RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3438/2019 **ATAS/212/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mars 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à CAROUGE, représenté par ASSUAS, Association suisse des assurés	recourant

contre

B_____ SA, sise _____, à BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Isabelle JAQUES	intimée

EN FAIT

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Toni KERELEZOV, Juges assesseurs

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé) était affilié en 2012 auprès de B_____ SA (ci-après : la Caisse) pour l'assurance-maladie obligatoire des soins (ci-après: AOS ou l'assurance de base) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

2. Par courrier recommandé du 24 novembre 2012, l'intéressé a résilié sa police d'assurance obligatoire au 31 décembre 2012, ajoutant « Mon nouvel assureur prendra contact avec vous dans les meilleurs délais et, afin qu'il n'y ait pas d'interruption de ma couverture d'assurance-maladie, mon sociétariat dans la nouvelle caisse sera effectif dès le 1er janvier 2013 ».

3. Dans un courrier du 18 décembre 2012, la Caisse a pris acte de ce que l'intéressé avait résilié son assurance-maladie de base le 28 novembre 2012 et lui a confirmé sa sortie avec effet au 31 décembre 2012.

4. Le 23 mars 2014, l'intéressé a demandé à la Caisse une attestation selon laquelle il n'était plus affilié auprès d'elle « depuis juin 2013 » pour l'assurance de base.

5. Le 1er avril 2014, la Caisse lui a renvoyé copie de sa lettre du 18 décembre 2012.

6. Par courrier du 3 avril 2014, la caisse-maladie KPT-CPT (ci-après : la KPT) a informé la Caisse que l'intéressé demandait une affiliation auprès d'elle, et l'a priée de lui confirmer la date de sa sortie.

7. Le 17 avril 2014, la Caisse lui a répondu que l'intéressé n'était plus assuré auprès d'elle pour l'assurance de base depuis le 31 décembre 2012 et qu'il était « chez Philos AG ».

8. En date du 28 avril 2014, la KPT a envoyé à la Caisse un certificat d'entrée aux termes duquel l'intéressé était affilié auprès d'elle pour l'AOS dès le 1er janvier 2014.

9. Par courriel du 22 juillet 2014, la Caisse a rappelé à la KPT que l'intéressé ne faisait plus partie de ses assurés depuis le 1er janvier 2013.

10. Par courrier du 19 janvier 2015, l'intéressé a indiqué à la Caisse qu'il avait changé d'employeur depuis le 1er juin 2013 et qu'il était depuis lors affilié auprès de la KPT, pour l'assurance de base et pour l'assurance complémentaire. Il a indiqué vouloir résilier ses assurances complémentaires qu'il avait conservées auprès de la Caisse.

11. Le 29 janvier 2015, la Caisse lui a confirmé sa sortie au 31 décembre 2015 pour ses assurances complémentaires.

12. Par courriel du jour même, elle a informé la KPT que l'intéressé était doublement assuré et qu'il avait des assurances complémentaires auprès d'elle pour la période courant du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2015.

13. Le 29 janvier 2015, la KPT a accusé réception de ce message et sollicité une attestation par voie postale prouvant l'affiliation de l'intéressé afin qu'elle puisse procéder à sa sortie rétroactive de l'assurance de base.

14. Par courrier du 29 janvier 2015, la Caisse a adressé à la KPT une attestation, aux termes de laquelle l'intéressé avait trois assurances complémentaires auprès d'elle, du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2015.

15. Par courrier du 10 septembre 2015, intitulé « Concerne demande d'une assurance maladie de base », l'intéressé a informé la Caisse qu'il n'avait plus d'assurance-maladie obligatoire « depuis le 1er janvier 2014 » et qu'il avait essayé de trouver d'autres caisses-maladie, sans succès, car il « manque une attestation pour affilier dans une nouvelle caisse ». Comme cela durait depuis longtemps, on lui avait conseillé de retourner vers elle. Il a conclu « j'ai besoin votre aide pour avoir une assurance-maladie, au près de votre compagnie ».

16. Par courriels des 21 septembre et 21 octobre 2015, la Caisse a informé le Groupe Mutuel Assurances Maladie SA (ci-après : le Groupe Mutuel) que l'intéressé avait résilié son assurance de base au 31 décembre 2012 et que selon ses informations, le prochain assureur était Philos (membre du Groupe Mutuel). Elle lui a ainsi demandé de se déterminer au sujet de l'affiliation de l'intéressé.

17. Le 5 novembre 2015, le Groupe Mutuel lui a répondu que l'intéressé, qui avait voulu s'affilier auprès de lui, n'avait pas fourni les informations nécessaires pour que la police d'assurance puisse être conclue.

18. Par courriel du 6 novembre 2015, la Caisse a demandé à l'intéressé de lui communiquer l'identité de son assurance obligatoire actuelle. Elle a relevé qu'il lui avait indiqué, après sa résiliation de 2012, qu'il était assuré auprès de Philos, qui venait toutefois de lui confirmer que tel n'était pas le cas. Par la suite, elle avait reçu une confirmation de son affiliation auprès de la KPT au 1er janvier 2014. Toutefois, au cours d'un entretien du jour-même, cette compagnie lui avait indiqué qu'il n'y possédait que des assurances complémentaires.

19. Le 9 novembre 2015, l'intéressé lui a répondu qu'il n'avait conclu aucune assurance obligatoire depuis 2013 car le Groupe Mutuel lui avait demandé de changer de médecin de famille, ce qu'il ne voulait pas. Il avait ensuite demandé à la KPT, mais elle lui avait retourné sans explication tous les documents. Plus tard, elle lui avait précisé qu'il manquait une attestation de son ancienne assurance. Il avait également envoyé les documents à Sanitas et était en attente. Il n'avait jamais demandé une affiliation à Philos et ne connaissait pas cette assurance.

20. Par courrier du 10 novembre 2015, la Caisse, se référant à la résiliation du 28 novembre 2012, a précisé à l'intéressé que la sortie définitive de l'assurance de base ne pouvait être effectuée qu'après l'envoi d'une confirmation d'affiliation par le nouvel assureur. Constatant qu'elle n'avait reçu aucun document à cet égard, elle devait lui facturer a posteriori les primes pour les années 2013 à 2015.

