

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2385/2025

ATAS/221/2026

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 16 mars 2026**

**Chambre 1**

En la cause

A \_\_\_\_\_

demanderesse

contre

**ASSURA SA**

défenderesse

**Siégeant : Amélie FIGUET MAYSTRE, présidente ; Toni KERELEZOV, Yves MABILLARD, juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née le \_\_\_\_\_ 1963, est domiciliée à Genève. Elle a deux enfants majeurs, B \_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 2004, et C \_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 2005.
- b.** Durant l'année 2024, l'assurée et ses deux enfants étaient affiliés pour l'assurance obligatoire de soins (ci-après : AOS) auprès de VISANA SERVICES SA.
- c.** Souhaitant changer d'AOS pour elle-même et ses deux enfants, elle a pris rendez-vous, le 3 octobre 2024, avec une connaissance travaillant comme conseiller en assurances pour ASSURA SA et ASSURA-BASIS SA (ci-après : la défenderesse ou l'assureur).
- d.** Lors de l'entretien du 3 octobre 2024, le conseiller en assurances a notamment procédé à une simulation comparative entre les prestations d'ASSURA et de VISANA, évoquant notamment une éventuelle souscription à des assurances complémentaires. Il lui a demandé de signer sur un appareil électronique et d'ouvrir un SMS sur son téléphone, contenant un code de validation. L'assurée a suivi les instructions du conseiller en assurances.
- e.** À la suite de cet entretien, trois propositions d'AOS et d'assurances complémentaires pour elle-même et ses enfants, datées du 3 octobre 2024, ont été envoyées par courrier à l'assurée, à une adresse erronée.
- f.** Le 18 décembre 2024, l'assurée a adressé un SMS au conseiller en assurances, en lui demandant de lui envoyer la police d'assurance. Le même jour, le conseiller lui a transmis les trois polices la concernant et concernant ses enfants par SMS ainsi que par courriel.
- g.** Par courrier du 17 janvier 2025, l'assureur a adressé à l'assurée les trois polices d'AOS et d'assurances complémentaires pour elle-même et ses trois enfants.
- h.** À plusieurs dates indéterminées entre les mois de février et d'avril 2025, l'assurée s'est adressée à l'assureur pour demander l'annulation des contrats d'assurances complémentaires qu'elle contestait avoir conclus pour elle-même et ses enfants.
- i.** Par courriers des 30 avril 2025 et 27 mai 2025, ASSURA l'a informée ne pas pouvoir donner suite à sa demande d'annulation des contrats d'assurances complémentaires, le délai de révocation de 14 jours suivant la conclusion du contrat n'ayant pas été respecté.
- B.**    **a.** Par demande déposée le 7 juillet 2025 devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), intitulée « recours concernant le courrier envoyé par ASSURA le 27 mai 2025 », l'assurée a conclu à l'annulation rétroactive des polices d'assurances

complémentaires n° 1 \_\_\_\_\_ la concernant, n° 2 \_\_\_\_\_ concernant sa fille et n° 3 \_\_\_\_\_ concernant son fils, établies par ASSURA SA ; à l'annulation de sa signature électronique apposée le 3 octobre 2024 ; à une réévaluation complète de la validité de ses trois contrats d'assurance-maladie ; et à l'« effet suspensif de toutes les factures des assurances complémentaires » pour ses enfants et pour elle.

Elle a expliqué avoir, en 2024, entrepris des démarches pour changer de caisse maladie et avoir pris rendez-vous, le 3 octobre 2024, avec une connaissance travaillant comme conseiller en assurances pour la défenderesse. Lors de cet entretien, elle avait signé sur un appareil électronique, puis ouvert un message sur son téléphone, ce qui constituait selon la défenderesse l'acceptation de huit contrats d'assurances complémentaires pour elle-même et ses deux enfants. Elle avait reçu ses cartes d'assurance obligatoire auprès de la défenderesse le 17 janvier 2025 et avait, par erreur, compris n'avoir conclu que des contrats d'AOS auprès de celle-ci. Elle n'avait jamais consenti, ni verbalement, ni par écrit, à la souscription des huit contrats d'assurances complémentaires litigieux. Ce n'était qu'en février 2025, en consultant ses factures, qu'elle avait découvert l'existence de ces contrats d'assurances complémentaires. Elle en avait immédiatement demandé l'annulation auprès de la défenderesse par téléphone, puis par courrier.

La demanderesse a notamment joint à son écriture le courrier de la défenderesse du 27 mai 2025, dans lequel celle-ci l'informait ne pas pouvoir donner suite à sa demande d'annulation des contrats d'assurances complémentaires, le délai de révocation de 14 jours suivant la conclusion du contrat n'ayant pas été respecté.

