

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 4 novembre 2014

---

Présidence de       Mme     BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges     :     M.     Piguet et Mme Petremand, juges suppléants  
Greffière     :     Mme     Preti

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], demandeur,

et

**X.** \_\_\_\_\_, à Genève, défenderesse, représentée par Me Philippe Vogel,  
avocat à Lausanne.

---

**Art. 49 et 73 LPP ; 331c CO ; 9 Cst**

## **E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en [...], a été engagé à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012 par la société T.\_\_\_\_\_SA en qualité de directeur de la succursale de Lausanne.

Par courrier du 25 avril 2012, X.\_\_\_\_\_ (ci-après : la fondation ou la défenderesse), l'institution de prévoyance auprès de laquelle la société T.\_\_\_\_\_SA était affiliée, a informé K.\_\_\_\_\_ de son affiliation à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012. Une fiche de prévoyance lui a été remise le 25 avril 2012, puis une seconde (modifiant la première) le 14 mai 2012 après le transfert de sa prestation de libre passage (fiches de prévoyance au 1<sup>er</sup> avril 2012 respectivement au 3 mai 2012).

Par courrier du 3 septembre 2012, X.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assuré qu'elle n'avait pas reçu de sa part le questionnaire de santé exigé lors de l'entrée dans la fondation. Il était dès lors invité à remplir ledit questionnaire et à le transmettre au médecin-conseil de l'institution de prévoyance, le Dr C.\_\_\_\_\_. Il était en outre mentionné ce qui suit :

« En refusant de remplir le « *questionnaire santé* », vous nous empêchez d'examiner l'existence ou non d'une atteinte à la santé pouvant justifier d'une réserve au sens de l'article 14 de la loi sur le libre passage.

**Par conséquent, les prestations d'invalidité ou de décès seront réduites au minimum LPP** [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40]».

Dans la mesure où K.\_\_\_\_\_ avait indiqué avoir été écarté du travail pour une longue durée entre 2008 et 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ a requis le 15 octobre 2012 qu'il lui communique le nom de son médecin traitant.

Le 14 décembre 2012, K.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé au Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ ; cf. attestation du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du 20 décembre 2012).

Par courrier du 18 janvier 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_ a informé la fondation que l'assuré pouvait être admis à la caisse de pension avec réserve.

Par courrier du 30 janvier 2013, X.\_\_\_\_\_ a informé K.\_\_\_\_\_ qu'elle instaurait, compte tenu de l'avis médical du Dr C.\_\_\_\_\_, une réserve pour raisons de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès et, partant, limiterait, en cas de survenance d'un cas d'assurance qui fait l'objet de la réserve médicale, ses prestations au minimum obligatoire prévu par la LPP.

**B.** Par acte du 27 février 2013, complété le 2 mars 2013, K.\_\_\_\_\_ a formé « *opposition* » à la réserve pour raisons de santé formulée par la fondation X.\_\_\_\_\_ devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a fait valoir que la notification de la réserve posée par X.\_\_\_\_\_ le 30 janvier 2013 était postérieure à la récurrence de leucémie qu'il avait présenté en août 2012 - ayant conduit à son hospitalisation au Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ en décembre 2012 -, de sorte qu'elle n'était pas valable.

Dans un courriel du 12 mars 2013, un collaborateur de T.\_\_\_\_\_ SA a fait savoir à X.\_\_\_\_\_ qu'il avait transmis le questionnaire de santé à son employé le 18 avril 2012 et qu'il était en congé maladie depuis le 10 décembre 2012.

Dans sa réponse du 8 avril 2013, X.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet de « *l'opposition* » formée par le demandeur. Elle a notamment mis en exergue que la date à laquelle l'existence d'une réserve de santé était notifiée n'était pas déterminante, ajoutant que le retard avait été en grande partie causé par le demandeur lui-même, puisqu'il avait tardé à retourner son questionnaire de santé.

Dans sa réplique du 1<sup>er</sup> mai 2013, K.\_\_\_\_\_ a contesté le fait qu'un questionnaire de santé lui aurait été envoyé le 18 avril 2012. Si tel avait été le cas, il était très étonnant que la défenderesse lui ait transmis

seulement une semaine après (le 25 avril 2012) le contrat d'assurance en ne faisant état d'aucune réserve éventuelle et sans attendre dans un délai raisonnable une réponse de sa part. Il contestait également l'affirmation selon laquelle la date à laquelle l'existence de la réserve était notifiée ne serait pas déterminante. Dans la mesure où la réserve lui avait été communiquée le 30 janvier 2013, elle était intervenue bien après la stipulation sans réserve du contrat d'assurance. Elle constituait dès lors une modification unilatérale du contrat d'assurance, illicite au regard des dispositions du Code des obligations [CO ; loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse ; RS 220].

