

2022

Rapport annuel

# Table des matières

	<b>Avant-propos de la Médiatrice</b>	<b>3</b>
<b>I</b>	<b>Partie générale</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Direction</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Conseil de fondation</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Chiffres sur l'évolution des cas</b>	<b>8</b>
	3.1 Entrées par matière	9
	3.2 Entrées par branche d'assurance	9
	3.3 Entrées par langue	10
	3.4 Interventions de l'Office de médiation	10
<b>4</b>	<b>Principes d'exécution de l'activité de médiation</b>	<b>12</b>
	4.1 Dans quels cas l'Office de médiation est-il compétent ?	12
	4.2 Quand l'Office de médiation ne peut-il pas aider les assurés ?	13
	4.3 Qui peut faire appel à l'Office de médiation et quelle est la marche à suivre?	14
	4.4 Que se passe-t-il si la personne assurée dispose d'une assurance de protection juridique ou si elle est représentée par un avocat ?	14
	4.5 Qu'est-ce que les assurés peuvent attendre de l'Office de médiation ?	14
	4.6 L'Office de médiation peut-il influencer sur la politique commerciale des assureurs-maladie ?	15
<b>II</b>	<b>Casuistique</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal</b>	<b>17</b>
	5.1 Conclusion du contrat selon la LAMal	17
	Cas 1 Affiliation	18
	Cas 2 Suspension de la couverture des accidents	20
	5.2 Changement de caisse	20
	<b>Condition 1   Résiliation dans les délais</b>	<b>21</b>
	Cas 3 Résiliation peu avant l'expiration du délai	21
	Cas 4 Résiliation par un tiers	22
	Cas 5 Révocation de la résiliation	23
	Cas 6 Plus de révocation possible de la résiliation	24

<b>Condition 2   Déclaration d'adhésion</b>	<b>25</b>
Cas 7 Plusieurs déclarations d'affiliation au cours de la même année	25
<b>Condition 3   Confirmation d'assurance subséquente</b>	<b>26</b>
Cas 8 Absence de confirmation d'assurance subséquente	26
<b>Condition 4   Pas d'arriérés</b>	<b>27</b>
Cas 9 Dette présumée d'un membre de la famille	27
Cas 10 Paiement des dettes à l'office des poursuites	28
Cas 11 Paiement des dettes par ordre bancaire ou directement au guichet postal ?	29
<b>6 Assurances complémentaires selon la LCA</b>	<b>30</b>
<b>6.1 Conclusion du contrat</b>	<b>30</b>
Cas 12 Refus de la demande	30
Cas 13 Violation de l'obligation d'information	30
Cas 14 Conclusion par portail en ligne	31
<b>6.2 Droit de révocation</b>	<b>32</b>
<b>6.3 Résiliation</b>	<b>33</b>
Cas 15 L'intermédiaire en assurances ne respecte pas son obligation d'information	33
Cas 16 Résiliation ordinaire	34
Cas 17 Résiliation extraordinaire	34
Cas 18 Assurance multiple	34
<b>6.4 Changement de caisse</b>	<b>36</b>
Cas 19 Assurance dentaire spéciale pour les enfants	36
<b>III Annexe</b>	<b>37</b>
<b>Lettre-modèle pour une déclaration d'adhésion</b>	<b>38</b>

# Avant-propos de la Médiatrice

Chers lecteurs

Chers assurés

Le rapport annuel 2022 est le dernier sous ma responsabilité. Après 10 ans d'activité en tant que Directrice de l'Office de médiation, je remettrai à la mi-2023 mon mandat à ma suppléante et successeur, Madame Susanne Müller Ineichen, et prendrai ma retraite.

J'ai décidé d'aborder un sujet qui constitue depuis des années un thème récurrent pour l'Office de médiation. Il s'agit de la conclusion d'une assurance et du changement de caisse dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et dans celui des assurances complémentaires selon la LCA.

Le présent rapport annuel n'a pas la prétention d'être exhaustif. Il vise uniquement à aider/soutenir toutes les personnes souhaitant conclure une nouvelle police d'assurance ou changer d'assureur de manière autonome, sans l'aide de tiers.

En cette occasion, j'aimerais déjà saisir l'occasion pour remercier très chaleureusement tous mes collaborateurs et collaboratrices pour leur admirable collaboration ainsi que le Conseil de fondation pour son soutien durant toutes ces années. Je tiens également à remercier nos interlocuteurs auprès des assureurs-maladie et de l'Institution commune LAMal pour leur bonne coopération.

Je vous souhaite une bonne lecture.

Morena Hostettler Socha

Lucerne, avril 2023



# I | **Partie générale**

# 1 | Direction

Au cours de l'année 2022, la Direction à Lucerne a été assurée par la Médiatrice (Morena Hostettler Socha), sa suppléante (Susanne Müller Ineichen), quatre juristes (Lorena Tronto, Caroline Maetzler, Caroline Stocker et Lukas Götz) ainsi que par deux experts confirmés de l'assurance-maladie (Charles Lorétan et Eliane Brechbühl). Au 31 décembre 2022, l'effectif du personnel s'élevait à 640%.



L'année 2022 a été une année de grands changements. Depuis novembre 2022, l'Office de médiation bénéficie d'un nouveau logo. Parallèlement, tout le système informatique a été remplacé par un nouveau système qui permet de numériser l'ensemble des flux de travail et des processus. Le site web a également été entièrement remanié au cours de l'année 2022. L'Office de médiation dispose dorénavant d'un site web moderne, adapté aux smartphones, et facilite la prise de contact des assurés via le formulaire web. Désormais, il est également possible de télécharger des annexes sur un canal sécurisé via le formulaire web.

## 2 | Conseil de fondation

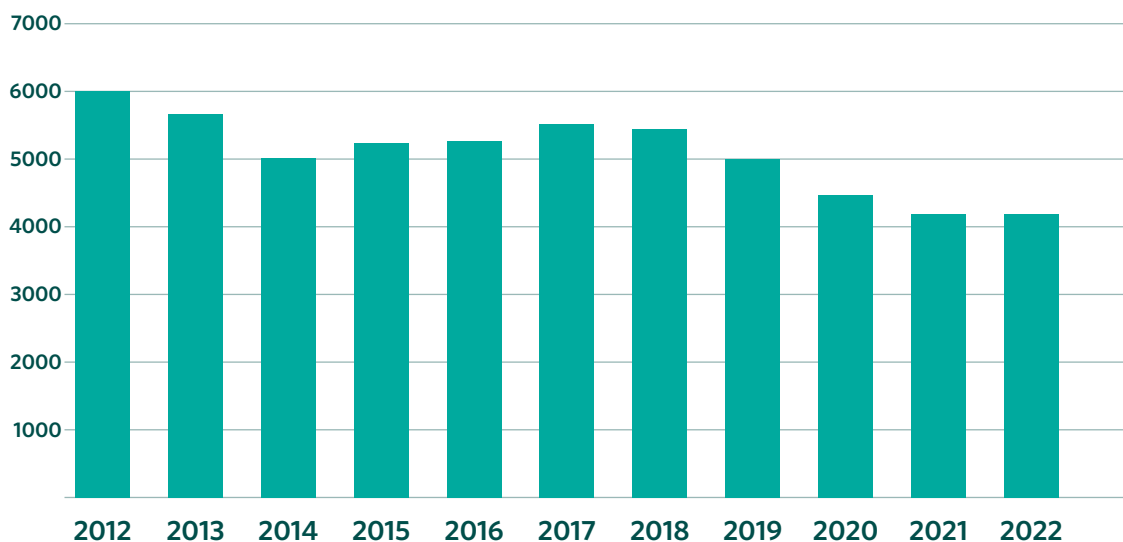
Au cours de l'année 2022, le conseil de fondation était composé de: Heinz Brand, Président ; Gabriella Chiesa Tanner, vice-présidente ; Andrea Azzola ; Joy Demeulemeester ; Nikolai Dittli ; Jean-François Steiert ; Ursula Schafroth Stoller.

Le Conseil de fondation s'est réuni le 26 avril 2022 pour examiner et approuver les comptes annuels de l'année 2021 et adopter le rapport annuel 2021. Il s'est en outre réuni le 24 novembre 2022 pour traiter du budget provisionnel 2023 et discuter de l'exercice comptable en cours. Par ailleurs, l'actuelle suppléante de Mme Morena Hostettler Socha, Mme Susanne Müller Ineichen, a été élue nouvelle médiatrice - après mise au concours du poste - à compter du 1er août 2023.



# 3 Chiffres sur l'évolution des cas

## Évolution du nombre de cas 2012 à 2022



La tendance à la baisse constante du nombre de cas depuis le début de la pandémie s'est poursuivie au cours du premier semestre 2022. Un revirement radical s'est produit à partir du 1er juillet 2022 le nombre de cas ayant augmenté de manière significative. Il y a plusieurs raisons à cela.

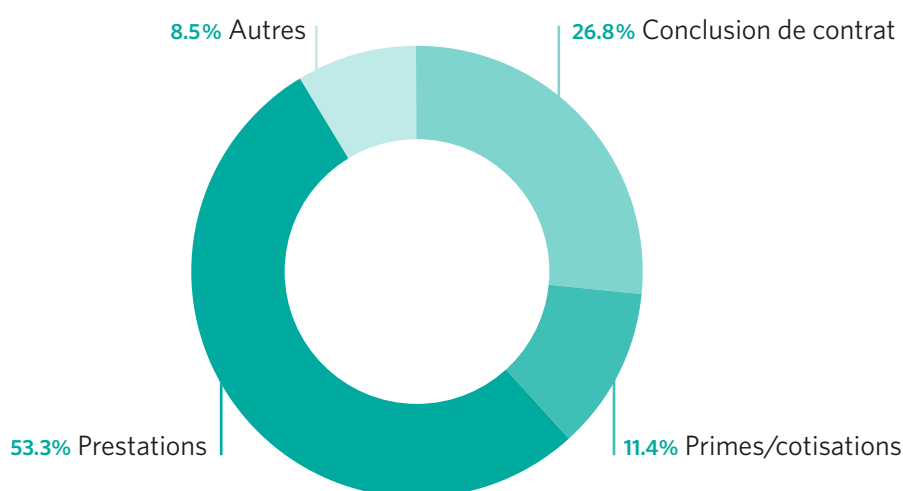
Au cours de l'année 2022, bien avant la publication par la Confédération des primes en vigueur pour 2023, les médias n'ont cessé d'avertir les assurés qu'ils devraient s'attendre à des hausses de primes massives. Cela a incité de nombreux assurés à changer d'assurance avant même l'annonce des nouvelles primes. Rétrospectivement, environ 25% des assurés ont changé d'assureur-maladie. Comme ces changements ne se font pas toujours sans heurts, l'Office de médiation en ressent les effets avant la fin de l'année déjà, avec un nombre accru de demandes.

