


ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA) ET CONDITIONS SPÉCIALES (CS) SELON LA LCA.

Edition 2022, valable à partir du 01.01.2022

INFORMATION DESTINEE AUX CLIENTS

Pour une meilleure compréhension, nous tenons, avant la conclusion du contrat d'assurance, à attirer votre attention sur quelques éléments particulièrement importants du contrat.

Dans les Conditions générales d'assurance et les Conditions spéciales exposées ci-après, soyez attentifs au symbole suivant: 

Faites-vous expliquer les passages correspondants avant la conclusion du contrat d'assurance. A l'aide de ce symbole, nous attirons votre attention sur les questions suivantes:

- › Qui est l'assureur responsable?
- › Qui peut conclure une assurance?
- › Qu'est-ce qui est et qu'est-ce qui n'est pas assuré?
- › Quels sont les devoirs du preneur d'assurance?
- › Quand le preneur d'assurance a-t-il droit aux prestations?
- › Pour combien de temps le contrat est-il conclu?
- › Quelles sont les données traitées, par qui et dans quel but?

TABLE DES MATIÈRES.

Conditions générales d'assurance	4
I. Généralités	4
II. Etendue de l'assurance et définitions	4
III. Durée du contrat et résiliation	6
IV. Paiement des primes	6
V. Modifications des primes et adaptation du contrat ..	7
VI. Obligations et justification des prétentions	8
VII. Divers	9
VIII. Traitement des données	11
IX. Dispositions finales	12
Assurances complémentaires COMPLETA TOP et COMPLETA PRAEVENTA	13
I. Champ d'application	13
II. Etendue de l'assurance	13
III. Prestations de COMPLETA TOP en Suisse	13
IV. Prestations de COMPLETA TOP à l'étranger	15
V. Prestations COMPLETA PRAEVENTA	16
VI. Participation aux coûts	16
VII. Dispositions générales	16
Assurance complémentaire SUPPLEMENTA	17
I. Champ d'application	17
II. Etendue de l'assurance	17
III. Prestations	17
IV. Dispositions générales	17
Assurance complémentaire OPTIMA	18
I. Champ d'application	18
II. Etendue de l'assurance	18
III. Prestations	18
IV. Participation aux coûts	19
V. Dispositions générales	19
Assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA	20
I. Champ d'application	20
II. Etendue de l'assurance	20
III. Prestations	22
IV. Listes	25
V. Primes	25
VI. Dispositions générales	25
Assurance de soins dentaires DENTA	26
I. Champ d'application	26
II. Etendue de l'assurance	26
III. Prestations	26
IV. Dispositions générales	27
Assurance-accidents INFORTUNA	28
Conditions générales d'assurance (CGA)	28
I. Champ d'application	28
II. Choix des variantes d'assurance	28
III. Conclusion de l'assurance	28
IV. Prestations en capital en cas de décès et d'invalidité à la suite d'un accident	28
V. Frais de guérison	30
VI. Dispositions générales	31
Assurance d'indemnités journalières SALARIA selon la LCA	32
I. Bases contractuelles générales	32
II. Etendue de la couverture d'assurance	32
III. Prestations d'assurance	33
IV. Début et durée de la couverture d'assurance	34
V. Obligations en cas de maladie	35
VI. Primes	37
VII. Dispositions complémentaires	37
Glossaire	39

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE.

I. GÉNÉRALITÉS

❗ SWICA Assurance-maladie SA, Römerstrasse 38, 8401 Winterthour, dénommée ci-après SWICA, est l'assureur responsable pour les assurances complémentaires, pour autant que cela ne soit pas mentionné différemment dans les Conditions spéciales.

ART. 1 QUI PEUT S'ASSURER ET QUI EST CHARGÉ DU SUIVI DES PRENEURS D'ASSURANCE*?

Seule une personne légalement domiciliée en Suisse peut conclure une assurance complémentaire auprès de SWICA.

