

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 janvier 2016

---

Composition : M. DÉPRAZ, président  
Mmes Pasche et Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à Evian-les-Bains, recourant,

et

**Z.**\_\_\_\_\_, à Martigny, intimée.

---

**Art. 67 et 71 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité française et domicilié en France, est au bénéfice d'une autorisation frontalière CE/AELE (permis G) valable du 19 août 2011 au 18 août 2016.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'assuré était au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières auprès de Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : Z.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) par le biais du contrat collectif de son employeur, D.\_\_\_\_\_ SA.

Il ressort du dossier que l'assuré a subi en 2012 plusieurs incapacités de travail ayant donné lieu à des prestations de la part de Z.\_\_\_\_\_. Le 13 juillet 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité et a fait l'objet de mesures d'intervention précoce.

Par courrier du 27 novembre 2013, Z.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assuré qu'elle avait été informée de la cessation de l'activité de ce dernier auprès de l'entreprise D.\_\_\_\_\_ SA au 31 mai 2013 et que l'assuré ne bénéficiait donc plus de l'assurance d'indemnité journalière de son employeur. Toutefois, elle donnait la possibilité à l'assuré de maintenir son affiliation en qualité de membre individuel dès le 1<sup>er</sup> juin 2013 en bénéficiant du droit au libre passage dans l'assurance individuelle. Le montant de la prime mensuelle s'élevait à 471 fr. 15 pour la période du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2013 et à 370 fr. 80 dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Un délai au 31 janvier 2014 a été imparti à l'assuré pour répondre à cette offre.

Le 2 décembre 2013, l'assuré a signé la proposition d'assurance et déclaration d'adhésion qui accompagnait le courrier précité et l'a renvoyé à Z.\_\_\_\_\_.

Le 5 février 2014, Z.\_\_\_\_\_ a rendu une décision mettant fin au versement des indemnités journalières dès le 9 février 2014. Cette

décision se fondait notamment sur un rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 22 janvier 2014 selon lequel la capacité de travail de l'assuré était entière au plus tard le 20 janvier 2014. L'intéressé n'a pas formé d'opposition à cette décision.

Par une lettre recommandée non datée et reçue le 6 février 2014 par Z. \_\_\_\_\_, l'assuré, se référant au courrier de Z. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2013, a relevé que cette dernière ne l'avait pas informé à temps de son droit de libre passage dans l'assurance individuelle puisque la proposition lui était parvenue près de sept mois après la cessation de son activité professionnelle. Il considérait donc faire encore partie du cercle des assurés relevant de l'assurance collective de son ancien employeur et ne pas être tenu au paiement des primes individuelles, les indemnités journalières étant payées à partir de l'assurance collective.

Par courrier du 27 février 2014, Z. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle n'avait pas été informée par l'ancien employeur de la résiliation des rapports de travail intervenue par courrier du 20 mars 2013. Se référant à l'art. 71 LAMal, « chiffres 1 & 2 » (sic), Z. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir reporté le début de l'affiliation individuelle de l'assuré au 1<sup>er</sup> décembre 2013.

Le 28 février 2014, Z. \_\_\_\_\_ a adressé à l'assuré un certificat d'assurance pour l'année 2014 pour l'assurance collective d'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail. Le montant de la prime mensuelle s'élevait à 370.80 francs.

Par courrier du 23 juillet 2014, Z. \_\_\_\_\_ a adressé à l'assuré un courrier indiquant que, malgré plusieurs rappels, les primes mensuelles étaient restées impayées depuis le 1<sup>er</sup> mai 2014. Un délai au 15 août 2014 était imparti à l'assuré pour régler ses arriérés, à défaut de quoi Z. \_\_\_\_\_ se réservait de résilier le contrat avec effet au 31 juillet 2014.

Le 11 août 2014, l'assuré a informé Z. \_\_\_\_\_ qu'il n'avait pas pu régler ses primes en raison de ses difficultés financières. Il indiquait avoir payé le montant de la prime mensuelle du mois de juin 2014. Par

courrier du 8 septembre 2014, l'assuré a demandé à pouvoir consulter son dossier, en particulier les rapports médicaux.

Par courrier du 25 septembre 2014, Z.\_\_\_\_\_ a répondu en substance à l'assuré que la décision du 5 février 2014 avait mis fin à ses prestations et qu'aucune indemnité journalière ne lui serait accordée au-delà de cette date. En outre, dès lors que l'assuré ne s'était pas acquitté des montants arriérés, Z.\_\_\_\_\_ informait l'assuré de la résiliation avec effet au 31 juillet 2014 de la couverture relative à la perte de gain en référence à l'art. 23 ch. 5 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (ci-après : les conditions générales).