Parallèlement, plusieurs modifications législatives sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 (par exemple, de nouvelles prestations dans l'assurance de base [comme dans le domaine de la podologie] ou la révision de la LCA). Cela a entraîné de multiples demandes auprès de l'Office de médiation. Il en va de même pour l'autorisation, à partir du 1er juillet 2022, des psychologues-psychothérapeutes d'exercer de manière indépendante et à leur propre compte à la charge de l'assurance obligatoire des soins

sur la base d'une prescription médicale préalable et les problèmes de droit transitoire que cela pose.

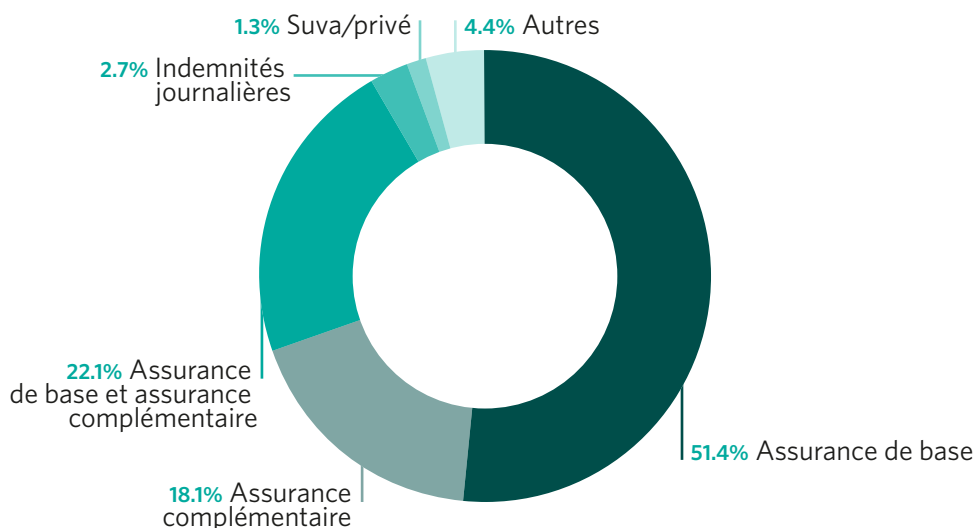
### 3.1 Entrées par matière

Au cours de l'année 2022, l'Office de médiation a recensé 4190 cas (en 2021 : 4176 cas). Cela correspond à une augmentation de 14 cas par rapport à l'année précédente. La tendance à la baisse des deux dernières années est ainsi provisoirement stoppée. La répartition par matière se présente comme suit: 2235 dossiers dans le secteur des prestations d'assurance (en 2021 : 2133 cas), 1121 dans le domaine de la conclusion d'assurance ou du changement d'assurance (en 2021 : 1090 cas) et 478 sur le thème des primes / cotisations (en 2021 : 557 cas). Les 356 dossiers restants concernaient d'autres domaines (en 2021 : 313 cas).



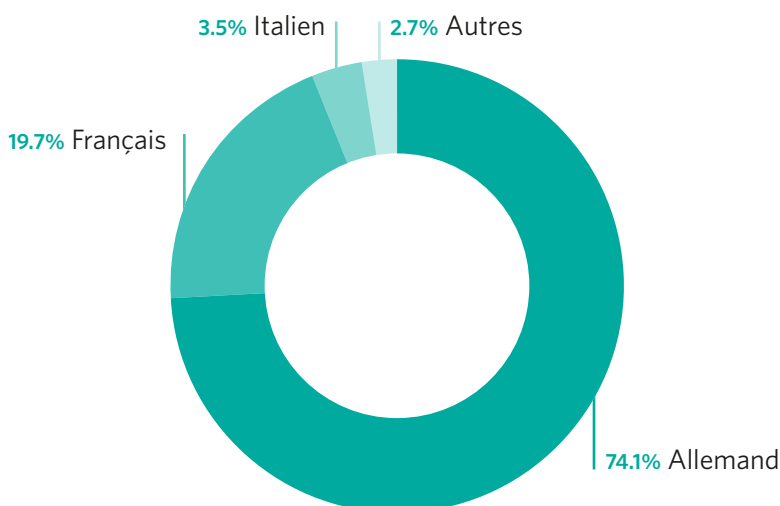
### 3.2 Entrées par branche d'assurance

2155 cas concernaient l'assurance de base (en 2021 : 2224 cas), 757 cas uniquement l'assurance complémentaire (en 2021 : 769 cas), 926 cas les deux branches d'assurance (en 2021 : 855 cas). L'assurance d'indemnités journalières a été le sujet principal dans 112 cas (en 2021 : 98 cas). Dans 57 cas, nous avons dû renvoyer les assurés à l'Office de médiation de l'assurance privée et de la SUVA (en 2021 : 67 cas). Les 183 cas restants concernaient des demandes qui n'étaient pas en rapport avec l'assurance-maladie, mais qui concernaient pour la plupart d'autres assurances sociales (AI, AVS, LAA, AC).



### 3.3 Entrées par langue

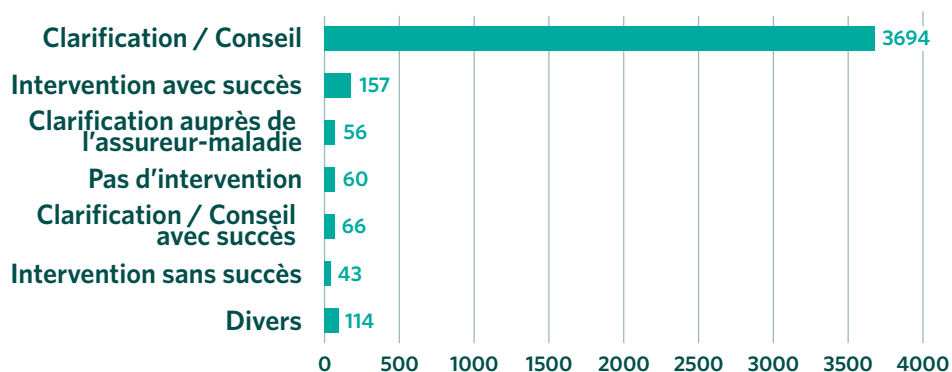
3106 entrées étaient en allemand (en 2021 : 3067), 827 en français (en 2021 : 876), 148 en italien (en 2021 : 203) et 109 dans d'autres langues (surtout l'anglais) (en 2021 : 30).



### 3.4 Interventions de l'Office de médiation

Dans 3694 cas, soit 88% de toutes les demandes, l'Office de médiation a pu confirmer la décision de l'assureur et l'expliquer à la personne assurée (en 2021 : 3844 cas). Dans 200 cas, l'Office de médiation a présenté à l'assureur-maladie une demande de réexamen de la décision contestée par la personne assurée (en 2021 : 239 cas) et a obtenu gain de cause 157 fois (en 2021 : 185 fois), ce qui correspond à un taux de réussite de 78,5% (en 2021 : plus de 77%). Dans 60 cas, l'Office de médiation a renoncé à intervenir (par exemple, lorsqu'une décision avait été rendue et que les voies de droit étaient donc déjà ouvertes). Dans 56 cas, nous avons simplement demandé à l'assureur des documents que nous n'avions pas obtenus des assurés en raison de problèmes linguistiques ou liés à l'âge (en 2021 : 40 cas). Dans 66 cas, nous avons pu éclaircir la situation juridique avec les assurés, de sorte qu'ils ont pu résoudre eux-mêmes avec succès leur problème avec l'assureur (en 2021 : 53 cas). 114 cas

ont été enregistrés sous divers (p. ex. lorsqu'au cours d'une demande téléphonique, la personne assurée indiquait avoir une assurance de protection juridique ou qu'elle voulait parler de la politique de santé de la Confédération en général).



# 4 Principes d'exécution de l'activité de médiation

Cette année encore, nous souhaitons présenter le rôle et l'activité de l'Office de médiation. En effet, des personnes s'adressent régulièrement à l'Office de médiation avec des demandes qui ne relèvent pas de son domaine d'activité. Ainsi, des assurés le considèrent à tort comme une assistance juridique gratuite à laquelle ils peuvent donner des instructions, ou le confondent avec une instance judiciaire dont la saisine interrompt des délais en cours. Des fournisseurs de prestations, mais aussi d'autres institutions et représentants d'intérêts le considèrent comme un service de renseignements juridiques ou comme un centre d'expertises, dont les avis peuvent également être utilisés à des fins politiques. Certains collaborateurs de assurances-maladie ne savent apparemment pas toujours dans quels cas ils peuvent ou non diriger leurs assurés vers l'Office de médiation. Conformément à l'acte de fondation et au règlement y afférent, la tâche principale de l'Office de médiation est de mettre un terme aux malentendus entre les assurés et leurs assureurs et de trouver des solutions en cas de divergences d'opinion.