    Elle a joint des polices d'assurance-maladie, valables à partir du 1er janvier 2013, 1er janvier 2014, 1er janvier 2015 et 1er janvier 2016, mentionnant une prime mensuelle pour l'AOS de CHF 483.- pour les deux premières années, de CHF 513.40 pour 2015, de CHF 524.80 pour 2016.

21. Le 16 novembre 2015, la Caisse a réclamé à l'intéressé le paiement des primes AOS pour les années 2013 à 2015, respectivement des montants de CHF 5'760.60 pour 2013, CHF 5'743.80 pour 2014 et CHF 6'098.40 pour 2015, compte tenu des contributions fédérales.

22. Le 15 janvier 2016, elle a adressé un rappel à l'intéressé pour un montant de CHF 17'602.80.

23. En date du 15 avril 2016, elle lui a fait parvenir une sommation de s'acquitter de ce montant correspondant aux primes de 2013 à 2015, majoré de CHF 70.- de frais de sommation, soit un total de CHF 17'672.80

24. Par courrier du 9 mai 2016, l'intéressé, représenté par ASSUAS, a contesté le bien-fondé de l'affiliation rétroactive et relevé que la KPT l'avait affilé, suite à sa demande du 8 mars 2014, avec effet rétroactif au « 1er janvier 2013 », de sorte qu'il avait été assuré pour l'AOS auprès de cette compagnie. Il a reproché à la Caisse de ne pas avoir vérifié le 28 novembre 2012 déjà, s'il était bien affilié auprès d'un nouvel assureur pour l'année 2013, avant d'accepter la résiliation de son contrat. En omettant de le prévenir qu'il ne pourrait pas changer d'assureur pour le 1er janvier 2013, faute de nouvel assureur au 31 décembre 2012, elle avait manqué à son devoir d'information. Elle devait donc réparer le dommage qui lui était causé et qui correspondait à la différence entre le montant des primes de la Caisse et celui des primes de la KPT, pour la période courant depuis le 1er janvier 2013. Il a sollicité que la Caisse reprenne le calcul du montant des primes impayées pour la période courant depuis le 1er janvier 2013 en déduisant des CHF 17'672.80 réclamés le montant correspondant au dommage subi. Il a également requis la suspension de toute procédure de recouvrement jusqu'à ce qu'il ait pu prendre connaissance de la réponse de la Caisse.

25. Le 14 juin 2016, la Caisse a menacé l'intéressé de poursuites et l'a prié de régler le montant de CHF 6'894.80 pour les primes relatives à l'année 2015.

26. Par courriel du 23 juin 2016, l'assuré, par l'intermédiaire du Service des affaires sociales de la Ville de Carouge, a sollicité la suspension des procédures de recouvrement, mentionnant qu'il avait été assuré, après sa demande de résiliation du contrat de 2012, auprès de la KPT.

27. En date du 23 décembre 2016, la Caisse lui a demandé de prouver son affiliation auprès d'un autre assureur dès le 1er janvier 2013.

28. Par commandement de payer du 10 janvier 2017, poursuite n° 1_____, la Caisse a requis de l'intéressé le paiement de la somme de CHF 6'098.40, représentant les primes AOS de janvier à décembre 2015, avec intérêts à 5% dès le 11 décembre 2015, ainsi que la somme de CHF 701.- pour les frais de traitement et de poursuite.

29. L'assuré a formé opposition audit commandement de payer.

30. Par décision de paiement du 17 février 2017, annulant l'opposition au commandement de payer dans le cadre de la poursuite n°1_____, la Caisse a réclamé à l'intéressé le paiement de CHF 6'098.40 pour les primes du 1er janvier au 31 décembre 2015, avec intérêts à 5% dès le 11 décembre 2015, et de CHF 701.- à titre de frais de traitement et de poursuite.

31. Le 27 février 2017, l'intéressé a contesté cette décision et rappelé que cela faisait près de deux ans que son litige pour « double affiliation » était pendant et qu'il attendait toujours une réponse de la Caisse à son courrier du 9 mai 2016.

32. Le 10 mars 2017, la Caisse lui a adressé une menace de poursuites pour les primes de l'assurance-maladie obligatoire de janvier 2013 à décembre 2014, représentant la somme de CHF 12'134.30.

33. En date du 16 mars 2017, l'intéressé, par l'intermédiaire d'ASSUAS, a répété qu'il s'opposait à la décision du 17 février 2017 et repris les griefs formulés dans son courrier du 9 mai 2016.

34. Le 4 avril 2017, l'intéressé a sollicité une décision formelle relative à la menace de poursuites du 10 mars 2017 portant sur la somme de CHF 12'134.30.

35. Le 9 mai 2017, la Caisse lui a envoyé un nouveau rappel de paiement concernant les primes pour la période du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014.

36. Le 19 mai 2017, l'intéressé a derechef sollicité le prononcé d'une décision formelle.

37. Par courriel du 24 mai 2017, la KPT a confirmé à la Caisse qu'elle avait annulé la couverture de l'assurance de base de l'intéressé au 30 avril 2015.

38. Dans un courriel du 26 mai 2017, la Caisse a confirmé à l'intéressé qu'il demeurait assuré auprès d'elle pour l'assurance obligatoire.

39. En date des 30 mai et 6 juillet 2017, l'intéressé a requis de la Caisse qu'elle se prononce sur ses nombreux courriers et oppositions.

40. Le 15 avril 2019, la Caisse a fait notifier à l'intéressé un commandement de payer, poursuite n°2_____, pour les primes de janvier à décembre 2015, pour les montants de CHF 6'098.40, avec intérêts à 5% dès le 11 décembre 2015 et CHF 701.- de frais de dossier et de poursuite.

41. L'intéressé a formé opposition audit commandement le 4 mai 2019.

42. Par acte du 25 juin 2019, l'intéressé a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours pour déni de justice dirigé contre la Caisse, en tant que cette dernière ne se déterminait pas sur ses oppositions des 9 mai 2016 et 16 mars 2017, ainsi que sur sa demande de décision du 4 avril 2017.

    Par arrêt du 29 octobre 2019 (ATAS/993/2019), la chambre de céans a admis le recours pour déni de justice et invité la Caisse à statuer sur les droits de l'intéressé dans les plus brefs délais, et à rendre une décision sur opposition à la suite de sa décision du 15 juillet 2019.

