

2022

Rapport annuel

Contenu

Avant-propos de la médiatrice	3
I Partie générale	5
1 Chiffres concernant l'évolution des cas	6
1.1 Entrées selon les matières	7
1.2 Entrées selon les branches d'assurance	8
1.3 Entrées selon les langues	8
1.4 Interventions de l'Office de médiation	9
2 Collaboration avec les assureurs-maladie et les autorités	10
II Cas choisis	12
3 L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal	13
3.1 Cas liés à la conclusion d'un contrat d'assurance	13
Cas 1 KLuG	14
Cas 2 Droit d'option des retraités qui transfèrent leur domicile en Italie	14
3.2 Cas en lien avec les primes	16
Cas 3 Réquisition de continuer la poursuite prématurée	16
Cas 4 Responsabilité des héritiers pour des arriérés malgré la répudiation de la succession	17
3.3 Cas en lien avec des prestations	18
3.3.1 Modèles d'assurance particuliers	18
Cas 5 Règles complexes d'un modèle d'assurance choisi	19
3.3.2 Autres cas de prestations	19
Cas 6 Accouchement ambulatoire	19
Cas 7 Remboursement accordé par erreur pour des prestations	20
Cas 8 Suspension des prestations et péremption	21

4	Assurances complémentaires selon la LCA	23
4.1	Souscriptions non souhaitées aux assurances complémentaires par l'intermédiaire de courtiers	23
4.1.1	Fausse incitation due à des commissions élevées versées aux intermédiaires d'assurance	24
	Cas 9 Assurances complémentaires non souhaitées	24
4.1.2	Pratiques discutables	26
	Cas 10 Frais après résiliation d'assurances complémentaires	26
4.2	Violation de l'obligation de déclarer (réticence)	27
	Cas 11 Résiliation en raison d'une violation de l'obligation de déclarer non admissible	27
	Cas 12 Résiliation d'un contrat arrivé à échéance	29
4.3	Admission dans l'assurance complémentaire	29
	Cas 13 Couverture complète malgré une maladie préexistante	30
4.4	Prestations de l'assurance complémentaire	30
	Cas 14 Prise en charge de la participation aux coûts des soins à la charge de la personne assurée	30
5	Assurance d'indemnités journalières	33
5.1	Assurance d'indemnités journalières selon la LCA	33
	Cas 15 Délai transitoire en cas d'incapacité de travail liée au poste de travail	33
5.2	Assurance d'indemnités journalières selon la LAMal	34
	Cas 16 Absence d'information sur le droit de passage dans l'assurance individuelle	34

Avant-propos de la médiatrice



Susanne Müller Ineichen
Médiatrice

En 2025 aussi, l'Office de médiation a enregistré un grand nombre de demandes variées. Dans le domaine de l'assurance de base, l'éventail allait de questions relatives à la prise en charge des coûts de mesures de réassignation de genre à l'obligation d'assurance des personnes soumises à l'accord sur les bateliers du Rhin, en passant par la suppression par un assureur de l'assurance avec bonus selon les art. 96 ss. de l'ordonnance sur l'assurance-maladie. En outre, l'Office de médiation s'est occupé du retrait par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de l'autorisation de pratiquer de la KLuG. La déclaration d'insolvabilité prononcée par l'OFSP a suscité de l'inquiétude chez de nombreux assurés : ils craignaient que les prestations

de l'assurance de base ne soient plus couvertes et s'inquiétaient en même temps du maintien de leurs assurances complémentaires. Par ailleurs, les prescriptions relatives à la perception des prestations, parfois très complexes dans certains modèles d'assurance particuliers de l'assurance de base, ont constitué pour certains assurés de véritables pièges.

Dans le domaine de l'assurance complémentaire, l'année 2025 a de nouveau vu augmenter les demandes liées à des assurances complémentaires conclues involontairement par l'intermédiaire de courtiers, la problématique se concentrant principalement sur deux sociétés d'assurance. De même, la problématique concernant l'absence de conventions dans le domaine des assurances complémentaires hospitalières persiste. Enfin, une campagne publicitaire d'un assureur complémentaire a suscité chez certains assurés des attentes erronées.

J'adresse mes sincères remerciements aux collaboratrices et collaborateurs de l'Office de médiation pour leur grand engagement également au cours de l'année écoulée. Par leur compétence professionnelle, leur prudence et leur persévérance, ils contribuent chaque jour à clarifier les différends et à régler les désaccords. Je remercie également les assurés et les assureurs-maladie pour la confiance qu'ils témoignent à notre institution. Enfin, ma gratitude va aussi au conseil de fondation pour son accompagnement constructif et pour la confiance qu'il m'accorde.

Je vous invite à vous faire vous-même une idée de notre activité et vous souhaite une lecture informative et enrichissante du rapport annuel 2025.

A handwritten signature in black ink, reading "S. Müller Ineichen". The script is cursive and fluid.

Susanne Müller Ineichen
Médiatrice

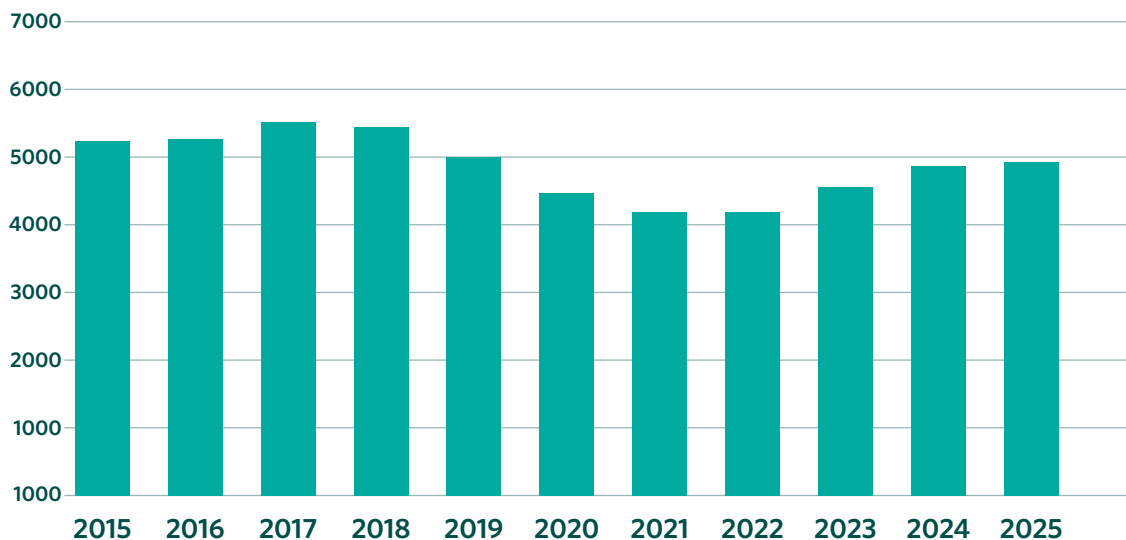
I | Partie générale

1 Chiffres concernant l'évolution des cas

En 2025, l'Office de médiation a enregistré au total 4 906 cas. Cela représente une augmentation de 72 cas par rapport à l'année précédente (2024 : 4 834) et confirme la tendance persistante à la hausse des demandes. Environ 40 % de tous les cas parviennent à l'Office de médiation par téléphone. Le canal téléphonique est particulièrement efficace : soit la demande peut être traitée définitivement lors du premier contact, soit les incertitudes concernant les faits décrits par les assurés peuvent être rapidement éclaircies au cours de l'entretien. Si l'Office de médiation constate qu'il a besoin de documents supplémentaires, il peut les demander directement et de manière ciblée aux assurés pendant l'appel. En raison de ressources humaines limitées, il n'est toutefois pas possible pour l'Office de médiation d'offrir un service téléphonique pendant toute la journée. L'accessibilité téléphonique se limite donc à la plage horaire comprise entre 9 h et 11 h 30. Des efforts visant à améliorer l'accessibilité sont en cours.

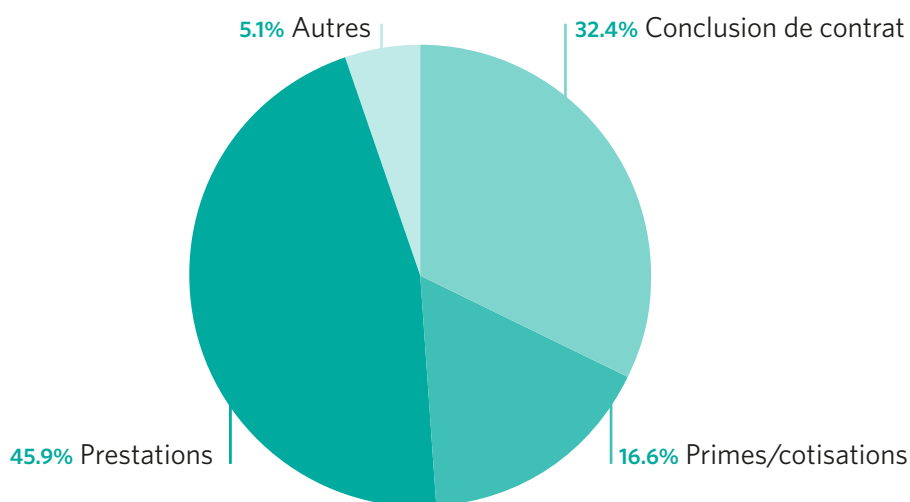
En 2025, l'Office de médiation de l'assurance-maladie – comme d'autres offices de médiation – a été confronté à une nouvelle tendance. Les assurés recourent de plus en plus à l'intelligence artificielle, par exemple ChatGPT, pour formuler leurs demandes. Ces requêtes se reconnaissent notamment au fait que les textes sont nettement plus volumineux que les demandes traditionnelles. Au lieu d'une brève description des faits accompagnée de questions concrètes, l'Office de médiation reçoit désormais parfois des textes de plusieurs pages, très denses et sans interligne, qui, après une courte présentation des faits, contiennent de longues analyses juridiques.

Il apparaît que de nombreux articles de loi cités par l'IA ne sont pas pertinents ou ne sont parfois plus en vigueur. Les références à la jurisprudence se révèlent également souvent inexactes. Les art. 41 CO (responsabilité pour acte illicite) et 2 CC (principe de la bonne foi) sont souvent invoqués – une clause générale qui fixe les limites de l'exercice des droits et à laquelle on ne recourt pas à la légère. Un autre phénomène nouveau est le fait qu'une réponse de l'Office de médiation peut être suivie, quelques minutes plus tard, d'une réplique longue de plusieurs pages et générée à l'aide de l'IA. Cette abondance de texte entraîne pour l'Office de médiation un surcroît de travail considérable, même si ce dernier ne répond bien entendu pas en détail aux nombreux articles de loi mentionnés par l'IA qui ne sont pas pertinents.



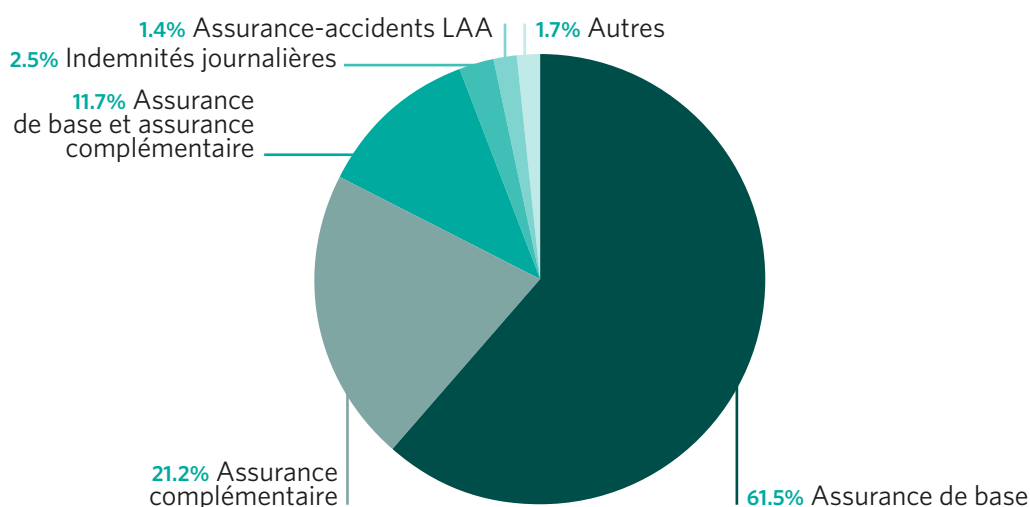
1.1 Entrées selon les matières

Parmi les 4 906 cas parvenus à l'Office de médiation en 2025, la répartition par matières est la suivante: 1589 cas dans le domaine de la conclusion d'un contrat d'assurance, y compris les changements d'assurance (2024 : 1 475), 818 cas dans le domaine des cotisations, qui comprend les primes et la participation aux coûts (2024 : 743) ainsi que 2 251 dossiers dans le secteur des prestations d'assurance (2024 : 2 347). Les 248 cas restants concernaient d'autres sujets, par exemple des questions liées à la réduction des primes, à la protection des données, etc. (2024 : 269).



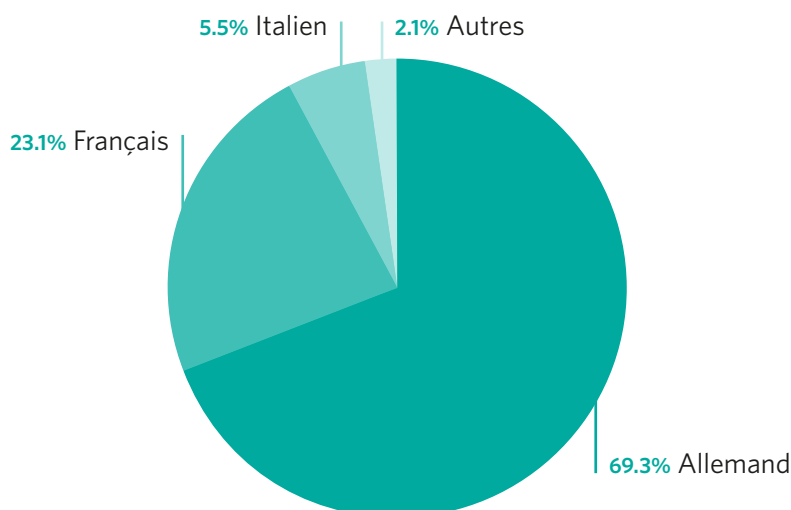
1.2 Entrées selon les branches d'assurance

Parmi les cas parvenus en 2025, 3 018 cas concernaient exclusivement l'assurance de base (2024 : 2 988). 1 039 autres cas portaient exclusivement sur l'assurance complémentaire (2024 : 1 042). Dans 576 cas, les assurés se sont adressés à l'Office de médiation avec des questions portant sur les deux branches d'assurance (2024 : 528). Dans 121 cas, la question portait sur l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (2024 : 91). Dans 71 cas, l'Office de médiation a dû réorienter les assurés vers l'Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA (2024 : 85). Les 81 cas restants portaient sur des thèmes qui n'étaient pas liés à l'assurance-maladie mais qui concernaient en grande partie d'autres assurances sociales, notamment l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents, l'assurance-chômage ainsi que l'assurance-vieillesse et survivants.



1.3 Entrées selon les langues

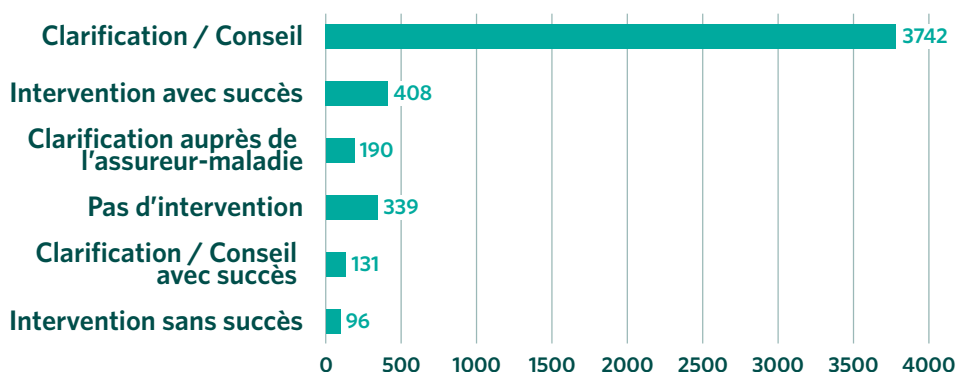
Parmi les demandes reçues en 2025, 3 399 concernaient le secteur alémanique (2024 : 3 374), 1 135 le secteur francophone (2024 : 1 172) et 272 le secteur italophone (2024 : 222). 100 autres demandes étaient formulées dans d'autres langues, principalement en anglais (2024 : 66).



1.4 Interventions de l'Office de médiation

Dans 3 742 cas, soit 76,3 % de toutes les demandes, l'Office de médiation a pu clarifier les questions des assurés ou confirmer une décision de l'assureur (2024 : 3 801). Dans 504 cas, l'Office de médiation a adressé à l'assureur-maladie une demande de réexamen de la décision contestée par l'assuré (2024 : 506). Dans 408 de ces cas, l'intervention a été couronnée de succès (2024 : 424), ce qui correspond à un taux de réussite de 81 % (2024 : 83,8 %).

Dans 339 cas, l'Office de médiation a renoncé à intervenir, par exemple parce qu'une décision formelle avait déjà été rendue et que la voie de droit était ainsi ouverte (2024 : 219). Dans 190 cas, il s'est contenté de demander des documents à l'assureur afin de clarifier les faits, car il ne pouvait pas les obtenir des assurés pour des raisons linguistiques ou liées à l'âge (2024 : 201). Dans 131 autres cas, l'Office de médiation est parvenu à informer les assurés sur le cadre juridique de telle sorte qu'ils ont résolu par eux-mêmes le litige avec l'assureur (2024 : 107).



2 Collaboration avec les assureurs-maladie et les autorités

La collaboration avec les assureurs-maladie peut globalement être qualifiée de positive pour l'année de référence 2025. La grande majorité des assureurs-maladie a garanti un traitement des interventions de l'Office de médiation de haute qualité, soigneux et approprié. L'Office de médiation exprime ses remerciements aux assureurs-maladie concernés pour leur engagement.

En règle générale, l'Office de médiation recevait une réponse des assureurs à ses courriers d'intervention au plus tard dans un délai de trois à quatre semaines. Lorsque ce délai ne pouvait être respecté en raison d'investigations encore en cours, une communication intermédiaire était le plus souvent envoyée à temps.

Dans certains cas, une nouvelle intervention a été nécessaire parce que toutes les questions soulevées par l'Office de médiation n'avaient pas été traitées ou parce que les documents demandés n'avaient pas été transmis, ou seulement de manière incomplète. Or, une réponse complète et structurée aux interventions constitue une condition essentielle pour un traitement des dossiers efficace et orienté vers une solution.

Il s'avère très efficace que l'Office de médiation dispose d'interlocuteurs directs au sein des services juridiques des assureurs-maladie. Ces personnes, qui n'étaient pas impliquées auparavant dans le traitement du cas concerné, garantissent que les demandes de l'Office de médiation puissent être examinées de manière impartiale et avec une solide expertise juridique. Dans certains cas, les assureurs informent en amont l'Office de médiation – comme le souhaite expressément celui-ci – de modifications à venir ayant un impact direct sur les assurés et susceptibles de provoquer des incertitudes ou des demandes auprès de l'Office de médiation. Une telle information précoce permet à l'Office de médiation de conseiller les assurés de manière compétente et cohérente dès les premières demandes.

L'Office de médiation apprécie également la disposition des assureurs à rechercher des solutions amiables dans les domaines où la loi le permet. Des concessions commerciales peuvent, dans certains cas, contribuer de manière décisive à désamorcer des conflits existants et à rétablir la confiance des assurés envers leur assureur-maladie.

Enfin, il y a lieu d'adresser des remerciements particuliers aux autorités de surveillance compétentes dans le domaine de l'assurance-maladie, notamment l'Office fédéral de la santé publique ainsi que l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA). En cas de besoin, l'Office de médiation obtient de ces autorités des renseignements rapides et utiles sur des questions concrètes, ce qui soutient de manière essentielle l'accomplissement approprié de sa mission.

II | Cas choisis

3 L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

3.1 Cas liés à la conclusion d'un contrat d'assurance

En 2025, l'Office de médiation de l'assurance-maladie a été saisi, dans environ 17 % de l'ensemble des cas, de questions relatives à la conclusion de contrats dans l'assurance de base. Cela comprend notamment l'adhésion à une assurance de base, sa résiliation ainsi que des problèmes en lien avec un changement d'assureur, par exemple l'envoi tardif d'une attestation de couverture subséquente. En règle générale, une assurance de base prend fin par la résiliation de la personne assurée et par la transmission de l'attestation de couverture subséquente du nouvel assureur à l'ancien. Exceptionnellement, une mesure relevant du droit de la surveillance peut toutefois rendre nécessaire un changement forcé d'assureur. Ce fut le cas en 2025 pour la caisse-maladie KLuG.

Par décision du 6 août 2025, l'OFSP a retiré à la KLuG l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale avec effet au 31 décembre 2025 en raison de difficultés financières. La base légale correspondante est l'art. 43 al. 1 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal). Selon le communiqué de presse de l'OFSP du 12 août 2025, les personnes assurées auprès de la KLuG en 2025 sont restées assurées auprès de celle-ci jusqu'au 31 décembre 2025. Les justificatifs de remboursement pour les traitements jusqu'à fin 2025 devaient et doivent donc encore être adressés à la KLuG. À l'automne 2025, après l'annonce des primes et en concertation avec l'OFSP, les assurés ont reçu de Helsana Assurances SA une offre de changement. Les assurés restaient toutefois libres de changer auprès d'une autre caisse-maladie. Tous les assurés qui n'avaient pas choisi un autre assureur avant fin 2025 ont été automatiquement transférés chez Helsana Assurances SA. Cette mesure visait à garantir le maintien de l'obligation d'assurance dans l'assurance de base.

Durant la seconde moitié de l'année 2025, l'Office de médiation a reçu davantage de demandes de la part d'assurés de la KLuG. Une incertitude persistait quant à savoir si les paiements effectués seraient encore effectivement imputés sur les arriérés existants, resp. ce qu'il adviendrait des arriérés de primes et de participations aux coûts auprès de la KLuG. Les assurés s'inquiétaient également du remboursement d'avoirs relatifs à des prestations, comme l'illustre le cas suivant.

Cas1 KLuG

Un assuré s'est adressé à l'Office de médiation, craignant de devoir supporter lui-même les coûts de prestations perçues en 2025 en raison des difficultés financières de la KLuG. Cette crainte résultait notamment du fait que les justificatifs de remboursement déposés auprès de la KLuG étaient restés sans traitement pendant une longue période. La même incertitude existait aussi, pour l'assuré, au sujet des assurances complémentaires détenues auprès de la KLuG.

L'Office de médiation a informé l'assuré que, selon le communiqué de presse de l'OFSP, la déclaration d'insolvabilité prononcée à l'encontre de la KLuG avait entraîné l'activation du fonds d'insolvabilité conformément à l'art. 47 LSAMal. En vertu de l'art. 18 al. 2 LAMal, l'institution commune LAMal prend en charge, au débit du fonds d'insolvabilité, les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles selon l'art. 51 LSAMal. Les prestations perçues jusqu'au 31 décembre 2025 étaient donc couvertes. Les coûts des traitements à partir du 1er janvier 2026 seraient pris en charge par le nouvel assureur.

L'Office de médiation a en outre obtenu, sur demande auprès de la FINMA, l'information selon laquelle Helsana répondait des engagements envers la personne assurée découlant de prestations d'assurance complémentaire. En effet, Helsana Assurances complémentaires SA est porteuse de risque des produits d'assurance complémentaire qui ne sont que gérés par la KLuG. En outre, selon la FINMA, Helsana et la KLuG ont informé les assurés, dans une lettre d'information à la clientèle, que les produits d'assurance complémentaire seraient poursuivis par Helsana sans nouvel examen de santé et dans leur étendue antérieure.

À noter : les factures pour des traitements effectués au cours de l'année 2025 ou au cours d'années antérieures doivent toujours être adressées à la KLuG Krankenversicherung.

Cas2 Droit d'option des retraités qui transfèrent leur domicile en Italie

En 2025, l'Office de médiation a reçu à plusieurs reprises des demandes d'assurés de nationalité suisse ou de l'UE/AELE titulaires d'une rente ou d'une pension du seul régime suisse de sécurité sociale et qui ont transféré leur domicile en Italie. En raison de la perception d'une rente suisse, ces personnes restent soumises à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse (art. 24 al. 2 let. a en relation avec le point 3 let. a, sous i annexe XI « Suisse » Règlement n° 883/2004). Elles demandaient toutefois à être exemptées de l'assurance obligatoire en vertu du droit d'option. À l'appui de leur demande, elles faisaient valoir qu'elles étaient assurées contre la maladie en Italie, y payaient des primes et avaient reçu de la caisse-maladie italienne une carte d'assuré.

Bien que l'Italie accorde un droit d'option conformément au Règlement n° 883/2004, annexe XI (Suisse), ch. 3, let. b, l'Institution commune LAMal, compétente pour examiner les demandes d'exemption des retraités, a rejeté ces requêtes au motif que la carte d'assuré délivrée par la caisse-maladie italienne était vierge au verso ou ne comportait que des astérisques.



Une carte ainsi conçue n'autorise la personne assurée qu'à recevoir des prestations médicales en Italie. En revanche, il n'existe aucune couverture d'assurance en cas de maladie lors d'un séjour temporaire en Suisse ou dans un État membre de l'UE/AELE.

Dans ces circonstances, une exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse ne peut pas être accordée, car l'art. 2 al. 6 OAMal suppose que le requérant bénéficie à la fois dans l'État de résidence et lors d'un séjour temporaire en Suisse et dans un autre État de l'UE/AELE d'une couverture en cas de maladie.

L'Office de médiation a par conséquent confirmé aux assurés que la décision de rejet de l'Institution commune LAMal était correcte. Les États qui accordent un droit d'option peuvent définir, dans leur droit national, les personnes habilitées à l'exercer ainsi que d'autres conditions de son exercice. L'Italie a fait usage de cette possibilité et a exclu les retraités du droit d'option. L'Office de médiation a donc recommandé aux assurés concernés de révoquer l'assurance existant en Italie.

En revanche, les travailleurs frontaliers, c'est-à-dire les personnes qui résident en Italie et exercent une activité lucrative en Suisse, peuvent continuer à faire usage du droit d'option.

Conseil : dans la mesure où la caisse-maladie suisse actuelle propose également en Italie l'assurance obligatoire des soins (contrat pour personnes vivant dans un pays de l'UE), la personne retraitée reste assurée auprès de cette caisse-maladie et paie une « prime UE ». Il est toutefois possible de résilier l'assurance de base auprès de l'assureur actuel et de changer pour une caisse-maladie suisse meilleur marché proposant également l'assurance obligatoire des soins en Italie. Une comparaison des primes peut être effectuée sur www.priminfo.ch. En outre, les retraités qui restent soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse ont la possibilité de déposer auprès de l'Institution commune LAMal une demande de réduction des primes (art. 66a LAMal).

3.2 Cas en lien avec les primes

L'augmentation moyenne des primes pour l'année 2025 s'est élevée à 6 %, ce qui a de nouveau incité de nombreux assurés à changer de caisse-maladie. Un assureur-maladie qui a enregistré une hausse particulièrement forte de nouveaux assurés a ensuite eu des difficultés à traiter à temps les nouvelles adhésions et à envoyer dans les délais les attestations de couverture subséquente. Cette problématique a entraîné, au début de l'année 2025, de nombreuses demandes auprès de l'Office de médiation.

Les primes élevées de l'assurance de base constituent un thème récurrent pour l'Office de médiation. De plus en plus d'assurés rencontrent des difficultés de paiement et sont confrontés à des poursuites engagées par leur assureur-maladie. Beaucoup pensent qu'il relève du pouvoir d'appréciation de l'assureur-maladie d'engager ou non une poursuite. L'Office de médiation doit régulièrement rappeler aux assurés qu'il n'en est rien, la loi prescrivant l'engagement d'une poursuite. Selon l'art. 64a al. 2 LAMal, l'assureur doit engager une poursuite lorsqu'une personne assurée, malgré la sommation, ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus.

Une personne assurée qui n'est pas d'accord avec une créance de l'assureur peut former opposition contre le commandement de payer dans les dix jours à compter de sa notification (art. 74 LP). La poursuite est ainsi provisoirement suspendue (art. 78 LP). Si l'assureur-maladie veut continuer la poursuite, l'opposition doit d'abord être levée. Les primes de l'assurance de base ainsi que les participations aux coûts constituent des créances pécuniaires de droit public. Comme les assureurs de base sont des autorités administratives dont les décisions permettent la mainlevée définitive, ils peuvent eux-mêmes lever l'opposition (Kren Kostkiewicz Jolanta, Commentaire LP, 20e édition 2020, n. 11 s. ad art. 79 LP). Dans le cas suivant toutefois, il n'y avait pas encore de décision entrée en force au moment de la réquisition de continuer la poursuite. L'office des poursuites aurait dû vérifier cela dès réception de la réquisition de continuer la poursuite, avant d'adresser l'avis de saisie à l'assuré.

Cas 3 Réquisition de continuer la poursuite prématurée

Une personne assurée a fait l'objet d'une poursuite de la part de l'assureur pour des primes impayées et a formé opposition au commandement de payer notifié, estimant avoir déjà intégralement réglé la créance. Par décision du 19 novembre 2024, l'assureur-maladie a levé l'opposition. L'assuré a formé opposition contre cette décision en temps utile le 15 décembre 2024. Le 10 février 2025, l'assuré s'est adressé à l'Office de médiation de l'assurance-maladie et a indiqué que l'office des poursuites lui avait notifié, le 4 février 2025, un avis de saisie, avec menace de saisie pour le 28 février 2025. À ce moment-là, l'assureur-maladie n'avait toutefois pas encore rendu de décision sur opposition. Après réception de l'avis de saisie, l'assuré a pris contact téléphonique avec l'assureur-maladie. Celui-ci a confirmé la réception de l'opposition et a indiqué que celle-ci était encore en cours de traitement. Malgré cela, il estimait que la poursuite pouvait être continuée sur la base des dispositions légales.

L'Office de médiation est intervenu auprès de l'assureur-maladie et a demandé pourquoi une réquisition de continuer la poursuite avait été déposée en l'absence de décision sur opposition entrée en force. Il a souligné que la réquisition déposée était nulle et a prié l'assureur d'en informer l'office des poursuites afin que l'avis de saisie soit lui aussi considéré comme nul.