## 4.1 Dans quels cas l'Office de médiation est-il compétent ?

L'Office de médiation est compétent lorsqu'il existe un rapport d'assurance dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et/ou un contrat dans le domaine des assurances complémentaires selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les parties impliquées doivent être une personne assurée en maladie et une assurance-maladie reconnue conformément aux articles 2 à 5 de la loi sur la surveillance de l'assurance maladie (LSAMal). Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, ce sont surtout les thèmes suivants qui préoccupent les assurés :

- » obligation d'assurance (adhésion, exemption, suspension)
- » les formes particulières d'assurance (franchises à option, assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, etc.)
- » changement de caisse
- » prestations (en cas de maladie, d'accident [uniquement à titre subsidiaire], de maternité)
- » prestations à l'étranger
- » soins dentaires

- » primes et participations aux coûts
- » recouvrement de créances
- » assurance facultative d'indemnités journalières
- » protection des données (obligation de collaborer, accès au dossier), etc.

Dans le domaine des assurances complémentaires, il s'agit principalement des thèmes suivants :

- » proposition d'assurance
- » violation de l'obligation d'information
- » recouvrement de créances
- » prestations
- » prescription
- » justification du droit à l'assurance
- » assurance d'indemnités journalières
- » obligation de réduire les dommages
- » double assurance, etc.

## 4.2 Quand l'Office de médiation ne peut-il pas aider les assurés ?

Les possibilités d'intervention de l'Office de médiation sont limitées : si l'assureur a déjà rendu une décision formelle avec indication des voies de droit dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, la voie juridique est engagée et une intervention de l'Office de médiation n'est plus possible. Il ne donne en principe pas d'avis sur les chances de succès d'un procès ni de conseils sur la marche à suivre dans une procédure judiciaire en cours. L'Office de médiation n'est pas compétent dans les cas suivants :

- » en cas de litige entre les prestataires de soins et leurs patients, lorsqu'il s'agit par exemple de questions de traitements ou de responsabilité civile. Dans ce cas, il doit orienter les assurés vers l'Office de médiation des médecins (en général dans leur canton de résidence) ou vers une association de patients ou encore un avocat spécialisé.
- » En cas de divergences entre services administratifs et citoyens concernant les réductions de primes ou les prestations complémentaires. Selon le canton ou la ville, il existe des services de médiation de droit public auxquels on peut s'adresser.
- » En cas de divergence d'appréciation de certains services publics (par exemple les services sociaux) qui ne sont pas d'accord sur la répartition des arriérés de primes.
- » Pour le contrôle des primes d'assurance de base et d'assurance complémentaire approuvées. Les assureurs-maladie ne peuvent appliquer que des primes approuvées et donc obligatoires, dont le calcul ne peut pas être remis en question par l'Office de médiation. Ce dernier ne peut intervenir que si une personne est classée de façon erronée au sein même d'un tarif approuvé.

- » Pour le comportement fautif d'intermédiaires d'assurance non liés, pour lequel l'assureur lui-même ne doit pas répondre. Dans tous ces cas, l'Office de médiation se limite à fournir des renseignements et des indications succincts.

### 4.3 Qui peut faire appel à l'Office de médiation et quelle est la marche à suivre?

En premier lieu, ce sont les assurés eux-mêmes qui s'adressent à l'Office de médiation. Dans la plupart des cas, ils le font par téléphone ou au moyen du formulaire web disponible sur notre site Internet ([www.om-kv.ch](http://www.om-kv.ch)), qui permet également de télécharger des documents de manière sécurisée.

L'Office de médiation est de plus en plus souvent sollicité par des prestataires de soins et des services sociaux qui interviennent en faveur de leurs patients et clients ayant des problèmes avec leur assureur. Lorsque les patients ou les clients le demandent expressément, l'Office de médiation entre également en matière sur de telles demandes. Ce n'est cependant pas son rôle de faire le travail d'autres organisations ou de s'immiscer dans les litiges de politique tarifaire entre fournisseurs de prestations et assureurs. Il existe d'autres organismes pour cela. Face aux demandes des assurés suivis par les services sociaux, l'Office de médiation agit avec réserve et se limite à donner des renseignements juridiques par oral. L'Office de médiation est aussi très souvent contacté par des fiduciaires au nom de leurs clients. Là aussi, l'Office de médiation fait preuve de retenue. En effet, son service gratuit devrait profiter aux assurés eux-mêmes et non aux entreprises qui gagnent de l'argent en les conseillant.

### 4.4 Que se passe-t-il si la personne assurée dispose d'une assurance de protection juridique ou si elle est représentée par un avocat ?

L'Office de médiation n'intervient pas lorsque les assurés sont au bénéfice d'une assurance de protection juridique ou sont déjà représentés par un avocat. Or, il arrive malheureusement souvent que les assurances de protection juridique – au lieu de fournir la prestation assurée (conseil juridique et représentation par un avocat) – renvoient directement les assurés à l'Office de médiation afin que celui-ci les aide gratuitement. Ces assurés ont donc payé des primes auprès de leur assurance de protection juridique pour une prestation qu'ils ne peuvent pas recevoir. L'Office de médiation de l'assurance privée et de la SUVA à Zurich, à laquelle sont affiliées quasiment toutes les assurances de protection juridique, est compétente en matière de litiges concernant les prétentions à l'encontre des assurances de protection juridique.

### 4.5 Qu'est-ce que les assurés peuvent attendre de l'Office de médiation ?

L'Office de médiation évalue la situation des assurés et leur prodigue des conseils lorsqu'ils ne parviennent pas à trouver une solution avec leur assureur. Les questions sont examinées en détail. Le cas échéant, une intervention a lieu directement auprès

de l'assureur. Les interventions et les prises de position se font dans la grande majorité des cas par écrit. Si l'affaire est urgente, les assureurs sont exceptionnellement contactés par téléphone ou par e-mail. L'Office de médiation dispose auprès de chaque assureur d'interlocuteurs qui reçoivent directement ses demandes, les examinent et y répondent. Si l'Office de médiation constate que la personne assurée est dans son tort, il lui expose les dispositions légales et contractuelles ainsi que la jurisprudence. Il lui explique le système d'assurance et lui donne des conseils pour éviter de nouveaux malentendus.

#### **4.6 L'Office de médiation peut-il influencer sur la politique commerciale des assureurs-maladie ?**

L'activité de l'Office de médiation s'exerce au cas par cas et se fonde sur le droit en vigueur ainsi que sur la jurisprudence. L'Office de médiation n'est pas une autorité de surveillance des assureurs-maladie et ne peut pas leur donner des directives, que ce soit de manière générale ou dans un cas particulier. Son rôle est la médiation, laquelle présuppose toutefois la confiance fondamentale de la personne assurée et de l'assureur. Le règlement de la fondation autorise l'Office de médiation à informer les associations faitières des assureurs-maladie ou le public lorsque les plaintes des assurés s'accumulent dans un domaine. Il s'adresse toutefois en premier lieu à l'assureur concerné et suggère directement des améliorations. Il sert ainsi à garantir le contrôle-qualité dans la branche et peut, dans certains domaines, exercer une réelle influence sur la politique commerciale des assureurs. Il arrive régulièrement que l'Office de médiation prenne contact avec les directions des assurances-maladie et signale par exemple une accumulation de problèmes. En règle générale, les assureurs accueillent favorablement de telles interventions et sont généralement prêts à offrir des solutions non bureaucratiques.



# II | Casuistique

# 5 | L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

## 5.1 Conclusion du contrat selon la LAMal

La conclusion pure et simple (sans changement d'assureur) ne concerne en général que le nouveau-né ou une personne venant de l'étranger qui s'installe en Suisse.

L'art. 3 al. 1 LAMal stipule que toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer ou être assurée par son représentant légal pour les soins en cas de maladie dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

Lors de la **naissance d'un enfant**, il faut savoir que seuls les frais de soins et de séjour d'un nouveau-né en bonne santé sont pris en charge par l'assureur de la mère tant que celle-ci séjourne à l'hôpital (art. 29 al. 2 let. d LAMal). Au vu des complications pouvant survenir au moment de la naissance, il est conseillé que l'enfant dispose lui aussi de sa propre assurance obligatoire de soins dès qu'il voit le jour. De même, les examens de suivi de l'enfant effectués après l'hospitalisation ne sont pris en charge que si un contrat d'assurance a été conclu pour l'enfant dans les trois mois suivant sa naissance.

**Notre recommandation** : les parents devraient préparer une déclaration d'affiliation écrite pour leur enfant avant sa naissance, qu'ils n'auront plus qu'à compléter avec son nom et sa date de naissance et à envoyer à l'assureur dès que l'enfant sera né. Pour des questions de preuve, cette déclaration devrait être envoyée par lettre recommandée ou par « Courrier A Plus ». La conclusion d'une assurance complémentaire prénatale est utile pour éviter des exclusions de prestations par la suite. Toutefois, il convient de relever que les assureurs ne proposent pas une admission sans réserve pour l'ensemble de leurs produits.

Dans le cas d'une **personne venant de l'étranger s'installant en Suisse et qui souhaite s'affilier**, il faut savoir que la première affiliation auprès d'une assurance-maladie reconnue en Suisse est prioritaire par rapport à toute déclaration d'adhésion ultérieure auprès d'un autre assureur.

Pour conclure le contrat, il suffit que la personne souhaitant s'affilier déclare son adhésion auprès d'un assureur-maladie reconnu selon le droit suisse (cf. [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch)) (pour des questions de preuve, par lettre recommandée ou par « Courrier A Plus »). Elle doit en outre indiquer à l'assureur, outre ses nom et prénom, sa date de naissance et son adresse, la franchise, la couverture accident et le paiement des primes souhaités, ainsi que ses coordonnées bancaires ou postales.

Si une personne souhaitant s'affilier à l'assurance arrive en Suisse au cours de l'année civile, elle ne peut souscrire que l'assurance standard, qui prévoit une franchise de 300 CHF pour les adultes (art. 64 al. 2 let. a LAMal et art. 103 al. 1 OAMal) et de 0 CHF pour les enfants (art. 64 al. 4 LAMal). Le choix d'une franchise plus élevée ne peut se faire que pour le début d'une année civile (art. 94 al. 1 OAMal).

