

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> juin 2026

Composition : Mme BERBERAT, juge unique  
Greffière : Mme Hentzi

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourante,

et

**HELSANA ASSURANCES SA**, à Lausanne, intimée.

**Art. 7 LaMal**

**En fait :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\*, était affiliée auprès d'Helsana Assurances SA (ci-après : Helsana ou l'intimée) pour l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie sous le numéro de police [...]. Le montant des primes pour l'année 2024 s'élevait à 454 fr. 65 par mois.

Le 2 novembre 2023, l'assurée a adressé à Helsana un courrier recommandé indiquant qu'elle résiliait son contrat d'assurance avec effet « au 31 décembre 2024 ».

Par courrier du 7 novembre 2023, Helsana a confirmé la réception de la résiliation le 6 novembre 2023 pour le 31 décembre 2024.

Par courriel du 16 janvier 2024, Helsana a indiqué, à la suite de la demande de l'assurée, qu'elle acceptait de corriger la date de résiliation au 31 décembre 2023.

Par courrier du même jour, Helsana a confirmé la réception de la résiliation le 6 novembre 2023 et a indiqué ce qui suit :

« Nous vous informons que nous pourrions résilier l'assurance obligatoire des soins BASIS selon la LaMal à partir du 31.12.2023 uniquement si nous recevons l'attestation d'assurance de votre nouvel assureur-maladie (la police d'assurance ne tient pas lieu d'attestation). »

Le 18 février 2024, Helsana a informé l'assurée qu'elle n'avait pas reçu la confirmation d'admission de son nouvel assureur. Celle-ci étant indispensable pour procéder à la résiliation du contrat, elle était contrainte de maintenir le rapport d'assurance dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Par courriel du même jour, l'assurée a indiqué qu'elle avait bien reçu une confirmation d'affiliation du B.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : B.\_\_\_\_\_), de sorte que la résiliation avait bien pris effet au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Par courriel du 19 février 2024, l'assurée a expliqué que l'attestation d'affiliation du B. \_\_\_\_\_ avait été envoyée, à tort, à une autre assurance. Malgré cette erreur d'adresse, cette attestation demeurait valide et indiquait qu'elle était assurée auprès du B. \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Elle a joint une copie de l'attestation du 24 janvier 2024 du B. \_\_\_\_\_ adressée à [...], indiquant que l'intéressée était assurée auprès d'E. \_\_\_\_\_ SA dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Le 29 février 2024, Helsana a reçu, par le biais du système électronique de communication SASIS entre assureurs, l'information selon laquelle l'assurée était affiliée auprès d'E. \_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024 (cf. courriel du 15 octobre 2025).

Par courrier du 6 mars 2024, Helsana a informé l'assurée que l'attestation du nouvel assureur-maladie ne lui était parvenue qu'au mois de février 2024, de sorte qu'elle était tenue de maintenir son affiliation jusqu'au 29 février 2024 et de lui facturer les primes afférentes à cette période.

Le 17 mars 2024, le B. \_\_\_\_\_ a adressé une attestation à Helsana confirmant que l'assurée était désormais affiliée à E. \_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> mars 2024.

L'assurée ne s'étant pas acquittée des primes LAMal des mois de janvier et février 2024, une menace de poursuite lui a été adressée le 24 septembre 2024 pour un montant comprenant notamment les primes LAMal de janvier et février 2024 de l'assurée, par 909 fr. 30, sous déduction d'un paiement de 736 fr. 35, ainsi que les primes dues pour son fils de janvier à mai 2024, des frais de rappel et des intérêts. Le montant n'ayant pas été acquitté, Helsana a introduit une poursuite (n° \*\*\*) à laquelle l'assurée a formé opposition.

Par décision du 17 décembre 2024, Helsana a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° \*\*\*.

Par courrier du 27 janvier 2025, Helsana a confirmé avoir reçu l'opposition formée par l'assurée à l'encontre de la décision de mainlevée et a indiqué que la procédure demeurerait suspendue jusqu'à droit connu sur la question de la résiliation, précisant qu'une décision sur opposition serait rendue une fois la situation clarifiée.

Par décision du 13 février 2025, Helsana a considéré que l'assurée demeurait affiliée pour les mois de janvier et février 2024, dès lors que l'attestation de son nouvel assureur ne lui était parvenue que le 17 mars 2024 [recte : le 29 février 2024].

Le 28 février 2025, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision. Elle a fait valoir, pour l'essentiel, qu'elle avait valablement résilié son contrat d'assurance avec Helsana pour le 31 décembre 2023 et qu'elle bénéficiait d'une nouvelle assurance auprès du B. \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Par courrier du 9 juillet 2025, l'assurée a confirmé les conclusions de son opposition.