Par courrier du 31 octobre 2014, l'assuré a contesté cette résiliation, motif pris que le préavis d'un mois au sens de l'art. 23 ch. 5 des conditions générales n'avait pas été respecté. En outre, il indiquait avoir versé les arriérés et produisait les justificatifs de ces paiements.

Le 26 novembre 2014, Z.\_\_\_\_\_ a confirmé la résiliation du contrat de l'assuré pour le 31 juillet 2014.

Par courrier du 5 décembre 2014, l'assuré a demandé à Z.\_\_\_\_\_ la notification d'une décision formelle susceptible de recours. Il indiquait que le délai de paiement qui lui avait été imparti était inférieur à un mois, qu'en outre il n'avait reçu le courrier du 23 juillet 2014 que tardivement et qu'il avait procédé au paiement d'une partie des arriérés le 11 août 2014 si bien que la décision de Z.\_\_\_\_\_ de résilier le contrat n'était pas « respectueuse de [sa] situation financière difficile ».

**B.** Le 30 décembre 2014, Z.\_\_\_\_\_ a notifié à l'assuré une décision munie des voies de droit intitulée « Résiliation de votre couverture individuelle » dont on extrait ce qui suit :

« Après une nouvelle étude approfondie des pièces contenues dans votre dossier, il ressort que Z.\_\_\_\_\_ avait rendu une décision formelle, par courrier recommandé daté du 5 février 2014, qui mettait un terme au paiement

des indemnités journalières avec effet au 9 février dernier. Cette décision était basée sur les conclusions de l'expert qui vous avait examiné le 20 janvier 2014, dans le cadre d'une expertise mandaté par nos soins.

La décision précitée, en l'absence d'opposition dans le délai légal, est ainsi passée en force. Dans un tel cas de figure, c'est l'article 11, chiffre 2, lettre g) qui est applicable à savoir : "Sous réserve du droit au libre-passage des lettres a), b) et i), la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations".

Vu ce qui précède, force est de relever que votre couverture d'assurance individuelle doit être résiliée le 9 février 2014 au soir. »

Par courrier du 2 février 2014 [recte : 2015], l'assuré a formé opposition à cette décision. En résumé, il faisait part de sa surprise par rapport au fait que la résiliation intervenait « avec plus de dix mois de retard ». En outre, il indiquait qu'il n'avait pas formé opposition à la décision du 5 février 2014 en raison du fait qu'il souhaitait bénéficier d'un reclassement professionnel adapté. Il indiquait être à nouveau en incapacité de travail depuis le 10 octobre 2014. Enfin, il faisait valoir qu'il n'avait pas épuisé son droit aux prestations et que son contrat ne pouvait donc être résilié pour ce motif.

Par décision du 11 mai 2015, Z. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 30 décembre 2014. En substance, elle a considéré que le contrat de l'assurance d'une indemnité journalière pouvait être résilié pour le 28 février 2014 en application de l'art. 11 ch. 2 let. g des conditions générales. En l'espèce, l'assuré n'était plus « au bénéfice d'une incapacité de travail, même partielle » depuis la décision du 5 février 2014. Selon Z. \_\_\_\_\_, l'art. 11 ch. 2 let. g des conditions générales ne signifiait pas que le travailleur frontalier assuré devait avoir épuisé son droit aux prestations avant la résiliation du contrat mais que le contrat devait être résilié lorsque le droit aux prestations était épuisé, pour éviter que l'assuré dût continuer à payer sa prime lorsque son droit aux prestations était épuisé. C'est en l'occurrence la fin de l'incapacité de travail qui était déterminante. Pour le surplus, la clause contenue dans les conditions générales était identique à la réglementation contenue à l'art. 7 al. 4 OAMal. Enfin, Z. \_\_\_\_\_ indiquait que les primes payées par l'assuré

postérieurement au mois de février 2014 lui seraient remboursées en l'absence de recours.