Dans sa duplique du 28 mai 2013, la défenderesse a confirmé avoir envoyé un questionnaire de santé le 18 avril 2012. Le fait que le demandeur ait tardé pendant de nombreux mois à retourner ce questionnaire, respectivement le fait que l'existence d'une réserve n'ait fait l'objet d'une notification qu'en date du 30 janvier 2013 n'étaient pas déterminants. Selon le règlement principal du fond de prévoyance (ci-après : le règlement), la couverture d'assurance commençait dès l'affiliation (art. 9), alors que l'admission à la prévoyance professionnelle plus étendue se faisait sur la base d'une déclaration de santé à compléter par l'assuré (art. 11). Selon l'art. 11 al. 7, la couverture prenait effet lorsque la décision était notifiée par écrit à l'assuré. Jusqu'à cette date, une couverture provisoire limitée au minimum LPP était accordée. Sur le vu des pièces produites, il ressortait qu'il y avait eu, d'une part, affiliation (communication du 25 avril 2012) et, d'autre part, communication d'une réserve relative à la couverture dépassant le minimum légal LPP (communication du 30 janvier 2013), dite couverture prenant effet à ce moment-là, une couverture provisoire limitée au minimum LPP ayant été accordée jusque-là.

Dans ses déterminations du 10 juin 2013, le demandeur a indiqué que la décision dont il était fait mention à l'art. 11 al. 7 du Règlement de prévoyance lui avait été notifiée le 25 avril 2012. Il ajoutait pour le surplus qu'il n'avait pas été renseigné lors de son entretien d'embauche ni avant son affiliation à la fondation sur le fait qu'une

réserve pour raisons de santé pourrait être formulée à son encontre. La défenderesse avait ainsi manqué à son devoir d'information au sens de l'art. 3 al. 1 LCA [loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1]. Le revirement de position de la défenderesse lui causait un dommage financier très important; il se fondait en outre sur une évaluation du risque qui aurait dû être effectuée avant l'affiliation à la fondation. Dans ce sens, la défenderesse avait fait preuve de négligence en lui envoyant un questionnaire de santé plus de quatre mois après, soit le 3 septembre 2012.

Dans ses déterminations du 1<sup>er</sup> juillet 2013, la défenderesse a mentionné qu'un entretien d'embauche n'était pas destiné à fournir des renseignements concernant d'éventuelles réserves médicales liées à l'affiliation à la fondation de prévoyance ; l'employeur ne pouvait donc être au courant des problèmes de santé de son futur employé, à moins que celui-ci n'en parle. La communication du 25 avril 2012, respectivement la fiche de prévoyance du 3 mai 2012 n'étaient que des documents d'enregistrement auprès de la fondation de prévoyance, mais en aucun cas des décisions ouvrant le droit à des prestations. Les fiches de prévoyance prévoient, à leur pied, que seules les prestations calculées en vertu du règlement en vigueur au moment de l'ouverture du droit faisaient foi, ce qui renvoyait au Règlement de prévoyance dont l'art. 11 subordonnait l'admission à la prévoyance professionnelle plus étendue à l'établissement d'une déclaration de santé, éventuellement à un examen ou un rapport médical. Au demeurant, la défenderesse ne voyait pas comment l'employeur, respectivement la fondation de prévoyance, aurait pu orienter le demandeur sur les conséquences de son état de santé, sans avoir été préalablement informé des problèmes qui se posaient. C'était précisément l'objet du questionnaire de santé que le demandeur n'avait pas retourné lors de son engagement. Il n'y avait par conséquent eu aucun revirement de position de sa part.

Dans ses déterminations du 24 juillet 2013, le demandeur a considéré que dans la mesure où le processus d'engagement et l'affiliation à la fondation de prévoyance étaient des démarches liées, le devoir

d'informer de l'assureur (art. 3 LCA) exigeait que ces deux démarches soient coordonnées. La défenderesse aurait dû s'assurer qu'une information suffisante lui soit fournie lors du processus d'engagement et, dans tous les cas, avant l'envoi du contrat d'assurance. Compte tenu de la formulation de la fiche de prévoyance, il était par ailleurs impossible pour un preneur d'assurance de comprendre que ladite fiche n'était qu'un document d'enregistrement et qu'il n'avait pas valeur de contrat.

