

COUR D'APPEL DE MONTPELLIER

1° Chambre B

ARRET DU 11 MARS 2019

Numéro d'inscription au répertoire général : N° RG
16/04380 - N° Portalis DBVK-V-B7A-MVOS

Décision déferée à la Cour : *Jugement du 19 MAI 2016*
TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE PERPIGNAN
N° RG 13/02769

APPELANTES :

SA BPCE VIE immatriculée au RCS de PARIS sous le n°
349004341 agissant poursuites et diligences de ses représentants
légaux en exercice domicilié ès qualités audit siège
30 av Pierre Mendès France
75013 PARIS

représentée par Me Yann GARRIGUE de la SELARL
LEXAVOUE MONTPELLIER GARRIGUE, GARRIGUE,
LAPORTE, avocat au barreau de MONTPELLIER, avocat
postulant et assisté de Me Rachel MAMAN, avocat au barreau de
PARIS, avocat plaidant

SA BPCE PREVOYANCE immatriculée au RCS de PARIS sous
le n° 352259717 agissant poursuites et diligences de ses
représentants légaux en exercice domicilié ès qualités audit siège
30 av Pierre Mendès France
75013 PARIS

représentée par Me Yann GARRIGUE de la SELARL
LEXAVOUE MONTPELLIER GARRIGUE, GARRIGUE,
LAPORTE, avocat au barreau de MONTPELLIER avocat
postulant et assisté de Me Rachel MAMAN, avocat au barreau de
PARIS, avocat plaidant

INTIMEES :

Madame [REDACTED] épouse [REDACTED]
née [REDACTED]
de nationalité Française

Représentée par Me Olivier MARTY de la SCP MARTY -
BENEDETTI-BALMIGERE - BREUIL, avocat au barreau de
PYRENEES-ORIENTALES, avocat postulant substitué par Me
Gilles ARGELLIES, avocat au barreau de MONTPELLIER

Grosse + copie
délivrées le 11 MARS 2019
à

Me Garrigue
Me Marty.
Me Vial } D.R.

2° GROSSE à
1° GARRIGUE LE 31/4/19

SA BANQUE POPULAIRE DU SUD immatriculée au RCS de PERPIGNAN sous le Numéro B 554 200 808 et pour elle son représentant légal en exercice domicilié ès qualités audit siège
38 Bd Clémenceau
66000 PERPIGNAN

Représentée par Me Bernard VIAL de la SCP VIAL-PECH DE LACLAUSE-ESCALE- KNOEPFFLER, avocat au barreau de PYRENEES-ORIENTALES substitué par Me Marjorie AGIER, avocat au barreau de MONTPELLIER

ORDONNANCE DE CLOTURE DU 02 Janvier 2019

COMPOSITION DE LA COUR :

En application de l'article 907 du code de procédure civile, l'affaire a été débattue le **22 JANVIER 2019**, en audience publique, madame Chantal RODIER, conseiller ayant fait le rapport prescrit par l'article 785 du même code, devant la cour composée de :

Monsieur Georges TORREGROSA, Président de chambre
Madame Chantal RODIER, Conseiller
M. Christian COMBES, Conseiller

qui en ont délibéré.

Greffier, lors des débats : Madame Marie-Lys MAUNIER

L'affaire mise en délibéré au 27 février 2019 a été prorogé au 11 mars 2019.

ARRET :

- contradictoire

- prononcé par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du Code de procédure civile ;

- signé par **Monsieur Georges TORREGROSA, Président de chambre**, et par **Madame Marie-Lys MAUNIER, Greffier**

* * * *

FAITS, PROCÉDURE ET PRÉTENTIONS DES PARTIES

La Banque Populaire du Sud a consenti deux prêts professionnels à Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] exerçant la profession d'agricultrice exploitante horticole, et Monsieur [REDACTED] électricien :

- un prêt « Agrilismat » n° [REDACTED], selon demande de prêt valant contrat en date du 9 février 2010, souscrit par l'intermédiaire de la société coopérative centrale d'achat et d'approvisionnement agricoles de Perpignan, ayant pour objet l'acquisition de matériel agricole, et accepté par la banque le 26 mai 2010. Ce prêt d'un montant de 4 596,15 € avec libération des fonds au profit du vendeur des matériels, était amortissable par échéances annuelles en 4 ans, la première étant fixée au 14 juin 2011.

