



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3454/2018

ATAS/548/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, représentée par son
service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1981, était employé par la société B_____ et, à ce titre, assuré auprès de Mutuel Assurance-maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'assurance-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et l'assurance complémentaire pour soins ambulatoires et frais hospitaliers dans le cadre d'un contrat collectif 3_____.
2. En date du 17 octobre 2016, Mutuel a adressé à l'assuré le certificat d'assurance 2017 valable dès le 1^{er} janvier 2017, relatif à l'assurance obligatoire des soins (CHF 417.30) et à l'assurance complémentaire (CHF 168.-), la prime mensuelle totale étant de CHF 579.65.
3. Le 16 janvier 2017, Mutuel a été informée que l'assuré avait quitté B_____ et qu'il convenait de modifier les conditions d'assurance avec effet au 1^{er} janvier 2017.
4. Le 18 janvier 2017, Mutuel a ainsi adressé le courrier suivant à l'assuré (traduction libre) :

« Transfert de votre contrat dans l'assurance individuelle
(...) »

Cher Monsieur (...),

Suite à l'annonce de votre sortie du contrat-cadre d'assurance-maladie, nous avons modifié votre contrat d'assurance. Conformément aux dispositions du contrat-cadre, il a été transféré, avec effet au 1^{er} janvier 2017, dans l'assurance individuelle avec les mêmes conditions de couverture.

Vous trouverez en annexe le nouveau contrat d'assurance.

Ci-après, nous vous transmettons les délais, pour le cas où vous voudriez modifier votre contrat d'assurance ou le résilier :

- Assurances complémentaires au 1^{er} janvier 2017

Sans indication contraire de votre part dans un délai de 4 semaines, nous considérons que vous acceptez le contenu des certificats d'assurances en annexe ».

En annexe figurait le certificat d'assurance valable dès le 1^{er} janvier 2017, concernant tant l'assurance obligatoire des soins (CHF 448.70) et les assurances complémentaires (CHF 149.90), la prime totale due étant de CHF 592.95.

5. Par courrier du 6 février 2017, l'assuré s'est opposé à son transfert dans l'assurance individuelle aux conditions indiquées.
6. Par courriel du 13 février 2017, Mutuel a été informée que l'assuré avait en réalité quitté son employeur en date du 31 janvier 2017 et non au 31 décembre 2016, raison pour laquelle il convenait de prolonger sa couverture d'assurance dans le cadre du contrat collectif et ce jusqu'au 31 janvier 2017, le transfert dans l'assurance individuelle ne pouvant avoir lieu qu'à compter du 1^{er} février 2017.

7. Le 28 février 2017, Mutuel a adressé à l'assuré une nouvelle police d'assurance, valable dès le 1^{er} février 2017, concernant tant l'assurance obligatoire des soins (CHF 448.70) que les assurances complémentaires (CHF 163.90), pour une prime totale de CHF 606.95, étant précisé que, par rapport au certificat d'assurance adressé à l'assuré le 18 janvier 2017, une assurance complémentaire supplémentaire avait été ajoutée.
8. Par courriel du 1^{er} mars 2017, l'assuré a rappelé à Mutuel qu'il n'avait pas accepté le transfert dans l'assurance individuelle aux conditions indiquées. Il était en effet assuré, depuis le 1^{er} février 2017, auprès d'une autre caisse-maladie.
9. Dans un courriel du 23 mars 2017, Mutuel a accusé réception de celui de l'assuré du 1^{er} mars 2017. Toutefois, pour que la résiliation soit valable, sa signature était nécessaire. Par conséquent, elle lui demandait de lui adresser, par poste ou par courriel, un courrier muni de sa signature originale. Par ailleurs, pour qu'elle puisse se prononcer sur la résiliation du contrat d'assurance, il était invité à lui transmettre une attestation concernant l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, établie par son nouvel assureur. Si les conditions pour un changement d'assureur-maladie ne devaient pas être remplies, une nouvelle relation d'assurance ne pouvait pas survenir, respectivement un changement d'assureur-maladie était exclu.
10. Par courriel du 24 mars 2017, l'assuré a rappelé à Mutuel que le 6 février 2017, soit encore pendant le délai de quatre semaines, il avait refusé son transfert dans l'assurance individuelle. Par conséquent, le rapport d'assurance avaient cessé avec effet au 31 janvier 2017.
11. Le 7 avril 2017 :
 - Mutuel a informé l'assuré qu'elle avait annulé l'assurance complémentaire et l'affiliation avec effet au 1^{er} février 2017. En revanche, concernant l'assurance obligatoire, un courrier de résiliation, comportant une date et une signature, faisait encore défaut, même si elle avait bien reçu la confirmation de Sanitas. Par ailleurs, la sortie du contrat-cadre ne constituait pas un motif de résiliation valable. Dans ces conditions, elle allait informer Sanitas de la continuation de l'assurance de base. Malgré la sortie du contrat-cadre, l'assuré restait soumis aux délais de résiliation légaux, à savoir, en cas d'assurance avec franchise optionnelle, pour la fin d'une année calendaire, moyennant un délai de résiliation de trois mois, ou après la communication de la nouvelle prime pour l'année suivante, pour la fin de l'année en cours, moyennant un délai d'un mois.
 - L'assuré, donnant suite au courrier du 18 janvier 2017 (voir supra ch. 4), a une nouvelle fois indiqué qu'il refusait le transfert dans l'assurance individuelle.
12. Le 10 avril 2017, Mutuel a :
 - précisé à l'assuré que le fait de sortir d'un contrat collectif n'ouvrait pas un nouveau délai de résiliation s'agissant de l'assurance obligatoire des soins. Par conséquent, seuls les délais de résiliation légaux, tels qu'ils ont été énoncés par

courriel du 7 avril 2017, étaient valables. En revanche, les assurances complémentaires pouvaient être modifiées ou annulées lors du transfert dans l'assurance individuelle, comme cela lui avait été expliqué par courrier du 18 janvier 2017.