Si vous recourez à des conseils en matière d'assurances ou à des prestations de l'une de vos assurances, vous voudrez bien vous adresser à SWICA. Vous trouverez les coordonnées du service clientèle compétent pour vous sur la police d'assurance.

ART. 2 QUELS SONT LES DOCUMENTS FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT?

1. Les bases de votre contrat d'assurance – aussi bien pour les personnes assurées à titre individuel que pour celles assurées à titre collectif – sont constituées par:
 - a) votre proposition d'assurance,
 - b) la police d'assurance,
 - c) les présentes Conditions générales d'assurance (CGA),
 - d) les Conditions spéciales,
 - e) les accords particuliers éventuels.
2. Les assurances complémentaires souscrites sont soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). En cas de contradiction entre les CGA ou les CS et les dispositions impératives de la LCA, ce sont ces dernières qui priment. Les dispositions déterminantes de la LCA ne s'appliquent que dans la mesure où aucune disposition y dérogeant n'est prévue dans les présentes CGA/CS.

3. Les présentes CGA/CS sont basées sur la LCA telle que modifiée le 19 juin 2020 (en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022). Elles s'appliquent à tous les preneurs d'assurance (y compris ceux dont le contrat a été conclu avant le 1^{er} janvier 2022), pour autant qu'elles ne contiennent pas de dispositions qui y dérogent.

II. ETENDUE DE L'ASSURANCE ET DÉFINITIONS

ART. 3 QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ?

Peuvent être assurés les conséquences économiques de la maladie, des accidents et/ou de la maternité ainsi que les coûts des mesures de promotion de la santé et de prévention selon les Conditions spéciales respectives pour les assurances complémentaires selon la LCA.

Pour les autothérapies et les traitements par des membres de la famille, SWICA ne verse des prestations qu'après délivrance d'une garantie de prise en charge des coûts (par écrit ou sous une forme permettant de fournir une trace écrite).

En ce qui concerne les listes et répertoires d'autres prestations et fournisseurs de prestations publiés par SWICA, il est renvoyé à l'art. 7 ci-dessous.

ART. 4 QUELLES PRESTATIONS PEUVENT ÊTRE ASSURÉES?

- a) les frais de traitements curatifs en cas de maladie, d'accident et de maternité,
- b) les coûts des mesures de promotion de la santé et de prévention,
- c) les indemnités journalières ou
- d) les prestations en capital pour les cas d'invalidité et de décès selon les conditions d'assurance respectives.

*Pour une meilleure lisibilité, seule la forme masculine est utilisée dans ce document. Cela s'applique à tous les termes spécifiques au genre dans ce document.

ART. 5 DÉFINITIONS ET APPLICATION DES CGA

L'assurance de base est l'assurance obligatoire des soins et des accidents qui, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, doit être conclue obligatoirement à titre de couverture minimale. Les assurances complémentaires sont les compléments individuels que vous pouvez conclure en complément à l'assurance-maladie obligatoire et à l'assurance-accident obligatoire.

Toutes les dispositions des présentes CGA sont valables pour les assurances complémentaires, dans la mesure où il n'y a pas de dérogations expresses. Sauf réglementation contraire expresse, toutes les définitions fixées par la LAMal sont, au sens du présent contrat, également valables pour les assurances complémentaires.

Les assurances complémentaires sont essentiellement des assurances non-vie, sauf indication contraire dans les Conditions spéciales respectives.

En général, seules les prestations supplémentaires et complémentaires à l'assurance obligatoire des soins et à l'assurance-accident obligatoire qui ne sont pas couvertes par ces dernières sont prises en charge sur la base des assurances complémentaires de SWICA. Les détails des prestations figurent dans les conditions spéciales respectives du produit d'assurance correspondant.

ART. 6 ! QUELS TRAITEMENTS SONT PRIS EN CHARGE?

SWICA prend en charge les frais de traitements curatifs et de mesures de promotion de la santé et de prévention lorsque ceux-ci sont efficaces, adéquats et économiques. Vous trouverez des dispositions supplémentaires dans les Conditions spéciales des assurances complémentaires souscrites.

ART. 7 ! LISTES ET RÉPERTOIRES, ET LEUR VALIDITÉ

Les listes et répertoires de prestations et fournisseurs de prestations mentionnés dans les conditions spéciales respectives sont mis à disposition sous forme numérique, ils sont actualisés en permanence et peuvent être consultés à tout moment. Les preneurs d'assurance peuvent à tout moment obtenir des extraits de ces listes et répertoires auprès du service clientèle de SWICA.

Pour la détermination du droit aux prestations, les listes et répertoires en vigueur au moment du recours à une prestation de services ou en nature assurée par SWICA servent de référence.

ART. 8 ! DANS QUELS CAS LES PRESTATIONS DE SWICA SONT-ELLES REFUSÉES OU RÉDUITES?

Dans les cas énumérés ci-après, SWICA ne verse aucune prestation d'assurance au titre des assurances complémentaires:

1. Conséquences d'événements de guerre
 - a) en Suisse,
 - b) à l'étranger. Toutefois, lorsque le preneur d'assurance est surpris par l'éclatement de faits de guerre dans le pays où il séjourne, la couverture d'assurance ne s'éteint que 14 jours après le début de tels événements;
2. Conséquences dues à des troubles de tout genre et des mesures prises pour rétablir l'ordre, à moins que le preneur d'assurance prouve qu'il n'a pas participé à ces événements aux côtés des auteurs de troubles, de façon active ou comme agitateur;
3. En relation avec le service dans une armée étrangère;
4. En cas de tremblements de terre ou de chutes de météorites;
5. A l'occasion ou à la suite de l'accomplissement d'un crime ou d'un délit ou de la tentative de commettre un crime ou un délit;
6. A la suite de la participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que le preneur d'assurance n'ait été blessé par les protagonistes alors qu'il ne prenait aucune part à la rixe ou à la bagarre ou qu'il venait en aide à une personne sans défense;
7. A la suite de dangers auxquels le preneur d'assurance s'est exposé en provoquant autrui;
8. En cas d'atteinte à la santé résultant de l'exposition du preneur d'assurance à des dangers extraordinaires (art. 49 OLAA) et des entreprises téméraires (art. 50 OLAA); l'évaluation des risques courus se fonde sur la législation et la jurisprudence en matière d'assurance-accidents sociale;
9. Atteintes à la santé résultant de la participation à des courses avec des véhicules à moteur de tout genre, ainsi que lors des entraînements en vue de telles courses;
10. En cas de maladies ou d'accidents résultant de radiations ionisantes ou de dommages causés par l'énergie nucléaire;
11. En cas de provocation intentionnelle de l'événement assuré par la personne assurée ou un autre ayant droit;
12. Pour des traitements à la suite d'une consommation abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool. L'abus de ces produits de toxicomanie n'est pas considéré expressément comme une maladie et, partant, ne déclenche pour SWICA aucune obligation de verser des prestations.

13. Pour les traitements purement esthétiques, cosmétiques, de chirurgie esthétique ou similaires et les conséquences de ces traitements.

ART. 9 NÉGLIGENCE GRAVE

SWICA réduit les prestations lorsque l'événement assuré a été provoqué par une négligence grave; demeurent réservées les Conditions spéciales.

III. DURÉE DU CONTRAT ET RÉSILIATION


ART. 10 A PARTIR DE QUAND L'ASSURANCE EST-ELLE VALABLE?

Le contrat produit ses effets dès que SWICA a remis la police d'assurance ou déclaré l'acceptation de la proposition par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite, mais au plus tôt à la date convenue. Les assurances couvrent les séquelles d'accidents et de maladie seulement lorsque les accidents surviennent après le début de l'assurance ou lorsque les maladies se déclarent pour la première fois après le début de l'assurance.

ART. 11 PENDANT COMBIEN DE TEMPS L'ASSURANCE EST-ELLE VALABLE?