Seules les personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative (p. ex. enfants, femmes ou hommes au foyer, retraités) ou qui travaillent à temps partiel moins de huit heures par semaine chez le même employeur, ainsi que les indépendants qui n'ont pas conclu d'assurance LAA facultative selon l'art. 4 LAA ont besoin d'une couverture accidents (cf. art. 1a al. 2 let. b LAMal).

Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal). Sur demande de la personne assurée, l'assureur peut aussi établir une facture tous les deux mois, tous les six mois ou une fois par année.

Une lettre-type pour une déclaration d'affiliation, qui doit être adaptée individuellement selon les cas (par exemple en ce qui concerne la couverture accidents et / ou l'établissement bancaire), se trouve en annexe de ce rapport annuel.

## Cas 1 Affiliation

Une étrangère s'est installée en Suisse et s'est inscrite auprès du contrôle des habitants. Celui-ci l'a informée qu'elle devait s'assurer pour les soins médicaux auprès d'un assureur-maladie reconnu en Suisse dans un délai de trois mois à compter de sa prise de domicile. L'assureur consulté lui a cependant fait savoir qu'une adhésion était impossible tant qu'elle ne pouvait pas présenter de permis de séjour. Lorsqu'elle a finalement pu présenter son permis à l'assureur, l'autorité cantonale responsable du contrôle de l'obligation d'assurance l'avait déjà assujettie obligatoirement à un autre assureur par décision. Cette dame s'est soudain retrouvée doublement assurée, ce qui, selon elle, n'était pas autorisé en raison de l'interdiction de la double assurance en vigueur dans l'assurance obligatoire des soins. Mais aucun des assureurs ne voulait la laisser partir : le premier faisait valoir qu'elle avait déposé sa déclaration d'adhésion en premier chez lui, raison pour laquelle il avait la priorité, le second invoquait l'injonction des autorités qu'il devait respecter. Des mois se sont écoulés, l'assurée a été mise aux poursuites entre-temps, jusqu'à ce que l'office des poursuites lui recommande de s'adresser à l'Office de médiation.

Nous lui avons confirmé qu'une double assurance était interdite dans le domaine de la LAMal (ATF 130 V 448 consid. 3.1). Comme une intervention directe de notre part n'aurait rien apporté, nous lui avons conseillé de s'adresser à l'autorité cantonale responsable du contrôle de l'obligation d'assurance, de déposer une demande de levée de l'assujettissement obligatoire et de démontrer qu'elle s'était déjà annoncée auprès de sa assurance-maladie avant que la décision ne soit rendue. L'assureur qu'elle avait choisi avait donc la priorité. Le fait que l'assureur ne l'ait pas acceptée immédiatement lors de son inscription ne jouait aucun rôle. L'assurée a suivi notre conseil et a obtenu gain de cause. L'autorité compétente a annulé la décision d'assujettissement obligatoire et l'assureur auprès duquel elle avait été assujettie obligatoirement a dû la laisser partir. En l'absence d'annulation de la décision, l'assureur auprès duquel elle avait été obligatoirement assurée n'aurait pas été autorisé à annuler le contrat de sa propre initiative.

Le cas présenté (même avec différentes variantes) n'est pas un cas isolé. Nous nous demandons pourquoi les assureurs refusent toujours les personnes souhaitant s'affilier parce qu'elles ne peuvent pas présenter de documents de séjour ou d'autres documents de police. Après tout, le législateur prévoit une obligation d'assurance uniquement pour les personnes domiciliées en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal en relation avec l'art. 1 al. 1 OAMal). Aucune autre condition n'est exigée, ce que la jurisprudence du Tribunal fédéral a déjà confirmé.

«Le domicile civil d'une personne, auquel renvoie l'art. 1 al. 1 OAMal, se trouve au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC) et dont elle a fait le centre de ses intérêts vitaux. Pour établir le domicile, deux conditions doivent donc être remplies : un élément extérieur objectif, le séjour, et un élément intérieur subjectif, l'intention de demeurer durablement. Selon la jurisprudence, ce n'est pas la volonté subjective qui compte, mais l'intention qui doit être reconnaissable pour les tiers (ATF 133 V 309 consid. 3.1. p. 312 ; 125 V 76 consid. 2a p. 77 ; toujours avec renvois). Le lieu déterminant est donc celui où se trouve le centre des relations de vie. Il s'agit normalement du lieu de résidence, c'est-à-dire de l'endroit où la personne concernée dort, passe son temps libre, conserve ses effets personnels et dispose habituellement d'un raccordement téléphonique ainsi que de son adresse postale. L'intention reconnaissable pour les tiers se rapporte au séjour durable - c'est-à-dire au sens de «jusqu'à nouvel ordre». Toutefois, l'intention de quitter ultérieurement un lieu n'exclut pas la prise de domicile. Le domicile est maintenu dans ce lieu aussi longtemps qu'un nouveau n'est pas créé ailleurs (art. 24 al. 1 CC ; arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] P 21/04 du 8 août 2005 consid. 4.1.1 avec renvois, in SVR 2006 PC n° 7 p. 25 avec renvois). **N'est notamment pas pertinent le fait que la personne possède une autorisation d'établissement ou de séjour délivrée par la police des étrangers** (ATF 129 V 77 consid. 5.2 p. 79 ; 125 V 76 consid. 2a p. 78 avec renvois ; arrêt 9C\_98/2017 du 9 juin 2017 consid. 3.3)». (arrêt 9C\_546/2017 du 30 avril 2018 consid. 3.2).

**Recommandation :** si un assureur refuse - malgré une jurisprudence claire du Tribunal fédéral - d'accepter une personne souhaitant s'affilier parce qu'elle n'a pas encore obtenu de permis de séjour ou autre, cette personne devrait alors envoyer par lettre

recommandée (ou par « Courrier A Plus ») une déclaration d'adhésion à l'assureur de son choix et reconnu par la loi sur l'assurance-maladie (cf. lettre type un annexe au présent rapport), et ce dans les trois mois à compter de la prise de domicile. En outre, il ne faut pas oublier de faire une copie de la lettre et du récépissé de la poste pour la lettre recommandée (ce dernier jaunit rapidement et devient illisible après quelques mois). On est ainsi protégé vis-à-vis de l'autorité responsable du contrôle de l'obligation d'assurance. Parallèlement, un éventuel droit aux prestations est également garanti rétroactivement à partir de la prise de domicile et aucun supplément de prime n'est dû en raison d'une affiliation tardive (art. 5 al. 2 LAMal en relation avec l'art. 8 OAMal).

En outre, lorsqu'il reçoit la déclaration d'adhésion LAMal, l'assureur doit clarifier si et à partir de quand il existe un domicile en Suisse. De plus, il doit vérifier si un candidat à l'assurance n'est pas venu en Suisse dans l'unique but d'y recevoir des traitements médicaux (art. 2 al. 1 let.b OAMal)

## Cas 2 Suspension de la couverture des accidents

Une personne arrivant de l'étranger s'était assurée à temps auprès d'un assureur-maladie agréé au cours du troisième mois suivant sa prise de domicile en Suisse. Ce n'est qu'au moment de son affiliation qu'il a pu informer l'assureur qu'il était assuré contre les accidents par le biais de son employeur. Il ne comprenait pas pourquoi la suspension de la couverture des accidents ne pouvait pas commencer au moment de la prise de domicile en Suisse, comme c'est le cas dans l'assurance obligatoire des soins.

Nous avons tout d'abord expliqué à l'assuré l'art. 8 LAMal et l'art. 11 al. 1 OAMal, selon lesquels la suspension (de la couverture des accidents) a lieu sur demande écrite de la personne assurée et déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit la demande. Par conséquent, il n'y a pas d'automatisme pour la suspension en cas d'accident.

Nos investigations auprès de l'autorité de surveillance compétente ont en outre révélé que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), se basant sur l'art. 8 LAMal et sur le libellé clair de l'art. 11 al. 1 OAMal, avait toujours nié toute exception à une suspension rétroactive de la couverture des accidents. L'OFSP veut maintenir cette pratique, même si la personne assurée n'est pas responsable du retard temporel. Dans le sens d'une pratique constante, l'Office fédéral a défendu le même point de vue dans le cas d'espèce de la personne arrivant de l'étranger qui a été assurée rétroactivement. Nous en avons informé l'assuré.

## 5.2 Changement de caisse

Le **changement de caisse** fait également l'objet de demandes récurrentes auprès de l'Office de médiation, car pas tout le monde ne sait à partir de quand le changement est considéré comme **juridiquement valable**.

C'est le cas **lorsque les quatre conditions mentionnées ci-dessous sont réunies** :

1. La **résiliation** de la personne assurée est parvenue à l'ancien assureur dans les délais.
2. Le nouvel assureur a reçu la **déclaration d'affiliation** de la part de la future personne assurée.
3. Le futur assureur a communiqué à l'ancien que la personne souhaitant s'affilier est assurée chez lui sans interruption de la couverture d'assurance. Il s'agit de la **confirmation d'assurance subséquente** (cf. art 7 al. 5 LAMal).
4. La personne souhaitant s'affilier à l'assurance doit avoir payé avant son transfert auprès du nouvel assureur d'éventuels arriérés de primes ayant fait l'objet d'une sommation jusqu'à un mois avant l'expiration du délai de résiliation.

Pour chacune de ces quatre conditions, nous expliquons ci-après, à l'aide de cas portés devant l'Office de médiation, comment il peut arriver que des changements de caisse échouent.

### Condition 1 | Résiliation dans les délais

Il convient tout d'abord de distinguer entre la résiliation ordinaire et la résiliation extraordinaire. La première a lieu en règle générale pour la fin de l'année civile, moyennant un préavis de trois mois (art. 7 al. 1 LAMal); la seconde a lieu pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois (art. 7 al. 2 LAMal).