L'assureur-maladie a informé l'Office de médiation qu'il avait adressé un courrier à l'assuré le 3 janvier 2025, dans lequel il expliquait les arriérés faisant l'objet de la poursuite. En même temps, il avait demandé à l'assuré de régler les montants ouverts d'ici au 15 janvier 2025, faute de quoi une décision sur opposition serait rendue. L'assureur a reconnu qu'il avait ensuite omis de rendre une telle décision et a informé l'office des poursuites que la réquisition de continuer la poursuite devait être considérée comme invalide. Il a en outre annoncé qu'il examinerait rapidement l'opposition et rendrait une décision sur opposition.

Conseil : pour autant que les assurés soient en mesure de régler les arriérés existants, en plus des primes courantes, par acomptes, l'Office de médiation recommande de s'adresser le plus tôt possible à l'assureur et de demander une convention de paiement échelonné. La décision d'accorder ou non un paiement échelonné, ainsi que le nombre et le montant des acomptes, appartient toutefois à l'assureur. Ce dernier peut en outre prélever des frais par acompte.

Cas 4 Responsabilité des héritiers pour des arriérés malgré la répudiation de la succession

Au début de l'année 2025, une assurée s'est adressée à l'Office de médiation. Son mari était décédé deux ans auparavant. Comme il avait laissé des dettes, notamment envers la caisse-maladie à hauteur de près de CHF 40 000, la veuve a répudié la succession conformément à l'art. 567 CC. La succession a ensuite été liquidée conformément à l'art. 573 al. 1 CC. Malgré cela, la veuve a reçu de l'assureur-maladie de son mari défunt une invitation à régler les arriérés de primes de celui-ci. L'assurée était convaincue que l'assureur-maladie avait commis une erreur.

L'Office de médiation a indiqué à l'assurée que l'assureur-maladie avait agi correctement, en se référant à l'art. 166 al. 3 CC. Selon cette disposition, les époux répondent solidairement des besoins courants de la famille. Selon le Tribunal fédéral (TF9C_756/2016, consid. 2.1 du 18 janvier 2017), les primes de l'assurance obligatoire des soins en font également partie. Il en résulte que l'épouse, en tant que codébitrice solidaire au sens de l'art. 143 al. 2 CO, répond personnellement des primes non payées par le mari pendant le mariage. La répudiation n'y change rien. Celle-ci a seulement pour effet d'empêcher le transfert à son égard de la dette existante du mari.

Comme l'épouse vivait elle aussi dans une situation financière tendue et au vu du montant élevé des arriérés, il était peu pertinent de lui suggérer de demander à l'assureur-maladie une convention de paiement échelonné pour régler les arriérés.

À noter : pour les arriérés de primes d'assurances complémentaires, une responsabilité solidaire n'existe que s'ils relèvent encore des besoins courants de la famille au sens de l'art. 166 al. 1 CC. Le point de savoir si tel est le cas dépend surtout de la situation financière et du niveau de vie effectivement mené.

3.3 Cas en lien avec des prestations

3.3.1 Modèles d'assurance particuliers

En 2025, environ 80 % de tous les assurés étaient couverts par un modèle d'assurance particulier avec un choix limité des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 99 OAMal (par ex. modèle du médecin de famille, modèle Telmed, etc.). Les assurés bénéficient, dans ces modèles, d'une réduction de prime. Chaque modèle d'assurance particulier a son propre règlement (parfois aussi désigné comme conditions générales d'assurance). Il y est notamment défini auprès de quelles instances les assurés doivent s'adresser avant une consultation médicale (par exemple des centres de conseil téléphonique), ainsi que les conséquences du non-respect des règles établies. Les sanctions en cas de « violation des règles » vont d'une prise en charge partielle des coûts jusqu'au refus complet des prestations. En outre, les règlements prévoient, après plusieurs violations, le droit de transférer les assurés vers le modèle ordinaire avec libre choix du médecin, mais avec des primes nettement plus élevées.

Conseil : les assureurs attirent l'attention des assurés par écrit lors de la première violation des règles (et parfois aussi lors de la deuxième). Il est très important que les assurés prennent ces courriers au sérieux. L'Office de médiation constate régulièrement des cas dans lesquels des assurés indiquent avoir ignoré de tels courriers et s'étonnent ensuite que l'assureur ne prenne plus les coûts en charge, ou plus intégralement.

L'Office de médiation constate que les prescriptions à respecter dans certains modèles d'assurance particuliers deviennent de plus en plus complexes et peuvent constituer un véritable piège à coûts pour les assurés, lesquels ne lisent le plus souvent pas en détail les règlements spécifiques. Un modèle d'assurance dont les exigences ont encore été renforcées pour l'année 2025 est présenté plus en détail ci-après.

Cas 5 Règles complexes d'un modèle d'assurance choisi

De nombreux assurés partent du principe qu'ils peuvent, comme premier point de contact, s'adresser au choix à leur médecin de famille ou au centre de télémédecine, et que le médecin de famille peut les adresser à un spécialiste sans autre formalité. Dans le modèle de l'assureur concerné par le présent cas, des exigences supplémentaires s'ajoutaient toutefois.

Pour certaines spécialités (par exemple la cardiologie, la chirurgie vasculaire et cardiaque, l'urologie, la gastroentérologie et la chirurgie viscérale ainsi que l'orthopédie, la chirurgie de la main et la neurochirurgie), les assurés doivent, après la consultation du médecin de famille ou du centre de télémédecine, contacter en plus un service de conseil spécifique. Celui-ci soumet ensuite aux assurés trois propositions pour le choix d'un spécialiste approprié. La liste des spécialités concernées est publiée sur le site internet de l'assureur et peut être modifiée à tout moment par celui-ci. Lors de la conclusion du modèle d'assurance particulier, les assurés reçoivent, avec la police d'assurance, la liste valable à ce moment-là. L'assureur informe les assurés par écrit des modifications ultérieures de cette liste.

L'Office de médiation a été saisi de nombreuses demandes d'assurés bénéficiant de ce modèle qui, après avoir été orientés par leur médecin de famille vers un spécialiste, l'ont consulté directement sans s'adresser au préalable au service de conseil, comme l'exige pourtant la procédure. Dans ces cas, l'assureur a refusé la prise en charge des coûts en raison d'une violation des règles. Selon le règlement, il proposait toutefois aux assurés de passer rétroactivement au 1er janvier de l'année en cours au modèle avec libre choix du médecin (moyennant une prime nettement plus élevée); dans ce cas, les frais de traitement qui avaient été refusés jusque-là étaient pris en charge.

Dans le cadre de ce modèle, l'Office de médiation conseille toujours aux assurés de choisir comme premier point de contact le centre téléphonique, et non le médecin de famille. Le centre téléphonique attire expressément l'attention des assurés, conformément au règlement, sur l'obligation de contacter au préalable le service de conseil. En revanche, si le médecin de famille est choisi comme premier point de contact, c'est à l'assuré qu'il incombe de vérifier s'il doit également contacter le service de conseil, car les médecins de famille ne connaissent généralement pas dans le détail les conditions des modèles d'assurance particuliers. Dans de tels cas, les assurés doivent en outre demander leur dossier médical au médecin de famille et le transmettre au service de conseil.

3.3.2 Autres cas de prestations

Cas 6 Accouchement ambulatoire

Le 7 septembre 2025, une assurée a donné naissance à une fille à l'hôpital X. L'accouchement a eu lieu en ambulatoire, c'est-à-dire que l'assurée a quitté l'hôpital le jour même de la naissance. L'hôpital a adressé à l'assureur-maladie du nouveau-né, auprès duquel la mère était également assurée, une facture de CHF 132.20 pour des examens de laboratoire courants chez les nouveaux-nés. L'assureur-maladie a pris en charge

les coûts via l'assurance de base du nourrisson et a facturé une quote-part de 10 %. L'assurée s'est ensuite adressée à plusieurs reprises à l'assureur et a finalement reçu la réponse suivante:

« L'accouchement a eu lieu en ambulatoire à l'hôpital X et a également été facturé selon le tarif Tarmed pour une prestation ambulatoire. En cas d'accouchement ambulatoire, les prestations du nourrisson ne sont pas facturées à la mère car cela n'est pas admissible. La facturation doit donc être effectuée séparément à la charge du nourrisson. Le décompte se fait avec participation aux coûts et est donc correct. »

La mère n'était pas d'accord avec cette réponse et s'est adressée à l'Office de médiation. Elle faisait valoir qu'en cas d'accouchement stationnaire ainsi que pour les examens du nouveau-né qui y sont liés, aucune quote-part n'était due, car il s'agissait de prestations de maternité exemptées de la participation aux coûts. Elle voulait savoir si la quote-part perçue était licite.

L'Office de médiation est intervenu auprès de l'assureur-maladie et a exposé que, selon l'art. 29 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. En font notamment partie, selon l'art. 29 al. 2 let. d LAMal, les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère. La facturation pour les soins du nouveau-né en bonne santé doit être adressée au garant des coûts de la mère (Eugster, Die obligatorische Krankenversicherung nach KVG, Bâle 2025, n. 937). Peu importe à cet égard que l'accouchement ait eu lieu de manière ambulatoire ou stationnaire. En conséquence, les prestations doivent être facturées à charge de l'assurance de base de la mère. De plus, conformément à l'art. 64 al. 7 let. a LAMal, l'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations de maternité.

Par la suite, l'assureur a pris en charge les coûts via l'assurance de base de la mère et a annulé la facture relative à la quote-part.

À noter : les coûts de traitement d'un nouveau-né malade sont à la charge de sa propre assurance de base (art. 29 al. 2 let. d LAMal a contrario).

Cas 7 Remboursement accordé par erreur pour des prestations

En règle générale, les assurés s'adressent à l'Office de médiation de l'assurance-maladie parce que, dans le système du tiers garant, les prestations ne leur sont pas remboursées ou pas à temps par leur caisse-maladie. Dans le présent cas, la situation était toutefois inversée: un office d'exécution judiciaire était le destinataire de versements répétés et erronés d'un assureur-maladie et s'efforçait en vain de les rembourser.

