverture d'assurances vie et maladies graves à compter du 1er avril 2017.

Le 17 juin 2017, M. Manley a envoyé un avis de réclamation à Manuvie pour l'informer de son diagnostic de cancer du rein. Dans sa déclaration, M. Manley a indiqué que la date du diagnostic était le 23 mai 2017. Cependant, il a également fourni des renseignements du médecin traitant indiquant que la tumeur rénale se développait lentement depuis de nombreuses années et que le cancer existait sans aucun doute depuis des mois avant sa détection et le diagnostic.

La position de M. Manley était que, comme l'affection sur laquelle il a fondé sa réclamation est survenue pendant la période où les primes étaient payées, il avait droit à l'assurance. Il a indiqué que le fait qu'il ait reçu un diagnostic après la fin de la période au cours de laquelle il payait les primes n'avait aucune importance.

Manuvie était d'avis que la police collective est très claire : l'événement déclencheur qui donne droit aux prestations d'assurance est le moment où un diagnostic est posé. Manuvie a fait valoir que le diagnostic sur lequel repose une réclamation doit être établi pendant la période au cours de laquelle les primes sont payées. Par conséquent, M. Manley n'avait pas droit à l'assurance.

M. Manley réclamait 500 000 $ en dommages pour bris de contrat ou la levée de la déchéance et a présenté une requête en jugement sommaire. Manuvie a répondu en demandant que le jugement sommaire soit accueilli en sa faveur et que l'action soit rejetée.

Les stipulations applicables de la police

Les conditions de couverture énoncées à la section 9.04 de la police d'assurance collective pour l'avenant d'assurance maladies graves stipulaient que « sous réserve d'une preuve de sinistre satisfaisante et de toute exclusion et limitation, la Société versera le montant d'assurance pour l'assurance maladies graves au bénéficiaire du présent avenant si l'assuré reçoit un diagnostic et est vivant après la fin de la période de survie » [traduction]. La section 9.01 définit un « diagnostic » ou le fait qu'une affection soit « diagnostiquée » comme « la confirmation certifiée par un médecin de l'existence d'une affection couverte qui satisfait à toutes les exigences contenues dans la description de l'affection couverte, sous réserve de toute exclusion ou limitation [...] » [traduction].

© 2021 Munich Re, Compagnie de Réassurance

La décision du tribunal

Les questions en litiges soulevées devant la cour étaient les suivantes:

1. Est-ce que Manuvie a manqué à son devoir contractuel en refusant la demande de réclamation, en vertu de l'avenant maladie graves de M. Manley?
2. Si la réponse à la première question est non, M. Manley avait-il le droit de demander la levée de la déchéance?

La cour conclut que le diagnostic avait été posé et donné à M. Manley en mai 2017 et qu'il n'y avait aucune ambiguïté dans le libellé de la police. En se basant sur la preuve reçue et une interprétation raisonnable du libellé de la police, la cour détermina que M. Manley n'avait pas le droit à l'assurance.

Le tribunal a confirmé que le diagnostic par un médecin est un événement clair et incontestable qui valide l'existence d'une affection couverte pour une personne assurée. Cela offre certitude et prévisibilité à la fois à la personne assurée et à Manuvie.

La deuxième question auquelle la cour devait répondre était de déterminer s'il y avait lieu de lever la déchéance de M. Manley. La cour a conclu que M. Manley n'était pas en mesure de se conformer aux conditions de l'avenant de sa police et que celui-ci prit fin à la fin mars 2017. Dans les circonstances, M. Manley n'a perdu aucun droit puisqu'il n'en avait aucun. La cour conclut qu'il n'y a pas droit à la levée de la déchéance puisqu'il n'avait aucune couverture en vertu de l'avenant.

Le rejet par Manuvie de la réclamation de M. Manley au titre de l'assurance maladies graves a été confirmé. La requête en jugement sommaire de M. Manley a été rejetée.

© 2021 Munich Re, Compagnie de Réassurance

Références

1. Iacono c. Canada Life Assurance Company of Canada, 2021 QCCQ 2320 (CanLII), <https://www.canlii.org/en/qc/qccq/doc/2021/2021qccq2320/2021qccq2320.html?searchUrlHash=AAAAAQASaWFjb-25vIENhbmFkYSBMaWZlIAAAAAAE&resultIndex=3>
2. Patry c. Compagnie d'assurances du Canada sur la Vie, 2020 QCCS 4551 (CanLII), <https://www.canlii.org/fr/qc/qccs/doc/2020/2020qccs4551/2020qccs4551.html?searchUrlHash=AAAAAQAcUG-F0cnkgQ2FuYWRhIHN1ciBsYSB2aWUgMjAyMAAAAAAB&resultIndex=1>
3. Manley v. The Manufacturers Life Insurance Company, 2020 ONSC 399 (CanLII), <https://www.canlii.org/en/on/onsc/doc/2020/2020onsc399/2020onsc399.html?searchUrlHash=AAAAAQAPTWFub-GV5IDIwMjAgMzk5AAAAAAE&resultIndex=1>
4. Downey v Scotia Life Insurance Company, 2020 ABQB 638 (CanLII), < https://www.canlii.org/en/ab/abqb/doc/2020/2020abqb638/2020abqb638.html?searchUrlHash=AAAAAQAXRG93bmV5IFN-jb3RpYSBsaWZlIDIwMjAAAAAAAQ&resultIndex=4>
5. Malkhassian Estate v Scotia Life Insurance Company, 2020 ABQB 173 (CanLII), < https://www.canlii.org/en/ab/abqb/doc/2020/2020abqb173/2020abqb173.html?searchUrlHash=AAAAAQATTWFsa2h-hc3NpYW4gRXN0YXRlIAAAAAAB&resultIndex=1>

Commentaires

Vouz avez des commentaires concernant ce bulletin, vous aimeriez que nous rédigions 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.

Coordonnées des auteurs

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

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

© Munich Re, Compagnie de Réassurance, 2021. Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre ce document, en tout ou en partie, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, tant mécanique qu'électronique, en particulier par photocopie, par enregistrement ou par tout système de mise en mémoire et de récupération de l'information sans l'autorisation écrite de Munich Re, Compagnie de Réassurance.