Ces délais ne doivent pas être respectés en cas de changement de résidence en dehors de la zone d'activité de l'assureur (s'il n'est actif que dans le canton du Valais, par exemple) ou en cas de changement d'emploi (où, par exemple, l'employeur oblige tous les nouveaux employés à s'affilier à une assurance collective de l'entreprise). Au contraire, la personne assurée doit quitter l'assureur, car le rapport d'assurance prend fin de par la loi au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès du nouvel employeur (art. 7 al. 3 LAMal).

### Cas 3 Résiliation peu avant l'expiration du délai

Une personne assurée a voulu résilier son assurance obligatoire des soins pour la fin de l'année. Le vendredi 28 novembre, elle a déposé sa lettre (pour des questions de preuve) par courrier recommandé au guichet de la poste. Par la suite, l'assureur lui a fait savoir que la lettre de résiliation n'était arrivée que le lundi suivant, le 1er décembre et, partant, tardivement. Elle ne pouvait donc pas changer de caisse - comme prévu - au 1er janvier. Les recherches effectuées par l'assurée ont révélé que le collaborateur responsable au bureau de poste avait déposé sa lettre recommandée le 29 novembre dans la boîte postale réservée à l'assureur. Elle nous a donc demandé si le refus de la résiliation au 31 décembre était légal.

Dans le cas présent, la décision de refus de l'assureur était correcte pour les raisons suivantes :

La déclaration de résiliation, en tant que droit formateur unilatéral et abrogatif, est toujours soumise à réception et ne déploie ses effets que lorsqu'elle parvient dans la sphère de maîtrise du destinataire. Elle ne peut pas déployer cet effet en cas de remise dans la boîte postale, notamment dans le cas des lettres recommandées qui ne sont remises que contre signature. Pour cette raison, le délai de résiliation n'est considéré comme respecté que si la lettre de résiliation parvient à l'assureur au plus tard le dernier jour ouvrable précédant l'expiration du délai légal aux heures de bureau habituelles. **C'est donc la date de réception qui fait foi et non le cachet de la poste.**

En ce qui concerne les lettres recommandées, il convient en outre de noter que celles-ci sont considérées comme notifiées au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution (cf. art. 38 al. 2bis LPGA). Nous recommandons donc toujours aux assurés d'envoyer les résiliations faites par lettre recommandée au plus tard 10 jours avant la fin du délai de résiliation.

Dans le cas précité, même un envoi de la résiliation par « Courrier A Plus » n'aurait servi à rien, car le samedi se situe pas dans les heures de bureau habituelles d'un assureur.

**Recommandation :** Nous conseillons aux personnes qui décident de résilier l'assurance obligatoire des soins au dernier moment de porter leur résiliation écrite en double exemplaire au guichet de la succursale la plus proche de l'assureur et de demander à l'un des collaborateurs sur place de leur délivrer un accusé de réception. Un employé de l'assureur apposera sur l'une des deux copies de la résiliation écrite sa signature avec le cachet de l'assureur, y compris le lieu et la date et la remettra à l'assuré. L'autre exemplaire sera conservé par l'assureur.

#### **Cas 4 Résiliation par un tiers**

Le intermédiaire ou le futur assureur proposent régulièrement aux personnes désirant s'affilier auprès d'un nouvel assureur de s'occuper de la transmission de leur résiliation à l'ancien assureur. Au plus tard lorsque la personne assurée reçoit, au cours de la nouvelle année, des factures de primes tant de l'ancien que du nouvel assureur, elle réalise que les choses ne se sont pas passées comme elles devaient.

**Si la résiliation a été envoyée tardivement ou pas du tout, il n'est plus possible de changer de caisse à la date souhaitée.**

**Recommandation :** Dans un tel cas, nous conseillons aux assurés de procéder immédiatement aux vérifications nécessaires auprès de leur ancien assureur. Celui-ci peut indiquer si et quand la résiliation lui est parvenue.

Si le nouvel assureur ou son agent d'assurance (intermédiaire lié) a – malgré sa promesse – tardé à envoyer la résiliation à l'ancien assureur ou ne l'a pas envoyée du tout, il a ainsi empêché la personne assurée de changer de caisse et est tenu de lui verser des dommages-intérêts (application par analogie de l'art. 7 al. 5 LAMal). Le dommage consiste généralement en la différence de prime pour la nouvelle année ou, dans certains cas, également en la différence de franchise si la personne assurée entendait réduire sa franchise à 300 CHF auprès de son nouvel assureur (p. ex. en raison d'une opération prévue en janvier) mais qu'elle conserve une franchise élevée en raison de l'empêchement du changement de caisse.

S'il s'agit en revanche d'un intermédiaire non lié, la personne lésée ne peut pas rendre l'assureur responsable de son comportement. Elle peut uniquement réclamer des dommages et intérêts à l'intermédiaire ou à son employeur (société de courtage) par la voie civile.

Depuis le 1er janvier 2021, les assurés ont également la possibilité de s'adresser à la «Commission de surveillance de l'accord de branche concernant les « intermédiaires » pour se plaindre du comportement d'un courtier ([www.inter-mieux.ch](http://www.inter-mieux.ch)). Cette commission surveille le respect de l'accord de branche par les assureurs-maladie qui y ont adhéré en ce qui concerne les intermédiaires. Elle crée une plus grande sécurité juridique en faveur des assurés grâce à des mesures contraignantes en matière de qualité et de transparence. La commission de surveillance peut condamner les assureurs à de lourdes amendes, ce qu'elle a déjà fait, mais elle n'accorde aucune indemnisation aux assurés lésés. La sanction de l'assureur contribue à ce que des mesures soient prises contre les intermédiaires qui ne respectent pas les prescriptions de l'accord de branche.

**Recommandation :** même si l'offre des assureurs ou des sociétés de courtage de s'occuper de tout paraît séduisante, il vaut mieux résilier soi-même par lettre recommandée ou par « Courrier A Plus ». Cela permet de garder une trace du changement de caisse et d'éviter de rechercher d'éventuelles preuves de ce changement dans le futur.

Il arrive aussi parfois que la personne souhaitant s'affilier auprès d'un nouvel assureur se trompe dans l'indication de son ancien assureur, de sorte que la confirmation d'assurance subséquente n'atteint pas son destinataire. Dans ce cas, la personne assurée n'a évidemment pas droit à des dommages-intérêts en raison d'une faute de sa part.

## Cas 5 Révocation de la résiliation

Les assurés se laissent régulièrement convaincre par des intermédiaires de changer d'assureur à partir du 1er janvier de l'année suivante, alors que les nouvelles primes ne sont pas encore connues. Une fois le montant de la nouvelle prime connu, l'un ou l'autre assuré constate que celle-ci est plus élevée où il se trouve domicilié que celle qu'il payait jusqu'alors. Il souhaite alors annuler le contrat d'assurance qu'il a conclu.



Dans le cas concret, l'assuré a révoqué sa résiliation auprès de son ancien assureur sur la base de l'art. 9 du Code des obligations (CO). En même temps, il a demandé au nouvel assureur d'annuler la nouvelle police d'assurance selon la LAMal. Ce dernier n'était pas d'accord, au motif que les quatre conditions pour un changement de caisse valable étaient entre-temps remplies et qu'une révocation de la résiliation selon l'art. 9 CO n'était pas possible dans le domaine du droit des assurances sociales, dont fait partie l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

En ce qui concerne l'application de l'art. 9 CO dans le domaine du droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a décidé que cette disposition était applicable à toutes les déclarations de volonté nécessitant une réception, qu'elles relèvent du domaine du droit privé ou, comme dans le cas d'espèce, du droit public (cf. ATF 140 V 82).

Nos investigations ont révélé que la révocation de la résiliation était parvenue à l'ancien assureur début novembre. Or l'intermédiaire indépendant n'avait transmis la résiliation de l'assuré qu'à la mi-novembre. L'ancien assureur avait d'abord eu connaissance de la révocation et ensuite seulement de la résiliation elle-même, raison pour laquelle la révocation devait être considérée comme juridiquement valable. La résiliation était donc considérée comme n'ayant pas eu lieu. L'une des quatre conditions pour un changement de caisse valable n'étant pas réalisée en l'espèce, le changement d'assureur n'a pas eu lieu.

L'Office de médiation a fait valoir que la résiliation étant une déclaration de volonté sujette à réception, l'assuré pouvait se prévaloir de l'art. 9 CO. L'assureur-maladie a suivi notre position et a annulé rétroactivement l'assurance obligatoire des soins conclue chez lui.

**Recommandation :** les assurés ne devraient pas envisager de changer de caisse tant que le Conseil fédéral n'a pas approuvé les nouvelles primes. Cette approbation a généralement lieu en octobre de l'année en cours. Les primes peuvent être consultées et comparées sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique : [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch)

## Cas 6 Plus de révocation possible de la résiliation

L'ancien assureur avait déjà reçu la résiliation de l'assuré et le nouvel assureur était déjà en possession de la déclaration d'adhésion lorsque l'assuré a changé d'avis, ne voulant plus changer d'assureur. Il voulait savoir comment il pouvait encore éviter le changement.

Nous l'avons informé que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le changement de caisse pouvait être empêché avec l'accord de l'ancien assureur-maladie, pour autant qu'aucune confirmation d'assurance subséquente de la part du nouvel assureur (cf. chap. 5.2, ch. 3) n'était encore parvenue auprès de l'ancien assureur-maladie (arrêt 9C\_930/2010 du 22 décembre 2010).

## Condition 2 | Déclaration d'adhésion

On peut également se servir de la lettre-type pour une déclaration d'affiliation (en annexe au présent rapport) en cas de changement de caisse. Il suffit de joindre à cette déclaration une copie de la police actuelle ainsi qu'une copie de la lettre de résiliation adressée à l'ancien assureur, afin que le nouvel assureur-maladie sache à qui il doit envoyer la confirmation d'assurance subséquente (cf. chap. 5.2, ch. 3).