Le 9 septembre 2013, la défenderesse a informé la Cour de céans qu'elle n'avait pas de déterminations complémentaires à déposer.

La Cour de céans a requis en date du 14 mai 2014 la production du dossier de l'assurance-invalidité, lequel a été versé à la procédure le 23 mai 2014.

Peu auparavant, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a octroyé à l'assuré, par décision du 21 mai 2014, une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2013, celui-ci ayant présenté une incapacité de travail entière depuis le 10 décembre 2012.

Le 28 mai 2014, le tribunal a invité les parties à consulter le dossier AI au greffe et leur a imparti un délai échéant au 27 juin 2014 pour déposer leurs déterminations.

Dans ses déterminations du 27 juin 2014, la défenderesse a réitéré le point de vue selon lequel la réserve de santé était pleinement valable dans le cas d'espèce.

Dans ses déterminations du 15 juillet 2014, le demandeur a pour sa part réaffirmé son point de vue selon lequel la défenderesse ne pouvait s'écarter des chiffres mentionnés dans la fiche de prévoyance du 3 mai 2012.

Le 5 septembre 2014, le tribunal a invité la défenderesse à produire le règlement principal de la fondation dans sa teneur applicable

en 2012, lequel a été transmis le 12 septembre et communiqué au recourant le 16 septembre 2014.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

**b)** En vertu de l'art. 73 al. 1 LPP, chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit. Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c de la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; RSV 173.36]).

**c)** En matière de prévoyance professionnelle, les institutions de prévoyance ne sont pas habilitées à rendre des décisions proprement dites. Lorsqu'un litige surgit au sujet de prétentions qu'elles font valoir envers des assurés ou qu'elles leur refusent, ce litige doit se résoudre par la voie d'une action devant le tribunal compétent, de façon analogue à un litige privé (ATF 115 V 224 consid. 2).

**d)** L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224, 117 V 237, 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la loi fédérale du 5 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

**e)** En l'espèce, le demandeur a formé une opposition contre la communication de la défenderesse l'informant de la réserve pour raisons de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès. Déposée

devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle il a été engagé, cette « opposition », qu'il convient de convertir en action de droit administratif, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

**f)** Dans la mesure où l'action ne tend pas au paiement d'une somme d'argent, la cause doit être tranchée par une Cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 et 109 al. 1 LPA-VD).

**2. a)** Le litige porte sur l'institution par la défenderesse d'une réserve pour raisons de santé au détriment du demandeur, si bien qu'il relève exclusivement de la prévoyance plus étendue.

**b)** Plus précisément, les conclusions du demandeur tendent à ce que la Cour constate l'illicéité de cette réserve. Les conclusions du demandeur sont donc en réalité de simples conclusions en constatation. Pour que la recevabilité d'une action en constatation de droit puisse être admise, il faut que le demandeur puisse établir l'existence d'un intérêt à la constatation.

En effet, selon la jurisprudence (de droit privé) du Tribunal fédéral, c'est le droit fédéral qui régit les conditions dans lesquelles il est possible de demander au juge la constatation de l'existence ou de l'inexistence d'un droit relevant de la législation fédérale. L'action en constatation de droit est ouverte si la partie demanderesse a un intérêt important et digne de protection à la constatation immédiate de la situation de droit ; il n'est pas nécessaire que cet intérêt soit de nature juridique, il peut s'agir d'un pur intérêt de fait ; la condition est remplie notamment lorsque les relations juridiques entre les parties sont incertaines et que cette incertitude peut être levée par la constatation judiciaire ; pour cela, n'importe quelle incertitude ne suffit pas ; il faut au contraire que l'on ne puisse pas exiger de la partie demanderesse qu'elle tolère plus longtemps le maintien de cette incertitude, parce que celle-ci l'entrave dans sa liberté de décision. L'intérêt pratique à une constatation de droit fait normalement défaut pour le titulaire du droit lorsque celui-ci

dispose d'une action en exécution, en interdiction ou d'une action formatrice, immédiatement ouverte, qui lui permettrait d'obtenir directement le respect de son droit ou l'exécution de l'obligation. Dans ce sens, l'action en constatation de droit est subsidiaire par rapport à une action condamnatoire ou une action formatrice (ATF 135 III 378 consid. 2.2 et les références citées).

La jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurances sociales, notamment s'agissant des litiges de prévoyance professionnelle, prévoit des conditions analogues, à propos de l'intérêt juridique dont doit pouvoir se prévaloir celui qui demande que soit prononcée une décision en constatation (ATF 128 V 41 consid. 3a, 117 V 318 consid. 1b ; TFA B 7/04 du 15 juin 2004 consid. 6.1).

A ce titre, le demandeur dispose d'un intérêt important et digne de protection à l'examen du caractère illicite de la réserve pour raisons de santé formulée par la demanderesse, dans la mesure où la réponse à cette question est susceptible d'avoir une influence quant au montant des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle auxquelles il pourra éventuellement prétendre.

**3. a)** Dans les limites de la LPP, les institutions de prévoyance sont en droit, en vertu de l'autonomie que leur confère l'art. 49 al. 2 LPP, d'aménager librement la prévoyance plus étendue.

Lorsqu'une institution de prévoyance professionnelle décide d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées par la loi, les employés assurés sont liés à l'institution par un contrat innommé (*sui generis*) dit de prévoyance (ATF 131 V 27 consid. 2.1). Le règlement de prévoyance constitue le contenu préformulé de ce contrat, à savoir ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concluants.

**b)** Les institutions de prévoyances qui étendent la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées par la loi sont notamment

habilitées à restreindre la protection conférée par la couverture d'assurance en instaurant une réserve pour raisons de santé. Selon l'art. 331c CO, les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raisons de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès. La durée de ces réserves est de cinq ans au plus (ATF 130 V 9 consid. 4.2).

Une réserve pour raisons de santé est une restriction individuelle, concrète et limitée dans le temps de la couverture d'assurance dans un cas particulier (cf. ATF 127 III 235 consid. 2c). La réserve doit donc être formulée de façon explicite, datée et communiquée à la personne assurée au moment de son entrée dans l'institution de prévoyance (TFA B 110/01 du 24 novembre 2003 consid. 4.3, in SVR 2004 BVG n° 13 p. 40). Elle ne déploie ses effets qu'au moment où le cas d'assurance survient et qu'il en résulte un devoir pour l'assureur d'allouer des prestations. L'assureur est délié de son obligation de prester dans la mesure du risque réservé (TF 9C\_104/2007 du 20 août 2007 consid. 6.3, in SVR 2008 BVG n° 18 p. 69, 9C\_810/2011 du 4 juin 2012 consid. 3.2).

**c)** Une réserve de santé avec effet rétroactif n'est pas valable, même dans le cas où l'assuré n'a pas répondu de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation – ce qui amène l'institution de prévoyance à ne pas formuler de réserve pour raison de santé – et que l'institution de prévoyance découvre après coup la réticence de son assuré. L'art. 331c CO, et donc la possibilité d'émettre une réserve pour raison de santé, ne vaut que pour les réserves que l'institution de prévoyance a émises lors de l'entrée de l'assuré dans l'institution de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 4.4). Lorsque l'assuré viole son devoir de renseigner et que l'institution de prévoyance l'apprend après coup, elle ne peut corriger la situation qu'en se départissant du contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 5.1 ; 9C\_810/2011 du 4 juin 2012 consid. 4.2.1).

**d)** Sous son art. 11 (« *Examen médical et réserves* »), le règlement principal de la fondation de prévoyance X.\_\_\_\_\_ (version 2010) :

« 1. L'admission à la prévoyance professionnelle supérieure au minimum LPP et l'augmentation de la couverture d'assurance ont lieu sur la base d'une déclaration de santé à compléter par l'assuré. Cette déclaration revêt la forme de réponse à un questionnaire de santé établi par la Fondation.

2. La Fondation peut exiger en outre un examen médical ou un rapport médical concernant l'assuré, effectué ou établi par un médecin choisi et rétribué par elle.

3. Sur la base du bilan de santé, la Fondation peut formuler une ou plusieurs réserves pour les prestations en cas d'invalidité ou de décès. Dans ce cas, la Fondation notifie sa décision, par écrit, à l'assuré.

4. Toute réserve médicale devient caduque après cinq ans. Il est également tenu compte de la durée déjà écoulée d'une réserve auprès d'une autre institution de prévoyance.

5. La couverture de prévoyance acquise par la prestation de sortie apportée n'est pas réduite par une nouvelle réserve médicale.

6. Si le cas d'assurance qui avait fait l'objet d'une réserve médicale se réalise, les prestations qui en découlent sont réduites aux prestations minimales légales jusqu'à leurs échéances.

7. La couverture prend effet lorsque la décision est notifiée par écrit à l'assuré. Jusqu'à cette date, une couverture provisoire limitée au minimum LPP est accordée. »

**4.** Ainsi que cela ressort clairement de l'art. 11 du règlement, l'admission à la prévoyance plus étendue dépend obligatoirement de la remise par l'assuré d'une déclaration de santé dûment remplie d'une part (al. 1 ; voir également l'art. 39 du règlement de prévoyance relatif aux conséquences en cas de réticence) et d'une prise de position formelle de l'institution de prévoyance d'autre part (al. 7). Faute de précision en ce sens, la procédure d'admission n'est pas soumise au respect de délais particuliers, si bien qu'il importe peu que la déclaration de santé n'ait été remise que tardivement et que le demandeur ait été informé de la réserve de santé le 30 janvier 2013. En raison du contenu clair des dispositions réglementaires, le demandeur ne saurait par ailleurs se plaindre d'une violation d'un éventuel devoir d'information de la part de la défenderesse. Sur le vu de l'ensemble de ces éléments, il convient de constater que la défenderesse a agi conformément au règlement de prévoyance et que la réserve de santé est pleinement valable.

**5.** On ne saurait par ailleurs prétendre que la fondation X. \_\_\_\_\_ a créé une apparence de droit à laquelle le demandeur pouvait se fonder de bonne foi.

**a)** Découlant directement de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après une décision, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (d) qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références).

**b)** Le demandeur ne saurait rien tirer en sa faveur des courriers de la fondation X. \_\_\_\_\_ des 25 avril et 14 mai 2012 et des fiches de prévoyance établies les 1<sup>er</sup> avril et 3 mai 2012. En effet, les renseignements contenus dans les certificats de prévoyance et les autres calculs individuels établis par les institutions de prévoyance ne constituent en règle générale pas, d'après la jurisprudence, des assurances précises auxquelles celles-ci sont tenues de se conformer en vertu du principe de la bonne foi. En effet, les renseignements qui figurent dans un certificat de prévoyance reflètent la situation de la personne assurée à un moment donné et n'ont qu'un rôle indicatif quant aux attentes d'assurance ; ils ne sauraient en principe préjuger du droit futur de la personne assurée

aux prestations (TF 9C\_224/2010 du 1<sup>er</sup> septembre 2010 consid. 3.1). S'il est vrai que la jurisprudence a considéré en certaines circonstances que de tels documents pouvaient susciter un « *état de confiance* » digne de protection (ATF 107 la 193 consid. 3c ; TFA B 43/05 du 2 décembre 2005 consid. 4, in SVR 2006 BVG n° 15 p. 53, et B 59/01 du 24 octobre 2003 consid. 4, in SVR 2004 BVG n° 9 p. 26), la situation est en l'espèce différente. Les documents dont se prévaut le demandeur ne constituent à l'évidence pas des contrats d'assurance, respectivement des promesses émises dans le cadre de l'examen d'une situation individuelle et concrète qui aurait fait suite, par exemple, à une question précise du demandeur ; il s'agit bien plutôt d'informations générales, données à titre indicatif dans le but de l'informer quant à ses attentes de prévoyance professionnelle. En effet, les courriers du 25 avril, intitulé « *Affiliation* » et du 14 mai 2012, intitulé « *Apport de libre passage* » avaient à l'évidence uniquement pour but d'informer le demandeur à propos de l'état actuel de sa prévoyance. Il n'existe en l'espèce pas le moindre indice qui laisserait à penser que la défenderesse aurait renoncé à procéder à un examen de la situation médicale conforme aux exigences de l'art. 11 du règlement de prévoyance pour octroyer au demandeur une couverture d'assurance complète. Au contraire, le courrier du 3 septembre 2012 confirme que X.\_\_\_\_\_ était dans l'attente de la déclaration de santé du recourant pour examiner si une réserve en raison d'une atteinte à la santé se justifiait ou non.

**6.** On ajoutera pour le surplus que selon l'expérience générale de la vie, la maladie qui a affecté le demandeur avant son affiliation auprès de la défenderesse fait partie des pathologies typiques qui conduisent à la formulation d'une réserve de santé. Il ne saurait par conséquent se déclarer surpris, compte tenu de son passé médical, par la décision prise par la défenderesse de l'exclure de la prévoyance plus étendue.

**7. a)** La réserve de santé émise par la défenderesse étant sur le vu de ce qui précède valable, il y a lieu de rejeter l'action en constatation formée par K.\_\_\_\_\_ à l'encontre de X.\_\_\_\_\_.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice.

**c)** Le demandeur, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

**d)** Bien que X. \_\_\_\_\_ obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part du demandeur. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, y compris dans une procédure d'action en matière de prévoyance professionnelle, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** La demande est rejetée.

**II.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- K. \_\_\_\_\_,
- Me Philippe Vogel (pour X. \_\_\_\_\_),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :