

GE_GERICHTE ATAS/220/2026 vom 16. März 2026

GE Cour de justice, 2026-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_220_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/220/2026 du 16 mars 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/220/2026 del 16 marzo 2026

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/4638/2025 - 6/9 -

E. 2

Dans son recours, la recourante a conclu à ce que la validité des contrats d'assurance-maladie conclus pour elle-même et ses enfants soit examinée par la chambre de céans. Dans des écritures ultérieures, elle a notamment relevé que la franchise de CHF 2'500.- lui aurait été imposée, car elle n'aurait jamais fait l'objet d'un choix exprès de sa part.

E. 3

Les litiges en lien avec des assurances sociales – lesquels englobent les contestations relatives à l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins et à la franchise dans cette assurance – relevant du droit des assurances sociales et étant régis par la LPGA, la chambre de céans a ouvert une procédure parallèle à la procédure civile A/2385/2025 (portant sur la validité des contrats d'assurances complémentaires conclus), traitant spécifiquement des conclusions de l'assurée ayant trait à la validité des contrats d'assurance-maladie qu'elle a souscrits auprès de l'intimée.

E. 3.1

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

E. 3.2

Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Selon l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1) ; l'intéressé

peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). Une décision qui n'est pas désignée comme telle et qui n'indique pas les moyens de droit à disposition de l'assuré est un prononcé selon la procédure simplifiée qui doit susciter de la part de l'assuré une demande de décision formelle au sens de l'art. 51 al. 2 LPGA (DUPONT / MOSER-SZELESS, Commentaire romand, Loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, 2025, p. 696 ad art. 49 n. 43). La communication par l'assurance d'un avis de primes qui n'est pas désigné comme une décision et n'indique pas les moyens de droit à disposition de l'assuré constitue un prononcé selon la procédure simplifiée (ATAS/94/2026 du

E. 3.3

La loi ne prévoit pas le délai dans lequel l'assuré peut former la demande prévue à l'art. 51 al. 2 LPGA, tendant à obtenir une décision rendue conformément à l'art. 49. Le législateur a renoncé à fixer un tel délai, tout en

A/4638/2025 - 7/9 - indiquant qu'il ne devrait pas excéder une année. Se référant à la doctrine, pour laquelle le délai pour demander une décision conforme à l'art. 49 doit être supérieur au délai ordinaire de 30 jours, jusqu'à plusieurs mois, le Tribunal a fixé à un an le délai pour demander une décision formelle lorsque la procédure simplifiée a été utilisée à tort ; le Tribunal fédéral a également indiqué que ce délai d'un an était supérieur au délai valant dans un cas d'application ordinaire de l'art. 51 al. 2, sans pour autant préciser ce dernier. Plus tard, le Tribunal fédéral a retenu, s'agissant de la communication d'un décompte d'indemnités journalières, que ce délai est de trois mois ou 90 jours, ce qu'il a réaffirmé dans un arrêt publié de 2022 (ATF 148 V 427 consid. 4.1). Pour Wiederkehr, celui-ci est de 90 jours. S'agissant d'un délai à fixer par voie jurisprudentielle, il s'agit de tenir compte des circonstances du cas d'espèce. Le principe de la bonne foi a dans ce contexte une influence prépondérante (DUPONT / MOSER-SZELESS, op. cit., p. 712 ad art. 52 n. 13). 4. En l'espèce, bien que la recourante ait indiqué avoir souhaité souscrire une AOS auprès de l'intimée, elle a contesté, dans son acte du 7 juillet 2025, la validité des contrats d'assurance-maladie conclus auprès de l'intimée, au motif qu'elle n'aurait pas donné son consentement clair et éclairé. Dans des écritures spontanées des 19 septembre et 23 décembre 2025, la recourante a pour la première fois formulé un grief concret relatif aux conditions des assurances-maladies qu'elle avait conclues pour elle-même et ses enfants, relevant que le conseiller de l'intimée avait choisi sans son accord une franchise de CHF 2'500.- pour sa couverture de l'AOS. Elle a soutenu que la question de la franchise n'aurait jamais fait l'objet d'une discussion claire et explicite, précisant qu'elle bénéficiait d'une franchise de CHF 300.- auprès de son ancienne assurance. Or, la recourante a pris connaissance des dites polices à tout le moins par SMS le 18 décembre 2024, comme cela ressort de ses échanges avec le conseiller de l'intimée et des écritures de la recourante elle-même. Elle a également reçu les dites polices par courrier postal du 17 janvier 2025. Dans la mesure où ces polices ont bien été envoyées à la recourante au plus tard le 17 janvier 2025 – ce qu'elle reconnaît au demeurant dans ses écritures –, la question de la validité de la notification de ces polices d'assurances par courriel le 9 octobre 2024 peut souffrir de demeurer indéterminée. En tant que ces polices d'assurance ne sont pas désignées comme des décisions et qu'elles n'indiquent pas les moyens de droit à disposition de l'assurée, elles constituent un prononcé selon la procédure simplifiée au sens de la doctrine et de la jurisprudence susmentionnées. Partant, si la recourante entendait contester son affiliation et celle de ses enfants à l'AOS auprès de l'intimée ainsi que le montant de la franchise dans cette assurance – montant qui figurait clairement dans les polices d'AOS

reçues en décembre 2024, puis en janvier 2025 –, elle aurait dû, conformément aux règles de la bonne foi, agir et contester ces points dans un délai raisonnable suivant la réception des polices correspondantes, en sollicitant qu'une

A/4638/2025 - 8/9 - décision (puis une décision sur opposition) soit rendue à ce sujet par l'intimée, puis en déférant ladite décision à la chambre de céans dans le cadre d'un recours. La recourante n'a toutefois jamais contesté auprès de l'intimée la conclusion des contrats d'AOS conclus, les échanges avec l'intimée préalables à la saisine de la chambre de céans ne portant que sur la contestation, par l'assurée, des contrats d'assurances complémentaires conclus. Elle ne prétend d'ailleurs pas, dans ses écritures, avoir contesté auprès de l'intimée les polices d'AOS conclues. À cet égard, la « décision » citée par la recourante à l'appui de son recours est un courrier de l'intimée du 27 mai 2025 qui ne se prononce que sur la validité des contrats d'assurances complémentaires conclus, et non sur les contrats d'AOS conclus. Ainsi, en l'absence d'une décision et d'une décision sur opposition de l'intimée portant sur la validité des contrats d'AOS conclus, la chambre de céans ne peut connaître de ce litige, de sorte que le recours de l'assurée est irrecevable. 5. Il suit des considérants qui précèdent que le « recours » du 7 juillet 2025 doit être déclaré irrecevable. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/4638/2025 - 9/9 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

E. 6

février 2026 consid. 3.2). Selon l'art. 52 al. 1 LPGa, avant d'être soumises à la chambre de céans, les décisions d'un assureur doivent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.