**C.** Par acte du 15 juin 2014 [recte : 2015], J.\_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il ressort des écritures déposées par le recourant que ce dernier conteste la résiliation de son contrat d'assurance d'une indemnité journalière. En résumé, le recourant fait valoir qu'il n'a pas été informé de son droit au libre passage au moment de la résiliation de son contrat de travail. En outre, il n'avait aucune raison de faire opposition à la décision du 5 février 2014 mettant fin aux prestations qui correspondait à son souhait « pour sortir de sa situation ». Le recourant indique être à nouveau en incapacité de travail depuis le 10 octobre 2014 et fait valoir en tout cas implicitement un droit aux indemnités journalières. Il s'en prend également à la manière dont sa demande de prestations de l'assurance-invalidité a été traitée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il expose en détail l'historique de l'évolution de son état de santé.

Par réponse du 14 juillet 2015, l'intimée Z.\_\_\_\_\_ a indiqué en substance que le recourant était passé à l'assurance individuelle avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2013 suite à la résiliation des rapports de travail avec son employeur intervenue pour le 31 mai 2013. Selon l'art. 11 ch. 2 let. g des conditions générales, la couverture d'assurance du recourant en tant que travailleur frontalier s'était terminée en même temps que le droit aux prestations soit le 9 février 2014, l'intimée ayant mis fin aux prestations pour cette date par décision du 5 février 2014. Subsidiairement, l'intimée a fait valoir que la résiliation était également valable du fait du non-paiement des primes conformément à l'art. 23 ch. 5 des conditions générales.

Dans sa réplique du 23 septembre 2015, le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir respecté son droit au libre passage, invoquant la violation des art. 70 et 71 LAMal ainsi que de l'art. 27 LPGA. Il soutient que la décision du 30 décembre 2014 ne serait pas liée au problème posé

et violerait l'art. 49 LPGA. Il invoque que son dossier ne serait pas complet et requiert la production du rapport du Dr X.\_\_\_\_\_. Le recourant fait également valoir des arguments en lien avec son état de santé et sa situation personnelle. A l'appui de son écriture, il produit diverses pièces en lien notamment avec le traitement de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il ressort de ces pièces que le recourant a bénéficié d'une indemnité journalière au sens de l'art. 18 RAI pendant un délai d'attente débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2014 et se terminant le 31 août 2014. En outre, l'OAI a octroyé au recourant un reclassement professionnel sous la forme d'une mesure pré-stage en entreprise auprès de la Fondation [...] et a versé des indemnités journalières pendant la période du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 12 octobre 2014.

Le 7 octobre 2015, le magistrat instructeur a attiré l'attention du recourant sur le fait que l'objet du litige était constitué par la résiliation du contrat de l'assurance d'indemnité journalière, ce qui pouvait conduire le recourant à devoir payer des primes mensuelles supplémentaires. Par conséquent, le magistrat instructeur a interpellé le recourant sur le maintien ou non de son recours.

Dans sa duplique du 9 octobre 2015, l'intimée s'est référée à la réglementation contenue aux art. 7 al. 4 OAMal ainsi qu'à l'art. 11 al. 2 let. g des conditions générales.

Le 22 octobre 2015, le recourant a maintenu son argumentation tout en exposant qu'il avait dû solliciter l'ouverture d'un dossier en surendettement auprès de la Banque de France compte tenu de sa situation financière. Il demandait que « le préjudice financier, moral, psychique soit reconnu » et que « son droit aux prestations soit validé ainsi que le respect de l'ensemble de tous ses droits ».

Le 5 novembre 2015, le recourant a indiqué maintenir son recours. Le 16 novembre 2015, l'intimée a exposé qu'elle avait respecté ses obligations concernant le droit au libre-passage dans la mesure où elle avait donné au recourant la possibilité de maintenir son affiliation en

qualité de membre individuel dès le 1<sup>er</sup> juin 2013 soit le lendemain de la cessation de ses activités auprès de l'entreprise D. \_\_\_\_\_ SA.

Aucune autre mesure d'instruction n'a été ordonnée et le dossier a été gardé à juger.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Le présent litige concerne une assurance facultative d'indemnités journalières fondée sur les art. 67 ss LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (cf. art. 1 et 1a al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est seule litigieuse la résiliation de l'assurance d'une indemnité journalière du recourant avec effet au 28 février 2014 qui fait l'objet de la décision sur opposition et qui est contestée par le recourant.