- un prêt d'équipement n° [REDACTED] d'un montant de 85 000 € amortissable sur une durée de 126 mois, avec une franchise de 6 mois, dont l'objet est un crédit de restructuration. Ce prêt assorti d'une garantie hypothécaire était authentifié par acte notarié du 7 juin 2010 et réalisé le même jour.

Chacun de ces prêts était garanti par une assurance groupe n° [REDACTED], souscrite par la Banque Populaire du Sud auprès de :

- la SA BPCE Vie, anciennement dénommée Assurances Banque Populaire Vie,
- la SA BPCE Prévoyance, anciennement dénommé ABP Prévoyance.

Pour le prêt n° [REDACTED] de 4 596,15 €, la demande d'adhésion était adressée le 8 février 2010 à l'assurance groupe qu'il l'acceptait le 9 février 2010.

Pour le prêt n° [REDACTED] de 85 000 €, la demande d'adhésion était adressée le 12 mars 2010 à l'assurance groupe qu'il l'acceptait le 23 avril 2010.

Le 26 janvier 2011, Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] était victime d'une chute entraînant un traumatisme au genou gauche, avec une fissure du ménisque, à la suite de laquelle elle déclarait le sinistre aux assureurs. Par la suite, elle présentait également des pathologies du rachis lombaire et cervical.

Après avoir pris en charge l'incapacité temporaire de travail de Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] à compter du 26 avril 2011, les sociétés BPCE Vie et BPCE Prévoyance ont, conformément aux dispositions contractuelles, mandaté leur médecin-conseil, le Docteur [REDACTED] afin qu'une expertise médicale de contrôle soit réalisée.

Ce dernier a procédé à l'examen de l'assurée le 26 septembre 2012. Dans son rapport, il concluait en relevant :

- un arrêt d'activité à la date du 26 janvier 2011
- des hospitalisations du 15 juin 2011 au 23 juin 2011 puis du 17 mai 2012 au 29 mai 2012,
- une stabilisation au 1er novembre 2011, date de mise en invalidité,
- sur le plan professionnel : un taux d'invalidité de 70 % pour toutes professions et de 100 % pour sa profession,
- sur le plan fonctionnel : un taux d'invalidité de 20 %.

En lecture de ce rapport du Docteur [REDACTED] la société CBP Solutions, gestionnaire délégataire à la demande des assureurs, écrivait à Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] le 12 octobre 2012 en ces termes :

« En conclusion de son rapport, le médecin expert a retenu un taux d'incapacité professionnelle de 70 % et fonctionnelle de 20 %. La conjugaison de ces taux fait ressortir un degré d'invalidité de 30,37 %. Conformément aux dispositions contractuelles, si le degré d'invalidité est inférieur à 66 %, l'assureur ne procède à aucun règlement. En conséquence, le versement des prestations cesse à compter du 26 septembre 2012. »

Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] contestait la position des assureurs et une procédure d'arbitrage était alors confiée au Docteur [REDACTED]

Estimant que le rapport du Docteur [REDACTED] ne remettait aucunement en cause les conclusions du rapport du Docteur [REDACTED] tant sur la date de mise en invalidité que sur le taux d'incapacité, les compagnies d'assurances ne modifiaient pas leur position.

Par acte d'huissier en date du 16 juillet 2013, Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] a fait délivrer assignation à la SA Assurances Banque Populaire Vie et la SA Banque Populaire du Sud, au visa des articles L. 132-1 et suivants du code de la consommation, aux fins d'obtenir :

À titre principal :

- qu'il soit jugé qu'elle se trouve en incapacité de travail au sens de la définition contractuelle, à savoir l'impossibilité absolue d'exercer son activité professionnelle même partiellement,
- la condamnation de l'assureur à prendre en charge le remboursement des deux prêts à compter du 15 septembre 2012 ainsi qu'à lui rembourser le montant des échéances mensuelles qu'elle a dû régler, du mois de septembre 2012 au mois de mars 2013,
- la condamnation de l'assureur à lui payer la somme de 10 000 € à titre de dommages-intérêts,

Subsidiairement, au visa des articles 1134, 1147, 1289 et suivants du code civil, elle demandait :

- qu'il soit jugé que la Banque Populaire du Sud avait manqué à son devoir d'information et de conseil,
- qu'elle soit en conséquence condamnée à lui payer la somme de 87 417 € correspondant au solde restant dû des prêts, avec compensation des créances réciproques, outre la somme de 10 000 € à titre de dommages-intérêts.