**b.** Cet acte contestant principalement la conclusion d'assurances complémentaires, la chambre de céans a ouvert la présente cause, soumise à la procédure civile, sous le numéro de procédure A/2385/2025. En parallèle, au vu de la conclusion portant sur la validité des contrats d'assurance-maladie conclus, une procédure administrative a été ouverte par la chambre de céans, sous le numéro de procédure A/4638/2025.

**c.** Dans sa réponse du 28 juillet 2025, la défenderesse a conclu au rejet des conclusions de la demanderesse relatives aux contrats d'assurances complémentaires conclus. Aucune forme n'étant requise pour la conclusion d'un contrat d'assurance complémentaire, une signature électronique était valide. Par ailleurs, le processus de souscription par voie électronique était sécurisé, de sorte que le proposant recevait un courriel l'invitant à vérifier les informations saisies dans sa proposition et à confirmer sa souscription par l'insertion sur le portail d'un code envoyé par SMS. À l'issue de cette étape, l'offre était valablement envoyée à l'assureur et le proposant restait lié par son offre pendant 14 jours. L'assurée n'ayant pas révoqué les contrats d'assurances complémentaires dans les 14 jours, c'était à bon droit que l'assureur les avait maintenus.

**d.** Dans sa réplique du 18 août 2025, la demanderesse a relevé que les polices d'assurances (tant pour l'AOS que pour les complémentaires) n'avaient été envoyées à son adresse postale qu'en janvier 2025, soit bien après l'échéance du délai de 14 jours, et qu'elles lui avaient été transmises par courriel et SMS le 18 décembre 2024. Elle a expliqué qu'à ce moment, elle n'avait pas même noté la couverture complémentaire, puisqu'elle n'avait souhaité qu'une nouvelle AOS pour elle-même et ses enfants. Elle a donc persisté dans sa conclusion visant à ce qu'il soit constaté que les contrats d'assurances complémentaires pour elle et ses enfants n'avaient pas été valablement conclus.

**e.** L'assurance a dupliqué le 5 septembre 2025, relevant ne pas pouvoir expliquer pourquoi une erreur s'était glissée dans l'adresse postale indiquée sur les propositions d'assurance. Toutefois, l'assurée pouvait consulter à tout moment son espace client, ayant reçu un mail d'activation le 9 octobre 2024. Depuis cette date, elle recevait régulièrement des courriels l'informant de chaque envoi de document dans son espace client. À cet égard, lors de l'entretien du 3 octobre 2024, elle avait indiqué vouloir recevoir toute communication par voie électronique, par le biais de l'espace client. Dans ce cadre, son attention avait été attirée sur le fait que l'assurance ne lui ferait parvenir aucune communication par courrier postal, hormis celles qui ne pouvaient pour une raison ou une autre être transmises électroniquement. Il lui appartenait donc de consulter son espace client. L'assurance a conclu au rejet des conclusions de l'assurée et à ce qu'il soit constaté que tant les assurances complémentaires que l'AOS de la famille de l'assurée avaient été valablement souscrites en date du 9 octobre 2024.

**f.** Dans deux écritures spontanées respectivement datées des 19 septembre et 23 décembre 2025, la demanderesse a notamment soutenu que le conseiller de la défenderesse aurait choisi sans son accord une franchise de CHF 2'500.- pour sa couverture d'assurance-maladie.

**g.** En parallèle, par acte du 16 décembre 2025, l'assurée et sa fille ont saisi la chambre de céans d'un recours pour déni de justice, au motif que depuis le mois de septembre 2025, elles ne disposaient plus d'une AOS, en raison d'une prétendue double affiliation avec l'assurance SWICA. Ces recours ont été ouverts sous les numéros de procédure A/4505/2025 et A/4506/2025 et sont actuellement pendants par-devant la chambre de céans.

**h.** La chambre de céans a convoqué les parties à une audience de débats le 9 février 2026 dans le cadre de la présente procédure (A/2385/2025). À cette occasion, les parties sont parvenues à un accord s'agissant du litige portant sur les polices d'assurances complémentaires. La défenderesse a précisé qu'aucune prestation à charge des assurances complémentaires n'avait été sollicitée pour l'année 2025.