Le recourant forme également des conclusions relatives à son droit à des prestations de la part de l'intimée, notamment sous la forme d'indemnités journalières. Ses conclusions à cet égard doivent être déclarées irrecevables dans la mesure où elles excèdent l'objet du litige. On relève en outre que la décision du 5 février 2014, qui est entrée en force, a définitivement tranché la question du droit aux prestations du recourant en lien avec l'incapacité de travail ayant débuté le 6 novembre 2013. Pour le surplus, la question de savoir si le recourant a droit à des prestations pour des incapacités de travail intervenues postérieurement dépend de la solution du présent litige. Dès lors que la question de la capacité de travail du recourant n'est pas litigieuse *in casu*, il convient aussi de rejeter les requêtes du recourant tendant à la production de rapports médicaux qui ne revêtent pas d'intérêt pour la résolution du présent litige.

En outre, les griefs du recourant concernant la procédure opposant ce dernier à l'OAI excèdent le cadre du présent litige et doivent également être déclarés irrecevables.

Le recourant fait encore valoir avoir été « mal traité » par l'intimée et demande une reconnaissance de son préjudice « financier, moral et physique ». Il est douteux que ces conclusions soient suffisamment précises pour être recevables. Quoiqu'il en soit, elles doivent de toute manière être rejetées dans la mesure où aucun comportement illicite ne peut, à première vue, être reproché à l'intimée.

Il convient donc uniquement d'examiner plus avant si la décision de l'intimée de résilier avec effet rétroactif au 28 février 2014 la couverture du recourant au motif que l'incapacité de travail avait pris fin est conforme à la loi et, si tel n'est pas le cas, pour quel motif et pour quelle date une résiliation de la couverture pouvait intervenir.

**3. a)** Aux termes de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, 1<sup>e</sup> phrase).

**b)** Selon l'art. 71 al. 1 LAMal, lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées ; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu. L'art. 71 al. 2 LAMal précise que l'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

Selon la jurisprudence (ATF 127 III 106), le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation ; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours. Pour l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal, le droit s'éteint, notamment, en cas de résiliation par l'assuré de l'assurance ou par son exclusion, qui peut être prononcée par l'assureur sous certaines conditions (ATF 125 V 106 consid. 3).

Lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie (TFA K 100/96 du 23 septembre 1997, reproduit *in* SVR 1998 KV 5 consid. 5c). C'est pourquoi l'art. 71 LAMal prévoit que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (« libre passage » ; cf. également Rémy WYLER/Boris HEINZER, *Droit du travail*, 3<sup>e</sup> éd., Berne 2014, p. 257 ss).

Un domicile en Suisse n'est notamment pas une condition du libre passage pour les travailleurs frontaliers (TFA K 87/05 du 18 octobre 2006, consid. 2.4 ; Gebhard EUGSTER, *Rechstprechung des Bundesgerichts zum KVG*, Zurich/Bâle /Genève 2010, n° 3 ad art. 71 KVG).

**c)** L'assureur est autorisé à prononcer l'exclusion de l'assuré qui atteint la limite d'âge de 65 ans, qui transfère son domicile à l'étranger ou qui abandonne définitivement une activité lucrative en Suisse (EUGSTER, *op. cit.*, n° 7 ad art. 67 KVG et les réf. citées). Le rapport d'assurance prend alors fin sans que l'exercice d'un droit formateur (« Gestaltungserklärung ») soit nécessaire. Il en va de même en cas d'épuisement du droit aux prestations au sens de l'art. 72 al. 3 LAMal (EUGSTER, *loc. cit.*).

L'assureur peut également résilier de manière unilatérale le contrat en présence de violations graves aux règles qui rendent intolérable la continuation du contrat avec l'assuré. Selon la jurisprudence (ATF 111 V 318 consid. 3), le simple retard dans le paiement des primes, qui n'est pas accompagné de circonstances aggravantes, n'est pas suffisant. Le principe de la proportionnalité doit être respecté (cf. Philippe

GNAEGI, Le droit du travailleur au salaire en cas de maladie, coll. Le droit du travail en pratique vol. 13, Zurich 1996, p. 146).

**4. a)** En l'espèce, le recourant formule d'abord plusieurs griefs en lien avec son droit au libre passage dans l'assurance individuelle au sens de l'art. 71 LAMal.

Il ressort de la lettre de résiliation de D. \_\_\_\_\_ SA du 20 mars 2013 qui figure au dossier que le contrat de travail du recourant a été résilié par son employeur pour le 31 mai 2013 et non pour le 30 novembre 2013, comme le retient à tort la décision attaquée. En tant que travailleur frontalier, le recourant bénéficie du droit au libre passage dans l'assurance individuelle. Toutefois, l'intimée ne l'a informé de son droit de passage dans l'assurance individuelle qu'en date du 27 novembre 2013. Il s'ensuit que, conformément à ce que prévoit l'art. 71 al. 2 LAMal, le recourant est resté dans l'assurance collective jusqu'au moment où il a accepté l'offre de l'assurance de passer dans l'assurance individuelle, soit dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013, le contrat ayant été automatiquement reconduit pour l'année 2014.