Aux termes de deux comptes rendus téléphoniques du 11 septembre 2025 entre Helsana et B. \_\_\_\_\_, il apparaît que l'attestation établie en janvier 2024 avait été adressée par erreur à [...], l'assurée ayant mentionné cet assureur dans son formulaire d'adhésion tout en joignant une police d'assurance Helsana, ce qui aurait toutefois dû permettre au B. \_\_\_\_\_ d'identifier le bon assureur destinataire. B. \_\_\_\_\_ a en outre confirmé qu'il n'existait pas de double affiliation et que l'intéressée était assurée auprès de lui à compter du 1<sup>er</sup> mars 2024.

Par décision sur opposition du 16 septembre 2025, Helsana a rejeté l'opposition formée par l'assurée le 28 février 2025. En substance, elle a expliqué que ce n'était pas la résiliation de l'assurée qui faisait défaut mais l'attestation de sa nouvelle assurance, document qui ne lui était parvenu que le 29 février 2024. En outre, B. \_\_\_\_\_ avait confirmé que

l'affiliation auprès de lui n'avait commencé que le 1<sup>er</sup> mars 2024, de sorte qu'il n'existait pas de situation de double assurance.

**B.** Par acte du 8 octobre 2025, A. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation. En substance, elle a fait valoir que la résiliation de son assurance de base était valable au 31 décembre 2023 et qu'il était contraire au principe légal applicable ainsi qu'excessivement formaliste de considérer qu'elle ne prenait effet qu'à fin février 2024. Elle soutenait qu'il était d'usage que les attestations soient échangées entre assureurs dans les premiers mois de l'année suivante et que l'attestation établie par B. \_\_\_\_\_ le 23 janvier 2024 avait dès lors été transmise en temps utile. Au demeurant, elle considérait que ces dysfonctionnements relevaient exclusivement des échanges administratifs entre assureurs et non de sa responsabilité. En outre, elle affirmait avoir effectivement été assurée auprès du B. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2024, ce qui confirmait la validité de la résiliation auprès d'Helsana. Elle reprochait encore à Helsana d'avoir omis de tenir compte d'un courriel du 6 janvier 2024 [recte : 16 janvier 2024], dans lequel la résiliation au 31 décembre 2023 avait été confirmée sans réserve ni condition liée à la production d'une attestation complémentaire. Enfin, elle dénonçait une gestion administrative et comptable confuse des primes et des poursuites engagées à son encontre. A son recours, l'assurée a joint divers justificatifs relatifs à la résiliation de son assurance auprès d'Helsana et à son affiliation auprès du B. \_\_\_\_\_, ainsi que plusieurs documents concernant les poursuites engagées à son encontre par Helsana.

Dans sa réponse du 30 octobre 2025, Helsana a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Pour l'essentiel, elle a expliqué que la fin de l'affiliation au 29 février 2024 résultait de la communication tardive de l'attestation du nouvel assureur. Pour qu'un changement d'assureur prenne effet au 1<sup>er</sup> janvier, la communication devait parvenir à l'ancien assureur au plus tard le 31 décembre, de sorte que l'échange des attestations en janvier ou février ne pouvait être considéré comme conforme au droit. En outre, l'attestation du B. \_\_\_\_\_ du 23 janvier

2024 ne lui avait jamais été transmise et elle n'avait été informée de la nouvelle affiliation que le 29 février 2024 par le biais du système SASIS. Elle relevait qu'une attestation ultérieure du 17 mars 2024 confirmait que l'affiliation auprès du B. \_\_\_\_\_ ne débutait qu'au 1<sup>er</sup> mars 2024, ce qui invalidait l'attestation du 23 janvier 2024. S'agissant du courriel du 16 janvier 2024 invoqué par l'assurée, un courrier adressé le même jour rappelait expressément que la résiliation au 31 décembre 2023 demeurait subordonnée à la réception de l'attestation du nouvel assureur, de sorte que l'assurée ne pouvait ignorer le caractère conditionnel de cette résiliation.

Par réplique du 27 novembre 2025, l'assurée a indiqué qu'elle contestait le fait que l'attestation du nouvel assureur devait impérativement parvenir à l'ancien assureur avant le 31 décembre, faisant valoir qu'aucune disposition ne prévoyait une telle exigence. Selon elle, la transmission d'une attestation constituait uniquement une pratique administrative destinée à garantir la continuité de la couverture et à éviter les doubles affiliations, mais non une obligation légale opposable à l'assuré. Enfin, les seuls éléments déterminants étaient qu'il y avait eu une continuité de couverture auprès du B. \_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et l'absence de double affiliation.

Dans sa duplique du 10 décembre 2025, Helsana a derechef conclu au rejet du recours.

### **En droit :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que la recourante était affiliée auprès d'elle pour les mois de janvier et février 2024, malgré sa demande de résiliation pour le 31 décembre 2023.

**3. a)** Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (cf. ATF 126 V 265 consid. 3b et la référence citée). Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour les soins en cas de maladie pour toute personne domiciliée en Suisse (cf. art. 3 al. 1 LAMal).

**b)** En vertu de l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (al. 5). Lorsque

le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (al. 6).

Selon la jurisprudence développée en lien avec cette disposition (cf. ATF 130 V 448 consid. 4), en cas de changement d'assureur dans l'assurance obligatoire, une double assurance est exclue, de sorte que le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur peut seulement débiter lorsque l'ancien prend fin. La communication tardive, soit après la date de résiliation du contrat, conduit à un report de la fin des rapports contractuels mais ne touche pas la validité de la résiliation. Cela a pour conséquence que le rapport d'assurance ne prend pas fin tant que la communication du nouveau à l'ancien assureur n'a pas eu lieu. La tardivité de la communication est toutefois susceptible d'engager la responsabilité de l'un des deux assureurs (cf. TF 9C\_51/2016 du 2 novembre 2016, consid. 5.2).

En cas de communication tardive, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'information tardive est parvenue à l'assureur précédent (cf. ATF 127 V 38 ; cf. TF 9C\_229/2011 du 30 novembre 2011 consid. 3.3).

**c)** En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a valablement résilié son contrat d'assurance auprès de Helsana le 2 novembre 2023. Contrairement à ce qu'elle semble soutenir, la validité de cette résiliation n'est pas remise en cause dans la présente procédure. Le litige porte uniquement sur la date à laquelle cette résiliation a effectivement produit ses effets.

Cela étant, il ressort du dossier que l'attestation du nouvel assureur B.\_\_\_\_\_ n'est parvenue à Helsana que le 29 février 2024 par le biais du système SASIS, l'attestation établie le 24 janvier 2024 ayant été transmise par erreur à un autre assureur, ce que B.\_\_\_\_\_ a lui-même admis. A cet égard, la recourante soutient qu'aucune disposition n'imposerait qu'une telle attestation soit transmise avant le 31 décembre 2023 à l'ancien assureur. Cette argumentation ne saurait toutefois être

suivie. En effet, selon la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 3b), lorsqu'un nouvel assureur communique tardivement la continuation de l'assurance, le rapport d'assurance auprès de l'ancien assureur ne prend fin qu'à la fin du mois au cours duquel cette communication lui parvient. Il s'ensuit qu'Helsana n'avait d'autre choix que de reporter la fin du rapport d'assurance au 29 février 2024, soit à l'issue du mois au cours duquel l'information tardive lui était parvenue. La confirmation de résiliation adressée le 16 janvier 2024 par courriel à la recourante n'y change rien, d'autant plus que l'intimée avait d'emblée attiré son attention sur cette éventualité par courrier du même jour en indiquant expressément que la résiliation ne pourrait produire ses effets qu'à réception d'une attestation du nouvel assureur. En outre, B. \_\_\_\_\_ a lui-même confirmé, dans une attestation du 17 mars 2024, que la couverture d'assurance auprès de lui ne débutait que le 1<sup>er</sup> mars 2024, de sorte qu'il n'existe aucune situation de double assurance. Pour le surplus, les critiques de la recourante relatives aux incohérences alléguées dans le traitement du dossier, à la procédure de mainlevée ou encore au comportement de l'intimée ne sont pas propres à remettre en cause l'application des règles précitées. La position de l'intimée échappe ainsi à la critique et l'argumentation de la recourante ne peut qu'être rejetée.

Enfin, il convient de relever que la recourante soutient à juste titre que le retard dans la transmission de l'attestation ne lui est pas directement imputable, ce que B. \_\_\_\_\_ a par ailleurs admis. Cette circonstance ne modifie toutefois pas l'issue du litige. A cet égard, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal et à la jurisprudence précitée, lorsque la communication du nouvel assureur intervient tardivement, celui-ci répond du dommage qui en résulte pour l'assuré, notamment de la différence de prime. Il appartiendra dès lors à la recourante, le cas échéant, de faire valoir ses prétentions en réparation à l'encontre du nouvel assureur.

**d)** Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le rapport d'assurance ne prenait fin qu'au 29 février 2024, de sorte que la recourante demeurait affiliée auprès d'elle pour les mois de janvier et février 2024.

**4. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**b)** La procédure ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 61 let. <sup>fbis</sup> LPGA, elle donne lieu en principe à la perception de frais de justice à charge de la partie qui succombe (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD). Il y est cependant renoncé dans le cas d'espèce, au vu des circonstances (art. 50 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 septembre 2025 par Helsana Assurances SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- A. \_\_\_\_\_,
- Helsana Assurances SA,
- 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 :