



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2110/2025

ATAS/833/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 novembre 2025

Chambre 6

En la cause

A_____

recourants

B_____

C_____

représentés par Me Stéphane REY, avocat

contre

SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.**
- a.** A_____ (ci-après : le père), né le _____ 1967, est marié à D_____ (ci-après : la mère), née le _____ 1971. Ensemble, ils ont deux filles, B_____ (ci-après : la fille aînée), née le _____ 2003, et C_____ (ci-après : la fille cadette), née le _____ 2005 (ci-après ensemble : les assurés). Ils sont tous de nationalité canadienne et domiciliés en Suisse depuis septembre 2013.
 - b.** La mère travaillait en tant que fonctionnaire internationale au sein de E_____ (ci-après : E_____). À ce titre, l'intéressée et sa famille bénéficiaient d'une carte de légitimation et d'une couverture d'assurance-maladie auprès de CIGNA HEALTHCARE (ci-après : CIGNA).
 - c.** Selon le jugement du Tribunal administratif de première instance du 22 décembre 2023, la mission de la mère à Genève s'est terminée le 8 mars 2020, mettant fin aux cartes de légitimation pour toute la famille. Elle s'est ensuite rendue au Kenya dans le cadre d'une autre mission, laissant son époux et ses filles à Genève.
 - d.** Le 29 mai 2020, le père a déposé auprès de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM) une demande d'autorisation de séjour pour lui-même et pour ses filles.
 - e.** À une date inconnue, la mère est retournée en Suisse, bénéficiant toujours du statut de fonctionnaire internationale.
 - f.** Selon la base de données Calvin de l'OCPM, les assurés ont été mis au bénéfice d'une autorisation de séjour pour cas individuels d'une extrême gravité (permis B) le 6 septembre 2024.
- B.**
- a.** Par courriers du 16 septembre 2024, le service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) a informé chacun des assurés qu'en tant que « nouveaux arrivants » dans le canton de Genève, ils devaient s'affilier à une assurance-maladie suisse dans un délai de trois mois dès leur arrivée dans le canton, au risque d'une affiliation d'office si ce délai n'était pas respecté.
 - b.** Le 26 septembre 2024, les assurés ont chacun transmis au SAM un certificat d'assurance émis par CIGNA, mentionnant notamment que la période de couverture débutait le 1^{er} juillet 2022 et que la police prévoyait un remboursement maximum de USD 250'000 par personne assurée et par année civile.
 - c.** Le 16 octobre 2024, le SAM a requis de la fille aînée un formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie dûment rempli, signé et timbré par l'E_____ ainsi qu'une attestation d'assurance.
 - d.** Par courrier reçu le 24 octobre 2024 par le SAM, la fille aînée a joint, à nouveau, son certificat d'assurance chez CIGNA ainsi qu'un document de

présentation de ladite assurance et une copie de sa carte d'assurance avec des coordonnées de contact.

e. Le 11 novembre 2024, le SAM a prononcé une décision de refus de dispense d'affiliation à l'encontre de la fille aînée, au motif que l'assurance CIGNA était une institution étrangère qui ne figurait pas parmi les assureurs-maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale en Suisse. De plus, celle-ci n'était pas équivalente à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) en raison de son plafond d'assurance à USD 250'000. La fille aînée devait par conséquent conclure un contrat avec un assureur suisse dans les meilleurs délais. Sans nouvelles, le SAM serait alors contraint de procéder à son affiliation d'office.

f. Le 20 novembre 2024, le père et la fille cadette ont transmis une attestation en anglais datée du 26 novembre 2024 de la section assurance-maladie et assurance-vie de l'E_____, qui certifiait que les trois assurés participaient au programme d'assurance-maladie collective de l'E_____ et que la couverture assurée par l'E_____ était gérée par CIGNA. Il était notamment mentionné ce qui suit : « *This is to certify that Ms. D_____ (...) and her eligible spouse Mr. A_____ (...) and dependent children B_____ (...) and C_____ (...) are participants in the United Nations Group Health Insurance programme. Coverage is with UN Worldwide, Medical and Dental scheme, administered with Cigna, under UN index 476248. The above-mentioned Insurance Scheme of the United Nations provides coverage for any necessary hospitalization, in-patient medical services and supplies. Professional medical fees and outpatient medical services are reimbursable at the rate of 80 percent of the reasonable and customary charges. Dental treatment costs are reimbursable at the rate of 80 percent up to a maximum of \$ 1'000 per participant per calendar year. The UN Worldwide Health Insurance maximum annual health coverage is up to US \$ 250'000 per participant* ».