43. Le 4 juillet 2019, la Caisse a fait notifier à l'intéressé un commandement de payer concernant les primes de janvier à décembre 2014, pour des montants de CHF 4'704.60, avec intérêts à 5% dès le 11 décembre 2015, et CHF 1'025.- de frais de rappel, de dossier et de poursuite.

44. L'assuré a formé opposition le 11 juillet 2019 au commandement de payer précité.

45. Par décision du 15 juillet 2019, annulant l'opposition au commandement de payer susmentionné, la Caisse a sollicité le paiement des primes dues du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014, soit les montants de CHF 4'704.60, avec intérêts à 5% dès le 11 décembre 2015, et CHF 1'025.- de frais de rappel, de traitement et de poursuite.

46. Par décision sur opposition du 13 août 2019, la Caisse a partiellement accepté les oppositions des 27 février et 17 mars 2017 et renoncé à réclamer le paiement des frais de dossier et de poursuite à concurrence de CHF 701.-, et confirmé pour le surplus sa décision du 17 février 2017, réclamant ainsi à l'intéressé la somme de CHF 6'098.40 au titre des primes d'assurance 2015. En substance, la Caisse a soutenu que, malgré le fait qu'elle avait délivré à l'intéressé en temps utile une attestation de fin d'assurance et confirmé à la KPT que l'intéressé ne faisait plus partie de ses assurés depuis le 31 décembre 2012, il s'était avéré que celui-ci n'avait toujours pas conclu d'AOS en 2015. Elle était donc contrainte de l'affilier rétroactivement au 1er janvier 2013 et d'exiger le paiement des primes y relatives. L'intéressé était l'unique responsable de l'interruption de la protection d'assurance car il avait spontanément renoncé à s'affilier auprès du Groupe Mutuel sans l'en informer et il n'avait entrepris aucune démarche jusqu'en avril 2014. C'était vraisemblablement en raison de ce long laps de temps que la KPT avait refusé de l'assurer avec effet au 1er janvier 2013. Le fait que la KPT était disposée à assurer l'intéressé avec effet rétroactif au 1er janvier 2014 démontrait clairement que si ce dernier avait effectué les démarches nécessaires en temps utile, il aurait pu s'affilier auprès de l'assureur-maladie (LAMal) de son choix. En tout état de cause, il n'avait pas établi qu'une autre compagnie d'assurance était disposée à l'assurer avec effet au 1er janvier 2013 et encore moins que c'était par sa faute à elle que cette affiliation n'avait pas pu avoir lieu. Elle a encore rappelé que c'était l'intéressé lui-même qui lui avait demandé de l'affilier rétroactivement le 10 septembre 2015. Elle ne lui avait donc pas causé le moindre dommage. Par conséquent, l'affiliation rétroactive au 1er janvier 2013 était justifiée, respectivement imposée par la législation en vigueur, et les primes pour l'année 2015 étaient dues à concurrence de CHF 6'098.40. Cela étant, afin de tenir compte du fait que la résiliation avait été acceptée sans vérifier qu'une autre police d'assurance avait été conclue, elle acceptait, à bien plaire, de renoncer à réclamer le paiement des frais de dossier et de poursuite à concurrence de CHF 701.-.

47. Par acte du 16 septembre 2019, l'intéressé, représenté par ASSUAS, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 13 août 2019. Il a conclu, principalement, à ce qu'il soit dit qu'il n'était plus assuré auprès de l'intimée depuis le 1er janvier 2013 et, subsidiairement, à ce qu'il soit enjoint à l'intimée de

reprendre le calcul du montant des primes impayées en sa faveur du 1er janvier 2013 à ce jour, respectivement du 1er janvier au 31 décembre 2015, en se basant sur le montant des primes tel que prévu par son contrat d'assurance auprès de la KPT. Le recourant a invoqué la protection de la bonne foi, soutenant que l'intimée, en sa qualité d'autorité administrative, aurait dû l'informer, à tout le moins dans son courrier du 18 décembre 2012, que faute de nouvel assureur au 31 décembre 2012, il ne pourrait pas changer d'assureur de base pour le 1er janvier 2013. En acceptant sa résiliation à la fin de l'année 2012, alors qu'il n'avait pas de nouvelle assurance pour 2013, elle avait violé son obligation légale, manqué à son devoir d'information, et commis une faute. Elle lui avait donné l'assurance de la résiliation du contrat et, croyant à tort s'être légalement désaffilié de l'intimée, il n'avait pas mis de côté l'argent pour payer l'assurance puisqu'il avait utilisé cet argent pour payer les primes de la KPT. Il devait être protégé dans la confiance légitime qu'il avait mise dans les assurances fournies par l'intimée, laquelle n'avait pas le droit de réclamer le remboursement des primes non payées du 1er janvier 2013 au 10 novembre 2015, date à laquelle elle l'avait prévenu qu'elle continuait à l'assurer. Il a également rappelé qu'après avoir reçu la confirmation de la résiliation de son contrat en décembre 2012, il n'avait jamais plus reçu aucun courrier ni aucune facture de primes de l'intimée, jusqu'en novembre 2015. Il ignorait de bonne foi qu'il était encore affilié à cette assurance. Or, cela l'avait empêché de s'affilier à la KPT, qui était prête à l'assurer dès le 1er janvier 2013, comme attesté par le courrier du 3 avril 2014. Si la protection de la bonne foi devait être niée, il ne devrait alors rembourser les primes qu'à concurrence du montant de celles qu'il aurait payées chez la KPT. En effet, comme le démontrait son affiliation à la KPT, s'il n'avait pas été empêché d'exercer son droit au libre choix de l'assureur de base, il aurait opté pour un assureur offrant des primes inférieures à celles qui lui étaient réclamées par l'intimée. Il avait donc subi un dommage correspondant à la différence entre le montant des primes de la KPT et celui des primes de l'intimée pour la période du 1er janvier 2013 à ce jour, que l'intimée était tenue de réparer.

Le recourant a notamment produit :

- la proposition d'assurance-maladie de base qu'il avait signée le 8 mars 2014 auprès de la KPT pour un début d'assurance au 1er avril 2014 ; le recourant a laissée vide la partie du questionnaire portant sur son dernier assureur ;
- un courriel de la KPT du 3 avril 2014, le remerciant « pour le document » et lui indiquant qu'elle était obligée de l'affilier rétroactivement au 1er janvier 2013 pour l'assurance de base.

48. Dans sa réponse du 16 octobre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a soutenu qu'elle avait envoyé au recourant l'attestation du 18 décembre 2012 confirmant la résiliation de l'AOS au 31 décembre 2012, car l'intéressé s'était annoncé comme étant assuré par Philos. Elle avait informé la KPT, lorsqu'elle avait été interpellée, que la couverture du recourant avait pris fin en 2012. À aucun

moment elle n'était intervenue pour empêcher la conclusion d'une assurance. Il s'était toutefois avéré que l'intéressé n'avait pas pu être assuré par le Groupe Mutuel, faute d'avoir fourni à cette compagnie les formulaires et informations nécessaires car il ne voulait pas changer de médecin de famille. Il n'avait entrepris aucune démarche pour conclure une AOS entre janvier 2013 et mars 2014, date à laquelle il avait contacté la KPT. Lors de ses échanges avec cette caisse, au début de l'année 2014, elle était persuadée que le recourant serait affilié avec effet au 1er janvier 2013. Contrairement à ce que soutenait l'intéressé, ce dernier n'avait pas arrêté de mettre de l'argent de côté pour payer les primes de la KPT, mais il apparaissait qu'il avait plutôt profité d'une faille pour tenter d'éviter de s'acquitter des primes de l'assurance-maladie le plus longtemps possible. Le recourant n'établissait pas, ni n'alléguait d'ailleurs, avoir payé les primes d'assurances à la KPT pour la période du 1er janvier 2013 au 10 novembre 2015. En tout état, il ne pouvait se prévaloir de la protection de la bonne foi, car elle ne lui avait jamais indiqué qu'il quitterait le cercle de ses assurés même s'il ne concluait pas d'autre assurance dès le 1er janvier 2013. La conclusion d'une nouvelle police auprès d'une autre compagnie ne relevait pas de sa compétence à elle et l'obligation de l'assureur-maladie se limitait à devoir continuer à assurer un assuré qui ne concluait pas d'autre police après la résiliation. Le recourant n'avait pas pris de dispositions auxquelles il ne pouvait renoncer sans préjudice, étant relevé qu'il n'y avait rien d'extraordinaire à ce qu'il s'acquitte des primes relatives à l'AOS. Enfin, c'était à la demande du recourant qu'elle l'avait réintégré parmi ses assurés.

49. Par réplique du 15 novembre 2019, le recourant a persisté dans son recours. Il a maintenu que l'intimée avait violé son devoir d'information en ne lui indiquant pas qu'il devait avoir un nouvel assureur au 31 décembre 2012 pour changer d'assurance au 1er janvier 2013, et l'avait empêché de changer d'assureur pour cette date. En outre, il ressortait de l'arrêt de la chambre de céans du 29 octobre 2019 que la KPT l'avait affilié rétroactivement au « 1er juin 2013 », croyant - à tort - que l'intimée l'avait libéré à cette date. Il en résultait donc que si la KPT avait su qu'il avait été libéré au 1er janvier 2013, elle l'aurait affilié à cette date. Il convenait donc de considérer qu'il n'avait pas pu s'assurer par la faute de l'intimée.

50. Dans sa duplique du 20 janvier 2020, l'intimée a également persisté. Elle a relevé que le recourant n'avait produit aucune pièce attestant qu'une compagnie aurait refusé de l'assurer au motif qu'il était toujours affilié auprès d'elle et n'expliquait pas les motifs pour lesquels il n'avait pas pu s'assurer auprès de la KPT. Il résultait du courrier du 3 avril 2014 que cette compagnie était au courant qu'il ne faisait plus partie de ses assurés depuis le 31 décembre 2012 et qu'elle était disposée à l'assurer rétroactivement au 1er janvier 2013 pour l'AOS. Le formulaire du 8 mars 2014 signé par le recourant mentionnait un début d'assurance au 1er avril 2014 et l'absence d'assurance. Il apparaissait donc que la KPT n'avait pas cru que le recourant n'avait pas d'AOS et que c'était dans ce contexte qu'il avait sollicité une

attestation de sortie depuis le mois de juin 2013. De sérieux doutes pouvaient être nourris quant à la bonne foi de l'intéressé, qui avait initialement essayé de se faire assurer auprès de la KPT dès le 1er avril 2014, puis avait tenté d'obtenir une attestation de fin de l'assurance-obligatoire dès le mois de juin 2013. Enfin, il avait lui-même demandé le 10 septembre 2015 de s'assurer auprès d'elle.

51. Le 5 février 2020, le recourant a produit un courrier de la KPT qui, selon lui, affirmait clairement que c'était « suite à un courrier du Groupe Mutuel du 8 mars 2013, dans lequel cet assureur [lui] donnait un délai au 18 mars 2013 pour s'affilier, et suite à une attestation de ce même Groupe Mutuel selon laquelle [il] n'a finalement pas été affilié auprès de cette compagnie, vraisemblablement pour ne pas avoir répondu au courrier du 8 mars 2013 de ladite assurance, que KPT a finalement refusé [son] affiliation ». Il en a conclu que la KPT avait clairement refusé de l'assurer « parce qu'il était toujours affilié » chez l'intimée, « puisque le Groupe Mutuel ne l'a finalement pas affilié au début 2013 ». En outre, si l'intimée considérait que l'attestation de 2012 était suffisante pour lui permettre d'être affilié dans une nouvelle compagnie dès janvier 2013, elle reconnaissait elle-même qu'il était valablement désaffilié au 31 décembre 2012 et ne saurait donc lui réclamer des arriérés de primes du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2015 « sachant qu'il n'était alors plus affilié chez elle ». Enfin, les dernières primes réclamées par l'intimée dataient de 2015. Or, le droit à des cotisations arriérées s'éteignait cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. Il s'agissait d'un délai de péremption qui ne pouvait être ni interrompu, ni suspendu, ni restitué.

    Le recourant a communiqué les pièces suivantes :

    - un courrier du 8 mars 2013 du Groupe Mutuel lui rappelant qu'une demande d'informations lui avait été adressée les 1er et 20 février 2013, suite à sa demande d'affiliation ; en l'absence de toute réponse, son dossier était mis en suspens jusqu'au 18 mars 2013 ; passé ce délai, il serait considéré qu'il renonçait momentanément à son affiliation auprès du Groupe Mutuel ;
    - une attestation du Groupe Mutuel du 4 août 2015 aux termes de laquelle l'intéressé n'avait jamais été affilié auprès de lui pour l'AOS ;
    - un courrier du 9 octobre 2019 de la KPT mentionnant que son affiliation avait été « effective » du 1er janvier 2014 au 30 avril 2015, mais annulée le 6 mars 2015 suite à la réception des documents du Groupe Mutuel et de l'intimée.

52. En date du 25 février 2020, l'intimée a rappelé avoir affilié le recourant suite à sa demande expresse, et l'avoir fait dès le 1er janvier 2013 conformément aux dispositions légales en vigueur. Concernant la pièce produite par le recourant, elle a relevé que la KPT avait vraisemblablement reçu l'attestation du Groupe Mutuel le 4 août 2015, soit plus d'une année après sa propre attestation. L'intéressé omettait d'indiquer ce qui s'était passé durant ce laps de temps. Il avait clairement demandé à être affilié auprès de la KPT dès le 1er avril 2014. Ainsi, le fait que cette

compagnie ait annulé son affiliation était exclusivement dû au fait qu'il n'avait pas demandé à être affilié à partir du 1er janvier 2013. S'il avait sollicité une affiliation dès cette date, il n'y aurait pas eu de défaut de couverture. Il était manifeste qu'il avait tenté de ne pas payer de primes d'assurance-maladie pour l'année 2013 et jusqu'au 31 mars 2014, de sorte qu'il ne saurait se prévaloir de la bonne foi pour échapper à son obligation de payer des primes en 2015. Enfin, le délai de péremption était sauvegardé une fois pour toutes par le fait qu'une décision relative aux cotisations était rendue et notifiée aux destinataires avant l'échéance du délai. Elle avait rendu une décision sur opposition le 13 août 2019 concernant les primes de l'année 2015, de sorte que le délai de cinq ans avait été définitivement préservé.

53. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties le 9 mars 2020, celles-ci ont indiqué poursuivre des discussions afin de finaliser un accord.

54. Par courrier du 6 avril 2020, l'intimée a rappelé que lors de l'audience du 9 mars 2020, les parties avaient envisagé de ne pas limiter un éventuel accord à l'objet de la procédure, soit les primes pour l'année 2015, mais de conclure une convention permettant de clore l'ensemble du litige. Le recourant avait alors proposé de s'acquitter de l'intégralité des primes 2015, moyennant que l'intimée renonce aux primes pour les années 2013 et 2014, ainsi qu'aux frais de recouvrement et aux intérêts. Une telle proposition n'était pas acceptable, dès lors que la péremption des primes 2014 avait été sauvegardée par la décision du 15 juillet 2019. Il n'y avait donc aucun motif qu'elle renonce à leur recouvrement. En revanche, elle était disposée à renoncer de manière définitive aux primes 2013 et aux intérêts, frais de rappel et de dossier. Cas échéant, le recourant serait alors débiteur des sommes suivantes : CHF 6'098.40 (primes de 2015), CHF 4'141.60 (primes de 2014 après déduction des paiements déjà effectués de CHF 519.- et CHF 563.-), et CHF 120.- (frais de recouvrement pour les primes 2014 et 2015).

55. Le 17 avril 2020, l'intimée a pris acte du fait que le recourant préférait procéder par voie judiciaire.

56. Le 21 avril 2020, le recourant a suggéré à la chambre de céans de retenir, à titre de dû à l'intimée, pour solde de tout compte et avec garantie des retraits de l'ensemble des poursuites introduites contre lui, la somme de CHF 7'368.70 comprenant un montant de CHF 6'098.40 pour les arriérés de primes 2015 (selon la décision sur opposition du 13 août 2019) et un montant de CHF 1'270.30 pour les arriérés 2014 (déduction faite de la moitié de la somme arrêtée dans la décision du 15 juillet 2019 et des CHF 1'082.- de primes pour l'année en question). Finalement, il a sollicité que la chambre de céans tranche la question de la somme due et close définitivement la procédure. Il a rappelé que la décision du 15 juillet 2019 visait le paiement des primes de janvier 2013 à décembre 2014, et considéré que les primes de 2014 étaient frappées de péremption depuis le 1er janvier 2020, de sorte qu'une décision sur opposition les concernant n'avait plus lieu d'être. Si toutefois la chambre de céans devait reconnaître des arriérés 2014, il conviendrait alors de s'en

référer à la décision de paiement du 15 juillet 2019 dans laquelle l'intimée concluait en réclamant la somme de CHF 4'704.60 à titre de primes pour deux années.

57. Le 23 avril 2020, la chambre de céans a rappelé aux parties que l'objet du litige était a priori limité à la question de savoir si le recourant était redevable ou non de la somme de CHF 6'098.40, correspondant à la prime LAMal annuelle 2015. Elle leur a octroyé un délai pour formuler d'ultimes observations.

58. Le 15 mai 2020, le recourant a noté qu'il sollicitait que soit tranchée la question de la somme due pour solde de tout compte et que soit levée toute procédure de poursuite à son encontre.

59. Le 15 mai 2020, l'intimée a constaté que le recourant admettait sans la moindre réserve être son débiteur pour la somme de CHF 6'098.40 au titre de primes arriérées 2015. Pour ce motif déjà, le recours devait être rejeté puisque l'objet de la présente procédure était limité à la question de savoir si le recourant était redevable de cette somme correspondant aux primes pour 2015. Cela étant, le recours devait également être rejeté car le recourant avait expressément demandé à être affilié auprès d'elle par courrier du 10 septembre 2015, de sorte que les primes étaient indiscutablement dues pour 2015. La date d'affiliation dès le 1er janvier 2013 importait peu dans le cadre de la présente procédure. Pour le surplus, elle a rappelé que la KPT était déjà en possession de l'attestation de l'intimée de 2012 le 17 avril 2014 et avait accepté de l'assurer dès le 1er janvier 2014. Ce n'était que lorsqu'elle avait reçu l'attestation de non-affiliation du Groupe Mutuel en août 2015, soit plus d'année après avoir reçu son attestation à elle, qu'elle avait constaté qu'une affiliation au « 1er avril 2014 » n'était pas possible. Le recourant, qui avait volontairement créé la situation contraire au droit qui avait conduit la KPT à annuler son affiliation depuis le 1er janvier 2014, ne saurait invoquer sa bonne foi. Enfin, elle avait rendu une décision sur opposition le 13 août 2019 concernant les primes 2015, préservant ainsi le délai de cinq ans. Dans sa décision de paiement du 17 février 2017, elle avait retenu que l'intérêt moyen était dû à partir du 11 décembre 2015 puisque le recourant avait sollicité son affiliation en septembre 2015. À ce jour, le montant desdits intérêts s'élevait à CHF 1'350.12.

60. Copie de cette écriture a été communiquée au recourant le 22 mai 2020.

EN DROIT

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.

2. Interjeté en temps utile et dans la forme requise par la loi, le recours du 16 septembre 2019 contre la décision sur opposition du 13 août 2019 est recevable (art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1986 [LPA - E 5 10] et art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal - J 3 05]).

3. a. Dans la 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 voie de recours (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_87/2007 du 1er février 2008 consid. 1.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

   La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

   b. En l'occurrence, la décision dont est recours est celle du 13 août 2019, par laquelle l'intimée a statué sur les oppositions du recourant des 27 février et 16 mars 2017 à l'encontre de sa décision de paiement du 17 février 2017, annulant l'opposition de l'intéressé au commandement de payer dans le cadre de la poursuite n° 1_____. Cette procédure concerne l'obligation de s'acquitter des primes d'assurance-maladie obligatoire du 1er janvier au 31 décembre 2015.

   L'objet de la contestation ne saurait être étendu aux années antérieures, étant rappelé que les primes réclamées pour la période du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014 ont fait l'objet d'une poursuite séparée, puis d'une décision de paiement le 15 juillet 2019 annulant l'opposition du recourant. Bien que la chambre de céans ait invité l'intimée, dans son arrêt du 29 octobre 2019, à statuer sur l'opposition du recourant, aucune décision formelle ne semble avoir été rendue depuis lors, les parties ayant tenté de trouver un accord.

   c. Le litige porte ainsi sur la question de savoir si le recourant est tenu de s'acquitter des arriérés de primes à hauteur de CHF 6'098.40 pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2015, objets de la poursuite n° 1_____, dont l'opposition formée par l'intéressé a été levée par l'intimée par décision du 17 février 2017, confirmée sur

opposition le 13 août 2019, sous réserve des frais de dossier et de poursuite auxquels l'intimée a renoncé.

4. Il convient d'examiner à titre préalable si le recourant est resté affilié auprès de l'intimée pour l'AOS, au-delà du 31 décembre 2012.

5. a. Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse 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 ou sa naissance en Suisse.

   À teneur de l'art. 4 LAMal les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'art. 11 (al. 1). Les assureurs doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer (al. 2).

   Selon l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur (al. 3). L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 13 LAMal lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale (al. 4). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (al. 5). Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (al. 6).

   b. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. L'art. 3 al. 1 LAMal pose ainsi le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 129 V 77 consid. 4 ; ATF 126 V 265 consid. 3b).

   L'art. 7 LAMal règle les conditions auxquelles un assuré peut changer d'assureur. Par sa nature et ses effets, la possibilité de changer d'assureur prévue à cette disposition s'apparente à une résiliation. La jurisprudence distingue la résiliation ordinaire, intervenant dans les trois mois précédant la fin d'un semestre d'année civile (art. 7 al. 1 LAMal), de la résiliation extraordinaire, qui peut intervenir dans

des délais plus courts (ATF 126 V 480 consid. 2c ; ATF 124 V 333 consid. 2a et 2b).

Dans la mesure où la loi sur l'assurance-maladie (art. 7 LAMal) exclut qu'un candidat au changement d'assureur puisse se trouver sans couverture d'assurance ou puisse subir une interruption de la protection d'assurance, l'affiliation au premier assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué à celui-ci qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (ATF 128 V 269 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 108/06 du 1er février 2007 consid. 3.2 et les références). En cas de changement d'assureur dans l'assurance obligatoire de soins, une double assurance est exclue, dès lors que le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur ne peut débuter que lorsque l'ancien prend fin (ATF 130 V 448 consid. 4).

L'établissement d'une nouvelle relation d'assurance est soumis à une condition suspensive, à savoir l'obligation de résilier l'ancienne dans les délais (ATF 126 V 480) et la notification (ATF 130 V 448 consid. 4.7) de la poursuite de l'assurance par le nouvel assureur-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_930/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3, publié in SVR 2011 KV n° 8 p. 37).

La communication tardive, soit après la date de résiliation du contrat, conduit à un report de la fin des rapports contractuels mais ne touche pas la validité de la résiliation. Cela a pour conséquence que le rapport d'assurance ne prend pas fin tant que la communication du nouveau à l'ancien assureur n'a pas eu lieu. La tardivité de la communication est toutefois susceptible d'engager la responsabilité de l'un des deux assureurs (cf. art. 7 al. 5 et 6 LAMal ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_51/2016 du 2 novembre 2016 consid. 5.2).

6. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il 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 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

   Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il 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 319 consid. 5a).

7. a. En l'espèce, il est établi par pièces que le recourant a résilié sa couverture d'assurance-maladie obligatoire pour le 31 décembre 2012 et qu'il a indiqué à l'intimée qu'il conclurait une nouvelle police dès le 1er janvier 2013 (cf. courrier du 24 novembre 2012). L'intimée a accusé réception de cette résiliation et confirmé à l'intéressé sa sortie avec effet au 31 décembre 2012 (cf. lettre du 18 décembre 2012).

Le recourant a été en contact avec le Groupe Mutuel au mois de février 2013 (cf. courrier du Groupe Mutuel du 8 mars 2013), mais a renoncé à s'assurer auprès de cette caisse car il ne voulait pas changer de médecin de famille (cf. courrier du recourant du 9 novembre 2015). Il ne lui a ainsi pas fourni les informations nécessaires pour qu'une nouvelle police puisse être conclue (cf. courrier du Groupe Mutuel du 5 novembre 2015) et n'a donc jamais été affilié auprès de cet assureur (cf. attestation du Groupe Mutuel du 4 août 2015).

Le 8 mars 2014, le recourant a rempli une proposition d'assurance de la KPT. Si cette compagnie a dans un premier temps évoqué un début d'assurance au 1er janvier 2013, il ressort clairement des pièces soumises à l'appréciation de la chambre de céans qu'elle n'a finalement accepté d'assurer l'intéressé qu'à partir du 1er janvier 2014 (cf. certificat d'entrée du 28 avril 2014 et courrier du 9 octobre 2019).

Enfin, le recourant n'a produit aucun document permettant de penser qu'il aurait contracté une assurance-maladie auprès d'une autre compagnie. Il ne l'allègue au demeurant pas. En effet, s'il a évoqué, à une époque, être en attente d'une demande auprès de Sanitas (cf. courrier du 9 novembre 2015), il n'a plus du tout mentionné cet assureur depuis lors, ni aucune autre caisse.

b. Dans ces conditions, force est de conclure que le recourant n'a pas valablement été affilié auprès d'une autre caisse pour l'AOS à partir du 1er janvier 2013.

Dès lors qu'il ne pouvait se trouver sans couverture d'assurance, son affiliation auprès de l'intimée n'a pas pu prendre fin au 31 décembre 2012, ce que l'intéressé paraît désormais admettre (cf. dernière écriture).

L'intimée n'avait donc pas d'autre choix que de le réintégrer parmi ses assurés dès le 1er janvier 2013. Si elle ne l'avait pas fait, le recourant serait resté sans aucune couverture, étant rappelé que ses démarches en vue de s'affilier en 2014 et 2015 sont restées vaines, précisément en raison du défaut de couverture depuis le 1er janvier 2013.

8. Il en découle donc en principe l'obligation de l'intéressé de s'acquitter des primes d'assurance-maladie dues pour l'année 2015.

9. Le recourant se prévaut de la protection de la bonne foi. Il reproche à l'intimée d'avoir accepté sa résiliation alors qu'il n'avait pas encore conclu de nouvelle assurance-maladie, et de ne pas lui avoir indiqué qu'il ne pourrait pas changer d'assureur s'il ne concluait pas de nouvelle police. Il considère que l'intimée l'a empêché de s'assurer auprès d'une autre compagnie et qu'elle est responsable du dommage résultant de la différence entre les primes qu'elle lui réclame et celles qu'il aurait pu payer à la KPT.

10. a. L'art. 27 LPGA prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2).

    b. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 2.2 et les références).

    En vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre (ATF 131 V 472 consid. 5).

    Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement (« ohne weiteres ») de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la

réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5).

11. a. Certes, l'intimée ne pouvait pas se contenter de l'annonce formulée dans le courrier du 24 novembre 2012 et aurait dû exiger la communication du nouvel assureur attestant d'une couverture dès le 1er janvier 2013.

Cela étant, il n'en demeure pas moins que l'intéressé était parfaitement libre de s'affilier auprès de n'importe quelle autre caisse autorisée à pratiquer l'assurance-maladie sociale. Or, il a volontairement renoncé à s'assurer auprès du Groupe Mutuel en mars 2013 et n'a entrepris aucune démarche pendant plus d'une année. Il est donc l'unique responsable des conséquences de l'absence d'une nouvelle police d'assurance.

b. On ajoutera que l'intimée n'était pas tenue d'indiquer spontanément au recourant qu'elle serait dans l'obligation de le réintégrer s'il ne concluait pas une nouvelle assurance-maladie, et qu'elle ne lui a communiqué aucun renseignement erroné. De plus, la chambre de céans peine à voir en quoi le recourant aurait pris des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice.

En outre, le courrier de résiliation de l'intéressé du 24 novembre 2012 mentionnait clairement qu'une nouvelle police serait effective dès le 1er janvier 2013, pour éviter toute interruption de sa couverture d'assurance. Il savait donc pertinemment qu'une telle interruption n'était pas possible.

c. La chambre de céans observera encore que le recourant est malavisé d'invoquer la bonne foi, dès lors qu'il n'a eu de cesse de modifier ses explications et qu'il n'a pas hésité à livrer des informations erronées à l'intimée. Ainsi, à titre d'exemples, il lui a d'abord affirmé qu'il avait été assuré auprès de la KPT dès le 1er juin 2013 (cf. courrier du 19 janvier 2015) et qu'il n'avait plus aucune assurance depuis le 1er janvier 2014 (cf. courrier du 10 septembre 2015). Par la suite, il a noté qu'il n'avait jamais été assuré par la KPT (cf. courrier du 9 novembre 2015), puis a soutenu avoir été affilié auprès de cette compagnie dès le 1er janvier 2013 (cf. courriers des 9 mai et 23 juin 2016).

La chambre de céans constatera également que le recourant, sans couverture depuis le 1er janvier 2013, a tenté de s'assurer auprès de la KPT à compter du 1er avril 2014 seulement (cf. proposition d'assurance du 8 mars 2014), essayant ainsi d'échapper à son obligation de s'assurer pendant une durée de 16 mois. Un mois plus tard, la KPT l'a remercié « pour le document » et informé qu'elle était obligée de l'affilier rétroactivement au 1er janvier 2013 (cf. courriel du 3 avril 2014). On peut donc en déduire qu'elle a dû requérir, à réception de la proposition d'assurance du recourant, que ce dernier lui transmette une attestation de son dernier assureur et

que l'intéressé lui a alors communiqué la lettre de l'intimée du 18 décembre 2012, faute d'avoir réussi à obtenir un certificat indiquant (faussement) une date postérieure (cf. courrier du recourant du 23 mars 2014 et réponse de l'intimée du 1er avril 2014). Sur demande de la KPT (cf. courrier du 3 avril 2014), l'intimée lui a confirmé que la couverture d'assurance du recourant avait pris fin le 31 décembre 2012 et que celui-ci avait ensuite été affilié par Philos (cf. courrier du 17 avril 2014). La KPT semble donc avoir accepté d'affilier le recourant dès le 1er janvier 2014, en pensant à tort qu'il avait été valablement assuré par le Groupe Mutuel dès le 1er janvier 2013. À cet égard, il sera relevé qu'on ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir mal renseigné la KPT, puisqu'elle ne savait à l'époque pas que le recourant avait finalement décidé de ne pas s'assurer auprès du Groupe Mutuel. Après s'être rendue compte, au début de l'année 2015, que le recourant n'avait en réalité jamais conclu de nouvelle assurance-maladie suite à la résiliation de 2012, et que par conséquent sa couverture antérieure devait reprendre, la KPT a « annulé » l'assurance du recourant (cf. courrier du 9 octobre 2019).

