

# **GE\_GERICHTE A/2110/2025 vom 3. November 2025**

GE Cour de justice, 2025-11-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2110\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2110_2025)

FR: GE\_GERICHTE A/2110/2025 du 3 novembre 2025

IT: GE\_GERICHTE A/2110/2025 del 3 novembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 70 al. 1 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'occurrence, au vu de la connexité matérielle des causes A/2110/2025, A/2112/2025 et A/2114/2025 ainsi que des moyens soulevés par les recourants dans ces causes, il se justifie de joindre lesdites procédures sous le numéro de cause A/2110/2025.

### **E. 1.3**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi ou la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal - RS 832.12) ne dérogent expressément à la LPGA.

### **E. 1.4**

Interjetés en temps utile, les recours sont recevables (art. 60 al. 1 et 2 LPGA).

## **E. 2**

S'agissant des questions litigieuses dans la présente procédure, la chambre de céans relève ce qui suit.

### **E. 2.1**

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 125 V 413 consid. 1a). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_197/2016 du 9 décembre 2016 consid. 3.1).

### **E. 2.2**

En l'occurrence, il ressort de la décision sur opposition du 13 mai 2025 concernant le père que celle-ci fait suite aux oppositions formées contre la décision de refus de dispense du 9 décembre 2024 ainsi que contre la décision d'affiliation du 3 mars 2025. S'agissant des décisions sur opposition concernant les filles aînée et cadette, celles-ci font suite aux oppositions formées à l'encontre des décisions d'affiliation d'office du 3 mars 2025, et non à l'encontre des décisions de refus de dispense d'affiliation des 11 novembre 2024 (à l'encontre de la fille aînée) et 9 décembre 2024 (à l'encontre de la fille cadette). Il ressort du dossier que l'avocat des recourants ne s'est formellement opposé qu'à la décision de refus de dispense rendue à l'encontre du père ( cf . opposition du 26 décembre 2024). Toutefois, l'on comprend par les courriers des 26 novembre 2024 et 23 décembre 2024, par lesquels les trois recourants ont réitéré leur demande de dispense, que ces derniers entendaient également s'opposer aux décisions de refus de dispense des 11 novembre et 9 décembre 2024 concernant les filles aînée et cadette. En tout état de cause, les filles aînée et cadette se sont opposées aux décisions d'affiliation d'office du 3 mars 2025, basées sur l'art. 6 al. 2 LAMal. Or, conformément à l'art. 6 al. 3, 1 re phr, de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), l'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. Ainsi, quand bien même il faudrait considérer que les filles aînée et cadette ne se sont pas valablement opposées aux décisions de refus de dispense, il convient d'examiner cette question dans le cadre de leur affiliation d'office ( cf . arrêt de la chambre de céans ATAS/ 514/2024 du 26 juin 2024 consid. 8.1). Par conséquent, le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a procédé à l'affiliation d'office des recourants auprès d'un assureur autorisé à pratiquer l'assurance-maladie sociale en Suisse, singulièrement si le refus de l'intimé de dispenser les recourants de l'obligation d'être affiliés à l'assurance-maladie obligatoire était justifié.

### **E. 3.1**

L'assurance obligatoire des soins est fondée sur l'affiliation obligatoire : toute personne domiciliée en Suisse au sens des art. 23 à 26 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile en Suisse ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal et 1 al. 1 ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal - RS 832.102) ; cf . également art. 13 al. 1 LPGA ; sur l'obligation d'assurance, cf . ATF 129 V 77 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.1 et les références), quelle que soit sa nationalité (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung , in Ulrich MEYER [éd.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3 e éd., 2016, n. 35, cité ci■après : EUGSTER - SBVR). Un des buts principaux de la LAMal est en effet de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 266 consid. 5b). Il n'y a cependant pas d'affiliation ex lege , au contraire d'autres assurances sociales (p. ex. l'AVS/AI, la LPP ou l'assurance-accidents obligatoire). C'est aux cantons qu'il incombe de veiller au respect de cette obligation et, s'il y a lieu, de procéder, conformément à l'art. 6 LAMal, à une affiliation d'office d'une personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (ATF 126 V 265 consid. 3b).

### **E. 3.2**

Selon l'art. 3 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2 al. 2 de la loi du 22 juin 2007 sur l'état hôte

(LEH ; RS 192.12). Faisant usage de cette délégation, l'autorité exécutive a distingué les groupes de personnes qui font d'emblée l'objet d'une exemption (exception automatique ou d'office ; par exemple, art. 6 al. 1 OAMal) des personnes qui peuvent être exceptées en faisant la demande expresse auprès de l'autorité compétente (exemption sur requête ; par exemple, art. 2 al. 2 à 8 OAMal).

### **E. 3.2.1**

Aux termes de l'art. 6 al. 1 OAMal, les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2 al. 2 let. a et c LEH, à l'exception des domestiques privés, ne sont pas tenues de s'assurer. Elles peuvent demander à être soumises à l'assurance suisse. Selon l'art. 2 al. 1 let. a LEH, la Confédération peut notamment accorder des privilèges, des immunités et des facilités aux bénéficiaires des organisations intergouvernementales. L'art. 2 al. 2 LEH dispose que la Confédération peut accorder des privilèges, des immunités et des facilités aux personnes physiques (personnes bénéficiaires) suivantes : les personnes appelées, à titre permanent ou non, en qualité officielle auprès de l'un des bénéficiaires institutionnels mentionnés à al.1 (let. a) ; les personnalités exerçant un mandat international (let. b) ; les personnes autorisées à accompagner les personnes bénéficiaires mentionnées aux let. a et b, y compris les domestiques privés (let. c). L'art. 20 de l'ordonnance relative à la loi fédérale sur les privilèges, les immunités et les facilités, ainsi que sur les aides financières accordés par la Suisse en tant qu'Etat hôte du 7 décembre 2007 (Ordonnance sur l'Etat hôte, OLEH – RS 192.121) précise que les personnes autorisées à accompagner le titulaire principal bénéficient des mêmes privilèges, immunités et facilités que lui lorsqu'elles font ménage commun avec lui. Parmi celles-ci figurent notamment le conjoint du titulaire principal (let. a) et les enfants célibataires du titulaire principal jusqu'à l'âge de 25 ans (let. d). L'E\_\_\_\_\_ fait partie des organisations intergouvernementales au sens de l'art. 2 al. 1 let. a LEH ( cf . Message du Conseil fédéral du 13 septembre 2006 relatif à la LEH, FF 2006 p.7616).

### **E. 3.2.2**

Selon l'art. 6 al. 4 OAMal, les personnes qui sont assurées avec une personne mentionnée aux al. 1 ou 3 auprès de l'assurance-maladie d'un bénéficiaire institutionnel visé à l'art. 2 al. 1 let. a, b, i ou k LEH et qui ne bénéficient pas elles-mêmes de privilèges ou d'immunités sont exceptées sur requête de l'obligation de s'assurer, pour autant que leur couverture d'assurance soit équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme compétent du bénéficiaire institutionnel donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception. L'art. 6 al. 4 OAMal exige que la couverture d'assurance de la personne requérant une dispense d'affiliation à la LAMal soit équivalente pour les traitements en Suisse. L'équivalence est donnée si l'assurance étrangère couvre de manière substantielle l'ensemble des coûts des traitements ambulatoires, hospitaliers et semi-hospitaliers en cas de maladie, accident et maternité ainsi que ceux liés à une hospitalisation en division commune d'un hôpital public ou d'un établissement semi-hospitalier en Suisse (ATF 134 V 34 consid. 5.8 ; Gebhard EUGSTER, in Basler Kommentar zum KVG/KVAG , 2020, n. 74 ad art. 3 LAMal, cité ci-après EUGSTER-KVG). Il n'y a pas d'équivalence en cas de lacunes importantes dans la couverture d'assurance (ATF 134 V 34 consid. 5.9). L'exigence d'une couverture équivalente ne signifie cependant pas qu'il faille une concordance exacte, sur tous les points, avec les prestations assurées par l'AOS, faute de quoi une exemption serait à peine

envisageable. Il suffit que l'assurance étrangère couvre de manière similaire les domaines centraux de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_613/2019 du 7 mai 2021 consid. 5.2 ; EUGSTER-KVG, op. cit ., n. 73 ad art. 3 LAMal). À cet égard, l'auteur précité considère que des déficits dans des domaines accessoires peuvent ainsi être compensés par d'autres avantages offerts par l'assurance étrangère (EUGSTER-KVG, op. cit ., n. 73 ad art. 3 LAMal). Il considère en outre que les exclusions de couverture de nature secondaire pour des risques plutôt théoriques (comme les atteintes à la santé consécutives à des troubles de guerre en Suisse) ou pour des faits extrêmement rares (comme les atteintes à la santé provoquées intentionnellement) sont marginales et donc sans importance (EUGSTER-KVG, op. cit ., n. 76 ad art. 3 LAMal). Ainsi, la notion d'équivalence des prestations, qui se retrouve dans plusieurs dispositions de l'OAMal ( cf . art. 1 al. 2 let. b et g, art. 2 al. 1 let. f, art. 2 al. 2, art. 2 al. 4, art. 2 al. 7, art. 6 al. 3), vise à éviter les situations de double assurance qui pourraient découler du principe de l'affiliation obligatoire institué par la LAMal. Elle est l'expression du devoir de proportionnalité de l'activité étatique et a la même portée dans toutes les dispositions susvisées (Gebhard EUGSTER-KVG, op. cit., n. 72 ad art. 3 LAMal). Cette notion d'équivalence que se doit de respecter l'assurance-maladie privée substitutive exige l'incorporation contractuelle du catalogue des prestations en cas de maladie garanties aux art. 25 à 31 LAMal (Gregor T. CHATTON, Les exceptions à l'assurance obligatoire des soins : quelques points de contact entre le droit public et le droit privé, RSAS 2011 458, p. 472 ; EUGSTER-SBVR, op. cit ., n. 58). L'équivalence ne peut donc être admise que lorsque la personne assurée ne supporte essentiellement pas de coûts résiduels plus élevés, pour les traitements facturés via l'assurance étrangère, que si elle était assurée dans l'AOS (EUGSTER-KVG, op. cit ., n. 74 ad art. 3 LAMal). Le Tribunal fédéral a par exemple jugé que la condition d'équivalence n'était pas remplie dans un cas où l'assurance étrangère couvrirait seulement 80% des coûts de santé, même si l'assuré avait en plus assuré les 20% restants sur une base volontaire privée (arrêt du Tribunal fédéral K 167/00 du 4 octobre 2001 consid. 3c ; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C\_86/2016 du 18 novembre 2016 consid. 4.3 et 9C\_182/2009 du 2 mars 2010 consid. 5.1). À cet égard, la jurisprudence développée par la chambre de céans considère qu'un plafond annuel de EUR 1,2 million ne correspond pas à la couverture de l'assurance obligatoire ( ATAS/806/2022 du 14 septembre 2022 consid. 5) et que, même si l'assurance privée offre de nombreux avantages, la couverture d'assurance insuffisante des prestations de soins pèse plus lourd dans la balance, quand bien même elle constitue le seul inconvénient de la solution d'assurance actuelle ( ATAS/231/2021 du 15 mars 2021 consid. 11 et ATAS/769/2019 du 2 août 2019 consid. 9).

### **E. 3.2.3**

Aux termes de l'art. 2 al. 8 OAMal, sont exceptées sur requête les personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières. Selon la jurisprudence, l'art. 2 al. 8 OAMal ne peut être invoqué de manière générale par les personnes pour lesquelles le passage au système d'assurance suisse signifie, certes, une couverture d'assurance plus onéreuse ou moins étendue, mais qui peuvent encore s'assurer au-delà du minimum obligatoire au moyen

d'assurances complémentaires au sens de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1), même si ces assurances offrent globalement une protection moindre, mais que la personne concernée peut bénéficier de cette protection dans la mesure où elle est disponible en Suisse. Cette norme ne peut être invoquée que par les personnes qui, dans le cadre de l'offre d'assurance disponible en Suisse, ne peuvent conclure une assurance complémentaire – ou seulement à des conditions inacceptables – en raison de leur âge ou de leur atteinte à la santé ; il s'agit d'éviter que ces personnes voient leur niveau de protection d'assurance diminuer, en raison de leur âge ou de leur état de santé, en entrant dans le système suisse (ATF 132 V 310 consid. 8.5.6 ; arrêt du Tribunal fédéral K 138/05 du 25 août 2006 consid. 4.1). L'art. 2 al. 8 OAMal vise une catégorie spécifique de personnes – de fait, en particulier les rentiers affectés d'un état de santé préexistant qui sont désireux de s'établir en Suisse – susceptibles d'être exemptées. Il s'agit des personnes au bénéfice d'une assurance-maladie étrangère pour qui l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais dont elles disposent au moment de se rendre en Suisse, et dont on ne saurait exiger, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, qu'elles concluent une assurance complémentaire, soumise au droit privé et aux réserves qui l'accompagnent, afin de combler ces lacunes de protection. Cette disposition se démarque au travers de l'exigence que la couverture d'assurance offre une garantie non pas seulement équivalente, mais encore supérieure à la LAMal, et que la personne assurée soit empêchée de maintenir son standard de protection à l'aide de la souscription d'une assurance complémentaire, du fait de son âge et/ou de problèmes de santé antérieurs à son arrivée dans notre pays (Gregor T. CHATTON, op. cit. , p. 464 ; voir également Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, 2010, pp. 80-81). L'âge critique pour la conclusion d'une assurance complémentaire couvrant les soins stationnaires se situe à 55 ans (Gebhard EUGSTER, in Hans-Ulrich STAUFFER / Basile CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG , 2018, n. 15 ad art. 3 LAMal). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, compte tenu des dispositions restrictives de la loi sur l'obligation de s'assurer, il n'y a en règle générale pas de détérioration claire de la couverture d'assurance actuelle ou de la couverture des coûts actuelle au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal lorsque l'assurance existante ne couvre pas les frais de soins de manière à ce que les prestations selon l'art. 25a ainsi que l'art. 25 al. 2 let. a LAMal et l'art. 7 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31), soient garanties (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_447/2017 du 20 septembre 2017 consid. 2.2 ; 9C\_858/2016 du 20 juin 2017 consid. 2.2.2 ; 9C\_8/2017 du 20 juin 2017 consid. 2.2.2). Le Tribunal fédéral a ainsi par exemple jugé que des tarifs limités pour des soins ambulatoires, hospitaliers et dentaires n'étaient pas en faveur de l'assurance existante (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_86/2016 du 18 novembre 2016 consid. 4.3 et 9C\_8/2017 du 20 juin 2017 consid. 4.3).

#### **E. 3.2.4**

Selon l'art. 2 al. 2 OAMal, sont exceptées de l'obligation de s'assurer sur requête les personnes qui sont obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit d'un État avec lequel il n'existe pas de réglementation sur la délimitation de l'obligation de s'assurer, dans la mesure où l'assujettissement à l'assurance suisse signifierait une double charge et pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de

l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. Une dispense de l'obligation d'assurance ne peut être envisagée que si le ressortissant étranger est obligatoirement assuré contre la maladie en vertu du droit étranger (EUGSTER-SBVR, op. cit ., n. 51).

### **E. 3.2.5**

Le Tribunal fédéral a déjà affirmé à plusieurs reprises que les exceptions au principe de l'assurance-maladie obligatoire ne sont admises que de manière restrictive. L'obligation d'assurance ne doit en effet pas être considérée comme une fin en soi, mais comme un instrument irremplaçable pour garantir la solidarité nécessaire entre les personnes en bonne santé et les personnes malades. Ce principe doit également être respecté en règle générale dans le cadre de l'application de l'art. 6 OAMal (ATF 134 V 34 consid. 5.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_613/2019 du 7 mai 2021 consid. 5.3).

### **E. 3.3**

Selon l'art. 6 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (al. 1). L'autorité désignée par le canton affine d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (al. 2). Il ressort clairement de l'art. 6 al. 2 LAMal que le canton est compétent pour affilier d'office les personnes qui n'ont pas rempli leur obligation de s'assurer ou qui ne l'ont pas fait dans les délais. L'absence de couverture de la personne tenue de s'affilier est donc une condition indispensable pour que l'organe de contrôle cantonal puisse intervenir et la seule qui justifie une affiliation d'office. Par conséquent, si une affiliation d'office a déjà eu lieu, il n'y a pas lieu de procéder à celle-ci (ATF 129 V 159 consid. 2.2). Dans le canton de Genève, le SAM contrôle l'affiliation des assujettis (art. 4 al. 1 LaLAMal) et statue également sur les exceptions à l'obligation d'assurance (art. 5 LaLAMal). Selon l'art. 6 LaLAMal, les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux articles 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut entraîner les sanctions prévues à l'art. 92 LAMal (al. 1). En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le service de l'assurance-maladie selon une clé de répartition fixée par le règlement. Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille (al. 2). L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. L'assuré en supporte les frais s'il est en faute (al. 3).

### **E. 4.1**

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2 ; 128 III 411 consid. 3.2).

### **E. 4.2**

Si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

### **E. 5.1**

En l'espèce, les recourants font valoir, en substance, que la couverture d'assurance-maladie CIGNA dont ils bénéficient en raison du statut de fonctionnaire internationale de leur mère et épouse est équivalente, et même supérieure, à la LAMal, de sorte qu'ils devraient être dispensés de l'obligation d'affiliation à la LAMal. Le fait qu'il existe un plafond de prise en charge à hauteur d'environ CHF 200'000.- par personne et par année ne permet pas de retenir que l'assurance CIGNA n'est pas équivalente. Selon les recourants, ce plafond demeure inatteignable par un assuré lambda. À cela s'ajoutent d'autres avantages considérables proposés par l'assurance CIGNA, qui ne sont pas proposés par la LAMal, tels qu'une prise en charge de 80% pour les traitements ambulatoires, 90% pour les interventions chirurgicales, 100% pour les hospitalisations dans les établissements agréés, ainsi que le remboursement de certains frais dentaires, la participation des assurés plafonnée à CHF 2'800.- par an et à CHF 4'600.- par an par famille et la contribution de l'employeur à la prime mensuelle. Ce plan d'assurance comprend tant les prestations de base LAMal que les prestations complémentaires en un seul contrat d'assurance, sans coûts supplémentaires.

### **E. 5.2**

L'intimé considère, au contraire, que le plafond annuel de USD 250'000, soit environ CHF 200'000.-, par personne assurée ne correspond manifestement pas à la couverture de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal), qui ne connaît pas de restriction de montant, et constitue ainsi une restriction importante dans la couverture d'assurance-maladie. L'intimé conclut que la condition de l'équivalence clairement mentionnée à l'art. 6 al. 4 OAMal fait défaut, de sorte que c'est à juste titre qu'il n'a pas accordé de dispense à l'obligation d'affiliation des recourants et les a affiliés d'office à un assureur-maladie suisse reconnu. L'intimé précise encore que, dans la mesure où la couverture CIGNA n'est pas équivalente, elle est encore moins supérieure à la couverture LAMal, de sorte que les conditions des art. 2 al. 2 et 8 OAMal ne sont pas non plus remplies.

### **E. 5.3**

À titre liminaire, il convient de relever que les parties ne contestent pas que l'assurance CIGNA ne fait pas partie de la liste des assureurs admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (cf. art. 2 et 4 LSAMal). Il n'est pas non plus contesté que les recourants sont domiciliés à Genève depuis le 5 septembre 2013 et que du 18 septembre 2013 au 12 mai 2020, ils se trouvaient au bénéfice d'une carte de légitimation au titre de membres de la famille d'une fonctionnaire internationale auprès de l'E\_\_\_\_\_. Selon les allégations des recourants, que l'intimé n'a pas contestées, ils avaient été dispensés de leur obligation de s'affilier à une assurance-maladie obligatoire LAMal, selon toute vraisemblance grâce au statut de fonctionnaire de la mère et épouse des recourants. Lorsque la mission de celle-ci s'est terminée à Genève le 8 mars 2020, les cartes de légitimation des recourants ont également pris fin. Ce n'est que le 6 septembre 2024, à la suite d'une

procédure judiciaire, que les recourants ont été mis au bénéfice d'une autorisation de séjour (permis B). En conséquence, les recourants ne sont plus au bénéfice d'une carte de légitimation et ont basculé dans le régime ordinaire suisse. En d'autres termes, ils ne font plus partie du cercle des bénéficiaires de privilèges et immunités au sens de l'art. 6 al. 1 OAMal cum art. 2 al. 2 let. c LEH. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a procédé à la vérification du respect des conditions leur permettant d'être dispensés de l'obligation de s'affilier en Suisse et ce, quand bien même les recourants continuaient d'être affiliés auprès de CIGNA.

#### **E. 5.4**

Il y a lieu d'examiner les conditions d'une éventuelle dispense de l'obligation de s'affilier à l'assurance-maladie obligatoire (LAMal). À l'appui de leur demande de dispense, les recourants estiment bénéficier de la dispense en application des art. 6 al. 4 et 2 al. 2 et 8 OAMal.

##### **E. 5.4.1**

S'agissant de l'art. 6 al. 4 OAMal, il convient de retenir ce qui suit. Pour rappel, cette disposition s'applique notamment pour les personnes qui ne sont pas elles-mêmes au bénéfice de privilèges ou immunités mais qui sont assurées avec une personne bénéficiaire de privilèges et immunités, comme une personne appelée en qualité officielle auprès de l'E\_\_\_\_\_ (cf. art. 6 al. 4 OAMal ; 2 al. 1 let. a et al. 2 let. a LEH), auprès de l'assurance-maladie de l'institution en question. Ces personnes peuvent être, sur requête, dispensées de l'obligation de s'assurer à la LAMal pour autant que leur couverture d'assurance soit équivalente pour les traitements en Suisse. Dans la mesure où les recourants sont inclus dans la couverture d'assurance■maladie CIGNA, qui est l'assurance-maladie de leur mère et épouse en tant que fonctionnaire internationale, ils rentrent dans le champ d'application de cette disposition, ce qui est admis par les parties. Reste à examiner la question de l'équivalence de la couverture d'assurance et, dans ce contexte, celle de l'étendue maximale de la couverture. Les certificats d'assurance émis par CIGNA en faveur des recourants indiquent notamment sous le titre « description de la couverture » que « les traitements et services médicaux reçus dans le monde entier, y compris aux Etats-Unis, sont couverts par la police, sous réserve du paiement de la prime ainsi que du taux de remboursement, des plafonds et des exclusions de la police. La police prévoit un remboursement maximum de USD 250'000 par personne assurée, par année civile ». L'attestation en anglais du 26 novembre 2024 du service indique notamment que CIGNA prévoit que les honoraires médicaux professionnels et les services médicaux ambulatoires sont remboursables à hauteur de 80% des frais raisonnables et habituels, les frais de soins dentaires sont remboursables à hauteur de 80%, dans la limite de USD 1'000 par participant et par année civile, et que la couverture santé annuelle maximale s'élève à USD 250'000 par participant. La couverture d'assurance-maladie chez CIGNA est donc limitée à un montant annuel maximal. Une telle restriction n'est pas conforme à l'étendue de la couverture garantie par la LAMal. En effet, outre le paiement d'une franchise et d'une quote-part maximale (cf. art. 64 LAMal), l'assurance de base obligatoire ne prévoit pas de plafond de prise en charge (cf. art. 25 à 31 LAMal ; arrêt de la chambre de céans ATAS/451/2025 du 5 juin 2025 consid. 4.3.2). L'obligation de prestation est illimitée tant que les mesures médicales individuelles remplissent les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité prévues à l'art. 32 al. 1 LAMal (cf. ATF 145 V 116 consid. 6.3). On ne peut dès lors parler d'équivalence de la couverture sous l'angle de l'étendue de

la couverture, qui est une notion fondamentale. À cet égard, le fait que seul un faible pourcentage de la population soit concerné par un plafond annuel d'environ CHF 200'000.- et que les frais médicaux engagés par les recourants les années précédentes aient été largement inférieurs à ce montant n'y change rien. En effet, pour apprécier le critère de l'équivalence des prestations entre la couverture de l'assurance étrangère et celle de la LAMal, il y a lieu de se référer à la question de savoir si, en cas de sinistre, la personne assurée serait amenée à supporter elle-même des coûts plus élevés ou nettement plus élevés que si elle était assurée dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire, ce qui serait le cas des recourants. De plus, comme relevé par l'intimé, la prise en charge des traitements ambulatoires à hauteur de 80% par CIGNA constitue également une lacune par rapport à la LAMal ( cf . art. 25 al. 2 let. a LAMal). Il apparaît en effet problématique que le traitement ambulatoire, auquel une personne assurée est le plus souvent susceptible d'avoir recours, ne soit couvert qu'à 80%, sans plafonnement maximal, ce qui laisse une part significative de 20% à la charge de l'assuré. Il en va de même de la limitation de la prise en charge à 90% pour les interventions chirurgicales ( cf . acte de recours). En effet, l'AOS est tenue de prendre en charge l'ensemble des prestations tant que les mesures individuelles prises dans le cadre du traitement hospitalier remplissent les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité ( cf . art. 32 al. 1 LAMal ; ATF 145 V 116 consid. 6.3), l'un des objectifs premiers de la LAMal étant précisément de garantir une obligation de prise en charge illimitée dans le temps pour les traitements stationnaires ( cf . ATF 145 V 116 consid. 6.3). Il ressort également des certificats d'assurances émis par CIGNA en faveur des recourants que la police d'assurance comporte également des exclusions, dont les détails ne figurent pas au dossier. Toutefois, la chambre de céans considère que les éléments susmentionnés suffisent à eux-seuls à retenir que la couverture CIGNA comporte d'importantes lacunes, de sorte que l'équivalence ne saurait être considérée comme acquise. Les recourants estiment que la couverture CIGNA prévoit une série d'avantages en comparaison avec l'assurance-maladie obligatoire suisse. Si CIGNA couvre certes certains frais dentaires et certaines prestations découlant des assurances complémentaires, ces avantages ne permettent toutefois pas de contrebalancer les lacunes de couverture qui existent sur des points essentiels, notamment le plafond de prise en charge ainsi que la prise en charge de traitements ambulatoires à hauteur de 80%. En conséquence, les recourants ne remplissent pas les conditions de l'art. 6 al. 4 OAMal pour pouvoir bénéficier d'une dispense.

#### **E. 5.4.2**

Il convient également d'examiner si les recourants peuvent prétendre à l'application de l'art. 2 al. 2 et/ou 8 OAMal.

##### **E. 5.4.2.1**

En l'espèce, le motif d'exemption prévu à l'art. 2 al. 8 OAMal ne peut pas non plus être invoqué dans la mesure où une couverture d'assurance supérieure à la LAMal est requise. En effet, comme il a été constaté précédemment, les lacunes de protection de la couverture CIGNA ne permettent pas de reconnaître ladite couverture comme équivalente à celle de l'AOS au sens de l'art. 6 al. 4 OAMal. Ces lacunes doivent en outre être considérées comme des défauts importants par rapport aux prescriptions minimales de la LAMal. Comme récemment jugé par la chambre de céans, une restriction qui constitue une lacune importante dans le cadre de l'examen de l'équivalence entre deux assurances l'est encore plus lorsque l'assurance étrangère doit être supérieure à la LAMal au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal ( cf . ATAS/451/2025 du 5 juin 2025 consid. 5.2). Dès lors que la couverture offerte

par CIGNA n'est pas équivalente, elle ne saurait être considérée comme supérieure à la LAMal. Par conséquent, dans la mesure où l'assurance CIGNA n'est pas nettement supérieure à l'assurance suisse, la conclusion d'une assurance-maladie obligatoire selon la LAMal ne peut pas être considérée comme une détérioration manifeste au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal ( cf . ATF 134 V 34 consid. 7). Partant, les recourants ne sauraient bénéficier de l'exemption prévue par l'art. 2 al. 8 OAMal.

#### **E. 5.4.2.2**

S'agissant du motif d'exemption prévu à l'art. 2 al. 2 OAMal, celui-ci ne saurait non plus être invoqué dans le cas d'espèce, dans la mesure où l'une des conditions d'application est d'être au bénéfice d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. Or, ce n'est manifestement pas le cas des recourants, comme il a déjà été constaté. Au surplus, il sied de relever que les recourants n'ont ni démontré ni même allégué l'existence d'une obligation de s'assurer à l'étranger en vertu du droit public étranger. En effet, les recourants, domiciliés en Suisse, n'ont pas expliqué en quoi ils devaient pouvoir bénéficier d'une couverture d'assurance privée, hormis le fait que celle-ci se trouverait plus avantageuse. En conséquence, les conditions pour bénéficier d'une exemption en vertu de l'art. 2 al. 2 OAMal ne sont pas non plus remplies.

#### **E. 5.5**

Eu égard à ce qui précède, force est de constater que les recourants ne remplissent pas les conditions des art. 6 al. 4 OAMal, ni celles de l'art. 2 al. 2 et 8 OAMal, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a rejeté leurs demandes de dispense.

#### **E. 5.6**

En conséquence, il convient de confirmer l'affiliation d'office des recourants auprès d'ASSURA et de SWICA, des assureurs admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 2 et 4 LSAMal). Dans un grief subsidiaire, les recourants sollicitent leur affiliation d'office à partir de la date du prononcé du présent arrêt. Pour rappel, le canton, soit pour lui le SAM, est compétent pour affilier d'office les personnes qui n'ont pas rempli leur obligation de s'assurer ou qui ne l'ont pas fait dans les délais ( cf . art. 6 al. 2 LAMal cum art. 4 al. 1 LaLAMal). Les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues par l'art. 3 LAMal sont affiliées d'office ( cf . art. 6 al. 1 1 re phr. LaLAMal). À cet égard, il a été constaté précédemment que les recourants présentent d'importantes lacunes dans leur couverture d'assurance-maladie, raison pour laquelle ils ont été tenus de s'affilier à un assureur-maladie suisse. La date d'affiliation fixée par l'intimé ne saurait donc être différée, dès lors qu'un tel report aurait pour effet de prolonger la période durant laquelle les recourants ne bénéficient pas d'une couverture conforme aux exigences telles que prévues par la LAMal. Par conséquent, la chambre de céans ne peut que confirmer les décisions du 3 mars 2025 d'affiliation d'office des recourants auprès d'ASSURA (pour le père et la fille aînée) et SWICA (pour la fille cadette) avec effet au 1 er mars 2025.

#### **E. 6**

Au vu de ce qui précède, les recours doivent être rejetés. Les recourants, qui succombent, ne peuvent prétendre à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario ). Les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas le droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario ). PAR CES MOTIFS,

## LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement

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