- adressé à l'assuré la nouvelle police d'assurance, laquelle ne portait plus que sur l'assurance obligatoire des soins, pour laquelle la prime s'élevait à CHF 448.70.
- confirmé à Sanitas que l'assuré était affilié auprès d'elle au titre de l'assurance obligatoire des soins depuis le 1^{er} novembre 2010.

13. Par courrier du 11 avril 2017, Mutuel a encore indiqué à l'assuré que Compact Grundversicherungen AG, membre du groupe Sanitas, l'avait informée de sa récente affiliation auprès de leur caisse. Cependant, selon les modalités de résiliation en vigueur conformément à la LAMal, l'assuré devait fournir les documents suivants : 1. Une demande de résiliation écrite; 2. Une attestation d'affiliation du nouvel assureur. Après vérification dans ses dossiers, il apparaissait qu'aucune demande de résiliation de sa part ne lui était parvenue. Il n'était par conséquent pas possible d'accéder à sa demande. L'affiliation auprès de Mutuel était donc maintenue.

Une copie de ce courrier a été adressée à Compact Grundversicherung AG.

14. Le 4 octobre 2017, Mutuel a adressé à l'assuré l'attestation d'assurance 2018 concernant l'assurance obligatoire des soins.
15. Le 22 octobre 2017, faisant suite à l'envoi de l'attestation d'assurance pour l'année 2018, l'assuré a rappelé à Mutuel que, par courrier du 7 avril 2017, il lui avait communiqué avoir refusé son offre du 18 janvier 2017. En tant que de besoin il procédait à nouveau à la résiliation de l'assurance.
16. Mutuel a accusé réception de ce courrier, par un courrier-type, daté du 31 octobre 2017, lui indiquant que pour accepter la résiliation, les deux conditions suivantes devaient être réunies : sa nouvelle assurance devait lui adresser une attestation, avant l'échéance du 31 décembre 2017; les primes, participations aux frais, de même que les intérêts et frais de poursuite devaient être entièrement réglés avant le 31 décembre 2017. À défaut, l'assurance obligatoire des soins se poursuivrait auprès d'elle.
17. Le 31 décembre 2017, l'assuré a transmis à Mutuel sa police d'assurance pour 2018 établie par Visana.
18. Mutuel a adressé des rappels et sommations pour les primes dues d'octobre à décembre 2017. En l'absence de paiement, l'assurance précitée a requis la poursuite de l'assuré et un commandement de payer, poursuite n° 1 _____ X, portant sur les primes d'octobre à décembre 2017, de CHF 1'329.15 avec intérêts à 5 % dès le 5 mars 2018, les frais administratifs de CHF 210.-, les intérêts échus de CHF 22.85 et les frais de poursuite de CHF 60.-, lui a été adressé le 9 mars 2018. L'assuré y a formé opposition le jour-même.

19. Par décision du 16 mars 2018, confirmée sur opposition le 29 août 2018, Mutuel a ordonné la mainlevée de l'opposition formée au commandement de payer, poursuite n° 1_____ X, au motif que l'assuré n'avait pas valablement résilié son assurance de base, de sorte que les primes étaient dues.
20. Le 1^{er} octobre 2018, l'assuré (ci-après : le recourant), représenté par son conseil, a déposé un « recours, demande en paiement et action en constatation de droit avec demande d'effet suspensif », concluant préalablement à l'octroi de l'effet suspensif et principalement, sous suite de frais et dépens, à la constatation de la nullité respectivement à l'annulation de la décision sur opposition du 29 août 2018 ainsi que de toutes les décisions la précédant, à sa libération du paiement des primes vis-à-vis de l'intimée depuis le 1^{er} février 2017, à la condamnation de Mutuel (ci-après : l'intimée) au paiement de la somme de CHF 2'574.15 avec intérêts à 5 % dès le 6 février 2018 et à la somme de CHF 1'685.05 avec intérêts à 5 % dès le 16 avril 2018. À l'appui de ses conclusions, il a contesté le droit de l'intimée de lui réclamer des primes pour la période postérieure au 31 janvier 2017, son affiliation ayant été valablement résiliée à cette date.
21. Suite à l'acquiescement de l'intimée, la chambre de céans a ordonné, par arrêt incident du 22 octobre 2018, la restitution de l'effet suspensif au recours (ATAS/948/2018).
22. L'intimée a répondu au recours par mémoire du 22 novembre 2018 et a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision sur opposition du 29 août 2018. Elle a notamment expliqué que par le biais du contrat collectif numéro 2_____ du 1^{er} novembre 2010 au 31 décembre 2014, puis du contrat collectif numéro 3_____ du 1^{er} janvier 2015 au 31 janvier 2017, conclus par son ancien employeur, le recourant était assuré sous le numéro de police 2708395 durant 6 ans et 3 mois, pour l'assurance obligatoire des soins. Par ce même contrat, il était au bénéfice d'une assurance complémentaire Global GEM. Certes, le recourant avait indiqué, par courriel du 18 janvier 2017, qu'il n'acceptait pas les conditions de son transfert de l'assurance collective à l'assurance individuelle et qu'il n'était dès lors plus assuré chez elle mais chez une autre assurance obligatoire à compter du 1^{er} février 2017. Cela étant, elle avait attiré son attention, à plusieurs reprises, sur le fait que le changement d'assurance de base n'était pas possible en cours d'année et qu'une demande de résiliation écrite faisait défaut. Dans ces circonstances, le recourant était toujours assuré auprès d'elle en 2017 pour l'assurance obligatoire des soins. Il était dès lors débiteur des primes relatives à cette période et c'était donc à bon droit qu'elle avait entamé des poursuites à son encontre pour non-paiement des primes dues d'octobre à décembre 2017.
23. Le recourant a répliqué par courrier du 25 janvier 2019. Il s'est notamment étonné du caractère lacunaire du dossier produit par l'intimée, certains documents semblant manquants. Il sollicitait ainsi la production de l'intégralité du dossier de l'intimée. Au vu des éléments du dossier, il était d'avis que l'origine du litige résidait dans un défaut d'information manifeste de l'intimée à son égard. En