Pour le surplus, les conditions dans lesquelles le recourant a été informé de son droit au libre passage ne sont pas déterminantes pour résoudre le présent litige. On peut donc écarter les moyens soulevés par le recourant dans la mesure où ils concernent son passage dans l'assurance individuelle.

**b)** Le recourant conteste ensuite la résiliation de sa couverture d'assurance avec effet au 28 février 2014.

L'intimée se prévaut de l'art. 11 ch. 2 let. g de ses conditions générales (édition 01.01.2011) dont la teneur est la suivante : « Sous réserve du droit au libre passage des lettres a., b., et i., la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations ». Selon

l'interprétation que fait l'intimée de cette disposition, le droit du travailleur frontalier aux prestations cesserait dès la fin de son incapacité de travail. L'expression « sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations » ne signifierait pas que l'assuré frontalier doit épuiser son droit aux prestations avant la résiliation de sa couverture mais que celle-ci doit être résiliée lorsque l'assuré a épuisé son droit aux prestations.

En règle générale, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations ne prennent fin qu'avec l'épuisement du droit aux prestations (art. 11 al. 2 let. e des conditions générales) et non avec la fin de l'incapacité de travail. Il en résulte pour les travailleurs frontaliers que lorsque l'épuisement du droit aux prestations intervient avant la fin de l'incapacité de travail, la couverture d'assurance cesse déjà lorsque le droit aux prestations est épuisé. C'est dans ce sens qu'il convient de comprendre l'expression « sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations » figurant à l'art. 11 al. 2 let. g des conditions générales de l'intimée.

Pour le surplus, l'assurance facultative d'indemnités journalières ne prend en principe pas fin en même temps que l'incapacité de travail. Cette cause de suppression de la couverture n'est prévue que pour les travailleurs frontaliers en qualité de membres individuels. Elle s'explique par le fait que le libre passage est limité au territoire suisse (GNAEGI, *op. cit.*, p. 140) et a pour but d'éviter que des personnes qui n'ont pas de lien suffisant avec le territoire suisse puissent bénéficier de la couverture d'une assurance individuelle d'indemnités journalières.

Dans un arrêt K 96/02 du 1<sup>er</sup> avril 2004 (consid. 6.3., cité par EUGSTER, *op. cit.*, n° 3 ad art. 71 KVG), le Tribunal fédéral des assurances avait laissé indécise la question de savoir si le droit fédéral autorisait la pratique d'une assurance individuelle d'indemnités journalières au sens de la LAMal de mettre fin à la couverture des travailleurs frontaliers en cas de fin de l'activité lucrative en Suisse ou, s'ils sont restés dans l'assurance en raison d'une incapacité de travail, à la fin de celle-ci. S'agissant d'un régime facultatif rattaché à l'assurance-maladie, on peut également

s'interroger sur la conformité d'une telle clause avec l'art. 8 de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu le 21 juin 1999 entre la Suisse et l'Union européenne ainsi que ses Etats membres (RS 0.142.112.681) ainsi que son annexe II (cf. sous l'empire de l'ancienne réglementation communautaire déjà Bettina KAHIL-WOLFF, L'accord sur la libre circulation des personnes Suisse-CE et le droit des assurances sociales, SJ 2001 II, p. 81 ss, spéc. p. 131 et art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ; RS 0.831.109.268.1). Comme on le verra, la question de savoir si la clause visant spécifiquement les travailleurs frontaliers est conforme au droit fédéral et international peut également rester indécise dans le cadre du présent litige.

**c)** En l'espèce, l'intimée a rendu le 5 février 2014 une décision constatant que la capacité de travail du recourant était de 100 % au plus tard le 20 janvier 2014 et mettant fin aux prestations pour le 9 février 2014. Le recourant n'a pas fait opposition à cette décision si bien qu'elle est entrée en force. Il est par ailleurs constant que le recourant n'a pas épuisé son droit aux prestations.