En tout état de cause, la condamnation solidaire de l'assureur et de la banque à lui payer la somme de 2 500 € en application de l'article 700 du code de procédure civile.

La SA BPCE Prévoyance est intervenue volontairement en la cause en sa qualité d'assureur, aux côtés de la SA Assurances Banque Populaire Vie devenue BPCE Vie.

Par jugement contradictoire en date du 19 mai 2016, le tribunal de grande instance de Perpignan a :

Constaté que la SA Assurances Banque Populaire Vie est devenue la SA BPCE Vie,

Donné acte à la SA BPCE Prévoyance de son intervention volontaire à la cause,

Déclaré abusive la clause prévoyant la référence croisée au taux d'incapacité fonctionnelle et au taux d'incapacité professionnelle pour fixer le taux d'incapacité de travail,

En écartant l'application,

Condamné solidairement la SA BPCE Vie et la SA BPCE Prévoyance à prendre en charge les mensualités des prêts souscrits par Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] auprès de la SA Banque Populaire du Sud à compter du 26 septembre 2012,

Condamné solidairement la SA BPCE Vie et la SA BPCE Prévoyance à rembourser à Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] les mensualités qu'elle a réglées d'octobre 2012 à mars 2013,

Débouté Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] de sa demande de dommages et intérêts,

Condamné solidairement la SA BPCE Vie et la SA BPCE Prévoyance :

- à payer à Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] la somme de 2 000 € en application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile,
- aux entiers dépens.

APPEL

La SA BPCE Vie et la SA BPCE Prévoyance ont relevé appel de ce jugement par déclaration en date du 2 juin 2016.

L'ordonnance de clôture a été rendue le 2 janvier 2019.

Vu les dernières conclusions en date du 24 décembre 2018 de la SA BPCE Vie et la SA BPCE Prévoyance, auxquelles il est expressément référé pour complet exposé des motifs et du dispositif ;

Vu les dernières conclusions de Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] en date du 11 décembre 2018, auxquelles il est expressément référé pour complet exposé des motifs et du dispositif ;

Vu les dernières conclusions en date du 30 septembre 2016 de la SA banque populaire du Sud, auxquelles il est expressément référé pour complet exposé des motifs et du dispositif ;

SUR CE

Sur l'appel principal :

Les sociétés d'assurance appelantes critiquent le jugement, en ce que le premier juge a retenu comme abusive la clause contractuelle déterminant le taux d'invalidité.

Pour faire droit à la demande de Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] d'écartier comme abusive la clause prévoyant la référence croisée au taux d'incapacité fonctionnelle et au taux d'incapacité professionnelle pour fixer le taux d'incapacité de travail, le premier juge a en effet retenu que :

- Aux termes de l'article L. 132-1 du code de la consommation, dans les contrats conclus entre professionnels et non professionnels ou consommateurs, sont abusives les clauses qui ont pour objet ou pour effet de créer, au détriment du non professionnel ou du consommateur, un déséquilibre significatif entre les droits ou obligations des parties au contrat.
- la garantie incapacité de travail se trouve privée d'effet
- une telle clause crée un déséquilibre significatif au détriment de l'assuré.

Or, le premier juge, alors même qu'il rappelait dans son exposé des faits que « Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] exploitante agricole, a souscrit le 12 mars 2010 auprès de la Banque Populaire du Sud

deux prêts professionnels » ne pouvait pas faire application des dispositions de l'article L. 132-1 du code de la consommation relatives aux clauses abusives, lequel, en étant applicable uniquement aux contrats conclus *entre professionnels et non professionnels ou consommateurs*, exclue nécessairement de son champ d'application les contrats conclus entre professionnels.

Pourtant, le caractère professionnel des contrats produits s'évinçait de leur lecture.

En effet, chacun des prêts litigieux est clairement identifié comme un prêt professionnel. Par ailleurs, les contrats d'assurance groupe destinés à les garantir rappellent bien qu'ils viennent garantir un prêt professionnel.

Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] exploitante agricole - profession qu'elle a mentionnée sur la demande d'adhésion à l'assurance - qui a adhéré aux contrats d'assurance litigieux pour les besoins de son exercice professionnel et en garantie de deux prêts professionnels amortissables, ne peut ici se prévaloir des dispositions du code de la consommation. N'ayant pas qualité de *consommateur* ou de *non professionnel* dans ce cadre contractuel, elle ne peut donc revendiquer la protection de la législation sur les clauses abusives.

Le jugement sera donc infirmé sur ce point.

Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] a déclaré lors de sa demande d'adhésion à l'assurance « *avoir reçu ce jour la notice d'information et en avoir pris connaissance, notamment de l'objet des contrats, des conditions d'exclusion de garantie et des limitations d'indemnisation.* »

Dès lors, elle ne peut venir aujourd'hui revendiquer autre chose que l'application du contrat.

Au regard de la date de mise en invalidité du 1^{er} novembre 2011, les compagnies d'assurances sont donc bien fondées à opposer à l'assurée, en lecture du rapport du docteur [REDACTED] une cessation de leur prise en charge des échéances des prêts au titre de l'incapacité temporaire totale de travail, à compter de la date d'examen médical du 26 septembre 2012 ayant permis de fixer la date de consolidation.

En l'absence d'un taux d'invalidité contractuel supérieur ou égal à 66 % - selon la définition contractuelle croisant le taux d'incapacité professionnelle totale et le taux d'invalidité fonctionnelle - les compagnies d'assurances ont pu retenir l'absence d'ouverture à garantie concernant le risque invalidité.

Sur la demande incidente formée par l'assurée à titre subsidiaire, pour manquement de la banque à son devoir de conseil et d'information :

Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] demande subsidiairement de condamner la banque à des dommages et intérêts pour manquement à son devoir d'information et de conseil pour l'éclairer sur l'inadéquation du contrat d'assurance à sa situation personnelle.

Cependant, la banque produit en ses pièces 5 à 10 les documents contractuels propres à justifier d'avoir rempli son obligation de conseil et d'information, en ayant permis à l'assurée d'être parfaitement éclairée sur les garanties proposées et l'adaptation à ses besoins.

En effet, pour chacun des deux contrats, il résulte du document « *préconisations réponses à opposer à l'assurance emprunteur* » que la Banque Populaire du Sud a conseillé à Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] :

- *d'adhérer au contrat d'assurance emprunteur souscrit par la Banque Populaire (...)*
- *ce contrat est adapté à vos objectifs, puisqu'il présente, pour vous les avantages suivants (...)*
- *en cas d'incapacité temporaire et totale de travail, les indemnités sont dues après une période de franchise d'arrêt continu et complet du travail. Leurs modalités de calcul peuvent notamment varier suivant (...) l'activité exercée par l'emprunteur.*
- *Attention à bien consulter la notice d'information pour en connaître les caractéristiques ainsi que la limite permettant d'activer ces garanties.(...)*
- *Il est essentiel de se reporter à la notice d'informations pour prendre connaissance des définitions précises des garanties accordées qui peuvent diverger de celles de la sécurité sociale ainsi que des exclusions apportées à ces garanties. »*

Or, Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] a signé les documents contractuels afférents à chacun des deux prêts immédiatement après la mention selon laquelle elle reconnaissait « *avoir pris connaissance du conseil relatif au contrat d'assurance emprunteur de la Banque Populaire, avoir eu communication de toutes les informations (lui) permettant de prendre (sa) décision en toute connaissance de cause et a choisi d'adhérer au contrat d'assurance qui (lui) est conseillé* »

Par ailleurs, dans chacune de ses demandes d'admission au contrat d'assurance groupe n° [REDACTED], elle reconnaissait « *avoir reçu ce jour la notice d'information et en avoir pris connaissance, notamment de l'objet des contrats, des conditions et exclusions de garantie et des limitations d'indemnisation.* »

En outre, elle a répondu personnellement aux interrogations contenues dans le *questionnaire de connaissance du client* assuré et emprunteur, y indiquant précisément ce qu'elle souhaitait voir garanti.

Ses deux demandes d'adhésion au contrat d'assurance groupe n° [REDACTED] sont donc postérieures à l'étude qu'elle a pu faire des conditions générales, en ce compris la clause litigieuse.

En toute hypothèse, Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] invoque mais ne démontre pas l'inadéquation du contrat d'assurance à sa situation personnelle et ne justifie pas davantage d'un préjudice en résultant.

En effet, elle a tout d'abord bénéficié, au titre des contrats souscrits, d'une prise en charge des mensualités des prêts au titre de l'incapacité temporaire totale de travail et ce jusqu'au jour de l'examen médical réalisé par le médecin-conseil des assureurs.

Par ailleurs, il ne peut se déduire de la seule absence de réalisation du risque d'invalidité à hauteur d'un taux égal ou supérieure à 66 %, selon la définition contractuelle, que l'assurance était inadéquate à sa situation.

En outre, il ne s'agit là que des assurances afférentes à la prise en charge de prêts professionnels pour lesquels son époux était également emprunteur.

Enfin, au regard du coût de l'assurance, elle ne démontre pas qu'elle aurait préféré souscrire une assurance couvrant plus largement le risque invalidité en payant des primes plus élevées.

Le moyen sera donc en voie de rejet.

Sur la demande d'expertise formée à titre encore plus subsidiaire par l'assurée :

Pour rejeter la demande d'expertise formée par Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] le premier juge a justement retenu que *le litige porte sur la définition contractuelle de l'incapacité de travail définitive et de l'application d'un tableau croisé de taux d'incapacité, et qu'une expertise médicale n'apparaît donc pas utile au règlement du litige.*

En effet, ce que l'assurée conteste en définitive, c'est qu'elle puisse être exclue de la garantie invalidité définitive, alors même que l'assurance a pris en charge les échéances des prêts au titre de l'incapacité temporaire totale de travail, et que son état ne s'est pourtant jamais amélioré depuis sa stabilisation en novembre 2011.

Cependant, quand bien même son état ne s'est pas amélioré, l'assureur a procédé conformément aux dispositions contractuelles en mandatant son médecin-conseil, lequel a constaté la stabilisation à la date du 1^{er} novembre 2011 de l'état de l'assurée, de sorte qu'à compter de la date du rapport qui lui est opposable, l'assurée ne relève plus de la garantie incapacité temporaire totale de travail.

Par ailleurs, il n'existe pas de contradiction à retenir une invalidité de 20 % sur le plan fonctionnel et une invalidité professionnelle de 100 % pour son activité d'agricultrice horticole ou de 70 % pour toute autre activité socialement équivalente.

L'expertise, organisée par le Docteur [REDACTED] dans le cadre de l'arbitrage, n'a nullement contredit le rapport du Docteur [REDACTED] sur ces points.

Le Docteur [REDACTED] se contente en effet :

- d'indiquer en faveur de l'assurée que *la patiente est incapable d'effectuer aucune des activités de sa profession, ni aucune autre activité socialement équivalente dans le même secteur professionnel*

- de relever que *sauf à être tétraplégique ou dans un état neurovégétatif grave, tout patient quel que soit son handicap, pourrait assumer une activité professionnelle même partielle.*

- et de s'interroger sur l'activité qui pourrait être envisagée puisque depuis l'âge de 17 ans, elle travaille dans une exploitation horticole et qu'il ne voit pas quelle activité à titre partiel elle pourrait exercer, s'il n'y a dans sa profession aucune activité socialement équivalente.

En effet, cette appréciation ne fait qu'argumenter le taux retenu et non contesté de 100 % d'invalidité professionnelle dans sa profession, sans remettre véritablement en cause le taux d'incapacité professionnelle de 70 %, si ce n'est en portant *in fine* une appréciation personnelle critique sur la définition contractuelle.

Par ailleurs, le rapport du Docteur [REDACTED] ne contredit aucunement le taux de 20 % d'incapacité fonctionnelle retenu précédemment par le Docteur [REDACTED]

Il est bien évident que la définition de l'invalidité garantie donnée par ce contrat d'assurance est en elle-même extrêmement restrictive.

Elle n'en est pas pour autant totalement vidée de sa substance, dans la mesure où *l'aléa* de devenir par exemple tétraplégique ou dans un état neurovégétatif grave, selon les exemples cités par le Docteur [REDACTED] s'il est statistiquement faible, ne peut être considéré comme inexistant.

Les assureurs justifient sur ce point par leurs pièces n° 3 et 4 que d'autres compagnies d'assurance, telles qu'AXA et Allianz, ont une définition aussi restrictive, avec la même utilisation d'un tableau à double entrée, croisant le taux d'incapacité professionnelle avec le taux d'incapacité fonctionnelle.

L'attestation de la MSA Grand Sud du 27 mars 2012, produite par Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] reconnaissant son *classement*

dans la catégorie exploitant invalide à 100 % et lui attribuant une pension d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2011, ne vient pas utilement contredire les conclusions de ces rapports, puisqu'il s'agit bien d'une appréciation de l'invalidité dans sa profession.

La seconde attestation de la MSA Grand Sud en date du 11 juillet 2014, en indiquant qu'elle est *titulaire d'une pension d'invalidité servie par le régime de l'assurance maladie des exploitants agricoles depuis le 1^{er} novembre 2011 pour inaptitude totale*, ne fait encore que rappeler son invalidité professionnelle totale dans son travail d'exploitant agricole dans le domaine horticole ou un travail équivalent dans sa catégorie professionnelle.

Par ailleurs, Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] ne produit aucun document médical qui viendrait établir que son taux d'*incapacité fonctionnelle*, soit donc l'invalidité dans les actes de la vie courante, devrait être considérée comme supérieure au taux de 20 % reconnu par le Docteur [REDACTED] dans son rapport amiable, taux qui n'est pas critiqué par le rapport ultérieur du Docteur [REDACTED].

En effet, sur ce point, le Docteur [REDACTED] prenant en compte non seulement la gonalgie à l'origine de l'incapacité temporaire de travail mais également les pathologies ultérieures, décrit :

- *« une femme de 53 ans mesurant 1m60 pour 80 kilos et s'exprimant de façon tout à fait correcte.*
- *la marche se fait avec une petite boiterie du côté gauche (côté de la prothèse du genou). Il existe également une raideur lombaire manifeste.*
- *À l'étage lombaire, il n'y a pas de déficit moteur ni sensitif une relative bonne ampliation vertébrale avec une distance doigts-sol de 15 centimètres, des réflexes ostéo-tendineux normaux et symétriques, les mouvements de flexion latérale étant légèrement limités et douloureux, surtout à gauche ;*
- *au niveau du genou gauche, une flexion qui s'effectue jusqu'à 110 °, avec douleurs au-delà, alors que la flexion du genou droit est quasi normale, soit de 0 à 130 ° ;*
- *au niveau du rachis cervical, il n'y a pas d'atteintes motrices et sensitives, les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques. Les amplitudes des mouvements du rachis cervical montrent des rotations à 60 ° à droite et à gauche pour une normale à 80 ° et des inclinaisons latérales à 30° pour une normale à 45°.*

L'assurée, en n'apportant aucun élément médical venant contredire l'appréciation d'une incapacité fonctionnelle estimée à 20 % résultant des rapports médicaux produits par les assureurs, ne démontre pas que son taux d'incapacité contractuelle pourrait ressortir un taux supérieur ou égal à 66 %, ouvrant droit à la mise en œuvre de la garantie alors que :

- d'une part, il lui est opposé un taux de 30,37 % résultant du tableau croisé contractuel entre un taux d'incapacité professionnelle de 70 % et un taux d'incapacité fonctionnelle de 20 %,

- d'autre part, il n'est pas démontré que la combinaison entre ce taux d'incapacité fonctionnelle de 20 % et un taux d'incapacité professionnelle plus important, à supposer même qu'il puisse être retenu à 100 %, permettrait d'atteindre le seuil contractuel d'indemnisation de 66 %.

Dans ces conditions, elle ne démontre pas l'utilité d'une expertise judiciaire.

En définitive, Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] sera déboutée de toutes ses demandes.

Il n'y a pas lieu de faire application des dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile.

Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] qui succombe en toutes ses prétentions supportera les entiers dépens de première instance et d'appel.

PAR CES MOTIFS

*Vu les dispositions de l'article L. 132-1 du code de la consommation, des articles 1134 et 1147 anciens du code civil, et l'article L. 141-4 alinéa 1 du code des assurances,
Vu les dispositions contractuelles et l'ensemble des pièces produites,*

LA COUR, statuant par arrêt contradictoire et mis à disposition au greffe,

INFIRME le jugement en ce qu'il a fait application des dispositions du Code de la consommation pour juger abusive une clause d'un contrat d'assurance souscrit en garantie de prêts professionnels,

Et par conséquent, l'infirme en toutes ses dispositions,

Statuant à nouveau,

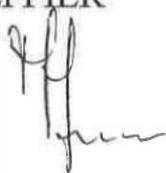
Déboute Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] de l'ensemble de ses demandes,

Dit n'y avoir lieu à application des dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile,

Condamne Madame [REDACTED] épouse [REDACTED] aux entiers dépens de première instance et d'appel.

LE GREFFIER

MM/CR



LE PRESIDENT