substance, l'intimée lui avait transmis des informations obscures et contradictoires. Si elle entendait ne pas le libérer de l'ensemble de ses couvertures au 31 janvier 2017, il lui incombait de le lui indiquer de manière claire et précise, non pas au mois d'avril mais dans le premier document qu'elle lui avait adressé le 18 janvier 2017, et sur la base duquel, de bonne foi, il avait entre-temps souscrit une couverture auprès d'un autre assureur. Si elle devait persister à ne pas vouloir le libérer dès le 1^{er} février 2017, il appartenait à l'intimée de répondre du dommage qui découlait des informations incorrectes données, et sur la foi desquelles il s'était engagé auprès d'un autre assureur, dommage qui correspondait précisément aux primes qu'il lui avait payées (à tort), et dont il réclamait le remboursement, ainsi qu'à celles qu'elle persistait (à tort également) à lui réclamer en sus. La position de l'intimée n'était pas fondée juridiquement. Enfin, en tant que de besoin, il se réservait le droit d'appeler en cause Sanitas, laquelle répondait, cas échéant, du dommage qui résulterait de son omission de communiquer à l'intimée le fait qu'elle l'avait assuré sans interruption.

24. Par courrier du 29 janvier 2019, le recourant a informé la chambre de céans que l'intimée poursuivait les mesures de recouvrement malgré l'arrêt incident.
25. Le 7 février 2019, l'intimée a accepté de ne plus entreprendre le moindre acte de recouvrement jusqu'à ce qu'un jugement final soit rendu. En annexe figurait la copie d'un courrier adressé à l'office des poursuites lui demandant d'annuler la poursuite n° 4_____ A. Par ailleurs, elle avait suspendu la notification des sommations.
26. L'intimée a dupliqué par courrier du 18 février 2019 et a contesté les critiques formulées par le recourant quant à l'intégralité du dossier, celui-ci ne précisant notamment pas à quel document il faisait référence.

Dans le courrier du 18 janvier 2017, il lui avait été précisé que son contrat collectif serait transféré en couverture individuelle pour toute l'année 2017. Le recourant n'avait pas réalisé que le délai de quatre semaines indiqué dans le courrier du 18 janvier 2017 ne concernait que les assurances complémentaires soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1), comme cela ressortait au demeurant des certificats d'assurance transmis au recourant. Pour le surplus, l'intimée a procédé à un examen des dispositions légales applicables en la matière (art. 7 al. 2 et 3 LAMal) et a persisté dans ses conclusions.

27. Le recourant s'est encore exprimé par courrier du 6 mars 2019 et a sollicité la production de diverses pièces (tous documents relatifs à la cessation des rapports de travail et à la sortie de l'assurance collective, et plus particulièrement ceux antérieurs au document intitulé « Fiche de Mutation – GEM » daté du 16 janvier 2017; réponse au courriel du 13 février 2017 et la ou les attestation(s) de Sanitas reçues par l'intimée) et a précisé que l'intimée continuait à lui réclamer, et ce nonobstant le litige en cours, les primes pour l'année 2018 et récemment encore

pour la période d'avril à juin 2019. En tout état, l'intimée avait manqué à son devoir d'informer. Pour le surplus, il a persisté dans ses conclusions, notamment en ce qui concerne l'appel en cause de Sanitas.