g. Par courrier reçu le 26 novembre 2024 par le SAM et daté du 24 décembre 2024 (*sic*), les assurés ont requis une dispense de s'assurer à l'assurance-obligatoire des soins (ci-après : AOS), en invoquant le fait que la mère bénéficiait d'une assurance-maladie internationale auprès de CIGNA qui couvrirait automatiquement les assurés et que cette couverture était complète.

h. Par décision du 9 décembre 2024, le SAM a refusé la dispense d'affiliation de la fille cadette, en invoquant les mêmes motifs que dans sa décision du 11 novembre 2024 à l'encontre de la fille aînée.

i. Le même jour, le SAM a rendu une autre décision de refus de dispense d'affiliation à l'encontre du père, au motif qu'il n'entrait pas dans les catégories permettant une dispense d'affiliation à l'AOS dans la mesure où il était titulaire d'un permis B et exerçait une activité lucrative en Suisse. Il était également indiqué que son assurance CIGNA était une institution étrangère qui ne figurait

pas parmi les assureurs-maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale en Suisse, de sorte qu'il devait conclure un contrat avec un assureur suisse dans les meilleurs délais, à défaut de quoi, le SAM risquait de procéder à son affiliation d'office.

j. Par courrier du 23 décembre 2024, les assurés ont réitéré leur demande de dispense d'affiliation à l'AOS, en joignant à nouveau l'attestation en anglais du 26 novembre 2024 de la section assurance-maladie et assurance-vie de l'E_____.

k. Le 26 décembre 2024, par le biais d'un avocat, le père a fait opposition à la décision de refus de dispense d'affiliation à l'AOS du 9 décembre 2024, en faisant valoir qu'il était affilié auprès de CIGNA en tant qu'époux d'un membre du personnel de l'E_____ et que la couverture offerte par celle-ci était équivalente, voire supérieure, à l'assurance de base. Dans le doute, le SAM aurait dû procéder à des investigations supplémentaires. De plus, une dispense aurait également pu être donnée en raison de l'existence d'une double charge, mais aussi une éventuelle dégradation de sa couverture par rapport aux prestations offertes par CIGNA.

À l'appui de ladite opposition, était jointe une procuration pour le père datée du 24 décembre 2024.

l. Par trois décisions du 3 mars 2025, le SAM a procédé à l'affiliation du père et de la fille aînée auprès d'ASSURA CAISSE MALADIE ET ACCIDENT (ci-après : ASSURA), et à celle de la fille cadette auprès de SWICA ORGANISATION DE SANTÉ (ci-après : SWICA), avec effet au 1^{er} mars 2025.

m. Par courrier du 14 mars 2025, l'avocat a indiqué représenter les assurés et considérer ce courrier comme une opposition contre l'avis d'affiliation du 3 mars 2025.

Était jointe à ce courrier une procuration en faveur du conseil signée par le père et datée du 13 mars 2025.

n. Le 3 avril 2025, les assurés, par le biais de leur avocat, ont demandé au SAM l'annulation de leur affiliation d'office du 3 mars 2025.

o. Par trois courriers séparés du 8 avril 2025, le SAM a informé ASSURA et SWICA qu'une procédure relative à l'affiliation des assurés était en cours et leur a demandé de suspendre les procédures de recouvrement à leur rencontre.

p. Par courrier du 9 avril 2025, le conseil des assurés a transmis au SAM les procurations des filles aînée et cadette, datées du 26 décembre 2024.

q. Par décision sur opposition du 13 mai 2025, le SAM a rejeté les oppositions des 26 décembre 2024 et 14 mars 2025 du père, confirmant sa décision de refus de dispense ainsi que celle relative à l'affiliation d'office.

