

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4638/2025

ATAS/220/2026

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

**Arrêt du 16 mars 2026**

**Chambre 1**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

contre

**ASSURA-BASIS SA**

intimée

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

---

**EN FAIT**

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

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

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

Elle avait reçu des réponses négatives de l'intimée le 30 avril 2025, puis le 27 mai 2025, celle-ci indiquant ne pas pouvoir donner suite à sa demande au motif que le délai de révocation de 14 jours suivant la conclusion du contrat n'avait pas été respecté.

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

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

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

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

**f.** Dans deux écritures spontanées respectivement datées des 19 septembre et 23 décembre 2025, l'assurée a pour la première fois contesté les conditions des assurances-maladies qu'elle avait conclues pour elle-même et ses enfants, relevant que le conseiller de l'intimée aurait choisi sans son accord une franchise de CHF 2'500.- pour sa couverture de l'AOS. Elle a soutenu que la question de la franchise n'avait jamais fait l'objet d'une discussion claire et explicite, précisant qu'elle bénéficiait d'une franchise de CHF 300.- auprès de son ancienne assurance.

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

**h.** La chambre de céans a convoqué les parties à une audience de débats le 9 février 2026 dans le cadre de la procédure A/2385/2025. À cette occasion, les parties sont parvenues à un accord s'agissant du litige en lien avec les polices d'assurances complémentaires. Dans ce cadre, l'assurance a acquiescé aux conclusions de l'assurée tendant à l'annulation rétroactive des polices

complémentaires ainsi que des poursuites en lien avec ces polices, les parties déclarant pour le surplus n'avoir aucune autre prétention à faire valoir en lien avec ces polices d'assurances complémentaires. Lors de cette audience, l'attention des parties a été attirée sur le fait que le litige en lien avec la conclusion des contrats d'AOS, soumis à la procédure administrative, était traité dans une autre procédure.

**i.** Dans une écriture spontanée du 24 février 2026 adressée dans le cadre de la procédure A/4505/2025, l'assurée a transmis à la chambre de céans des éléments nouveaux « nécessitant clarification », à savoir un nouveau relevé de compte établi par l'assureur ainsi que des avis de primes modifiés datant du 14 février 2026 et valables pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2025, lesquels présentaient selon elle des irrégularités manifestes en tant qu'ils mêlaient, dans un même calcul, des éléments relevant de l'assurance-maladie et de l'assurance complémentaire. Une copie de cette écriture spontanée a été versée à la présente procédure.

Dans le cadre de cette écriture, la recourante a persisté dans le grief formulé en lien avec sa couverture d'assurance-maladie, à savoir la franchise de CHF 2'500.- qui lui aurait été imposée.

Elle semble enfin revenir sur l'accord conclu lors de l'audience du 9 février 2026 dans le cadre de la procédure A/2385/2025, relevant que lors de ladite audience, la question de la nullité des contrats d'assurances complémentaires aurait dû être examinée, compte tenu des vices affectant leur conclusion. En effet, si les contrats d'assurances complémentaires étaient affectés de nullité pour absence de consentement valable, il convenait d'examiner, par cohérence juridique, la validité des éléments contractuels corrélatifs, notamment la franchise de CHF 2'500.- appliquée dans le cadre de l'AOS, laquelle n'avait jamais fait l'objet d'un choix exprès de sa part.

**j.** La chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimée.

## **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. Dans son recours, la recourante a conclu à ce que la validité des contrats d'assurance-maladie conclus pour elle-même et ses enfants soit examinée par la chambre de céans. Dans des écritures ultérieures, elle a notamment relevé que la franchise de CHF 2'500.- lui aurait été imposée, car elle n'aurait jamais fait l'objet d'un choix exprès de sa part.
3. Les litiges en lien avec des assurances sociales – lesquels englobent les contestations relatives à l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins et à la franchise dans cette assurance – relevant du droit des assurances sociales et étant régis par la LPGA, la chambre de céans a ouvert une procédure parallèle à la procédure civile A/2385/2025 (portant sur la validité des contrats d'assurances complémentaires conclus), traitant spécifiquement des conclusions de l'assurée ayant trait à la validité des contrats d'assurance-maladie qu'elle a souscrits auprès de l'intimée.

**3.1** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

**3.2** Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

Selon l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1) ; l'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2).

Une décision qui n'est pas désignée comme telle et qui n'indique pas les moyens de droit à disposition de l'assuré est un prononcé selon la procédure simplifiée qui doit susciter de la part de l'assuré une demande de décision formelle au sens de l'art. 51 al. 2 LPGA (DUPONT / MOSER-SZELESS, Commentaire romand, Loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, 2025, p. 696 ad art. 49 n. 43). La communication par l'assurance d'un avis de primes qui n'est pas désigné comme une décision et n'indique pas les moyens de droit à disposition de l'assuré constitue un prononcé selon la procédure simplifiée (ATAS/94/2026 du 6 février 2026 consid. 3.2).

Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, avant d'être soumises à la chambre de céans, les décisions d'un assureur doivent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues.

**3.3** La loi ne prévoit pas le délai dans lequel l'assuré peut former la demande prévue à l'art. 51 al. 2 LPGA, tendant à obtenir une décision rendue conformément à l'art. 49. Le législateur a renoncé à fixer un tel délai, tout en

indiquant qu'il ne devrait pas excéder une année. Se référant à la doctrine, pour laquelle le délai pour demander une décision conforme à l'art. 49 doit être supérieur au délai ordinaire de 30 jours, jusqu'à plusieurs mois, le Tribunal a fixé à un an le délai pour demander une décision formelle lorsque la procédure simplifiée a été utilisée à tort ; le Tribunal fédéral a également indiqué que ce délai d'un an était supérieur au délai valant dans un cas d'application ordinaire de l'art. 51 al. 2, sans pour autant préciser ce dernier. Plus tard, le Tribunal fédéral a retenu, s'agissant de la communication d'un décompte d'indemnités journalières, que ce délai est de trois mois ou 90 jours, ce qu'il a réaffirmé dans un arrêt publié de 2022 (ATF 148 V 427 consid. 4.1). Pour Wiederkehr, celui-ci est de 90 jours. S'agissant d'un délai à fixer par voie jurisprudentielle, il s'agit de tenir compte des circonstances du cas d'espèce. Le principe de la bonne foi a dans ce contexte une influence prépondérante (DUPONT / MOSER-SZELESS, op. cit., p. 712 ad art. 52 n. 13).

4. En l'espèce, bien que la recourante ait indiqué avoir souhaité souscrire une AOS auprès de l'intimée, elle a contesté, dans son acte du 7 juillet 2025, la validité des contrats d'assurance-maladie conclus auprès de l'intimée, au motif qu'elle n'aurait pas donné son consentement clair et éclairé. Dans des écritures spontanées des 19 septembre et 23 décembre 2025, la recourante a pour la première fois formulé un grief concret relatif aux conditions des assurances-maladies qu'elle avait conclues pour elle-même et ses enfants, relevant que le conseiller de l'intimée avait choisi sans son accord une franchise de CHF 2'500.- pour sa couverture de l'AOS. Elle a soutenu que la question de la franchise n'aurait jamais fait l'objet d'une discussion claire et explicite, précisant qu'elle bénéficiait d'une franchise de CHF 300.- auprès de son ancienne assurance.

Or, la recourante a pris connaissance desdites polices à tout le moins par SMS le 18 décembre 2024, comme cela ressort de ses échanges avec le conseiller de l'intimée et des écritures de la recourante elle-même. Elle a également reçu lesdites polices par courrier postal du 17 janvier 2025. Dans la mesure où ces polices ont bien été envoyées à la recourante au plus tard le 17 janvier 2025 – ce qu'elle reconnaît au demeurant dans ses écritures –, la question de la validité de la notification de ces polices d'assurances par courriel le 9 octobre 2024 peut souffrir de demeurer indécise.

En tant que ces polices d'assurance ne sont pas désignées comme des décisions et qu'elles n'indiquent pas les moyens de droit à disposition de l'assurée, elles constituent un prononcé selon la procédure simplifiée au sens de la doctrine et de la jurisprudence susmentionnées. Partant, si la recourante entendait contester son affiliation et celle de ses enfants à l'AOS auprès de l'intimée ainsi que le montant de la franchise dans cette assurance – montant qui figurait clairement dans les polices d'AOS reçues en décembre 2024, puis en janvier 2025 –, elle aurait dû, conformément aux règles de la bonne foi, agir et contester ces points dans un délai raisonnable suivant la réception des polices correspondantes, en sollicitant qu'une

décision (puis une décision sur opposition) soit rendue à ce sujet par l'intimée, puis en déférant ladite décision à la chambre de céans dans le cadre d'un recours.

La recourante n'a toutefois jamais contesté auprès de l'intimée la conclusion des contrats d'AOS conclus, les échanges avec l'intimée préalables à la saisine de la chambre de céans ne portant que sur la contestation, par l'assurée, des contrats d'assurances complémentaires conclus. Elle ne prétend d'ailleurs pas, dans ses écritures, avoir contesté auprès de l'intimée les polices d'AOS conclues. À cet égard, la « décision » citée par la recourante à l'appui de son recours est un courrier de l'intimée du 27 mai 2025 qui ne se prononce que sur la validité des contrats d'assurances complémentaires conclus, et non sur les contrats d'AOS conclus.

Ainsi, en l'absence d'une décision et d'une décision sur opposition de l'intimée portant sur la validité des contrats d'AOS conclus, la chambre de céans ne peut connaître de ce litige, de sorte que le recours de l'assurée est irrecevable.

5. Il suit des considérants qui précèdent que le « recours » du 7 juillet 2025 doit être déclaré irrecevable.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

**Statuant**

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

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Amélie PIGUET MAYSTRE

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