28. À plusieurs reprises en cours de procédure, le recourant s'est encore plaint auprès de la chambre de céans de ce qu'en dépit de l'arrêt incident en restitution de l'effet suspensif, l'intimée continuait à le poursuivre pour d'autres primes que celles litigieuses.
29. Par courrier du 20 mars 2019, l'intimée a expliqué ne pas disposer d'autres documents que ceux déjà produits. S'agissant plus particulièrement de l'attestation de Sanitas, elle avait été transmise par le biais d'une application et non pas par courrier. Pour le surplus, elle a persisté dans ses conclusions.
30. Parallèlement à la procédure pendante par-devant la chambre de céans, l'intimée a adressé au recourant des rappels et des sommations pour les primes dues pour les mois d'avril à juin 2018. Comme pour les primes dues pour la période d'octobre à décembre 2017, l'intimée avait requis la poursuite du recourant: un commandement de payer, poursuite n° 5_____. E lui avait été notifié le 21 septembre 2018. Le recourant y a fait opposition le même jour.
31. Par décision du 1^{er} octobre 2018, confirmée sur opposition le 13 avril 2019, l'intimée a ordonné la mainlevée provisoire de l'opposition formée au commandement de payer poursuite 5_____. E. Elle a notamment expliqué que la résiliation de la police d'assurance pour le 31 décembre 2017 ne pouvait être acceptée, dès lors que des arriérés de prime étaient en souffrance. C'était dès lors à bon droit que le recourant lui était resté affilié au-delà du 31 décembre 2017 et que les primes relatives à la période d'avril à juin 2018, d'un montant de CHF 1'488.-, auquel s'ajoutaient encore les frais de sommation (CHF 90.-) et les frais administratifs (CHF 120).- avaient fait l'objet de la poursuite litigieuse.
32. Par mémoire du 13 mai 2019, le recourant a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision sur opposition du 13 avril 2019, concluant préalablement à la jonction avec la présente cause, à l'octroi de l'effet suspensif au recours, et sur mesures provisionnelles à ce qu'il soit fait interdiction à l'intimée de requérir toute nouvelle poursuite et de notifier au recourant toute nouvelle décision relative au paiement des primes jusqu'à droit jugé. Principalement, il concluait à la nullité, respectivement à l'annulation de la décision entreprise, et à la constatation du fait qu'il était libéré du paiement des primes dès le 1^{er} février 2017, le tout avec suite de dépens (procédure n° A/1812/2019). À l'appui de son recours, il s'est référé à l'argumentation qu'il avait fait valoir dans la présente procédure.
33. Par courrier du 24 mai 2019, l'intimée a indiqué avoir d'ores et déjà suspendu toute facturation des primes d'assurance ainsi que toute procédure de rappel, sommation ou recouvrement des impayés.
34. L'intimée a conclu, par courrier du 11 juin 2019, à la suspension de la cause jusqu'à droit connu dans la présente cause, vu l'identité des parties et des faits;

subsidiairement à l'octroi d'un délai pour répondre. Pour le surplus, sur le fond, elle a conclu au rejet des deux recours, en se référant aux arguments évoqués dans la présente cause.

35. Le 14 juin 2019, la chambre de céans a joint les causes, sous le n° A/3454/2018 et réservé la suite de la procédure.

36. Une comparution personnelle des parties s'est tenue le 7 octobre 2019.

À cette occasion, le recourant a confirmé qu'il avait refusé le transfert de l'assurance collective en individuelle, étant donné qu'il avait pris ses dispositions pour être assuré, au titre de l'assurance obligatoire des soins, auprès de Sanitas jusqu'au 31 décembre 2017 puis auprès de Visana dès le 1^{er} janvier 2018 et enfin, depuis le 1^{er} janvier 2019, auprès de Swica. Il avait toujours payé ses primes que ce soit à l'intimée ou aux assurances qui lui avaient succédé. Il y avait effectivement eu un problème lors du transfert chez Sanitas mais il avait finalement été accepté.

Pour sa part, l'intimée a admis que le courrier du 18 janvier 2017 n'était pas aussi clair que l'argumentation qu'elle avait développée par la suite, dans le sens où elle n'avait pas précisé d'emblée que la possibilité de passer en individuel ne concernait que les assurances complémentaires et non l'assurance de base.

Sur ce, un délai au 11 novembre 2019 a été octroyé aux parties pour mener des pourparlers dont le principe a été évoqué en cours d'audience.

37. Le 11 décembre 2019, le recourant a transmis à la chambre de céans un courrier de l'intimée, daté du 11 novembre 2019, par lequel celle-ci acceptait une résiliation de l'assurance de base avec effet au 31 décembre 2017. Par conséquent, le recours était désormais limité à la période antérieure, les pourparlers des parties n'ayant pas abouti à cet égard.

38. Par courrier du 20 décembre 2019, l'intimée a également informé la chambre de céans qu'elle acceptait une résiliation de la police d'assurance avec effet au 31 décembre 2017 et non pas au 31 décembre 2018. En revanche, ne pouvant scinder une année de couverture de l'assurance obligatoire selon le bon vouloir du recourant, qui n'avait au demeurant pas produit de certificat d'un assureur tiers et qui se prévalait toujours de sa carte d'assuré de Mutuel au mois de mai 2017, en vertu d'un contrat en vigueur dont les primes avaient été payées jusqu'à septembre 2017, l'intimée maintenait ses conclusions. Si la chambre de céans devait statuer différemment, les primes payées par l'assuré en 2017 devraient lui être restituées et les prestations qu'elle avait prises en charge devraient être refacturées à l'assuré.

39. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 LAMal.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 1_____ X, et plus particulièrement sur la date à laquelle le rapport d'assurance avec l'intimée a pris fin. Les parties sont arrivées à un accord s'agissant des primes pour les mois d'avril à juin 2018, de sorte que le recours se limite aux primes dues pour les mois d'octobre à décembre 2017.

Pour des questions pratiques, la chambre de céans ordonnera toutefois la disjonction des causes A/3454/2018 et A/1812/2019 et un arrêt portant spécifiquement sur la question de la mainlevée de l'opposition au commandement de payer 5_____ E, sera notifié aux parties.

4. a. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et la référence). Aussi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse.

b. 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 l'art. 7 LAMal 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; 124 V 333 consid. 2a et 2b). S'y ajoutent encore les cas de résiliation forcée suite au déplacement du domicile ou au changement d'employeur (art. 7 al. 3 LAMal).

b/aa. En principe, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (art. 7 al. 1 LAMal). Toutefois, en cas d'augmentation de prime, l'assuré peut résilier le contrat dans un délai échéant à la fin du mois qui précède d'un mois la validité de la nouvelle prime (art. 7 al. 2 LaMal). Seule une augmentation du montant fixé par l'assureur dans le tarif soumis à l'approbation de l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) constitue une augmentation de la prime au sens de cette disposition

(RAMA 1999 188 consid. 1c). En d'autres termes, une augmentation de prime qui ne découle pas d'une modification du tarif des primes soumis à l'approbation de l'OFAS, mais qui résulte d'un autre motif, n'autorise pas les intéressés à changer d'assureur dans le délai prévu à l'art. 7 al. 2 LAMal (RAMA 1999 188 consid. 1d; cf. ég. EUGSTER, KVG, 2010, ad art. 7, no 3). N'ont ainsi pas été considérées comme des adaptations de primes au sens de l'art. 7 al. 2 LAMal, la modification d'une prime suite au changement du lieu de résidence de l'assuré (RAMA 199 188 consid. 1d), à certaines conditions la modification de la prime en raison du passage à l'âge adulte ou encore l'augmentation de la prime suite à la suppression des subsides de l'assurance-maladie (Gebhard EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2018, n° 3 ad Art. 7). S'agissant plus particulièrement de ce dernier point, le Tribunal fédéral des assurances a considéré, dans son arrêt K 45/02 du 7 janvier 2003 consid. 3.1.2, que la suppression du subside ne modifiait pas en soi le tarif fixé par l'assureur-maladie et approuvé par le Conseil fédéral (art. 61, al. 1 et 4 LAMal), lequel devait en réalité être considéré comme la prime au sens de l'art. 7 al. 2 LAMal.

b/bb. L'art. 7 al. 3 LAMal prévoit, quant à lui, que 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.

Dans son Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a précisé, s'agissant de l'art. 7 al. 3 LAMal que lorsqu'un assuré était notamment obligé de quitter un assureur en vertu d'un contrat de travail qui stipulait l'adhésion à une caisse d'entreprise, les délais et termes de l'alinéa 1 n'avaient pas besoin d'être observés. Dans ces cas, l'affiliation prenait fin lors de la prise d'emploi. Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de confirmer ce qui précède dans son arrêt K 36/01 du 13 décembre 2001, en tant qu'il a considéré qu'un rapport d'assurance pouvait notamment prendre fin en cours d'année civile si la personne assurée devait mettre fin à la relation d'assurance avec l'assureur précédent parce qu'un nouvel employeur prévoyait d'adhérer à un assureur particulier (art. 7 al. 3 LAMal). Enfin, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a précisé dans un courrier du 15 septembre 2014, que selon lui, l'art. 7 al. 3 LAMal devait être interprété de manière restrictive et qu'en l'absence d'une réelle obligation contractuelle découlant du contrat de travail, à laquelle l'employé aurait consenti dans une annexe au contrat de travail, le droit de changer d'assureur hors des délais fixés par la loi n'était pas donné. En résumé, l'art. 7 al. 3 LAMal vise le cas d'un assuré, qui est obligé, de par son contrat de travail, de s'affilier à un assureur en particulier (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 200).

c. Selon l'art. 7 al. 5 LAMal, 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.

d. Selon l'art. 7 al. 6 LAMal, 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.

L'assureur est responsable, selon la disposition précitée, des dommages résultant de la faute de ses employés, d'une organisation commerciale inappropriée ou de toute autre carence dont il est responsable dans l'exécution de l'assurance-maladie obligatoire. Tout dommage effectif et suffisamment causal est décisif pour l'évaluation de l'obligation d'indemnisation. En particulier, l'assureur fautif doit rembourser la différence à une prime inférieure du nouvel assureur (art. 7 al. 6 deuxième phrase LAMal; voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_367/2017 du 10 novembre 2017 consid. 5.2.2)

e. 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 (cf. art. 7 al. 1 à 3 LAMal et 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 (art. 7 al. 5 phrase 1 LAMal) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_930/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3, publié in SVR 2011 KV n° 8 p. 37).

5. 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).

Selon 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.

b. 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*). En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7 al. 3 et 4, est réservé (al. 6).

Quant à l'art. 105b al. 1 OAMal, il 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.

Les assureurs ne sont pas libres de recouvrer 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).

c. L'art. 26 al. 1 LPGA prévoit 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 rémunérateurs.

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.

d. 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.

Selon la jurisprudence, de tels frais, s'ils sont prévus expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés, doivent être imputables à une faute de l'intéressé. Ainsi, il y a faute de l'assuré, lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 28/02 du 29 janvier 2003 consid. 5).

Les frais susceptibles d'être perçus dans cette hypothèse sont laissés à l'appréciation de l'assureur dans les limites résultant du principe de l'équivalence, selon lequel le montant d'un émolument doit se trouver en adéquation et dans un rapport raisonnable avec la valeur de la prestation fournie (arrêts du Tribunal fédéral 9C_870/2015 et 9C_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1; ATAS/663/2017 du 31 juillet 2017).

e. 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 (BGE 119 V 329 consid. 2b; RKUV 2004 Nr. KV 274 p. 129 consid. 4.2.1, K 107/02; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

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, par le biais d'un contrat-cadre conclu par son employeur, B _____, le recourant était assuré auprès de l'intimée pour l'assurance obligatoire des soins et plusieurs assurances complémentaires (cf. certificats d'assurance remis au recourant) et bénéficiait de ce fait de la participation de son employeur (cf. courriel du courtier du 24 février 2017).

S'agissant de l'assurance obligatoire des soins, le contrat-cadre ne saurait être considéré comme un contrat collectif. Les personnes concernées restent soumises aux règles et obligations de la LAMal en tant qu'assuré individuel. En d'autres termes, même si certaines personnes sont affiliées à une caisse-maladie pour l'assurance-maladie obligatoire par le biais d'un preneur d'assurance, elles sont assurées à titre personnel, conformément au principe de l'assurance individuelle (ATF 141 V 455 consid. 6.3.2). Le recourant était par conséquent assuré à titre individuel conformément aux dispositions de la LAMal.

Concernant les assurances complémentaires, l'employeur du recourant a, selon toute vraisemblance, conclu une assurance collective avec l'intimée (cf. art. 10 § 1 des conditions particulières, pièce 2, intimée). Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère toutefois un droit propre au bénéficiaire (i.e. à l'assuré) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA. Dans ce domaine, il n'y a pas de disposition légale qui obligerait l'assureur à garantir à l'assuré qui sort de l'assurance collective le droit de passer dans l'assurance individuelle. Cela étant, un tel droit est souvent prévu par les conditions générales d'assurances (MEIER / FINGERHUTH, Krankentaggeld statt Lohnfortzahlung, Plädoyer 1999/3, p. 26 ss, p. 32), comme c'est effectivement le cas en l'occurrence. En effet, l'art. 10 des conditions particulières de Mutuel, produit sous pièce 2, stipule que lors de la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collective GEM, les assurés sont transférés automatiquement dans des produits comparables de Mutuel Assurances SA (...) (§ 1). (...) L'assuré peut résilier le contrat dans un délai de trente jours dès réception de la nouvelle police (§ 8).

b. Le recourant a quitté son emploi auprès de B_____ avec effet au 31 décembre 2016, prolongé au 31 janvier 2017.

Le 18 janvier 2017, l'intimée a adressé au recourant un courrier, auquel était annexé le certificat d'assurance valable à compter du 1^{er} février 2017 (assurance de base et assurances complémentaires), courrier dont la teneur était la suivante (traduction libre) :

« Transfert de votre contrat dans l'assurance individuelle
(...) »

Cher Monsieur (...),

Suite à l'annonce de votre sortie du contrat-cadre d'assurance-maladie, nous avons modifié votre contrat d'assurance. Conformément aux dispositions du contrat-cadre, il a été transféré, avec effet au 1^{er} janvier 2017, dans l'assurance individuelle avec les mêmes conditions de couverture.

Vous trouverez en annexe le nouveau contrat d'assurance.

Ci-après, nous vous transmettons les délais, pour le cas où vous voudriez modifier votre contrat d'assurance ou le résilier :

- Assurances complémentaires au 1^{er} janvier 2017

Sans indication contraire de votre part dans un délai de 4 semaines, nous considérons que vous acceptez le contenu des certificats d'assurances en annexe ».

Le 6 février 2017, le recourant s'est opposé au transfert dans l'assurance individuelle.

S'en est suivi une correspondance entre le recourant et l'intimée, au cours de laquelle cette dernière a expliqué que l'assurance de base ne pouvait être résiliée que pour la fin d'une année calendaire moyennant le respect d'un délai de trois mois ou, après communication de la nouvelle prime pour l'année suivante, pour la fin de l'année en cours, moyennant un délai d'un mois. De son côté, le recourant était d'avis que le contrat avait été résilié avec effet au 31 janvier 2017.

8. Le recourant reproche tout d'abord à l'intimée de lui avoir fourni des renseignements erronés et conclut, de ce fait, que le délai pour résilier les assurances complémentaires doit également être appliqué à l'assurance de base.

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).

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) (ATF 131 V 472 consid. 5), 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).

b. En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir été claire dans le courrier du 18 janvier 2017, en lui faisant croire que le délai de quatre semaines était également applicable à la résiliation de l'assurance obligatoire des soins.

Certes, le fait d'annexer au courrier précité un certificat d'assurance pour l'année 2017 comprenant l'assurance obligatoire des soins, a pu entraîner une certaine confusion auprès du recourant. Cela étant, une lecture attentive du courrier du 18 janvier 2017 et des conditions particulières d'assurance (produites par l'intimée sous pièce 2) permet de retenir que les délais de résiliation indiqués ne pouvaient que concerner les assurances complémentaires et non l'assurance obligatoire des soins. En effet, il est tout d'abord question du passage dans l'assurance individuelle. Or, une telle possibilité n'est offerte que dans le domaine des assurances complémentaires, dès lors qu'en matière d'assurance obligatoire de soins, une personne ne peut être assurée qu'à titre individuel. De plus, le courrier du 18 janvier 2017 s'inscrit à l'évidence dans la procédure prévue par l'art. 10 des conditions générales applicables, lequel prévoit en substance la possibilité, pour un assuré, de bénéficier de prestations analogues en cas de sortie de l'assurance collective (liste des produits au § 1), ce qui correspond au passage dans l'assurance individuelle, et la possibilité de l'assuré de résilier le contrat dans un délai de trente jours dès réception de la nouvelle police (§ 8). S'y ajoute le fait que selon le texte du courrier en question, les délais de résiliation concernaient uniquement les assurances complémentaires (« ci-après, nous vous transmettons les délais, pour le cas où vous voudriez modifier votre contrat d'assurance ou le résilier : • Assurances complémentaires au 1^{er} janvier 2017 [...]). Dans ces circonstances, on ne saurait parler d'un renseignement erroné concernant la résiliation de l'assurance obligatoire des soins, dès lors que celle-ci n'était pas expressément mentionnée dans le courrier en question, au contraire des assurances complémentaires.

De plus, la chambre de céans peine à voir en quoi le recourant a pris des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice. En effet, pour pouvoir prendre des dispositions valables (affiliation auprès d'un autre assureur), le recourant doit avoir la possibilité de résilier en tout temps l'assurance obligatoire des soins conclue auprès de l'intimée. Or, comme cela ressort du considérant 6 ci-dessus, l'assurance de base ne peut être résiliée que moyennant respect des délais prévus à l'art. 7 LAMal. Or, tant que l'assurance obligatoire des soins litigieuse n'a pas été valablement résiliée, le recourant ne peut s'affilier auprès d'un autre assureur. Certes, a-t-il payé des primes à Sanitas; toutefois, dans la mesure où l'affiliation auprès de cette assurance n'est pas valable, ces primes doivent lui être restituées. Le recourant ne subit donc aucun préjudice.

Partant, au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut reprocher à l'intimé un défaut d'information susceptible d'entraîner des conséquences juridiques, même si l'on peut regretter qu'elle n'ait pas été plus claire dans son courrier du 18 janvier 2017.

9. a. Le recourant invoque ensuite les art. 7 al. 2 par analogie ou 7 al. 3 LAMal pour justifier la résiliation de son assurance obligatoire des soins avec effet au 31 janvier 2017.

b/aa. Pour que l'art. 7 al. 2 LAMal s'applique, même par analogie, on doit être en présence d'une augmentation des primes soumise à l'approbation de l'OFAS (cf. RAMA 1999 188 consid. 1c).

Force est de constater que le 17 octobre 2016, l'intimée a adressé au recourant un certificat d'assurance pour l'année 2017, dont il ressort que la prime pour l'année 2017 pour l'assurance obligatoire des soins était de CHF 417.30. Suite à la sortie du contrat-cadre, l'intimée a adressé au recourant un nouveau certificat d'assurance pour l'année 2017, portant sur une prime de CHF 448.70 pour l'assurance de base. La prime pour cette même année 2017 est ainsi passée de CHF 417.30 à CHF 448.70, ce qui correspond à une augmentation de CHF 31.40 par mois.

Cette augmentation est toutefois à l'évidence due à la sortie du contrat-cadre, par le biais duquel le recourant bénéficiait d'une participation de son employeur (cf. courrier du courtier du 24 février 2017). Ainsi il ne s'agit pas d'une augmentation de primes, soumise à l'approbation de l'OFAS. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. La situation du recourant s'apparente en réalité plutôt à celle d'un assuré perdant le bénéfice d'un subside de l'assurance-maladie et, par conséquent, d'une réduction de prime. Or, le Tribunal fédéral a considéré que dans un tel cas, il ne s'agissait pas d'une augmentation de prime au sens de l'art. 7 al. 2 LAMal, le tarif étant en réalité resté inchangé, seule la réduction n'étant plus appliquée (cf. arrêt du Tribunal fédéral K 45/02 du 7 janvier 2003).

L'art. 7 al. 2 LAMal ne saurait par conséquent être appliqué au cas du recourant, même par analogie.

b/bb. Le recourant se réfère ensuite à l'art. 7 al. 3 LAMal pour justifier une résiliation de l'assurance obligatoire des soins. Cette disposition vise les changements du lieu de résidence et les changements d'emploi. Le recourant ne prétend pas avoir modifié son lieu de résidence. En revanche, il a changé d'employeur. Dans cette dernière hypothèse, pour que la disposition précitée puisse trouver application, il faut que le nouvel employeur du recourant prévoie que son personnel adhère à un assureur particulier, ce qui ne semble pas être le cas, le recourant ne prétendant pas être lié par un contrat de travail prévoyant une obligation de s'assurer auprès d'une caisse-maladie en particulier. En effet, un simple changement d'employeur ne justifie ainsi pas le droit de changer d'assureur hors des délais légaux fixés à l'art. 7 al. 1 LAMal.

Partant, l'art. 7 al. 3 LAMal ne trouve pas non plus application dans le cas du recourant.

c. Dans la mesure où le recourant ne bénéficiait ni d'un motif de résiliation extraordinaire (art. 7 al. 2 LAMal), ni d'un motif de résiliation forcée (art. 7 al. 3 LAMal), seule une résiliation ordinaire était envisageable.

Ainsi, conformément à l'art. 7 al. 1 LAMal, une telle résiliation ne pouvait être effective que pour la fin d'une année civile, soit au 31 décembre 2017, ce que l'intimée a finalement accepté par courrier du 11 novembre 2019.

10. Dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans relève encore que le résultat serait de toute manière le même en vertu du principe de l'interdiction de l'abus de droit.

a. Selon la jurisprudence, il y a abus de droit manifeste, prohibé par l'art. 2 al. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), lorsqu'une personne use de son droit sans ménagement ou de manière inutilement rigoureuse (ATF 135 III 162), notamment lorsqu'elle choisit, sans raison objective, parmi plusieurs solutions équivalentes, celle qui est la plus nuisible à l'autre partie (ATF 131 III 459 consid. 5.2). Parmi les cas typiques d'abus de droit manifeste au sens de l'art. 2 al. 2 CC figurent l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 129 III 493 consid. 5.1). Dans cette dernière catégorie, le comportement de celui qui accepte d'abord de conclure une convention et qui, par la suite, en considération de règles impératives, excipe de l'invalidité de cette même convention, n'est toutefois constitutif d'abus de droit que si des conditions particulières sont réalisées (ATF 133 III 61 consid. 4.1; ATF 129 III 493 consid. 5.1).

b. En l'espèce, force est de constater que quand bien même il ne s'estimait plus lié à l'intimée, le recourant s'est acquitté des primes pour les mois de février à septembre 2017, soit pour huit mois. De plus, il ne conteste pas avoir sollicité - et obtenu - la prise en charge, par l'intimée, de certains frais médicaux (cf. courrier de l'intimée du 20 décembre 2019, cf. en fait ch. 38).

En d'autres termes, alors même qu'il considérait la résiliation du contrat d'assurance valable avec effet au 31 janvier 2017, le recourant s'est acquitté des primes dues jusqu'en septembre 2017 et a bénéficié de la couverture d'assurance et, partant, de la prise en charge des frais médicaux.

Sa volte-face pour les mois d'octobre à décembre 2017 est par conséquent constitutif d'un abus de droit, lequel ne saurait être accepté.

11. Enfin, le recourant invoque l'art. 7 al. 5 LAMal et sollicite, dans ce contexte, l'appel en cause de Sanitas.

a/aa. L'art. 7 al. 5 LAMal, invoqué par le recourant, prévoit que 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.

a/bb. Aux termes de l'art. 71 LPA, l'autorité peut ordonner, d'office ou sur requête, l'appel en cause de tiers dont la situation juridique est susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure; la décision leur devient dans ce cas opposable (al. 1). L'appelé en cause peut exercer les droits qui sont conférés aux parties (al. 2).

D'une manière générale, dans les cantons qui, comme celui de Genève, connaissent cette institution de procédure, l'appel en cause permet de contraindre des tiers qui ne possèdent pas la qualité de partie faute d'en satisfaire les conditions à participer à la procédure afin de leur rendre opposable la décision, respectivement le jugement qui doit être rendu à son issue (cf. ATF 125 V 94 consid. 8b). L'appel en cause n'est pas destiné à faire intervenir ou à étendre la procédure à des personnes qui bénéficient déjà de la qualité de partie et qui ne participent pas pour une raison quelconque à la procédure. Il vise bien plutôt à préjuger un rapport de droit entre l'appelé en cause et une partie principale dans une procédure pendante entre les parties principales. Dans la mesure où il a pour fonction d'éviter le déroulement d'une autre procédure sur les mêmes questions litigieuses, l'appel en cause est dicté par un souci d'économie de procédure. Il permet également de prévenir le prononcé de décisions ou jugements contradictoires. Le tiers appelé en cause doit naturellement posséder la capacité d'être partie et la capacité d'ester (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 47/02 du 25 août 2003 consid. 3.2.1).

b. Comme indiqué précédemment, l'établissement d'une nouvelle relation d'assurance est soumis à une condition suspensive, à savoir l'obligation de résilier dans les délais l'ancienne et la notification de la poursuite de l'assurance par le nouvel assureur maladie au sens de l'art. 7 al. 5 phrase 1 LAMal. Dans la mesure où la résiliation de l'ancienne relation d'assurance n'était pas possible avant le 31 décembre 2017 au plus tôt, la question du retard de Sanitas dans la communication visée par l'art. 7 al. 5 LAMal ne se pose pas. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner l'appel en cause requis par le recourant.

12. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a réclamé le paiement des primes pour les mois d'octobre à décembre 2017.

Étant donné que la double assurance n'est pas possible en matière d'assurance obligatoire des soins, il appartiendra au recourant de s'adresser à Sanitas afin d'obtenir, le cas échéant, la restitution du montant des primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins payées à double.

Le recours est par conséquent rejeté et la décision sur opposition du 29 août 2018 confirmée.

La procédure est gratuite pour le surplus.

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

Statuant

Préalablement :

1. Disjoint les procédures A/3454/2018 et A/1812/2019.

À la forme :

2. Déclare le recours recevable.

Au fond :

3. Le rejette et confirme la décision sur opposition du 29 août 2018.
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