La personne assurée peut également profiter de cette occasion pour envisager de changer de modèle d'assurance (par exemple, passer d'un modèle standard à un modèle de médecin de famille ou à un modèle de télémédecine, etc.) afin d'économiser des primes. Elle devrait l'indiquer dans la déclaration d'affiliation.

De tels modèles ne conviennent toutefois qu'aux personnes très disciplinées. Personne ne sait s'il pourra vraiment faire preuve de cette discipline en cas de mauvais diagnostic. En effet, l'on peut soudain oublier d'annoncer le cas conformément au modèle ou de prolonger le délai de prise en charge des soins convenu (fenêtre temporelle). Tous les assureurs ne sont pas conciliants et ne prennent pas en charge les frais lors d'un non-respect par l'assuré d'annoncer son cas préalablement conformément au règlement de chaque modèle. Cela peut coûter très cher aux assurés. Le modèle du médecin de famille a également ses pièges, par exemple lorsque l'assureur retire le médecin de famille de sa liste pour cause de polypragmasie et que la personne assurée n'a plus que la possibilité de changer de médecin, même si elle était très satisfaite de l'ancien, ou de revenir à l'assurance standard, plus chère.

## Cas 7 Plusieurs déclarations d'affiliation au cours de la même année

Une assurée avait résilié son contrat auprès de son ancien assureur dans le délai imparti et avait ensuite déposé une déclaration d'affiliation auprès de deux assureurs différents dans un délai de quatre semaines. La question s'est donc posée de savoir auprès de quel assureur elle était désormais définitivement assurée. En raison de l'interdiction de la double assurance dans l'assurance obligatoire des soins, on ne peut être assuré qu'auprès d'un seul assureur (cf. ATF 130 V 448 consid. 3.1).

L'assureur-maladie qui avait reçu en premier la déclaration d'affiliation ne voulait plus laisser partir l'assurée, bien que le deuxième assureur eût déjà envoyé à l'ancien la confirmation d'assurance subséquente (cf. chap. 5.2, ch. 3). Le premier assureur a fait valoir que la date de réception de la confirmation d'assurance subséquente ne jouait aucun rôle, seul le moment où la déclaration d'affiliation était parvenue au nouvel assureur étant déterminant. Dans le cas concret, celle-ci lui avait été remise en premier, raison pour laquelle l'assurée devait rester chez lui.

L'Office de médiation a objecté qu'en règle générale, la déclaration d'affiliation ne crée pas à elle seule un nouveau rapport juridique. Seule la déclaration d'affiliation de

parents pour leur nouveau-né et celle d'une personne venant de l'étranger constituent une exception, car dans les deux cas, il n'y a pas de rapport juridique antérieur à dissoudre et une confirmation d'assurance subséquente n'a pas de sens en l'absence d'assureur antérieur. Par conséquent, un changement de caisse n'est juridiquement valable que si la résiliation dans les délais, la déclaration d'affiliation et la confirmation d'assurance subséquente sont présentées ensemble. Le passage de l'ancien au nouvel assureur-maladie ne peut alors être empêché que par des arriérés de primes ayant fait l'objet de sommations qui n'ont pas été payés jusqu'à la fin de l'année (cf. art. 64a al. 6 LAMal en relation avec l'art. 105I al. 2 OAMal).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la déclaration d'affiliation lors d'un changement de caisse n'a pas d'effet fondateur en soi (cf. arrêt 9C\_490/2015 consid. 3 du 7 janvier 2016). Par conséquent, seul est déterminante la question de savoir auprès de quel assureur-maladie les trois conditions (résiliation dans les délais, déclaration d'affiliation et confirmation d'assurance subséquente) sont remplies en premier lieu, afin que l'ancien rapport d'assurance puisse être résilié et un nouveau fondé.

### Condition 3 | Confirmation d'assurance subséquente

L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (art. 7 al. 5 LAMal).

## Cas 8 Absence de confirmation d'assurance subséquente

Un assuré a informé l'Office de médiation de ce qu'il avait changé d'assureur au 1er janvier pour un assureur moins cher. Lorsqu'il a reçu des factures de primes de son ancien assureur, il a cru à une erreur et les a tout simplement jetées. Lorsqu'on lui a envoyé un rappel peu après et qu'on l'a menacé de poursuites, il a appelé son ancien assureur. Celui-ci lui a expliqué qu'il n'avait pas encore reçu de confirmation d'assurance subséquente de la part du nouvel assureur et qu'il ne pouvait donc pas le laisser partir. L'assuré, qui avait fait le nécessaire pour changer de caisse, voulait savoir si la manière de procéder de son ancien assureur était correcte. Après tout, il avait déjà payé les primes auprès de son nouvel assureur et il y avait une interdiction de double assurance dans l'assurance obligatoire des soins.

L'envoi tardif par le nouvel assureur de la confirmation d'assurance subséquente à l'ancien assureur n'empêche pas – contrairement à la résiliation tardive – le changement de caisse, mais peut tout de même avoir des conséquences désagréables lorsque la personne assurée ne recherche pas la raison de la double facturation et est finalement poursuivie. Il est donc important qu'elle aille au fond des choses et qu'elle vérifie auprès de son ancien assureur si, le cas échéant, la confirmation d'assurance subséquente ne lui est pas encore parvenue. Si tel est le cas, elle devrait prendre contact avec le nouvel assureur et l'en informer. Soit ce dernier peut apporter la preuve de la communication faite à l'ancien assureur, soit il doit renvoyer la confirmation

d'assurance subséquente. En aucun cas la personne assurée ne peut procéder elle-même à l'envoi de la confirmation. Le législateur attend des deux assureurs qu'ils communiquent entre eux. C'est la seule façon d'éviter une lacune de couverture dans l'assurance obligatoire des soins.

Comme déjà mentionné, l'affiliation auprès du nouvel assureur n'est certes pas empêchée par une confirmation tardive de l'assurance subséquente, mais le début de la durée de validité de la nouvelle police d'assurance est repoussée d'un mois (voire de plusieurs mois), car le rapport d'assurance avec l'ancien assureur ne prend fin de par la loi que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la couverture d'assurance (art. 7 al. 5 LAMal).

Dans le cas concret, l'affiliation auprès du nouvel assureur a été reportée du 1er janvier au 1er février. L'assuré devait encore payer la prime de janvier à l'ancien assureur et s'est vu rembourser par le nouvel assureur la prime de janvier déjà payée, compte tenu de l'interdiction de double assurance dans l'assurance obligatoire des soins. Comme l'assuré avait communiqué son affiliation dans les délais, le nouvel assureur devait lui verser des dommages et intérêts conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, notamment la différence de prime pour le mois de janvier.

**Recommandation :** la déclaration d'affiliation devrait toujours être remise à temps, c'est-à-dire au plus tard début décembre, afin que le nouvel assureur ait suffisamment de temps pour faire parvenir la confirmation d'assurance subséquente à l'ancien assureur-maladie. Si l'assuré remet une déclaration d'affiliation seulement quelques jours avant la fin de l'année et que le transfert n'a pas lieu au 1er janvier en raison d'un manque de temps, l'assuré ne peut pas faire valoir de dommages et intérêts. Dans ce cas, c'est en effet lui qui est responsable du retard.

#### Condition 4 | Pas d'arriérés

L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal repose sur le principe de l'assurance individuelle. Cela signifie que lorsqu'une personne s'affilie, elle est la seule à être assurée. Ses droits et obligations reposent donc sur son appartenance personnelle à l'assurance. Le fait que les lettres de l'assureur, les polices, les factures de primes et les décomptes de prestations soient adressés à un seul membre de la famille ne joue aucun rôle. Dans l'assurance maladie sociale, il n'y a pas de «responsabilité familiale collective».

#### Cas 9 Dette présumée d'un membre de la famille

Un assuré et sa famille (conjoint et deux enfants mineurs) avaient dûment résilié leur police d'assurance selon la LAMal et déposé leurs déclarations d'affiliation auprès du nouvel assureur. Le nouvel assureur avait envoyé la confirmation d'assurance subséquente. Malgré cela, l'ancien assureur ne voulait pas laisser partir les assurés.

Nos investigations ont révélé que l'enfant cadet avait été hospitalisé plusieurs mois auparavant. L'assureur avait facturé la participation aux coûts au père en décembre. Celui-ci l'a payée en janvier de l'année suivante. L'assureur a fait valoir qu'il ne pouvait pas laisser partir l'assuré et sa famille vu que la facture n'avait pas été payée avant le changement de caisse (cf. art. 64a al. 6 LAMal).

La décision de l'assureur était erronée à deux égards.

L'assurance obligatoire des soins étant une assurance individuelle, l'assureur doit vérifier auprès de chaque assuré si les conditions pour un changement de caisse sont remplies. Dans le cas d'espèce, c'était le cas tant pour les parents que pour l'enfant plus âgé, raison pour laquelle l'assureur ne pouvait pas les empêcher de changer d'assureur.

L'assureur a toutefois dû laisser partir également l'enfant plus jeune. En effet, l'art. 64a al. 6 LAMal en relation avec l'art. 105I al. 2 OAMal stipule qu'un assureur ne peut empêcher une personne assurée de changer d'assureur que si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'une sommation jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai. Dans le cas concret, la participation aux frais encore due n'a été envoyée au père de l'enfant qu'en décembre. L'assureur ne pouvait donc pas déjà lui avoir adressé une sommation au sens de l'art. 105I al. 2 OAMal et ne pouvait donc pas empêcher le changement de caisse.

## Cas 10 Paiement des dettes à l'office des poursuites

Une assurée voulait changer d'assureur au 1er janvier. Comme elle avait encore des dettes pour lesquelles elle avait déjà été poursuivie, elle s'est rendue à l'office des poursuites et a réglé sur place tous les arriérés ainsi que tous les frais y relatifs. Quelques semaines plus tard, l'ancien assureur l'a contactée et lui a indiqué que le paiement des dettes à l'office des poursuites était parvenu trop tard sur son compte bancaire, raison pour laquelle le changement de caisse n'était pas juridiquement valable. L'assurée voulait savoir si cela était correct.