**i.** Dans une écriture spontanée du 24 février 2026 adressée dans le cadre de la procédure A/4505/2025, la demanderesse a transmis à la chambre de céans des

éléments nouveaux « nécessitant clarification », à savoir un nouveau relevé de compte établi par l'assureur ainsi que des avis de primes modifiés datant du 14 février 2026 et valables pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2025, lesquels présentaient selon elle des irrégularités manifestes en tant qu'ils mêlaient, dans un même calcul, des éléments relevant de l'assurance-maladie et de l'assurance complémentaire. Une copie de cette écriture spontanée a été versée à la présente procédure.

Il ressort de ces avis de primes modifiés qu'aucun montant n'est réclamé à la demanderesse pour les polices d'assurances complémentaires la concernant et concernant ses deux enfants, le montant total à payer étant de CHF 0.-.

La demanderesse a également persisté dans les divers griefs formulés en lien avec sa couverture d'assurance-maladie, notamment la franchise de CHF 2'500.- qui lui aurait été imposée.

Elle semble enfin revenir sur l'accord conclu lors de l'audience du 9 février 2026, relevant que lors de ladite audience, la question de la nullité des contrats d'assurances complémentaires aurait dû être examinée, compte tenu des vices affectant leur conclusion. En effet, si les contrats d'assurances complémentaires étaient affectés de nullité pour absence de consentement valable, il convenait d'examiner, par cohérence juridique, la validité des éléments contractuels corrélatifs, notamment la franchise de CHF 2'500.- appliquée dans le cadre de l'AOS, laquelle n'avait jamais fait l'objet d'un choix exprès de sa part.

j. La chambre de céans a transmis cette écriture à la défenderesse.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c 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 relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).

Les contrats d'assurances complémentaires litigieux sont régis par la LCA.

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger de la demande portant sur la validité des contrats d'assurances complémentaires est ainsi établie.

Les parties ne contestent pas non plus sa compétence *ratione loci*.

2. La conclusion de la demanderesse relative à la validité des contrats d'assurance-maladie conclus pour elle-même et ses enfants étant examinée par la chambre de

céans dans la procédure administrative parallèle A/4638/2025, la présente procédure porte uniquement sur la validité des polices d'assurances complémentaires établies par la défenderesse, litige soumis à la procédure civile (ATF 138 III 558 consid. 3.2).

3. Lors de l'audience du 9 février 2026, la chambre de céans, en application de l'art. 124 al. 3 CPC, a mené une conciliation qui a abouti à un accord des parties.

Selon l'art. 241 CPC, toute transaction, tout acquiescement et tout désistement d'action consignés au procès-verbal par le tribunal doivent être signés par les parties (al. 1) ; une transaction, un acquiescement ou un désistement d'action a les effets d'une décision entrée en force (al. 2) ; le tribunal raye l'affaire du rôle (al. 3).

Lors de cette audience, la défenderesse a acquiescé aux conclusions de la demanderesse tendant à l'annulation rétroactive des polices complémentaires ainsi que des poursuites en lien avec ces polices, les parties déclarant pour le surplus n'avoir plus aucune autre prétention à faire valoir en lien avec ces polices d'assurances complémentaires, sous réserve de l'exécution de l'arrêt entérinant leur accord.

Cet accord ayant les effets d'une décision entrée en force, la demanderesse ne peut revenir dessus postérieurement, comme elle semble le faire dans son écriture spontanée du 24 février 2026. À cet égard, il convient par ailleurs de relever que les raisons pour lesquelles la demanderesse semble remettre en question cet accord ont trait à sa conclusion relative aux polices d'assurance-maladie et à la franchise de CHF 2'500.- qui lui aurait été imposée, conclusion qui est, comme susmentionné, traitée dans le cadre de la procédure A/4638/2025. Dans la présente procédure civile portant sur les assurances complémentaires, la demanderesse a obtenu le plein de ses conclusions visant à l'annulation des polices d'assurances complémentaires n° 1\_\_\_\_\_, n° 2\_\_\_\_\_ et n° 3\_\_\_\_\_.

4. La chambre de céans prend acte de cet accord, qui met fin au présent litige. Partant, il convient de rayer la cause du rôle, conformément à l'art. 241 al. 3 CPC.

Selon l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond pour les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant d'accord entre les parties**

1. Donne acte à la défenderesse de ce qu'elle annule sans frais les polices d'assurances complémentaires n° 1\_\_\_\_\_, n° 2\_\_\_\_\_ et n° 3\_\_\_\_\_ visées par la demande au premier jour de validité de ces contrats ainsi que les poursuites en lien avec les prétentions qui en découlent.
2. L'y condamne en tant que de besoin.
3. Raye la cause du rôle.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). 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, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Amélie PIGUET MAYSTRE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le