Toutefois, l'intimée a continué à se comporter comme si la couverture d'assurance du recourant n'avait pas pris fin. En particulier, elle a continué à lui réclamer le paiement des primes mensuelles en lui adressant trimestriellement des factures à cet effet. Elle a ensuite sommé le recourant de lui verser les primes puis, par courrier recommandé du 25 septembre 2014, a résilié la couverture d'assurance en invoquant le non-paiement des primes par le recourant. Ce n'est que dans sa décision du 30 décembre 2014, sollicitée par le recourant, que l'intimée a invoqué pour la première fois l'art. 11 al. 2 let. g de ses conditions générales et considéré que la couverture d'assurance avait été résiliée au 9 février 2014, voire au 28 février 2014, les décisions de l'assurance étant au demeurant contradictoires sur ce dernier point.

Un tel comportement contrevient aux règles de la bonne foi (art. 2 CC) dans la mesure où le recourant, qui ne s'était pas opposé à la

décision mettant fin à ses prestations et auquel des primes mensuelles avaient été adressées, pouvait légitimement comprendre que les rapports d'assurance continuaient. Dans la mesure où elle se prévaut de la fin de l'incapacité de travail du recourant pour mettre fin à la couverture d'assurance, la décision attaquée ne peut donc pas être confirmée.

**d)** A titre subsidiaire, l'intimée fait valoir que la résiliation de la couverture d'assurance serait justifiée conformément à l'art. 23 ch. 5 des conditions générales par le retard du recourant dans le paiement de ses primes mensuelles.

Selon l'art. 23 ch. 5 des conditions générales de l'intimée, « si le preneur d'assurance est en retard dans le paiement de deux primes au moins, l'assureur est en droit de résilier le contrat pour la fin d'un mois, moyennant un préavis d'un mois. La résiliation doit être envoyée en courrier recommandé ». Il résulte de l'art. 23 ch. 4 que cette résiliation doit être précédée de l'envoi au débiteur d'une sommation comportant un délai de 14 jours au moins pour s'acquitter des montants arriérés ainsi qu'un rappel des conséquences de la demeure.

En l'espèce, l'intimée a adressé le 23 juillet 2014 un courrier au recourant lui impartissant un délai au 15 août 2014 pour régler les primes échues depuis le 1<sup>er</sup> mai 2014, à défaut de quoi elle résilierait la couverture du recourant avec effet au 31 juillet 2014. Par courrier recommandé du 25 septembre 2014, l'intimée a constaté que le recourant ne s'était pas acquitté des arriérés et a résilié le contrat avec effet au 31 juillet 2014.

Il ressort du dossier que le recourant a versé à l'intimée des montants de 370 fr. 80 correspondant à celui de la prime mensuelle en date des 11 août 2014, 17 septembre 2014 et 25 octobre 2014.

L'intimée n'a pas respecté la procédure prévue par l'art. 23 ch. 5 de ses conditions générale. Cette clause ne permet en effet pas à l'assureur de résilier la couverture d'assurance avec effet rétroactif mais

pour la fin d'un mois moyennant un préavis d'un mois, lequel débute avec l'envoi du recommandé : la résiliation adressée par courrier recommandé le 25 septembre 2014 ne pouvait donc déployer ses effets qu'au plus tôt le 31 octobre 2014 et non pour le 31 juillet 2014. Ensuite, deux des primes ayant fait l'objet de la sommation du 23 juillet 2014 ont été payées par le recourant avant l'envoi du courrier recommandé du 25 septembre 2014 si bien qu'il n'était plus en retard dans le paiement de deux primes au moins, aucune autre sommation ne figurant au dossier.

En conclusion, on retiendra que la résiliation de la couverture d'assurance n'est pas intervenue valablement.

**6. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition du 11 mai 2015 annulée.

Il s'ensuit que le recourant pourrait faire valoir des prétentions à l'encontre de l'intimée pour les incapacités de travail qu'il a subies postérieurement au 9 février 2014, le recourant étant quant à lui tenu de verser le montant des primes mensuelles jusqu'à l'échéance du contrat.

Dans la mesure où l'assurance n'a en l'état pas instruit ce point ni a fortiori rendu de décision, il se justifie de lui renvoyer la cause pour qu'elle statue sur les éventuelles prétentions du recourant.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel (art. 61 let. a et g LPGA, 45 et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est partiellement admis ;

**II.** La décision sur opposition rendue par Z.\_\_\_\_\_ le 11 mai 2015 est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'elle examine si le recourant J.\_\_\_\_\_ a droit au paiement de prestations pour la période postérieure au 9 février 2014 ;

**III.** Les autres conclusions du recourant sont rejetées dans la mesure où elles sont recevables ;

**IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- J.\_\_\_\_\_,
- Z.\_\_\_\_\_,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :