

5S 2007-368

## Arrêt du 11 juin 2010

### COUR DES ASSURANCES SOCIALES

COMPOSITION      Présidente suppléante :    Anne-Sophie Peyraud  
                          Assesseurs :                Bruno Kaufmann, Jean-Marc Kuhn  
                          Greffier-rapporteur :      Karim Hichri

PARTIES            **X., recourant**, représenté par Me Dominique Morard, avocat, rue Albert-  
                          Rieter 9, case postale 236, 1630 Bulle,  
  
                          contre  
  
                          **ASSURA ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS**, En Budron A1, case  
                          postale 4, 1052 Le Mont-sur-Lausanne, **autorité intimée**,

OBJET              Assurance-maladie  
  
                          Recours du 21 septembre 2007 contre la décision sur opposition du  
                          22 août 2007

**c o n s i d é r a n t e n f a i t**

A. X., né en 1975, arrivé en Suisse en janvier 2006, a signé le 1<sup>er</sup> mai 2006 une proposition d'assurance qui lui a été soumise par un agent travaillant auprès de Z. SA. Celle-ci portait sur une assurance obligatoire des soins (ci-après: assurance de base) et sur une assurance de capital en cas d'hospitalisation (ci-après: assurance complémentaire).

Le 27 juillet 2006, Assura, assurance maladie et accident, (ci-après: Assura), au Mont-sur-Lausanne, l'a contacté pour lui expliquer que les informations ressortant de la proposition d'assurance qu'elle avait reçue ne permettaient pas de déterminer s'il était déjà au bénéfice d'une couverture pour les accidents professionnels et non-professionnels, de sorte qu'elle avait l'obligation de les inclure dans l'assurance de base. Elle l'a toutefois averti qu'elle la suspendrait dès réception d'une attestation de sa part confirmant une telle couverture. Elle l'a également informé qu'elle limitait sa couverture à l'assurance de base, excluant ainsi la complémentaire, et lui a par conséquent demandé s'il maintenait sa demande d'affiliation en lui impartissant un délai de réponse au 10 août 2006, à l'échéance duquel celle-ci serait enregistrée avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2006 [recte: 1<sup>er</sup> mai 2006]. L'intéressé ne s'est pas manifesté dans le délai imparti.

En raison du non paiement de ses primes des mois de mai à décembre 2006, Assura a requis l'ouverture d'une poursuite (n° \_\_\_\_\_) à son encontre auprès de l'office des poursuites (ci-après: l'office), lequel lui a notifié le 9 février 2007 un commandement de payer d'un montant de 2'064 francs, avec intérêt à 5% l'an dès le 15 décembre 2006, et accessoires. L'assuré ayant formé opposition, Assura l'a levée par décision du 19 avril 2007 et l'a reconnu débiteur de la somme de 2'177 francs, intérêt non compris. N'ayant pas fait l'objet d'une opposition, dite décision est entrée en force.

Entre-temps, soit le 16 février 2007, en raison du non paiement de ses primes du mois de janvier et de février 2007, Assura lui a adressé un 1<sup>er</sup> rappel portant sur la somme de 508 francs, soit 249 francs par prime et 10 francs de frais de rappel, tout en l'avertissant que, faute de paiement, elle engagerait une poursuite à son encontre et que des intérêts moratoires lui seraient facturés. Le 14 mars 2007, elle l'a mis en demeure pour un montant de 787 francs, correspondant à la somme de 508 francs cumulée de 30 francs de frais de sommation et de 249 francs relative à la prime du mois de mars restée ouverte. Le 30 avril 2007, elle a déposé une réquisition de poursuite (n° \_\_\_\_\_) auprès de l'office, lequel a notifié à l'assuré un nouveau commandement de payer le 9 mai 2007 pour un montant de 747 francs, avec intérêt à 5% l'an dès le 14 mars 2007, et de 40 francs de frais administratifs. Les frais d'établissement se sont montés à 55 francs, incluant 5 francs de frais d'encaissement. Celui-ci a fait opposition le jour-même et a renoncé, par courrier du 2 juin 2007, à la proposition d'assurance avec effet immédiat. Assura a levé dite opposition par décision du 20 juin 2007 pour la somme de 837 francs, intérêt non compris.

Par courrier du 29 juin 2007, l'office a informé l'assuré du dépôt, par Assura, d'une réquisition de continuer la poursuite n° \_\_\_\_\_ et l'a averti de la possibilité de soulever une des exceptions prévues à l'art. 81 al. 2 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP; RS 281.1) dans un délai de 10 jours dès réception dudit courrier; à défaut, la saisie serait exécutée. Le 12 juillet 2007, l'assuré a fait valoir, par courrier, les exceptions de non-représentation et de non-citation valables auprès de

l'office. Le lendemain, ce dernier a par conséquent invité Assura à s'adresser au juge de la mainlevée au for de la poursuite afin d'obtenir un jugement lui permettant de requérir la continuation de la poursuite.

Par un second courrier également daté du 12 juillet 2007, l'assuré a fait opposition à la décision de mainlevée du 20 juin 2007 portant sur la poursuite n°\_\_\_\_\_.

Une nouvelle réquisition de poursuite (n°\_\_\_\_\_) ayant été déposée par Assura en raison du non paiement par l'assuré des primes des mois d'avril à juin 2007, l'office lui a notifié le 10 août 2007 un commandement de payer portant sur un montant de 747 francs, avec intérêt à 5% l'an dès le 16 juin 2007, et accessoires, lequel a derechef fait l'objet d'une opposition.

Dans son courrier du 22 août 2007, Assura a précisé, s'agissant de la poursuite n°\_\_\_\_\_, qu'elle se référait à la décision de mainlevée de l'opposition du 19 avril 2007. Le même jour, toutefois par décision sur opposition formelle, elle a en outre confirmé sa décision du 20 juin 2007 et la mainlevée de l'opposition au commandement de payer n°\_\_\_\_\_.

B. Contre cette décision sur opposition, X., représenté par Me Dominique Morard, avocat à Bulle, interjette un recours de droit administratif auprès de l'ancien Tribunal administratif en date du 21 septembre 2007. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision querellée et à la constatation qu'il n'est pas l'obligé d'Assura, partant, qu'il ne lui doit ni la somme de 787 francs avec intérêt à 5% dès le 14 mars 2007 sur le montant de 747 francs, ni aucune autre somme au demeurant. A cet égard, il déclare notamment que son affiliation forcée ne respecte pas le libre choix de l'assureur et méconnaît les règles protectrices contenues dans la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1).

Par courrier du 28 septembre suivant, il produit, d'une part, la mise en demeure envoyée par Assura le 12 septembre 2007 concernant le non paiement des primes des mois de juillet à septembre 2007 et, d'autre part, la décision de mainlevée relative à la poursuite n°\_\_\_\_\_ par laquelle elle le reconnaît débiteur du montant de 837 francs, intérêt non compris. Il ajoute que dit courrier vaut opposition à cette décision.

Le 9 octobre 2007, il verse au dossier une attestation d'affiliation auprès de la Caisse maladie Visana valable dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007 et, le 18 octobre suivant, il dépose les correspondances d'Assura datées du 12 et du 16 octobre 2007 par lesquelles cette dernière restreint le litige à la période courant du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 30 juin 2007, l'intimée ayant, à bien plaisir, mis fin à sa couverture d'assurance à cette date.

Dans ses observations du 2 novembre 2007, Assura, tout en rappelant les faits de la cause, conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision, affirmant notamment que l'assuré lui est valablement affilié depuis le 1<sup>er</sup> mai 2006. Elle ajoute que le recours est non pas dirigé contre elle, mais contre Assura SA, soit une entité juridique distincte de la sienne, et s'en remet à justice concernant les conséquences de cette désignation inexacte.

Dans un second échange d'écritures, les parties maintiennent leur position, le recourant rectifiant toutefois la désignation de l'autorité intimée dans ses contre-observations.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre elles.

Il sera fait état des arguments, développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## **e n d r o i t**

1. a) Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le Tribunal cantonal est l'autorité supérieure en matière civile, pénale et administrative (art. 1 al. 1, 13 al. 2 lit. b, 26, 27 de la loi cantonale du 14 novembre 2007 d'organisation du Tribunal cantonal [LOTG; RSF 131.1.1]).

b) Le recours est dirigé contre Assura SA et non pas contre Assura.

La désignation d'une partie qui est entachée d'une inexactitude purement formelle peut être rectifiée lorsqu'il n'existe dans l'esprit du juge et des parties aucun doute raisonnable sur l'identité de cette partie, notamment lorsque son identité résulte de l'objet du litige. La désignation manifestement inexacte d'une partie doit être clairement distinguée de la substitution de parties, qui pose un problème de qualité pour défendre et qui ne peut pas être simplement rectifiée (ATF 110 V 347 consid. 2; Fabienne Hohl, Procédure civile, Tome II, Berne, 2002, p. 95, n°1918).

Dans le cas d'espèce, la désignation erronée de l'autorité intimée constitue uniquement une inexactitude purement formelle. En effet, quand bien même Assura et Assura SA sont deux entités juridiques distinctes, il n'en demeure pas moins que l'assuré entend recourir contre la décision sur opposition émanant d'Assura, dont l'identité résulte expressément de dite décision. Cette dénomination inexacte a du reste été rectifiée par le recourant dans ses contre-observations du 21 février 2008, de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

Par ailleurs, le recourant conclut non seulement à être libéré du paiement des primes des mois de janvier à mars 2007, mais également de toute autre somme. Cette dernière conclusion est toutefois irrecevable, dès lors qu'elle sort de l'objet de la contestation déterminée par la décision attaquée. En effet, quand bien même la question à résoudre porte en définitive sur son affiliation à Assura, la première poursuite, relative à la décision de mainlevée du 19 avril 2007 entrée en force et ayant fait l'objet d'exceptions au sens de l'art. 81 al. 2 LP, échappe à la compétence de l'Instance de céans. La mise en demeure concernant les primes pour les mois de juillet à septembre 2007 est devenue sans objet, dès lors qu'Assura a expressément mis un terme, par courrier du 12 et du 16 octobre 2007, à son affiliation au-delà du 30 juin 2007, et la 3<sup>ème</sup> poursuite (n° \_\_\_\_\_) n'a quant à elle pas encore fait l'objet d'une décision sur opposition formelle.

Au demeurant, interjeté en temps utile et dans les formes légales requises par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2. a) Selon l'art. 3 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui

suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. L'art. 5 al. 1, 1<sup>ère</sup> phr., LAMal prévoit à cet égard que lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'art. 3 al. 1, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse.

L'art. 4 LAMal précise que les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'art. 11 et que les assureurs doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer.

D'après l'art. 6a al. 1 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal; RS 832.102]), les assureurs ne peuvent demander dans le formulaire d'affiliation que les données nécessaires à l'admission dans l'assurance obligatoire des soins ou au changement d'assureur.

Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (Tribunal fédéral, arrêt non publié P. [K 149/06] du 30.05.2007 consid. 3). A cet égard, une déclaration d'affiliation auprès de l'assureur est nécessaire (Tribunal administratif du canton de Fribourg, Cour des assurances sociales, arrêt publié X. [5S 00 247] du 08.03.2001 in: SVR 6/2002 KV n°27 p. 95). Selon la jurisprudence, l'affiliation résulte non pas d'un contrat mais d'un acte administratif, lequel n'est pas soumis à l'acceptation de l'assureur, à réception duquel ce dernier a l'obligation d'affilier l'assuré, de sorte que la demande d'affiliation déploie ses effets de manière automatique. L'assureur doit cependant examiner d'office s'il existe une obligation d'assurance. Par ailleurs, une révocation en tout temps de la déclaration d'affiliation ne serait pas compatible avec la sécurité du droit (ATF 132 V 166 consid. 8.5.2 et la référence citée; Tribunal administratif du canton de Fribourg, Cour des assurances sociales, arrêt non publié dans la cause 5S 2006 311 du 17 avril 2009).

b) En vertu de l'art. 8 LAMal, la couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20). L'assureur procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence (al. 1). Les accidents sont couverts en vertu de la présente loi dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie (al. 2).

Selon l'art. 9 LAMal, lors de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale, l'assureur doit, par écrit, attirer l'attention de l'assuré sur la possibilité de présenter une demande au sens de l'art. 8.

La suspension de la couverture des accidents, prévue à l'art. 8 de la loi, a lieu sur demande écrite de l'assuré et déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit cette demande (art. 11 al. 1 OAMal).

c) D'après l'art. 64a al. 1 LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai.

Par délégation de compétence de l'art. 64a al. 5 LAMal, le Conseil fédéral fixe les modalités de l'encaissement et de la procédure de rappel et règle les conséquences d'un

retard de paiement. A cet égard, il est prévu que les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 al. 1 OAMal, en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 juillet 2007; dès le 1<sup>er</sup> août 2007, cf. art. 90 OAMal).

Le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGa s'élève à 5% par année (art. 90 al. 2 OAMal, en vigueur jusqu'au 31 juillet 2007; dès le 1<sup>er</sup> août 2007, cf. art. 105a OAMal).

L'art. 90 OAMal, applicable aux primes échues avant le 1<sup>er</sup> août 2007 (cf. dispositions finales de la modification du 27 juin 2007), dispose que les arriérés de primes et de participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins doivent faire l'objet de sommations et de procédures de poursuite distinctes des autres retards de paiement éventuels (al. 3). Si l'assuré est en retard dans le paiement de trois primes mensuelles et qu'il n'a pas donné suite aux sommations qui lui ont été adressées, il doit être mis en poursuite pour la créance arriérée au plus tard 40 jours après la dernière sommation restée sans suite (al. 4). Si l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais de sommation ou des frais supplémentaires, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations (al. 5).

A cet égard, les conditions générales d'Assura prévoient notamment que l'assuré qui, après rappel, ne s'acquitte pas de ses redevances fait l'objet d'une mise en demeure. Si cette sommation n'est pas suivie d'un paiement intégral dans les 5 jours, l'assuré devient immédiatement redevable des primes dues jusqu'à la prochaine échéance et une procédure de recouvrement par voie de poursuite ou faillite est introduite (17.1).

Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (art. 90 al. 3 OAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 juillet 2007; dès le 1<sup>er</sup> août 2007, cf. art. 105b OAMal). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGa), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (Tribunal fédéral, arrêt non publié P. [9C\_730/2008] du 16.10.2008 consid. 3.1; ATF 126 V 265 consid. 4a).

Une caisse-maladie est ainsi en droit, postérieurement à la notification d'un commandement de payer frappé d'opposition, de rendre une décision levant formellement cette opposition; si ladite décision est devenue définitive et exécutoire (parce qu'elle n'a pas été contestée ou parce qu'elle a été confirmée par le juge des assurances sociales), l'office des poursuites doit, sur simple réquisition de la caisse, continuer la poursuite (ATF 107 III 60, 109 V 46, 121 V 109 consid. 2). Si la décision prise en dehors du canton de la poursuite par une caisse-maladie statuant sur l'obligation

pécuniaire de l'assuré écarte l'opposition, les exceptions de l'art. 81 al. 2 LP s'appliquent par analogie et la procédure de l'art. 79 al. 2 LP doit être suivie (ATF 128 III 246 / JdT 2002 II 66 consid. 2).

Enfin, un assureur-maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais (qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter) soient imputables à une faute de l'intéressé. Une telle mesure doit toutefois être prévue expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés. Les frais de poursuite incombent dans ce cas au débiteur (Tribunal fédéral, arrêt non publié G. [K 21/04] du 05.07.2004 consid. 3). A cet égard, les conditions générales d'assurance d'Assura prévoient que lorsque l'assuré, par négligence ou attitude fautive, provoque des frais administratifs onéreux, il peut être appelé à en supporter les conséquences financières (17.3).

d) L'obligation d'organiser des débats publics dans le contentieux de l'assurance sociale au sens de l'art. 6 § 1 CEDH suppose une demande du plaideur. Pour qu'une telle demande puisse être prise en considération, elle doit être formulée de manière claire et indiscutable; une simple requête de preuve, ainsi que des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition de témoins ou à une inspection locale ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (Tribunal fédéral, arrêts non publiés C. [I 305/05] du 06.06.2006 consid. 1.1 et T. [U 146/02] du 10.02.2003 consid. 2.1 et les références citées; ATF 125 V 38 consid. 2).

3. Est seule litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'assuré doit à Assura les primes relatives à l'assurance de base pour les mois de janvier à mars 2007 pour lesquelles il a été mis en poursuite, soit s'il lui doit la somme de 787 francs, plus intérêt à 5 % l'an dès le 14 mars 2007 sur le montant de 747 francs. En réalité, cette question dépend de celle de savoir s'il lui était affiliée.

a) Le recourant conteste en effet être l'obligé de l'intimée considérant que des vices graves entachent son affiliation à dite assurance.

Selon le recourant, les règles protectrices des intérêts de l'assuré contenues dans la LCA doivent être prises en considération, en tout cas s'agissant des mécanismes de l'offre et de l'acceptation. C'est toutefois en vain qu'il invoque l'application de cette loi, dès lors que seules les assurances complémentaires sont fondées sur la LCA; la LAMal régit quant à elle l'assurance-maladie sociale, laquelle comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalière. De plus, la loi susmentionnée dispose que les assureurs doivent accepter toute personne tenue de s'assurer. Il en découle que ceux-ci ne peuvent restreindre, de quelque manière que ce soit, l'affiliation auprès de leur institution, sous réserve de leur rayon d'activité territorial. Par conséquent, de même que l'assureur ne peut faire dépendre la qualité d'assuré, au sens de l'assurance obligatoire des soins, à la conclusion d'une assurance complémentaire, l'assuré ne saurait contraindre l'assureur à lier ces deux domaines.

L'assuré lui reproche ensuite d'avoir modifié son offre en incluant dans l'assurance de base une couverture accident non demandée et en refusant l'assurance complémentaire. Il déclare à cet égard qu'il n'était pas du pouvoir de l'intimée de scinder l'offre du pollicitant, et, tout en se référant à l'art. 6 de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant

le code civil suisse (CO; RS 220), estime que les principes généraux du droit ne sauraient être ignorés. Il ressort effectivement du dossier qu'Assura a modifié la proposition d'assurance en ajoutant la couverture LAA et en refusant l'assurance complémentaire, en lui impartissant un délai pour se déterminer sur sa volonté de rester affilié auprès d'elle. Celui-ci n'a cependant pas répondu, considérant la détermination d'Assura comme une nouvelle offre. Or, conformément à la jurisprudence sus exposée, l'affiliation résulte d'un acte administratif, soit la déclaration d'affiliation, dont les effets se déploient de manière automatique, en ce sens que, dès sa réception, il incombe à l'assureur d'enregistrer l'affiliation de l'assuré. Cette dernière est ainsi venue à chef avec la réception, par Assura, de la demande d'affiliation susmentionnée. En y apposant sa signature, le recourant a librement manifesté sa volonté de s'affilier auprès d'elle selon les conditions ressortant de la proposition d'assurance. Les arguments selon lesquels le nom de l'intimée ne figurait pas sur le document et qu'il n'aurait pas reçu un exemplaire des conditions générales d'assurances ne peuvent être retenus. L'en-tête d'Assura figurait expressément sur la proposition d'assurance que le recourant a signée. De plus, l'emplacement prévu pour la signature se situait dans la rubrique "Indications générales" sous laquelle le nom de l'intimée figurait nommément. Il ne pouvait donc ignorer, même en cas de lecture sommaire du contrat d'assurance, auprès de quel assureur il s'affiliait. Cette rubrique attestait également la réception, par l'assuré, des conditions générales d'assurances. Le fait qu'Assura a ajouté la couverture LAA à l'assurance de base n'y change rien, dès lors qu'elle était tenue légalement de le faire. Il convient d'ajouter que l'intimée a, contrairement aux observations émises par le recourant, fait preuve de souplesse en impartissant, sans obligation aucune, un délai à l'assuré pour retirer sa demande d'affiliation.

Le recourant ajoute encore avoir contacté l'agent pour lui faire part de son désaccord sur le contenu de la missive du 27 juillet 2006, à savoir qu'il ne voulait pas de couverture accidents et qu'il refusait de s'affilier auprès de l'intimée s'il ne pouvait contracter l'assurance complémentaire. Ce dernier lui aurait répondu qu'il n'y avait pas lieu de réagir personnellement puisque la proposition d'assurance, n'ayant pas été acceptée dans son ensemble, était caduque. Il requiert à cet égard sa propre audition ainsi que celle de l'agent. Il ne s'agit cependant manifestement pas d'une demande de débats publics claire et indiscutable, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les convoquer. En outre, la Cour de céans ne voit pas quelles preuves supplémentaires sa comparution ainsi que celle de l'agent permettraient d'apporter, dès lors que l'affiliation est effective dès réception, par l'assureur, de la déclaration y relative et que les principes généraux soulevés par le recourant, relevant du droit privé et concernant plus particulièrement la conclusion du contrat, ne sont pas applicables en l'espèce.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit qu'Assura considère que le recourant lui est affilié, à tout le moins pour les mois de janvier à mars 2007, pour l'assurance obligatoire des soins incluant la couverture accidents.

b) Or, le recourant ne s'est pas acquitté de ses primes pour les mois en question.

Il ressort notamment du dossier qu'Assura lui a adressé un 1<sup>er</sup> rappel pour les primes échues du mois de janvier et février 2007, lesquelles ont fait par la suite l'objet d'une mise en demeure, de même que celle du mois de mars 2007, avant de requérir la poursuite n°\_\_\_\_\_, ceci conformément à la législation topique et aux conditions générales applicables en l'espèce. De même, en vertu des dispositions précitées, Assura



est en droit de lui facturer, en sus des primes impayées, les frais administratifs et de poursuite.

Sur le vu de ce qui précède, Assura est fondée à requérir la continuation de la poursuite n°\_\_\_\_\_ de l'office des poursuites pour le montant de 787 francs, avec intérêt à 5% l'an dès le 14 mars 2007 sur le montant de 747 francs, plus les frais de poursuite.

Partant, le recours doit être rejeté, pour autant que recevable, et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

### **I a C o u r a r r ê t e :**

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer n°\_\_\_\_\_ de l'office des poursuites est prononcée à concurrence de 787 francs, avec intérêt à 5% l'an dès le 14 mars 2007 sur le montant de 747 francs, plus les frais de poursuite.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

6.504.18