Vous avez droit aux prestations de SWICA aussi longtemps que le contrat n'est pas résilié (sous réserve des obligations de prestations périodiques au sens de l'art. 35c LCA en cas de résiliation du contrat).


ART. 12 QUAND L'ASSURANCE PEUT-ELLE ÊTRE RÉSILIÉE?

1.  A défaut de convention contraire, une durée minimum de contrat d'un an s'applique, la fin de l'année d'assurance intervenant toujours au 31.12. A l'expiration de la durée convenue, le contrat est reconduit tacitement pour une année s'il n'est pas résilié par le preneur d'assurance dans le délai prévu.
2. Le preneur d'assurance peut résilier le contrat moyennant un préavis de trois mois. La résiliation est considérée comme effectuée en temps utile lorsque SWICA la reçoit au plus tard à 17 heures le dernier jour ouvrable précédant le début du délai de trois mois (le cachet de la poste n'est pas déterminant). Les primes sont dues jusqu'à la prochaine date de résiliation ordinaire. SWICA ne bénéficie pas de ce droit de résiliation ordinaire selon la LCA.
3. Après chaque cas de maladie ou d'accident pour lequel une indemnisation est demandée. Le preneur d'assurance peut résilier la partie correspondante du

contrat au plus tard 14 jours après réception de la prestation (par écrit ou sous une forme permettant de fournir une trace écrite). La couverture s'éteint 14 jours après que SWICA a reçu la communication.

4. Une assurance complémentaire s'éteint, même sans résiliation, lorsque le preneur d'assurance a son lieu de résidence habituel à l'étranger depuis plus de trois mois. Demeurent réservées des Conditions spéciales ou des conventions particulières avec SWICA.
5. Le contrat peut être résilié à tout moment pour un motif valable (p. ex.: toute circonstance rendant, en toute bonne foi, déraisonnable la poursuite du contrat par la personne qui le résilie).
6. Sinon l'assurance prend fin au décès du preneur d'assurance ou à la résiliation du contrat.
7. La notification de la résiliation doit, dans chaque cas, être faite par écrit ou sous une forme permettant de fournir une trace écrite.

ART. 13 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LA RÉSILIATION DE L'ASSURANCE?


- a) Les maladies et accidents, ainsi que les séquelles tardives et rechutes survenant après l'extinction de l'assurance, ne sont pas assurés.
- b)  En principe, le droit aux prestations prend fin avec la résiliation du contrat (sous réserve des obligations de prestations périodiques au sens de l'art. 35c LCA).

IV. PAIEMENT DES PRIMES

ART. 14 QUAND LES PRIMES SONT-ELLES EXIGIBLES?

1. Les primes sont payables à l'avance et généralement mensuellement, mais elles peuvent aussi être payées bimensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, moyennant accord particulier.
2. Les primes sont dues pour le premier jour du mois.
3. Les primes doivent être payées en francs suisses à SWICA dans le délai d'un mois à compter du jour de l'échéance convenue.

ART. 15 PAIEMENT TARDIF

1.  Lorsque la prime ne parvient pas à SWICA dans le délai d'un mois suivant l'échéance, SWICA sommera le preneur d'assurance par écrit d'en effectuer le paiement dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de verser des prestations dans les assurances complémentaires est suspendue à partir de l'expiration du délai de rappel.

2. Les assurances complémentaires suspendues peuvent, moyennant paiement rétroactif des primes arriérées et des frais (intérêts moratoires, frais de rappel, frais de poursuites), être remises en vigueur dans leur étendue initiale, et ceci sans égard à l'état de santé du preneur d'assurance, dans les trois mois suivant la suspension ou après le passage d'un nouvel examen de santé, même après l'expiration du délai susmentionné. La couverture est réactivée au moment du paiement.
3. SWICA est en droit de demander aux preneurs d'assurance négligents la restitution des débours, tels que les frais pour les sommations, poursuites et intérêts moratoires, etc. ou de les compenser avec des pré-tentions au remboursement.

V. MODIFICATIONS DES PRIMES ET ADAPTATION DU CONTRAT

ART. 16 DES CHANGEMENTS PEUVENT-ILS INTERVENIR DANS LES RAPPORTS CONTRACTUELS?

Si, après la conclusion du contrat d'assurance, la législation régissant l'assurance LAMal ou l'offre de prestations sont modifiées (p. ex.: l'établissement de nouveaux développements médicaux ou de nouvelles formes de thérapie ayant un impact important sur le rapport d'assurance, l'élargissement du nombre de fournisseurs de prestations ou l'apparition de nouveaux types de fournisseurs de prestations), SWICA peut adapter les conditions spéciales dans le domaine des assurances complémentaires. Cela s'applique également aux nouvelles découvertes importantes dans le domaine de la science et de la recherche. De même, SWICA peut augmenter ou réduire les primes en fonction de l'évolution des coûts. A cet effet, SWICA doit communiquer les nouvelles conditions du contrat au plus tard 30 jours avant la fin de l'année civile. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier le contrat, pour la partie touchée par la modification, pour la fin de l'année civile en cours. Pour être valable, la résiliation doit être faite par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite et parvenir à SWICA au plus tard à 17 heures le dernier jour ouvrable de l'année civile (le cachet de la poste n'est pas déterminant). Faute de résiliation, le preneur d'assurance est censé avoir accepté l'adaptation du contrat.

ART. 17 MODÈLES DU TARIF DE PRIMES

SWICA fixe chaque année le tarif des primes. Est déterminant le tarif du produit choisi. Selon le produit, les modèles du tarif de primes suivants sont disponibles:

1. Modèle du tarif de primes selon l'âge de conclusion. Pour les produits avec tarif selon l'âge de conclusion, l'âge du preneur d'assurance au moment de la conclusion de l'assurance est déterminant pour la fixation de la prime. La classe d'âge et donc l'échelon tarifaire sont maintenus pendant toute la durée de l'assurance.
2. Modèle du tarif de primes selon l'âge effectif. Avec le tarif selon l'âge effectif, la prime est régulièrement adaptée à la nouvelle classe d'âge du preneur d'assurance au début de chaque année civile, ce qui entraîne généralement une augmentation de la prime. Il s'ensuit un droit de résiliation conformément à l'art. 16.
3. Pour les preneurs d'assurance ayant été admis dans l'assurance à un tarif spécial pour les enfants ou les jeunes, SWICA appliquera l'échelon tarifaire immédiatement supérieur à la prime pour le début de l'année d'assurance suivant l'accomplissement de leur 18^e année ou de leur 25^e année révolue, ce qui entraîne généralement une augmentation de la prime, indépendamment du modèle du tarif. Il s'ensuit un droit de résiliation conformément à l'art. 16.

Les classes d'âge, tant pour le tarif selon l'âge de conclusion que pour le tarif selon l'âge effectif, sont généralement les suivantes: 0-18 ans, 19-25 ans, 26-30 ans, puis par tranches de cinq ans jusqu'à la classe d'âge des 61 ans et plus.

ART. 18 ⓘ CHANGEMENT DE PROFESSION, D'ACTIVITÉ OU DE LIEU DE DOMICILE DU PRENEUR D'ASSURANCE

S'agissant des assurances complémentaires, des échelonnements de primes en fonction des classes de risque ou du lieu de domicile sont prévus pour certains genres de prestations. Si le preneur d'assurance change de profession, d'activité ou de lieu de domicile et si le risque s'en trouve modifié, SWICA peut modifier la prime en conséquence. En cas de changement de région de primes suite à un déménagement, aucun droit de résiliation n'est octroyé.

Le changement de profession, de domaine d'activité ou de lieu de domicile doit être annoncé dans les 30 jours au service clientèle compétent (voir police d'assurance). Si ce délai n'est pas respecté, SWICA peut demander, le cas échéant, le paiement des primes perdues dès qu'elle a connaissance du fait.

VI. OBLIGATIONS ET JUSTIFICATION DES PRÉTENTIONS

ART. 19 COMMENT RECEVEZ-VOUS VOS REMBOURSEMENTS?

1. Frais de traitements curatifs
SWICA paie votre créance sur votre compte bancaire ou compte de chèques postal dans les 30 jours qui suivent la réception de toutes les informations importantes si vous procédez de la manière suivante:
 - a) Frais en cas de traitement ambulatoire:
Toutes les factures et pièces justificatives doivent être envoyées au fur et à mesure à SWICA.
 - b) Frais hospitaliers:
Si vous devez entrer dans un hôpital, une clinique spécialisée ou suivre une cure, vous devez déposer une demande de garantie de prise en charge des frais auprès de SWICA au plus tard 14 jours avant l'admission, en cas d'urgence dans les 14 jours qui suivent l'admission. SWICA prend sa décision quant à l'obligation de verser des prestations dans les dix jours suivant la réception de la demande complète. SWICA ne verse des prestations qu'après délivrance d'une garantie de prise en charge des coûts par écrit ou sous une forme permettant de fournir une trace écrite. Les factures doivent être présentées à SWICA dans un délai d'un an.

Si vous avez encore d'autres assurances pour les frais hospitaliers ou les frais de traitement ambulatoire (assurances complémentaires, assurance-accidents obligatoire ou une autre assurance-maladie), il y aura lieu de présenter à SWICA, outre les documents déjà mentionnés, les décomptes de l'assureur correspondant (p. ex. caisse-maladie, SUVA, etc.).
2. Le droit aux prestations en capital doit être exercé conformément aux dispositions des Conditions spéciales.
3. Les paiements au sens des chiffres 1 et 2 sont effectués en francs suisses sur un compte bancaire ou postal suisse ou liechtensteinois.
4. Droit d'être renseigné
SWICA a le droit de demander des pièces justificatives et des renseignements, notamment des informations médicales. Le preneur d'assurance cède à SWICA le droit de demander directement les pièces justificatives et renseignements correspondants et d'ordonner un examen par un médecin ou thérapeute désigné par elle en vue d'éclaircir les prétentions d'assurance. De plus, le preneur d'assurance doit donner des renseignements véridiques sur tout ce qui se rapporte au cas en cours, ainsi qu'aux maladies et accidents antérieurs. Le preneur d'assurance délie du

secret professionnel vis-à-vis de SWICA, notamment tous les médecins/thérapeutes et services officiels, ainsi que les assureurs et avocats qui l'ont traité, assuré ou conseillé. Pour les preneurs d'assurance mineurs, les détenteurs de l'autorité parentale ou les preneurs d'assurance doivent veiller à ce que ces obligations soient observées.

ART. 20 CONSÉQUENCES EN CAS DE FAUTE CONTRACTUELLE

En cas d'inobservation des Conditions générales d'assurance et des Conditions spéciales, SWICA est en droit de réduire ou de refuser les prestations, à moins qu'il ne soit prouvé que la faute contractuelle n'a exercé aucune influence sur les suites de la maladie ou de l'accident et sur leur constatation ou que le comportement n'était pas fautif. Les prétentions d'assurance sont caduques si, après sommation écrite par SWICA, toutes les pièces justificatives demandées ne sont pas présentées dans un délai de quatre semaines.

VII. DIVERS

ART. 21 LIEU D'EXÉCUTION, DROIT APPLICABLE ET FOR

1. Les obligations découlant du présent contrat sont accomplies en Suisse et en monnaie suisse.
2. Les assurances selon les présentes CGA/CS conformément à la LCA sont régies exclusivement par le droit matériel suisse, à l'exclusion de la Convention des Nations unies sur les contrats de vente internationale de marchandises, du droit international privé et d'autres règles de conflit de lois.
3. En cas de litige découlant des assurances complémentaires, l'ayant droit a le choix entre le for du siège principal suisse de SWICA ou celui de son domicile suisse. Si le preneur d'assurance ou l'ayant droit est domicilié à l'étranger, Winterthour sera le for exclusif.