d. Ainsi, si le recourant a été « empêché de changer » d'assureur, c'est uniquement parce qu'il n'a pas entrepris les démarches nécessaires en temps utile pour s'assurer à l'assurance-maladie obligatoire dès le 1er janvier 2013, comme il en avait personnellement l'obligation.

L'intimée n'a en aucune façon violé le droit du recourant au libre choix de l'assureur. À toutes fins utiles, il sera encore observé qu'elle n'est jamais intervenue auprès de la KPT pour dissuader cette dernière d'accepter le recourant avec effet rétroactif au 1er janvier 2013, comme envisagé dans le courriel du 3 avril 2014.

12. Le recourant fait également valoir que les primes réclamées par l'intimée sont prescrites.

13. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

    En adoptant cette disposition, le législateur n'a fait aucune distinction entre cotisation annuelle et cotisation mensuelle, étant rappelé que les créances de cotisations portent en général sur une année civile (FF 1991 II 181 ss ad art. 31). Une caisse-maladie est donc en droit de réclamer dans le délai de péremption de cinq ans le paiement des cotisations (ATAS/762/2005 du 7 septembre 2005). Le délai de péremption ne peut être ni interrompu, ni prolongé (ATF 126 II 145). Il peut toutefois, en vertu d'un principe général du droit, être restitué si l'intéressé a été empêché sans sa faute par des circonstances insurmontables d'agir à temps (ATF 136 II 187 ; ATF 125 V 262 ; ATF 114 V 123, 124).

14. En l'occurrence, l'intimée a appris le défaut de couverture du recourant suite au courrier de ce dernier du 9 novembre 2015, dans lequel il a clairement reconnu ne plus être assuré depuis le 1er janvier 2013, contrairement à ce qu'il avait mentionné

dans ses missives antérieures. Comme déjà constaté, elle n'avait d'autre choix que de réactiver la police annulée et d'affilier l'intéressé avec effet rétroactif, afin de lui assurer une protection d'assurance sans interruption. Elle lui a envoyé une facture, pour les primes de 2015 notamment, le 16 novembre 2015 déjà, puis un rappel le 16 janvier 2016 et une sommation le 15 avril 2016. Elle lui a également fait notifier un commandement de payer le 10 janvier 2017 portant sur la somme de CHF 6'098.40, représentant les primes dues pour l'année 2015. Par décision du 17 février 2017, confirmée sur opposition le 13 août 2019, elle a annulé l'opposition du recourant au commandement de payer.

Elle a donc agi bien avant l'écoulement du délai de cinq ans.

15. a. L'obligation de payer des cotisations (ou primes) découle de l'art. 61 LAMal. Elle constitue notamment la conséquence juridique et impérative de l'affiliation valide à une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci. L'assureur fixe lui-même le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1 LAMal).

Conformément à l'art. 90 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois.

Selon l'art. 64a LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit; il lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 ab initio).

L'art. 105b al. 1 OAMal prévoit que l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels.

L'art. 26 al. 1 LPGA précise que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunératoires. À teneur de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année.

Selon l'art. 105b al. 2 OAMal, lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré.

b. Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts

(cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrir ou non les arriérés de primes et participations aux coûts et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition ; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (cf. ATF 131 V 147 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1).

À certaines conditions, les assureurs-maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (ATF 119 V 329 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 107/02 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

16. En l'occurrence, le recourant a indiqué, sans fournir la moindre pièce venant étayer ses allégations, qu'il aurait payé des primes à la KPT.

Les documents émanant de cet assureur sont ambigus car ils font état d'une couverture « effective » du 1er janvier 2014 au 30 avril 2015 (cf. courrier de la KPT du 9 octobre 2019) et d'une « annulation » le 6 mars 2015 « au 30 avril 2015 » (cf. courriel du 24 mai 2017), ce qui suggère que le recourant, valablement assuré, aurait effectivement pu s'acquitter de primes durant cette période.

Il apparaît toutefois peu vraisemblable que tel ait été le cas, puisque le recourant a reconnu, à tout le moins implicitement, qu'il n'avait jamais été valablement affilié auprès de la KPT, notant que cette dernière avait « clairement » refusé de l'affilier (cf. écritures du 5 février 2020) et qu'il a lui-même proposé de s'acquitter des primes dues pour l'année 2015 (et effectué quelques remboursements pour les primes de 2014).

Cela étant, même s'il avait effectué des versements à la KPT, ces primes devraient lui être restituées dans la mesure où l'affiliation auprès de cet assureur n'est pas valable. Il ne subirait donc aucun préjudice.

17. Compte tenu de ce qui précède, la décision sur opposition du 13 août 2019, par laquelle l'intimée a réclamé au recourant le paiement des primes dues au titre de l'assurance-maladie obligatoire pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2015 d'un montant de CHF 6'098.40, avec intérêts moratoires à 5% dès le 11 décembre 2015, est bien fondée.

    Le montant réclamé, qui correspond à la police d'assurance établie le 10 novembre 2015 et tient compte des contributions fédérales, n'a pas été contesté en tant que tel par le recourant. Aucun élément ne justifie de s'en écarter.

    Pour le surplus, l'intimée a renoncé aux frais résultant du retard dans l'acquittement des primes, de sorte que cette question n'est plus litigieuse.

18. L'intimée a donc prononcé à juste titre la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer poursuite n° 1_____.

19. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

    La mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer dans la poursuite n° 1_____ est prononcée.

    La procédure est gratuite pour le surplus (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition faite au commandement de payer dans la poursuite n° 1_____.
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	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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