Si le créancier charge l'office des poursuites d'encaisser les arriérés et que le débiteur les a payés à l'office des poursuites dans le délai prévu par l'art. 64a al. 6 LAMal en relation avec l'art. 105I al. 2 OAMal, les dettes s'éteignent avec le paiement à l'office des poursuites (cf. art. 12 al. 2 LP). Dans ce cas, le créancier ne peut pas faire valoir qu'il a reçu son argent de l'office des poursuites à une date tardive.

## Cas 11 Paiement des dettes par ordre bancaire ou directement au guichet postal ?

De nombreux assurés qui souhaitent encore régler des arriérés en fin d'année afin de pouvoir changer d'assureur ne savent pas que le choix du moyen de paiement a une influence sur la validité juridique du transfert.

En cas d'ordre **bancaire**, ce n'est pas la date de l'ordre qui est déterminante, mais le moment où le paiement de la personne assurée est arrivé sur le compte bancaire de l'assureur. Vers la fin décembre, ce type de virement est un mauvais choix, car on ne peut jamais être sûr que l'argent arrivera à temps.

La situation est différente si l'on paie directement au **guichet de la poste**. Dans ce cas, c'est le cachet de la poste sur la quittance qui est déterminant. La date à laquelle l'argent arrive sur le compte de l'assureur ne joue aucun rôle (ATF 124 III 145).

# 6 Assurances complémentaires selon la LCA

## 6.1 Conclusion du contrat

L'assurance complémentaire selon la LCA peut être conclue en complément de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

Elle est soumise au droit privé, notamment à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les conditions générales et particulières d'assurance (CGA et CPA) règlent d'autres détails, raison pour laquelle elles font partie intégrante de la police d'assurance. En droit privé, le principe de la liberté de contracter prévaut. L'assureur-maladie est donc en droit de demander une déclaration de santé avant la conclusion du contrat afin de procéder à une évaluation des risques. La personne qui fait la demande n'a aucun droit à la conclusion du contrat d'assurance. Pour cette raison, l'assureur ne doit même pas motiver sa décision de refus. Il suffit qu'il n'ait aucun intérêt à la conclusion du contrat.

### Cas 12 Refus de la demande

Un assuré nous a demandé ce qu'il pouvait faire si l'assureur refusait sa demande de conclusion d'une assurance complémentaire selon la LCA.

**Recommandation :** il peut demander à l'assureur de lui proposer un contrat excluant l'affection existante ou récidivante, si tant est que la conclusion d'un tel contrat ait un sens pour le demandeur. Il peut également tenter sa chance auprès d'un autre assureur. L'important est qu'il remplisse la déclaration de santé en toute sincérité.

### Cas 13 Violation de l'obligation d'information

Avec l'aide d'un intermédiaire, un assuré a demandé à son assureur-maladie différentes offres d'assurances complémentaires. L'intermédiaire a rempli le questionnaire concernant la déclaration de santé et le demandeur n'avait plus qu'à le signer. En petits caractères, il garantissait par sa signature l'exactitude des informations fournies. Par la suite, l'assureur l'a accepté sans exclusion.

Au cours des deux années suivantes, l'assuré a présenté à son assureur différents justificatifs de remboursement pour des prestations perçues. Les remboursements

ont été effectués sans problème jusqu'au jour où l'assureur a constaté que l'assuré n'avait pas rempli correctement la déclaration de santé. Il a alors résilié l'ensemble des assurances complémentaires et a exigé le remboursement de toutes les prestations fournies. L'assuré nous a demandé si la démarche de l'assureur était légale.

Selon l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, au moyen d'un questionnaire ou en réponse à toute autre question, tous les faits importants pour l'appréciation du risque qu'il connaît ou qu'il doit connaître. Sont importants les faits relatifs au risque qui sont de nature à exercer une influence sur la décision de l'assureur de conclure le contrat en général ou aux conditions convenues.

S'il y a une violation de l'obligation d'information, l'assureur est en droit de résilier le contrat par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (cf. art. 6 al. 1 LCA). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la violation de l'obligation d'information (cf. art. 6 al. 2 LCA). L'assureur n'en prend pas connaissance dès qu'il a des soupçons sur la base d'un justificatif de demande de remboursement remis, mais seulement lorsque ses investigations ultérieures auprès du fournisseur de prestations ont confirmé les soupçons.

Si le contrat est résilié, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus dans la mesure où le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où elle a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à un son remboursement (cf. art. 6 al. 3 LCA). Il n'a pas droit au remboursement si les prestations déjà versées n'ont aucun rapport avec les déclarations de santé erronées.

**Recommandation :** il convient tout d'abord de noter que peu importe qui a rempli la demande de déclaration de santé. Ce qui est déterminant, c'est que le demandeur a confirmé l'exactitude des données par sa signature. C'est d'ailleurs ce qui est explicitement écrit en petits caractères sur ces demandes. C'est pourquoi l'Office de médiation déconseille vivement aux intéressés de confier à un tiers le soin de remplir la demande d'assurances complémentaires, notamment la déclaration de santé. Il serait souhaitable que le demandeur puisse remplir les formulaires tranquillement chez lui et qu'il puisse encore, si nécessaire, s'entretenir avec son médecin de famille en cas de questions sur ses antécédents médicaux.

## Cas 14 Conclusion par portail en ligne

Un assuré a reçu une police d'un assureur avec lequel il prétendait ne pas avoir conclu de contrat. Il a déclaré à l'Office de médiation avoir négocié avec un collaborateur de l'assureur, mais a nié s'être entendu avec lui. Il avait finalement opté pour un autre assureur. Entre-temps, l'assurance-maladie obligatoire avait été annulée, mais l'assureur continuait de prétendre que les assurances complémentaires avaient été conclues valablement. L'assuré contestait cela.



Nos investigations ont révélé que l'assureur était en possession d'une proposition soumise via le portail en ligne. Le prénom et le nom de l'assuré y étaient certes indiqués, mais l'adresse e-mail ne correspondait pas à la sienne. Selon Zefix.ch (index central des raisons de commerce sur Internet), il s'agissait de l'adresse e-mail d'une Sàrl qui indiquait comme but de la société le conseil, le courtage et la gestion dans le domaine des assurances. Le prétendu collaborateur de l'assureur était en réalité un intermédiaire travaillant pour cette Sàrl. Comme cette société n'était pas inscrite au registre de la FINMA, l'Office de médiation a invoqué l'art. 43 al. 1 LSA a contrario à l'encontre de l'assureur et a considéré l'employé de cette Sàrl comme un intermédiaire lié de l'assureur. Il a également fait valoir que la présomption de l'assuré selon laquelle l'intermédiaire avait rempli pour lui – sans son consentement – un formulaire en ligne ne pouvait pas être réfutée facilement, puisqu'il n'y avait pas de formulaire signé par l'assuré. Il a en outre fait valoir que la simple inscription sur un portail en ligne ne suffisait pas pour conclure une police d'assurance si celle-ci n'était pas confirmée ultérieurement par la signature du demandeur. Autrement, ce serait la porte ouverte aux abus. Pour cette raison, les assurances complémentaires devaient être annulées.

Bien que l'assureur n'ait pas répondu à notre argumentation, il a accédé à notre demande et a annulé les assurances complémentaires sans autre commentaire.

**Recommandation :** les assurés qui ne sont pas encore sûrs de vouloir conclure un contrat doivent faire preuve d'une grande réserve vis-à-vis des tiers en ce qui concerne les informations les concernant. La prudence est également de mise face à l'affirmation qu'il ne s'agit que d'une offre. En règle générale, il s'agit toujours d'une proposition ferme de la part de l'assureur qu'il suffit d'accepter pour être lié par le contrat. Il y a contre-proposition de l'assureur, que le proposant peut encore refuser, lorsque l'assureur n'accepte l'adhésion qu'en excluant les affections existantes ou récidivantes.

## 6.2 Droit de révocation

Notre Office de médiation se consacre depuis plusieurs années déjà aux conséquences survenant à la suite de conseils donnés par des intermédiaires peu scrupuleux, dont les actions sont déterminées en grande partie par l'obtention de la commission. Le progrès numérique (par exemple, la conclusion de contrats sur tablettes) a augmenté le potentiel de conflits déjà existant.

Entre-temps, le législateur a résolu certains problèmes en faveur des candidats à l'assurance avec la révision partielle de la LCA, entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Depuis lors, ceux-ci sont non seulement liés – sauf exceptions – pendant 14 jours à leur proposition (art. 1 LCA), mais ils ont désormais le droit, dans le même délai, de révoquer par écrit leur proposition de conclure le contrat ou leur déclaration d'acceptation de celui-ci (cf. art. 2a LCA). Le délai de 14 jours commence à courir dès que le preneur d'assurance a proposé ou accepté le contrat. Pour des raisons de preuve, la révocation devrait être envoyée par lettre recommandée ou par « Courrier A Plus ».

**Attention :** le délai est respecté si le preneur d'assurance communique sa révocation à l'assureur ou remet sa déclaration de révocation à la poste le dernier jour du délai de révocation. Cela signifie que dans ce cas, c'est exceptionnellement le cachet de la poste qui fait foi et non celui de la réception. Pour des raisons de preuve, il convient de privilégier la forme écrite.

## 6.3 Résiliation

De nombreux assurés semblent ignorer que le délai de résiliation extraordinaire d'un mois accordé par le législateur dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins conformément à l'art. 7 al. 2 LAMal (p. ex. celui pour fin novembre) ne peut pas être appliqué aux assurances complémentaires selon la LCA.

En effet, les règles de résiliation des assurances complémentaires, soumises au droit privé, sont différentes de celles de l'assurance obligatoire des soins, soumise au droit public. Par conséquent, les assurances complémentaires ne peuvent qu'exceptionnellement être résiliées en même temps que l'assurance obligatoire des soins.

Constitue p. ex. un motif de résiliation extraordinaire une augmentation de prime; toutefois, seule l'assurance complémentaire concernée par l'augmentation peut être résiliée, pas les autres.

Les différentes possibilités de résiliation sont présentées ci-dessous.

### Cas 15 L'intermédiaire en assurances ne respecte pas son obligation d'information

Au cours de l'année 2022, l'Office de médiation s'est à nouveau penché sur les multiples conséquences de l'activité des intermédiaires en assurances liés et non liés. De nombreuses personnes en quête de conseils se sont à nouveau adressées à l'Office de médiation, confrontées à l'ampleur des répercussions des conseils parfois superficiels et inexacts d'intermédiaires en assurances. L'activité de conseil peu scrupuleuse et peu professionnelle de nombreux intermédiaires d'assurance entraîne souvent pour les assurés, outre des dépenses administratives, des inconvénients financiers considérables; cela au lieu des avantages financiers souvent promis sous forme d'économies de primes d'assurance.

Dans de tels cas, le législateur a donné aux assurés la possibilité de résiliation suivante.

L'entreprise d'assurance doit, avant la conclusion du contrat d'assurance, renseigner le preneur d'assurance (= le proposant), de manière compréhensible et par un moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, sur son identité et sur les principaux éléments du contrat d'assurance (art. 3 al. 1 LCA), c'est-à-dire également sur la forme et les délais du droit de révocation selon l'art. 2a LCA.

Si cette obligation d'information n'est pas respectée, la personne assurée est en droit de résilier le contrat d'assurance par écrit. Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que le preneur d'assurance a eu connaissance de la violation de l'obligation et des informations selon l'art. 3 LCA, mais au plus tard deux ans après la violation de l'obligation (art. 3a LCA).

Ce nouveau droit de résiliation selon l'art. 3a LCA ne s'applique qu'aux contrats conclus à partir du 1er janvier 2022 (cf. art. 103a LCA concernant la disposition transitoire relative à la modification du 19 juin 2020, qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2022).

## Cas 16 Résiliation ordinaire

Selon l'art. 35a al. 1 LCA, le contrat d'assurance complémentaire peut être résilié par écrit pour la fin de la troisième année ou de chacune des années suivantes, même s'il a été conclu pour une durée plus longue, moyennant un préavis de trois mois.

Cette nouvelle disposition vise à prendre en compte le fait que sur le marché des assurances, il existe des contrats de très longue durée, tels que les contrats d'assurance de protection juridique d'une durée de huit ans. De nombreux preneurs d'assurance n'étaient et ne sont toujours pas conscients, au moment de la conclusion du contrat d'assurance, qu'ils s'engagent d'emblée à long terme auprès de nombreuses assurances. En créant ce nouveau droit de résiliation, le législateur voulait éviter un engagement excessif (Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, 2023, n° 1 ad art. 35a avec références).

Cette disposition s'applique également aux contrats conclus avant le 1er janvier 2022 (cf. art. 103a let. b LCA).

## Cas 17 Résiliation extraordinaire

Selon l'art. 35b al. 1 LCA, le contrat d'assurance complémentaire peut être résilié pour de justes motifs en tout temps par écrit. Selon l'art. 35b al. 2 LCA, sont notamment considérés comme justes motifs une modification imprévisible des dispositions légales rendant impossible l'exécution du contrat (let. a) ou toute circonstance dans laquelle les règles de la bonne foi ne permettent plus d'exiger la continuation du contrat de la part de la personne qui le résilie (let. b).

Cette disposition s'applique également aux contrats conclus avant le 1er janvier 2022 (cf. art. 103a let. b LCA).

## Cas 18 Assurance multiple

Une assurée a résilié à la mi-novembre pour la fin de l'année, en plus de l'assurance obligatoire des soins, toutes ses assurances complémentaires. L'assurance-maladie n'a accepté que la résiliation de l'assurance obligatoire des soins, car c'était la seule à avoir été effectuée dans les délais. L'assurée n'était pas d'accord, car elle avait déjà

conclu quelques nouvelles assurances complémentaires pour les mêmes risques auprès d'un autre assureur-maladie et était donc assurée à double.

Nous lui avons tout d'abord rappelé qu'en droit privé, il n'y a pas d'interdiction de double assurance comme dans l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

L'**assurance multiple** était déjà expressément autorisée avant la révision (cf. art. 53 aLCA) et le reste avec la révision du 1er janvier 2022 (art. 46b LCA). En cas d'assurance multiple, le même intérêt est assuré contre le même risque, et pour la même période, par plus d'une entreprise d'assurance, de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance. Dans un tel cas, le preneur d'assurance est tenu de le faire savoir à toutes les entreprises d'assurance, sans délai et par écrit au plus tard lors de la survenance du risque assuré (art. 46b al. 1 LCA). Si le preneur d'assurance a omis cette notification intentionnellement, ou s'il a conclu l'assurance multiple dans l'intention de se procurer un profit illicite, les entreprises d'assurance ne sont pas liées envers lui par le contrat (art. 46b al. 3 LCA). Chaque entreprise d'assurance a droit à toute la prestation convenue (art. 46b al. 4 LCA).

### Solutions possibles :

- A. Avec l'entrée en vigueur de la révision de la LCA, si le preneur d'assurance n'a pas connaissance de l'assurance multiple lors de la conclusion d'un contrat d'assurance complémentaire ultérieur, il peut résilier ce contrat par écrit dans les quatre semaines suivant la découverte de l'assurance multiple (art. 46b al. 2 LCA). Cette disposition ne s'applique qu'aux contrats conclus à partir du 1er janvier 2022 (cf. art. 103a LCA concernant la disposition transitoire relative à la modification du 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1er janvier 2022).
- B. Si l'assurée ne peut pas résilier les assurances complémentaires nouvellement conclues, par exemple parce qu'elle n'a pas respecté le délai de quatre semaines mentionné dans la solution A ou parce que cette solution ne s'applique pas à son contrat, elle pourrait éviter une double assurance et donc le paiement à double des primes en demandant au nouvel assureur de suspendre les assurances complémentaires conclues pendant un an. De cette manière, elle aurait suffisamment de temps pour résilier les assurances complémentaires actuelles en bonne et due forme.
- C. Une autre option consisterait à résilier les anciennes assurances complémentaires une à une (c'est-à-dire au fur et à mesure) lors de la perception des prestations conformément à l'art. 42 LCA (par lettre recommandée pour des raisons de preuve, notamment parce que certains assureurs exigent expressément cette forme de résiliation dans leurs conditions générales d'assurance). Ce droit de résiliation en cas de dommage partiel présente l'inconvénient qu'il n'est pas possible de «provoquer» la perception des prestations pour toutes les assurances complémentaires (par ex. pas pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation).

## 6.4 Changement de caisse

L'Office de médiation doit régulièrement se pencher sur les conséquences de conseils donnés par des intermédiaires. En règle générale, l'Office de médiation n'a d'autre choix que de vérifier la validité juridique de la conclusion du contrat et, si la réponse est positive, d'attirer l'attention des assurés sur les possibilités de résiliation extraordinaire des contrats.

Les cas où les assurés se laissent convaincre de changer de caisse à la suite de mauvais conseils d'un intermédiaire et subissent un préjudice important sont particulièrement fâcheux. Le cas suivant en est un exemple classique.

### Cas 19 Assurance dentaire spéciale pour les enfants

Il arrive régulièrement que des intermédiaires incitent des parents d'enfants de plus de quatre ans à changer les assurances dentaires déjà existantes de leurs enfants – qui couvrent les traitements orthodontiques – auprès d'un autre assureur. Le problème est que les parents ne sont pas disposés à disperser leurs assurances, raison pour laquelle certains courtiers, afin de ne pas passer à côté d'une affaire lucrative, affirment que le nouvel assureur prendra sans autre en charge le traitement orthodontique. Les demandeurs ne devraient pas s'inquiéter de la prise en charge des frais tant qu'aucun traitement n'est prévu ni qu'aucun rendez-vous n'a été pris chez le dentiste. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Le nouvel assureur ne paie pas parce que les affections existantes au moment de la conclusion du contrat (y compris les malpositions dentaires) ne peuvent plus être couvertes, et l'ancien assureur ne doit plus payer parce que les contrats conclus chez lui ont été résiliés. Dans de tels cas, le courtier rejette toute responsabilité et affirme ne pas avoir été au courant d'une malformation. Les parents ne peuvent pas réfuter l'affirmation de l'intermédiaire (c'est parole contre parole) et se retrouvent par la suite avec des frais très élevés pour les mesures d'orthodontie de leurs enfants.

Dans ces cas, même le service de médiation ne peut plus venir en aide.

**Recommandation :** les assurés (les parents des enfants) qui, pour des raisons financières, ne peuvent pas résister à une offre globale avantageuse pour la famille, devraient absolument maintenir l'assurance complémentaire qui inclut le traitement orthodontique (il s'agit en général d'une assurance complémentaire mixte qui participe par exemple aussi aux frais de transport ou de lunettes) chez l'assureur actuel jusqu'à ce qu'elle ne soit plus nécessaire.

# III | Annexe

## Lettre-modèle pour une déclaration d'adhésion

Adresse de l'expéditeur

Lettre recommandée  
Adresse de l'assureur

### Déclaration d'adhésion

Mesdames et Messieurs

Je soussigné (e) (prénom et nom de famille), né(e) le .... (date), déclare par la présente vouloir m'affilier à votre caisse-maladie à partir du .... (date).

Je souhaite une franchise de 300 francs sans couverture accident.

En outre, je vous prie de m'envoyer une facture mensuelle. Mes coordonnées bancaires sont les suivantes : .... (adresse de la banque et numéro IBAN).

Cordiales salutations

Lieu et date :

.....

Signature

.....

Annexes (à joindre seulement en cas de changement de caisse)

1. lettre de résiliation
2. police d'assurance de l'assureur précédent