Le 30 décembre 2024, un assureur-maladie a versé à un office d'exécution judiciaire d'un canton de Suisse orientale un montant de CHF 301.85. Vu que l'assuré présumé X n'était pas connu de l'autorité, le responsable de la comptabilité de l'office d'exécution judiciaire a tenté, à partir de fin janvier 2025, d'obtenir de l'assureur un bulletin de versement afin de pouvoir rembourser le montant. Il faisait valoir que, selon les indications figurant sur une annexe à la copie de la facture, le paiement aurait plutôt dû être effectué sur le compte d'un centre de mesures du canton de Soleure. Fin mars 2025, le responsable de la comptabilité a finalement réussi à rembourser à l'assureur-maladie le montant de CHF 301.85. Peu après, il a toutefois constaté que le même montant avait de nouveau été versé par l'assureur sur le compte de l'office d'exécution judiciaire. Il a alors demandé une nouvelle fois la suppression de toutes les liaisons bancaires. Par la suite, l'assureur-maladie a toutefois exigé l'indication d'une nouvelle liaison bancaire et a en outre envoyé au responsable de la comptabilité une copie du remboursement qu'il avait effectué, alors que celui-ci ne l'avait pas demandée.

Au début de l'automne 2025, le collaborateur de l'office d'exécution judiciaire s'est adressé à l'Office de médiation et s'est plaint de la persistance de ces démarches administratives inutiles. Il a souligné qu'il souhaitait volontiers rembourser à l'assureur le montant de CHF 301.85, mais qu'en cas de nouveaux problèmes, il envisagerait de comptabiliser cette somme comme « autre produit ». Il a en outre relevé que l'envoi de copies de factures à une autorité incompétente posait problème du point de vue de la protection des données.

L'Office de médiation est alors intervenu auprès de l'assureur et l'a prié de clarifier définitivement les faits et de régler directement l'affaire avec l'office d'exécution judiciaire, en adressant une copie de sa réponse à l'Office de médiation. Une semaine plus tard, l'assureur a communiqué au responsable de la comptabilité l'IBAN pour le remboursement du montant et s'est excusé des désagréments occasionnés.

Cas 8 Suspension des prestations et péremption

Un assuré domicilié dans le canton de Thurgovie n'a pas pu payer ses primes d'assurance-maladie en 2018 en raison de difficultés financières passagères. Il a dès lors été inscrit sur la « liste noire » (art. 64a al. 7 LAMal) et a dû payer lui-même les factures médicales pour l'année 2018. Début 2019, il a adressé les factures à son assureur-maladie en vue de leur prise en charge. Par décompte de prestations du 23 février 2019 (avoir : CHF 0), l'assureur a refusé la prise en charge de toutes les prestations en invoquant l'existence d'une suspension de prestations. Il était indiqué sur le décompte de prestations que l'assuré devait appeler l'assureur dès que tous les arriérés de primes auraient été réglés. Dans le cadre de plusieurs poursuites engagées ensuite par l'assureur, il a été procédé à des saisies de salaire. L'assureur a ainsi été intégralement désintéressé le 29 juillet 2024. En janvier 2025, l'assuré a demandé à l'assureur le remboursement des prestations qu'il avait payées lui-même et a produit comme preuve l'ancien décompte de prestations. L'assureur lui a alors indiqué que la loi lui interdisait de rembourser des prestations remontant à plus de cinq ans, puis lui a souhaité, pour conclure, le meilleur.

L'assuré s'est alors adressé à l'Office de médiation pour demander si l'information de sa caisse-maladie était correcte.

Selon l'art. 64a al. 7 LAMal, les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton (« liste noire »). Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension. Actuellement, seuls deux cantons disposent encore du système de la liste noire, à savoir les cantons d'Argovie et de Thurgovie. Le canton du Tessin a décidé de supprimer la liste noire. Les cantons des Grisons, de Lucerne, de Saint-Gall, de Schaffhouse, de Soleure et de Zoug l'ont déjà supprimée ; les autres cantons n'ont jamais introduit le système de la liste noire.

L'Office de médiation s'est adressé à l'assureur et a fait valoir que, selon l'art. 24 al. 1 LPGa, le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. La demande de prestations est déjà considérée comme un acte valable aux fins du respect dudit délai et a ainsi pour effet d'empêcher la péremption de prescription (BSK ATSG-Dolf, art. 24 n.18 s.). L'assuré avait manifestement déposé les justificatifs correspondants dans le délai de cinq ans, ce que prouvait le décompte de prestations. Par conséquent, l'assureur devait lui rembourser ces prestations. L'assureur a alors indiqué à l'Office de médiation qu'il partageait cette appréciation. Le montant serait versé à la personne assurée dans les plus brefs délais, après déduction de la franchise et de la quote-part.

Conseil : l'Office de médiation recommande aux assurés des cantons d'Argovie et de Thurgovie, pendant une suspension de prestations, d'adresser à l'assureur les factures qu'ils ont payées eux-mêmes, si possible par courrier recommandé pour des raisons de preuve, et de conserver le décompte de prestations établi à la suite de cet envoi.

4 Assurances complémentaires selon la LCA

4.1 Souscriptions non souhaitées aux assurances complémentaires par l'intermédiaire de courtiers

Ces dernières années, de nouvelles dispositions légales, un accord de branche concernant les intermédiaires ainsi qu'un renforcement du contrôle exercé par les autorités de surveillance ont conduit à la mise en place de mesures visant à améliorer la protection des clients et à accroître la transparence dans le domaine de l'intermédiation en assurance.

Malheureusement, l'Office de médiation est encore régulièrement saisi de demande d'assurés ayant conclu des assurances complémentaires par l'intermédiaire d'un courtier sans l'avoir réellement souhaité. De nombreuses personnes qui s'adressent à l'Office de médiation rapportent qu'elles voulaient seulement obtenir une offre sans engagement et que l'intermédiaire ne les avait pas informées qu'elles signaient une proposition juridiquement contraignante. Parfois, des renseignements inexacts ou trompeurs sont aussi donnés aux assurés. L'Office de médiation entend ainsi assez souvent que l'intermédiaire aurait expliqué que la signature sous la proposition juridiquement contraignante servait uniquement à prouver à son employeur, c'est-à-dire à l'assureur, qu'un entretien de conseil avait bien eu lieu. Certains assurés rapportent également à l'Office de médiation que l'intermédiaire aurait assuré que rien de contraignant n'était encore signé.

Certes, l'art. 45 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA) exige que l'intermédiaire communique au preneur d'assurance certaines informations lors de la proposition de contrat d'assurance. À cette fin, les assureurs ou les courtiers remettent aux assurés un « procès-verbal de conseil », qui doit être signé à la fois par l'intermédiaire et par le preneur d'assurance. Ce procès-verbal contient souvent aussi l'indication selon laquelle la cliente ou le client est conscient.e qu'il s'agit d'une proposition juridiquement contraignante et non d'une offre sans engagement. Il y est en outre souvent précisé que le preneur d'assurance a pris connaissance du contenu du procès-verbal de conseil. Sur la base de nombreux retours d'assurés, l'Office de médiation part du principe que la signature du procès-verbal de conseil est souvent apposée aussi rapidement que celle de la proposition de contrat d'assurance. L'expérience montre que les assurés n'ont souvent pas conscience de ce qu'ils signent. Cela se manifeste notamment par le fait que certains assurés ne se souviennent pas d'avoir signé un procès-verbal de conseil. Lorsque, après la conclusion du contrat, des assurés soutiennent qu'on leur avait dit qu'ils ne signaient qu'une offre sans engagement, le procès-verbal de conseil signé joue généralement en leur défaveur sous l'angle de la preuve.

4.1.1 Fausses incitations dues à des commissions élevées versées aux intermédiaires d'assurance

Dans de nombreux cas d'assurances complémentaires non voulues, dont la problématique a été soumise à l'Office de médiation, il apparaît clairement que chez les intermédiaires, c'est souvent leur propre commission et non l'intérêt des clientes et des clients qui passe au premier plan. Le cas exposé ci-après illustre ce problème de manière exemplaire : un intermédiaire a « vendu » à un couple, dont chacun disposait déjà de quatre assurances complémentaires, sept assurances complémentaires supplémentaires par personne. L'Office de médiation ne se souvient pas d'avoir vu un cas où des assurés disposaient au total de onze assurances complémentaires.

Cas 9 Assurances complémentaires non souhaitées

Une assurée d'origine portugaise s'est adressée en octobre 2024 à un intermédiaire d'assurance lié, afin de modifier pour l'année 2025 le modèle d'assurance dans l'assurance de base pour elle et son mari. Les époux disposaient déjà auprès de cet assureur de quatre assurances complémentaires bon marché. À la réception, en octobre 2025, des polices d'assurance pour l'année 2026, l'assurée a constaté qu'à partir du 1er janvier 2026, sept assurances complémentaires supplémentaires figuraient sur sa police ainsi que sur celle de son mari.

L'assurée a alors demandé que l'assureur supprime pour chacun d'eux ces sept assurances complémentaires non souhaitées. Celles-ci étaient inutiles et financièrement insupportables pour cette famille de quatre personnes. Par courrier du 13 octobre 2025, l'assureur a indiqué à la cliente qu'elle avait signé le procès-verbal de conseil lors de la signature de la proposition de contrat d'assurance. Ce procès-verbal reprenait point par point les éléments essentiels du contrat que le courtier avait abordé lors de la conclusion du contrat. Le procès-verbal de conseil garantissait d'une part que le courtier n'omette aucun élément dans le cadre du conseil. D'autre part, il garantissait aussi que l'assuré puisse bénéficier d'un conseil professionnel conforme aux exigences légales. Se fondant sur l'art. 45 LSA, l'assureur partait donc du principe que le conseil avait eu lieu à la satisfaction de l'assurée. L'assurée a néanmoins été invitée à examiner soigneusement le document et à exposer par écrit toute divergence éventuelle par rapport au déroulement réel des événements. Sur cette base, et avec les preuves correspondantes, l'assureur était prêt à réexaminer la proposition et, le cas échéant, à revoir sa décision. D'ici là, les contrats demeuraient cependant en vigueur.

L'assurée s'est ensuite adressée à l'Office de médiation de l'assurance-maladie. Elle a fait valoir qu'il était impossible pour sa famille de quatre personnes de payer les primes des sept assurances complémentaires supplémentaires pour elle et son mari, soit un total de CHF 302.10 par mois. Jusqu'à présent, elle avait toujours respecté minutieusement ses obligations financières en Suisse et voulait continuer à le faire. Les nouvelles assurances complémentaires conclues étaient toutefois financièrement insupportables et conduiraient inévitablement à un surendettement. Pour l'éviter, il faudrait même envisager un retour au Portugal.

La famille a remis à l'Office de médiation des documents relatifs à sa situation financière. Il en ressortait que le revenu net commun des époux s'élevait à CHF 6 200 par mois. Ils avaient des dépenses mensuelles pratiquement du même montant, en tenant compte des quatre assurances complémentaires déjà existantes, parmi lesquelles figuraient notamment d'importants frais de crèche pour les deux enfants. Les primes des 14 assurances complémentaires supplémentaires conclues s'élevaient à CHF 302.10 de plus par mois. Il était ainsi évident que la famille ne pouvait en aucun cas s'offrir ce « luxe ».

L'Office de médiation est intervenu auprès de l'assureur et a fait valoir que les sept assurances complémentaires supplémentaires par époux n'étaient pas supportables financièrement. Les assurances complémentaires auxquelles avait souscrit le couple étaient des produits très bon marché. Il était également frappant de constater qu'avec les nouveaux produits vendus, des couvertures déjà existantes avaient parfois été complétées une, deux, voire trois fois, ce qui n'avait aucun sens. Il fallait donc partir de l'idée que c'était avant tout la commission promise à l'intermédiaire qui avait été déterminante. Selon la convention sectorielle sur les intermédiaires dans le domaine de l'assurance maladie, version 3.0, ch. 9.1.2, l'indemnisation maximale de produits dans le domaine des assurances complémentaires maladie est limitée à 16 primes mensuelles nettes par contrat, soit en l'espèce CHF 4 832.

L'assureur a répondu à l'Office de médiation qu'il avait constaté chez le mari que pour cinq assurances complémentaires, le délai légal d'acceptation de quatre semaines selon l'art. 1 al. 2 LCA n'avait pas été respecté, raison pour laquelle il les supprimait. Pour deux assurances complémentaires, la déclaration d'acceptation était intervenue dans le délai de 14 jours selon l'art. 1 al. 1 LCA ; ces assurances demeuraient donc en vigueur. Pour l'épouse, l'assureur avait respecté le délai d'acceptation de 14 jours pour les sept assurances complémentaires, raison pour laquelle elles étaient toutes maintenues. Il n'existait en outre pas de surassurance ; certaines des assurances supplémentaires conclues ne faisaient que compléter la couverture.

L'Office de médiation est intervenu une seconde fois auprès de l'assureur et a relevé que les assurés – même s'il devait s'agir, contrairement à l'avis de l'Office de médiation, de prestations complémentaires – n'auraient certainement pas souhaité une extension de couverture coûteuse, compte tenu de leur budget limité. Dans sa seconde réponse, l'assureur a informé l'Office de médiation qu'il était disposé à annuler l'ensemble des assurances complémentaires conclues avec effet au 1er janvier 2026.

Conseil : Comment éviter les assurances complémentaires non souhaitées

1. Ne pas conclure les contrats dans la précipitation

Ne signez pas immédiatement les propositions d'assurance ou, en cas de conclusion électronique du contrat, ne les validez pas immédiatement. Prenez le temps de lire les documents tranquillement et dans leur intégralité.

2. Exer le droit de révocation de manière cohérente

Si des propositions d'assurance ont déjà été signées, la révocation peut être communiquée conformément à l'art. 2a LCA dans les 14 jours suivant la signature, et non à compter de la déclaration d'acceptation de l'assureur.

La révocation doit être adressée directement à l'administration de l'assureur et non à l'intermédiaire en assurance. L'Office de médiation constate régulièrement que des assurés communiquent la révocation à des intermédiaires non liés, mais que celle-ci n'est ensuite pas transmise à l'assureur. Dans de tels cas, la révocation n'est pas reconnue par l'assureur.

3. Envoyer soi-même la résiliation

Les intermédiaires font aussi souvent signer aux assurés des formulaires de résiliation. Insistez pour que ces formulaires vous soient remis afin que vous puissiez les envoyer vous-même et conserver ainsi le contrôle sur le changement d'assureur. L'Office de médiation voit régulièrement des cas dans lesquels des intermédiaires résilient des assurances complémentaires existantes avant de s'assurer que le nouvel assureur est prêt à accepter les assurés.

4.1.2 Pratiques discutables

Au cours de l'année sous revue, l'Office de médiation a été informé d'un cas dans lequel une société de courtage non liée a tenté d'exiger d'une assurée, à la suite de la résiliation de ses assurances complémentaires, le paiement d'une rémunération supplémentaire.

Cas 10 Frais après résiliation d'assurances complémentaires

Une assurée avait pris contact début septembre 2023 avec un intermédiaire d'assurance non lié et avait conclu une nouvelle assurance de base pour l'année 2024 ainsi que deux assurances complémentaires d'une durée contractuelle de trois ans. En novembre 2024, l'assurée a résilié l'assurance de base pour le 31 décembre 2024 et est retournée auprès de son ancien assureur. Elle a également pu résilier à titre extraordinaire les assurances complémentaires pour fin 2024 car la prime des deux produits avait augmenté.

Le 8 avril 2025, l'assurée a reçu un appel de la société de courtage. Lors d'un entretien téléphonique d'environ cinq minutes, on lui aurait demandé pour quelles raisons elle avait résilié les assurances complémentaires. Quelques jours plus tard, le 12 avril 2025, elle a reçu un courrier de la société de courtage avec pour objet « Facture relative à des frais administratifs consécutifs à la résiliation de vos assurances complémentaires ». La société de courtage se référait à ses conditions générales et réclamait un montant de CHF 500. Celui-ci correspondait aux frais administratifs, au travail de conseil personnalisé ainsi qu'au suivi en lien avec la conclusion du contrat. Afin d'éviter tout désagrément, elle était priée d'effectuer le paiement aussi vite que possible. Sous le titre « remarques importantes », il était en outre indiqué qu'en cas de retard de paiement,

des frais de rappel seraient perçus. En l'absence de paiement, son dossier serait en outre transmis à la société de recouvrement Intrum, ce qui entraînerait des coûts supplémentaires. À ce sujet, il était renvoyé à fairpay.ch.

Indignée, l'assurée s'est adressée à l'Office de médiation pour demander si la société de courtage était en droit d'exiger d'elle le montant de CHF 500. Elle n'avait jamais vu ni signé les conditions mentionnées par l'intermédiaire. En outre, elle ne comprenait pas quel travail concret ce montant était censé rémunérer.

L'Office de médiation est alors intervenu auprès de l'assureur et a attiré l'attention sur les pratiques inhabituelles et douteuses de l'intermédiaire. Dans sa prise de position, l'assureur a indiqué que la manière de procéder décrite n'était pas conforme aux règles. Il avait enjoint l'intermédiaire concerné de renoncer à l'avenir à l'émission de factures après la résiliation d'assurances complémentaires. Il lui avait en outre ordonné d'annuler, dans le cas présent, la facture de CHF 500. L'Office de médiation a informé l'assurée de la réponse de l'assureur et lui a en outre recommandé de signaler également le cas à l'autorité de surveillance compétente pour les assurances complémentaires, à savoir la FINMA.

4.2 Violation de l'obligation de déclarer (réticence)

Dans le cadre de la procédure de proposition de contrat d'assurances complémentaires, la personne assurée doit remplir un questionnaire de santé mis à disposition par l'assureur. Celui-ci sert de base à l'appréciation du risque par l'assureur. Sur la base des indications qui y figurent, l'assureur accepte la proposition soit sans réserve, soit avec réserve, ou la refuse. La personne assurée est tenue de répondre de manière complète et véridique aux questions posées par l'assureur. Ce n'est que sur cette base qu'il est possible à l'assureur d'évaluer correctement le risque. Si, après la conclusion du contrat, l'assureur constate qu'une ou plusieurs questions ont reçu une réponse inexacte, il est en droit de résilier par écrit les assurances complémentaires conclues pour violation de l'obligation de déclarer (réticence; art. 6 al. 1 LCA). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'entreprise d'assurance a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2, LCA). Conformément à l'art. 6 al. 1 LCA, la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance.

Dans certaines configurations, l'assureur ne pourra pas résilier le contrat malgré la réticence. Ces exceptions sont réglées à l'art. 8 LCA. Une résiliation est notamment exclue si l'entreprise d'assurance connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré (art. 8 ch. 3 LCA). Une telle configuration était à la base du cas suivant:

Cas 11 Résiliation en raison d'une violation de l'obligation de déclarer non admissible

Lors de son arrivée en Suisse en 2020, un assuré a conclu auprès de l'assureur X une assurance complémentaire d'hospitalisation « division générale pour toute la Suisse ». Il avait souscrit à l'assurance de base auprès de l'assureur Y. Le 29 octobre 2024, il a demandé à changer de la division générale pour toute la Suisse à la division privée.

Comme cette modification contractuelle représentait une aggravation du risque pour l'assureur, l'assuré a été tenu de remplir une déclaration de santé. Le questionnaire de santé a été rempli avec l'aide d'un intermédiaire. L'assuré a indiqué ne pas avoir vérifié les réponses cochées par l'intermédiaire. L'assureur a accepté la proposition pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division privée.

Dans la déclaration de santé, l'assuré n'a pas mentionné un traitement ostéopathique en cours depuis le 17 octobre 2024 pour des douleurs au dos et à la nuque. Il a fait valoir qu'il avait déjà eu recours à des traitements ostéopathiques en 2022 ainsi qu'au premier semestre 2024, dont les coûts avaient été pris en charge par l'assurance complémentaire. L'assureur aurait donc déjà eu connaissance, avant le dépôt de la proposition, du fait non déclaré.

Par courrier du 23 septembre 2025, l'assureur a résilié l'assurance complémentaire d'hospitalisation privée pour violation de l'obligation de déclarer avec effet au 30 septembre 2025. En même temps, il a indiqué à l'assuré que les prestations éventuellement déjà fournies en lien avec cette violation seraient réclamées en restitution sur la base de l'art. 6 al. 3 LCA. L'assureur a en outre refusé de prendre en charge les coûts du traitement actuel auprès de la thérapeute Z.

Après avoir échoué à faire annuler la résiliation, l'assuré s'est adressé à l'Office de médiation. Celui-ci a d'abord attiré l'attention de l'assureur sur le fait que le délai de quatre semaines de l'art. 6 al. 2 LCA ne semblait pas avoir été respecté. L'assureur a indiqué qu'il n'avait eu connaissance de la réticence que le 26 août 2025, lorsqu'il avait reçu un rapport de l'ostéopathe. Or la résiliation avait été prononcée par courrier du 23 septembre 2025 et était parvenue à l'assuré au plus tôt le 24 septembre 2025. Lorsqu'un délai est fixé par semaines, le dernier jour est celui qui, dans la dernière semaine, correspond par son nom au jour où l'événement déclenchant le délai s'est produit, en l'occurrence au moment de la connaissance de la violation de l'obligation de déclarer (art. 77 al. 1 ch. 2 CO). En tant que manifestation de volonté soumise à réception, la résiliation aurait donc dû parvenir à l'assuré au plus tard le 23 septembre 2025.

En outre, l'Office de médiation a demandé à l'assureur d'examiner l'objection soulevée par l'assuré selon lequel il avait déjà eu recours, avant le dépôt de la proposition, à des prestations d'ostéopathie à charge de l'assurance complémentaire. Si tel était le cas, l'assureur ne pouvait pas résilier (art. 8 ch. 3 LCA). Cette disposition prévoit que malgré la réticence, l'entreprise d'assurance ne peut pas résilier le contrat si elle connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré. En cas de facturation de prestations ostéopathiques à l'assurance complémentaire avant le dépôt de la proposition, cette condition devrait être considérée comme remplie.

L'assureur a communiqué à l'Office de médiation que le délai de résiliation de quatre semaines avait été respecté. Le rapport de l'ostéopathe – bien que daté du 26 août 2025 – n'était parvenu à l'assureur que le 5 septembre 2025. L'assureur s'est toutefois déclaré disposé à remettre en vigueur l'assurance complémentaire en application de l'art. 8 ch. 3 LCA.

Cas 12 Résiliation d'un contrat arrivé à échéance

Une assurée a conclu auprès d'un assureur trois assurances complémentaires avec effet au 1er octobre 2023. L'une d'elles prévoyait, en cas d'hospitalisation, le versement d'un capital de CHF 3 000. La conclusion du contrat est intervenue par l'intermédiaire d'une courtière. L'assurée lui a indiqué qu'elle avait partiellement eu recours, dans les années 2020 à 2022, à des traitements psychologiques. Comme il ne s'agissait pas d'un traitement psychiatrique et qu'aucun diagnostic n'avait été posé, l'intermédiaire lui aurait conseillé de répondre par la négative à la question de savoir si des traitements avaient eu lieu au cours des cinq dernières années.

Le 6 novembre 2024, l'assurée a résilié à titre extraordinaire les trois assurances complémentaires pour le 31 décembre 2024, toutes les primes de ces assurances ayant augmenté. L'assureur a confirmé la résiliation extraordinaire des trois produits pour le 31 décembre 2024.

Après une hospitalisation en novembre 2024, l'assurée a demandé le versement de la somme de CHF 3 000. Par courrier du 25 mars 2025, l'assureur a résilié avec effet au 31 mars 2025 les trois assurances complémentaires pour violation de l'obligation de déclarer, en indiquant que cette résiliation avait déjà pris effet au 31 décembre 2024. Sur cette base, il a refusé le versement du capital.

Après plusieurs tentatives infructueuses pour obtenir le versement du capital, l'assurée s'est adressée fin octobre 2025 à l'Office de médiation. Celui-ci est intervenu auprès de l'assureur et a fait valoir qu'une résiliation constitue un droit formateur unilatéral à effet libératoire et qu'elle produit ses effets juridiques, après l'écoulement du délai de résiliation, par l'extinction du contrat. Après ce moment, une nouvelle résiliation, en l'occurrence par l'autre partie contractante, n'est plus possible. En outre, selon l'art. 6 al. 1 LCA, une résiliation ne devient efficace qu'à sa réception par la personne assurée, donc ex nunc et non rétroactivement. La « construction » défendue par l'assureur, consistant en une résiliation rétroactive, est donc juridiquement inadmissible. Comme l'assurée avait elle-même résilié valablement les assurances complémentaires pour le 31 décembre 2024, il était exclu d'invoquer ultérieurement une violation de l'obligation de déclarer ou de résilier pour ce motif. L'assureur devait par conséquent verser le capital de CHF 3 000, les conditions de son octroi étant remplies. L'assureur a ensuite indiqué à l'Office de médiation que le montant de CHF 3 000 serait versé sous peu à l'assurée.

4.3 Admission dans l'assurance complémentaire

Les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, en particulier à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et, à titre subsidiaire, au Code des obligations. Dans ce domaine, le principe de la liberté contractuelle s'applique. L'un de ses aspects est la liberté de conclure. Cela signifie que chaque partie au contrat est libre de décider si elle souhaite conclure un contrat ou non. Dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire, cela signifie que l'assureur dispose en principe de trois possibilités : il peut accepter une proposition sans réserve, l'accepter avec réserve ou la refuser.

Depuis peu, un assureur dispose d'une autre option : l'admission sans réserve dans une assurance complémentaire moyennant un supplément de prime. Cette nouvelle possibilité a suscité chez de nombreux assurés, qui n'ont plus été admis dans une assurance complémentaire, des attentes correspondantes.

Cas 13 Couverture complète malgré une maladie préexistante

En 2025, l'Office de médiation a reçu de nombreuses demandes d'assurés souffrant de maladies préexistantes qui souhaitaient conclure une assurance complémentaire. Ils avaient vu dans les médias la publicité d'un assureur qui vantait la possibilité de conclure une assurance complémentaire sans réserve, moyennant un supplément de prime individuelle. Les assurés ont alors déposé des propositions en ce sens et ont été surpris lorsque l'assureur les a refusées. Ils se sont ensuite adressés à l'Office de médiation pour demander si un tel refus était licite et si la publicité concernée ne devait pas être qualifiée de déloyale. Une assurée a en outre indiqué qu'un collaborateur de l'assureur avait confirmé par téléphone que cette publicité était trompeuse sous cette forme.

L'Office de médiation a d'abord rappelé aux assurés la situation juridique précitée. Il a en outre mentionné que les conditions générales d'assurance de l'assureur contenaient une disposition selon laquelle l'assureur pouvait prélever des suppléments de prime individuelle lorsque la déclaration de santé révélait des risques particuliers chez le proposant ou la proposante. L'Office de médiation a informé les assurés qu'aucune garantie d'admission ne pouvait être déduite de cette formulation.

L'Office de médiation comprend la critique des assurés selon laquelle la publicité de l'assureur est trompeuse. L'assureur fait de la publicité avec des affirmations telles que « Nous sommes le seul assureur qui offre une couverture complète aux personnes ayant des maladies préexistantes » ou « Couverture complète malgré une maladie préexistante ». Pour des personnes ne disposant pas de connaissances approfondies en droit des assurances, de tels slogans peuvent induire en erreur. Selon les médias, une plainte a été déposée contre l'assureur auprès de la Commission suisse pour la loyauté.

4.4 Prestations de l'assurance complémentaire

Cas 14 Prise en charge de la participation aux coûts des soins à la charge de la personne assurée

Une assurée séjournait depuis février 2025 dans un établissement médico-social. Elle bénéficiait d'une assurance de base et d'une assurance complémentaire pour la division privée auprès du même assureur. Les conditions générales d'assurance prévoyaient, en cas de séjour dans un EMS ou dans un établissement pour malades chroniques, des prestations pour les frais de séjour et de soins : jusqu'au 180^e jour, une contribution quotidienne de CHF 150, du 181^e au 540^e jour de CHF 80, et du 541^e au 720^e jour de CHF 50. Sous le chiffre 7 des conditions générales (« exclusions de prestations »), il était

indiqué qu'aucune prestation pour frais de guérison et indemnités journalières n'était prise en charge à titre de participation aux coûts et réductions de prestations provenant d'autres assurances. L'assureur prenait en charge, via l'assurance de base, les prestations légales en tenant compte de la part cantonale selon l'art. 25a al. 5 LAMal.

La question litigieuse était de savoir si la participation aux coûts des soins non pris en charge par l'assurance de base et répercutée sur la personne assurée selon l'art. 25a al. 5 LAMal – soit à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral –, devait être remboursée par l'assurance complémentaire. La participation aux coûts à charge de l'assuré s'élevait à CHF 23 par jour (niveau de soins le plus élevé). L'assureur a refusé de rembourser ce montant, en se référant à l'article 7 des conditions générales, selon lequel les participations aux coûts n'étaient pas prises en charge. Après que la fille de l'assurée n'eut pas pu parvenir à une solution amiable avec l'assureur, celui-ci l'a renvoyée à l'Office de médiation. Ce dernier est intervenu auprès de l'assureur.

L'Office de médiation a exposé que, selon l'art. 7 des conditions générales, les participations aux coûts provenant d'autres assurances n'étaient pas prises en charge. Par « autres assurances », on entendait seulement l'assurance de base. L'art. 64 al. 8 LAMal indique également que la participation aux coûts de l'assurance de base ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. Un assureur complémentaire n'est donc pas habilité à rembourser une participation aux coûts issue de l'assurance de base. Sinon, l'incitation voulue par la loi à un recours conscient aux prestations ou à une renonciation à celles-ci par le biais de la participation aux coûts serait privée d'effet (Eugster, op. cit., n. 2774). Selon la doctrine toutefois, l'art. 64 al. 8 LAMal ne se rapporte qu'à la participation aux coûts selon l'art. 64 al. 2 LAMal, à savoir la franchise et la quote-part, mais non à la participation aux coûts des soins à la charge de la personne assurée (Eugster, op. cit., n. 2773). Selon l'Office de médiation, la personne assurée avait donc droit à une contribution quotidienne de CHF 23.

L'assureur a d'abord maintenu son refus et a fait valoir que les conditions d'assurance applicables à l'assurance complémentaire dataient de 2008. Il fallait tenir compte du fait que la LAMal, ou plus précisément les règles relatives au financement des soins avaient été modifiées au 1er janvier 2011, ce qui avait des répercussions sur les prestations de l'assurance complémentaire concernée. Depuis lors, l'assurance de base est tenue de contribuer aux prestations de soins par des montants fixes calculés selon le temps consacré aux soins. En revanche, les taxes de pension ne comprennent que les frais de séjour, de sorte qu'il n'y a pas de remboursement pour la part consacrée aux soins.

L'Office de médiation est intervenu une seconde fois auprès de l'assureur et a demandé un nouvel examen juridique. L'assureur s'est ensuite rallié à la position de l'Office de médiation et a indiqué qu'il rembourserait à l'assurée les frais de soins à hauteur de CHF 23 par jour. En effet, l'expression « participations aux coûts provenant

d'autres assurances » ne pouvait désigner que celles de l'assurance de base. En outre, d'autres formes de participations aux coûts, pour autant qu'elles soient censées être comprises dans l'exclusion, devraient être expressément et clairement définies pour qu'une exclusion de prestations puisse être invoquée. Comme les conditions générales ne précisait pas davantage non plus la notion de « frais de traitement », un refus de prestations ne pouvait pas non plus être fondé sur le fait que les coûts des soins ne constitueraient pas des frais de traitement. Enfin, les clauses ambiguës dans les conditions d'assurance doivent de toute façon, en cas de doute, être interprétées au détriment de l'assureur.

5 Assurance d'indemnités journalières

5.1 Assurance d'indemnités journalières selon la LCA

Cas 15 Délai transitoire en cas d'incapacité de travail liée au poste de travail

En 2023, l'Office de médiation est intervenu sans succès auprès d'un assureur d'indemnités journalières selon la LCA qui avait refusé de verser à un assuré une indemnité journalière transitoire en raison d'une incapacité de travail liée au poste de travail. L'Office de médiation a dirigé l'assuré vers la voie judiciaire. Par la suite, tant le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich que le Tribunal fédéral ont donné raison à l'assuré (arrêt 4A_193/2025).

L'affaire reposait sur les faits suivants : une personne travaillant à 80 % était assurée par son employeur dans le cadre d'un contrat collectif d'assurance d'indemnités journalières maladie selon la LCA. À partir du 9 mai 2023, elle était incapable de travailler à 100 %. Sur mandat de l'assureur, elle a été soumise à une expertise le 14 juillet 2023 par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci est arrivé à la conclusion qu'à partir du 1er août 2023, l'assuré était apte à travailler dans son activité habituelle auprès d'un autre employeur, au taux antérieur de 80 %. Sur la base de cette expertise, l'assureur a informé l'assuré, par courrier du 26 juillet 2023, qu'aucune indemnité journalière ne serait plus versée à partir du 1er août 2023. Le psychiatre traitant de l'assuré a pour sa part attesté une incapacité totale de travail jusqu'au 30 septembre 2023.

Fin août 2023, l'assuré s'est adressé à l'Office de médiation, qui est intervenu auprès de l'assureur. Il s'est référé à la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle un délai transitoire doit également être accordé en cas d'incapacité de travail liée au poste de travail (4A_1/2020 ; 9C_177/2022 ; 4A_111/2010). L'assureur d'indemnités journalières a toutefois refusé tout versement au-delà du 1er août 2023 et s'est fondé à cet égard sur le ch. 23.10 de ses conditions générales. Cette disposition prévoit que la demande de changement d'emploi dans l'activité initiale chez un autre employeur ne constitue pas un changement de profession et ne donne pas droit à une indemnité journalière transitoire. Une telle indemnité serait ainsi exclue contractuellement. L'Office de médiation s'est alors à nouveau adressé à l'assureur et a fait valoir qu'il apparaissait très peu probable que le ch. 23.10 des conditions générales soit conforme

à la jurisprudence du Tribunal fédéral ou que la solution d'assurance satisfasse aux exigences de l'art. 324a al. 4 CO. L'assureur a toutefois maintenu son refus, raison pour laquelle l'Office de médiation a finalement dû diriger l'assuré vers la voie judiciaire.

Dans son arrêt 4A_193/2025, le Tribunal fédéral a confirmé le délai transitoire de deux mois accordé par le Tribunal des assurances sociales de Zurich. Il a retenu que l'exclusion contractuelle complète d'un délai transitoire dans les cas d'une incapacité de travail seulement liée au poste de travail n'était pas compatible avec la pratique constante du Tribunal fédéral. Le principe de la bonne foi est vidé de sa substance si, lorsqu'il est demandé à l'assuré de changer de poste, aucune indemnité journalière transitoire ne lui est accordée, indépendamment de la situation concrète. Le changement de poste doit lui aussi être raisonnablement exigible et effectivement réalisable au regard des circonstances concrètes. Le cas présent illustre précisément qu'exclure de façon générale et automatique tout délai d'adaptation en cas d'incapacité de travail liée au poste de travail et enjoindre l'assuré à chercher un nouvel emploi revenait à lui demander l'impossible dans les circonstances du cas d'espèce. En effet, l'assuré avait reçu le courrier de l'assureur du 26 juillet 2023 le vendredi 28 juillet 2023. Le 1er août 2023 tombait un mardi. L'assuré aurait donc dû trouver un nouvel emploi au cours de l'unique jour ouvrable restant, à savoir le lundi 31 juillet 2023.

À noter : même dans le cadre d'une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, un délai transitoire approprié doit être accordé à l'assuré en cas de changement d'emploi ou de profession.

5.2 Assurance d'indemnités journalières selon la LAMal

Cas 16 Absence d'information sur le droit de passage dans l'assurance individuelle

Un assuré était couvert par son employeur dans le cadre d'un contrat collectif d'assurance d'indemnités journalières maladie selon la LAMal. Depuis le 13 janvier 2022, il était incapable de travailler en raison de problèmes de hanche et recevait les prestations correspondantes de l'assureur d'indemnités journalières. Par décision du 17 octobre 2022, il lui a été communiqué que les prestations d'indemnités journalières seraient supprimées au 31 janvier 2023. Le contrat de travail avait également pris fin au 31 janvier 2023. L'assuré a toutefois été totalement incapable de travailler jusqu'au 28 juin 2023. Il a formé opposition contre la décision de l'assureur. Par décision sur opposition du 2 février 2023, l'assureur a confirmé la suppression des prestations au 31 janvier 2023. L'assuré a alors déposé un recours auprès du Tribunal des assurances sociales du canton de Vaud. Par arrêt du 24 mars 2025, celui-ci a donné raison à l'assuré et a obligé l'assureur à continuer de verser les indemnités journalières au-delà du 31 janvier 2023.

L'assureur a alors informé l'assuré, par courrier du 28 mars 2025, que depuis la fin de son activité professionnelle au 31 janvier 2023, il n'était plus couvert par l'assurance collective. En même temps, il lui a soumis une offre de passage rétroactif dans l'assurance individuelle à partir du 1er février 2023. Le 31 mars 2025, l'assureur a confirmé à l'assuré l'ouverture du droit aux indemnités journalières maladie, sous réserve de l'acceptation de l'offre de passage dans l'assurance individuelle ainsi que du paiement des primes pour l'assurance individuelle d'indemnités journalières à partir du 1er février 2023.

L'assuré n'était pas d'accord avec cette manière de procéder et s'est adressé à l'Office de médiation. Il contestait devoir conclure un contrat d'assurance individuelle avec effet rétroactif et payer des primes jusqu'au prochain terme de résiliation, alors même que son droit aux indemnités journalières ne portait que sur la période du 1er février 2023 au 28 juin 2023. L'Office de médiation est intervenu auprès de l'assureur en se référant aux règles de l'art. 71 LAMal.

Selon l'art. 71 al. 1 LAMal, lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective, conformément à l'art. 71 al. 2 LAMal. Dans le cas présent, l'assuré n'a été informé de son droit de passage que le 28 mars 2025. Selon l'Office de médiation, il est donc resté assuré dans l'assurance collective jusqu'au 27 mars 2025. Un passage rétroactif dans l'assurance individuelle ne pouvait ainsi pas être exigé comme condition au versement des indemnités journalières maladie pour la période du 1er février 2023 au 28 juin 2023. Selon la doctrine, l'assureur demeure responsable du respect de son obligation d'information même lorsqu'il la délègue à l'employeur (Häberli/Husmann, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, p. 184, n. 581). Il a donc été demandé à l'assureur de verser les indemnités journalières correspondantes pour la période du 1er février 2023 au 28 juin 2023.

L'assureur a indiqué à l'Office de médiation qu'il n'était disposé à verser les indemnités journalières qu'à la condition que l'assuré passe rétroactivement dans l'assurance individuelle. Il a souligné que le rapport de travail de l'assuré avait pris fin le 31 janvier 2023 et que les conditions d'assurance applicables à son contrat ne prévoyaient pas la prise en charge des cas de prestations en cours par l'assurance collective après la fin du rapport de travail. C'était pour cette raison qu'une offre de passage dans l'assurance individuelle avait été soumise à l'assuré le 28 mars 2025. Il lui avait été impossible d'initier cette démarche plus tôt, dès lors que le cas avait été considéré comme clos au 31 janvier 2023, puisqu'aucun droit à prestations n'existait plus après cette date. Ce n'est qu'à réception du jugement qu'il avait été informé de la poursuite du droit aux prestations.

L'Office de médiation s'est à nouveau adressé à l'assureur en se référant à l'art. 71 al. 1 LAMal. Il a fait valoir qu'un assuré qui ne fait plus partie du cercle des assurés défini

dans le contrat d'assurance collective a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur, et ce, indépendamment de son état de santé ou de la perception de prestations en cours (cf. Husmann/Jenny, in : Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz / Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, n. 2 ad art. 71 LAMal). Même si l'assureur considérait le cas comme clos au 31 janvier 2023, il aurait dû informer immédiatement l'assuré de son droit de passage dans l'assurance individuelle, puisque le rapport de travail prenait fin à cette date et que le droit aux prestations n'avait pas encore été entièrement épuisé (c'est-à-dire 730 indemnités journalières sur une période de 900 jours). Si l'assuré n'est pas informé de son droit de passage, il reste affilié à l'assurance collective et l'assureur demeure tenu à prestations même après la fin du rapport de travail (Husmann/Jenny, op. cit., n. 18 ad art. 71 LAMal). L'Office de médiation a donc prié l'assureur de verser les indemnités journalières de l'assurance collective. L'assureur n'a pas suivi cette injonction mais a proposé, en cas de passage dans l'assurance individuelle, de ne maintenir le contrat que pour la période de février 2023 à juin 2023 et de verser les indemnités journalières pour cette période.

L'Office de médiation a informé l'assuré que, d'un point de vue juridique, l'assureur aurait dû verser les indemnités journalières de l'assurance collective jusqu'en juin 2023 sur la base de l'art. 72 al. 2 LAMal. L'assuré a décidé d'accepter l'offre de l'assureur afin d'éviter une nouvelle procédure judiciaire.