Il a constaté que le père était titulaire d'un permis de séjour, à savoir un permis B avec activité lucrative à temps complet à compter du 6 septembre 2024 et était

domicilié à Genève depuis le 5 septembre 2013, de sorte qu'il était tenu de s'assurer à l'AOS. Il ne pouvait se prévaloir d'une dispense, au motif que le certificat d'assurance-maladie émis par CIGNA prévoyait un remboursement maximum de USD 250'000 par personne assurée, par année civile, ce qui ne correspondait manifestement pas à la couverture de l'assurance-maladie obligatoire, puisque la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) ne connaissait pas de restriction de montant. Ce plafond constituait ainsi une restriction importante de la couverture d'assurance-maladie. La couverture de CIGNA n'était ainsi pas équivalente et encore moins supérieure à la couverture de la LAMal, de sorte que les conditions requises pour une dispense d'affiliation n'étaient pas réunies. En outre, l'assureur CIGNA était une institution étrangère qui ne figurait pas parmi les assureurs-maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. Le père était dès lors tenu de s'affilier à la LAMal, de sorte qu'il était justifié de procéder à son affiliation d'office auprès d'ASSURA à compter du 1^{er} mars 2025.

r. Par deux autres décisions sur opposition du 13 mai 2025, le SAM a indiqué faire suite « au courrier daté du 3 mars » par lequel les filles aînée et cadette « formaient opposition à l'encontre de [la] décision d'affiliation d'office du 3 mars 2025 ». Le SAM a conclu au rejet desdites oppositions, confirmant ses décisions d'affiliation d'office du 3 mars et maintenant « à toutes fins utiles » ses décisions de refus de dispense des 11 novembre et 9 décembre 2024 à l'encontre, respectivement, des filles aînée et cadette. Les motifs invoqués à l'appui des décisions sur opposition précitées étaient similaires à ceux prononcés dans le cadre de la décision sur opposition rendue à l'encontre du père.

- C. a.** Par actes séparés du 16 juin 2025 enregistrés sous les numéros de cause A/2114/2025 (le père), A/2112/2025 (la fille aînée) et A/2110/2025 (la fille cadette), les assurés ont interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) à l'encontre les décisions sur opposition du 13 mai 2025, en concluant, sous suite de frais et dépense, à l'annulation des décisions des 9 décembre 2024 (refus de dispense à l'encontre du père), 3 mars 2025 (affiliations d'office pour les assurés) et 13 mai 2025 (décisions sur opposition à l'encontre des assurés), à l'admission des demandes des assurés de dispense de s'assurer à l'AOS, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision et, plus subsidiairement encore, à l'affiliation d'office avec effet au jour du prononcé de l'arrêt de la chambre de céans.

L'intimé considérait que le système d'assurance-maladie de l'E_____ pouvait se substituer à celui de la LAMal puisque pendant près de 12 ans, soit depuis leur arrivée en Suisse, ils avaient été dispensés du système de la LAMal. Ce n'était qu'en raison de l'obtention de leur permis B que l'intimé voulait désormais leur imposer le système de la LAMal. Or, leur épouse et mère était encore une fonctionnaire internationale de sorte qu'ils étaient obligatoirement assurés par le

système sanitaire de l'E_____. Il ne se justifiait dès lors pas de changer le système dont la famille bénéficiait depuis près de 12 ans.

En tout état de cause, il ressortait du rapport R 956-A du Grand Conseil de Genève que le système d'assurance de l'E_____ prévoyait une couverture d'assurance nettement plus avantageuse qui allait manifestement au-delà des prestations de la LAMal. De plus, le plafond annuel s'élevant à USD 250'000 par personne assurée par année civile prévu par leur assurance privée était inatteignable pour un assuré lambda. L'intimé n'avait en outre pas pris en considération tous les autres avantages conférés par cette assurance. Les conditions de dispense étaient donc remplies.

Si par impossible la chambre de céans devait considérer que les conditions de la dispense d'affiliation n'étaient pas remplies, les recourants estimaient que leur affiliation devait prendre effet à la date du prononcé du présent arrêt dans la mesure où ils étaient encore assurés au système d'assurance-maladie de l'E_____. Une affiliation rétroactive impliquerait le paiement à double de primes d'assurance-maladie, ce qui compromettrait leur situation financière.

b. Par réponses séparées du 15 juillet 2025, l'intimé a conclu au rejet des recours.

Dès le 6 septembre 2024, les recourants n'étaient plus titulaires d'une carte de légitimation mais d'un permis de séjour (permis B). Dès lors, ils ne bénéficiaient plus de privilèges et immunités et étaient tenus de s'assurer à l'AOS conformément à la LAMal.

Selon la loi, les membres de famille de personnes qui étaient assurés à l'assurance-maladie de l'E_____, à laquelle appartenait la titulaire principale, et ne bénéficiant pas eux-mêmes de privilèges et immunités, pouvaient, dès le 1^{er} janvier 2018, demander à être exemptés de l'assurance-maladie suisse, pour autant que leur couverture d'assurance fut équivalente pour les traitements effectués en Suisse. Toutefois, les recourants ne pouvaient pas bénéficier de cette dispense puisque la couverture de CIGNA prévoyait un remboursement maximum de USD 250'000, soit environ CHF 200'000.-, par personne assurée et par année civile, ce qui ne correspondait manifestement pas à la couverture de l'assurance-maladie obligatoire LAMal, qui ne connaissait pas de restriction de montant. Contrairement à ce qu'indiquaient les recourants, ce plafond constituait une restriction importante de la couverture d'assurance-maladie. À titre d'exemples, certaines thérapies médicamenteuses, certaines transplantations d'organe, des soins intensifs prolongés, une chirurgie cérébrale ou une oncologie de pointe pouvaient très vite atteindre ce plafond. La couverture de CIGNA n'était ainsi pas équivalente et était encore moins supérieure à la couverture LAMal, de sorte que les autres conditions pour être dispensé de l'obligation d'affiliation n'étaient pas réunies. Les affiliations d'office des recourants auprès d'ASSURA et de SWICA étaient dès lors justifiées.

c. Par répliques séparées du 24 juillet 2025, les recourants ont fait valoir que, selon les statistiques de 2023 de l'office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP), les coûts des prestations brutes fournies en moyenne pour un individu étaient de CHF 4'482.-. La distribution des assurés par classe de coûts démontrait que seul 0.2% de la population se situait dans la classe avec un coût moyen annuel dépassant les CHF 100'000.-. Le critère du plafonnement invoqué par l'intimé n'était donc pas pertinent pour l'appréciation de l'équivalence de l'assurance, puisqu'en tout état de cause les assurés n'atteignaient jamais un coût annuel de CHF 200'000.-. Il convenait par conséquent de considérer que les deux systèmes d'assurance étaient pratiquement équivalents d'un point de vue de l'étendue quantitative des couvertures respectives et que la couverture de la CIGNA était incontestablement supérieure à celle de la LAMal, couvrant plus de prestations à des pourcentages plus élevés. En outre, entre 2016 à ce jour, leur famille avait coûté un total de CHF 11'395.05, soit une moyenne annuelle de CHF 1'266.11, équivalant à CHF 316.52 pour chaque membre de la famille.

Étaient joints des graphiques de l'OFSP ainsi que des factures de la caisse des médecins de Genève relatives à des coûts pour la famille des recourants.

d. Par duplique du 25 août 2025, l'intimé a persisté dans ses précédentes conclusions. Le plafond de CHF 200'000.- constituait une restriction importante et fondamentale par rapport à la LAMal et suffisait à elle seule à exclure l'équivalence de CIGNA par rapport à la LAMal. L'argumentation des recourants s'agissant du montant du plafonnement ne pouvait être retenue, dès lors que le système de la LAMal reposait sur la prise en charge de risques futurs et inconnus. Le fait qu'un assuré n'ait à ce jour pas eu de maladie grave ou se trouvait en bonne santé n'offrait aucune garantie contre une éventuelle maladie grave, chronique qui pourrait survenir par la suite et engendrer des coûts importants. En outre, il était noté que la prise en charge des traitements ambulatoires à hauteur de 80% par CIGNA constituait également une lacune par rapport à la LAMal.

e. Le 12 septembre 2025, les recourants ont persisté dans leurs conclusions, arguant que l'intimé ne s'était pas déterminé sur les arguments soulevés dans le cadre de leurs écritures.

f. Les courriers du 12 septembre 2025 ont été transmis à l'intimé.

EN DROIT

1.

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.

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.

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.

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

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

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).

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.

3.

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).

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).

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).

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).

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).

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).

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).

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 affilié 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).

4.

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).

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).

5.

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.

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.

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 requérants 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 requérants, 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 requérants. Lorsque la mission de celle-ci s'est terminée à Genève le 8 mars 2020, les cartes de légitimation des requérants ont également pris fin.

Ce n'est que le 6 septembre 2024, à la suite d'une procédure judiciaire, que les requérants ont été mis au bénéfice d'une autorisation de séjour (permis B). En conséquence, les requérants 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 requérants continuaient d'être affiliés auprès de CIGNA.

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 requérants estiment bénéficier de la dispense en application des art. 6 al. 4 et 2 al. 2 et 8 OAMal.

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 requérants 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 requérants 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

1. Joint les causes A/2112/2025 et A/2114/2025 sous la cause A/2110/2025.

À la forme :

2. Déclare les recours recevables.

Au fond :

3. Les rejette.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le