ART. 22 DROIT DE RÉVOCATION

1. Le demandeur peut révoquer sa demande de conclusion du contrat ou sa déclaration d'acceptation par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite à SWICA (conformément aux coordonnées figurant sur la police d'assurance).
2. Le délai de révocation est de 14 jours et commence dès que le preneur d'assurance a demandé ou accepté le contrat.
3. Le délai est respecté si le preneur d'assurance informe SWICA de sa révocation ou remet sa déclaration de révocation à la poste le dernier jour du délai de révocation.
4. La révocation a pour effet que la demande de conclusion du contrat ou la déclaration d'acceptation du preneur d'assurance est sans effet dès le départ. Les prestations déjà reçues doivent être remboursées.
5. Le preneur d'assurance ne doit indemniser SWICA d'aucune autre façon. Pour des raisons d'équité, le preneur d'assurance peut être amené à rembourser à SWICA, en partie ou en totalité, les frais des enquêtes spéciales entreprises de bonne foi par SWICA en vue de la conclusion du contrat.

ART. 23 ⓘ EXCLUSION DE LA COUVERTURE/REFUS

Les maladies et les suites d'un accident existant au moment de l'admission ou ayant existé antérieurement peuvent être exceptées de l'assurance complémentaire demandée, en faisant l'objet d'une réserve. Si, au moment de l'admission, le preneur d'assurance cache des maladies ou des accidents, une exclusion peut être formulée ultérieurement avec effet rétroactif. Dans le cadre des assurances complémentaires, SWICA, peut sans en donner les raisons, refuser la conclusion d'une assurance. En présence d'une réserve, il n'existe aucun droit à des prestations pour les

maladies et suites d'accident mises sous réserve. Il en va de même pour les maladies et accidents qui ont été cachés lors de l'admission. SWICA peut demander un examen médical lors de toute nouvelle assurance ou de toute augmentation d'assurance. En signant sa proposition, le candidat autorise SWICA à prendre les renseignements nécessaires auprès de services officiels, de médecins et de tiers.

Si, au moment de la conclusion du contrat, des éléments importants que la personne qui devait faire la déclaration connaissait ou devait connaître, ont été déclarés inexactement ou passés sous silence, SWICA peut résilier le contrat (par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite) dans les quatre semaines à partir du moment où elle a eu connaissance de la réticence, ainsi que demander la restitution de toutes les prestations liées à la réticence allouées depuis le début du contrat. Le contrat prend fin à réception de la résiliation par le preneur d'assurance.

ART. 24 PASSAGE DE L'ASSURANCE COLLECTIVE DANS L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

1. Le preneur d'assurance qui se retire d'un contrat d'assurance collective (le contrat-cadre est également englobé sous ce terme ici) de SWICA ou qui ne remplit plus les conditions d'applicabilité du contrat d'assurance collective doit en informer SWICA par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite dans un délai de 30 jours au plus tard. La personne concernée a toutefois le droit de passer dans l'assurance individuelle de SWICA dans un délai de trois mois. Le droit de passage dans l'assurance individuelle est également valable lorsque le contrat d'assurance prend fin.
2. Les passants sont assurés pour la même couverture qui leur était accordée dans l'assurance collective. Au moment de la sortie du contrat d'assurance collective, les preneurs d'assurance sont renseignés sur le droit de passage par le preneur d'assurance collective. Les prestations allouées dans l'assurance collective sont imputées dans l'assurance individuelle.
3. Les primes sont fixées sur la base du tarif des primes de l'assurance individuelle en vigueur au moment du passage. L'âge applicable aux passants de l'assurance collective dans l'assurance individuelle est identique à l'âge d'entrée dans le contrat frais de guérison.

ART. 25 QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE TIERS RESPONSABLES OU DE TIERS FOURNISSEURS DE PRESTATIONS?

1. SWICA n'accorde aucune couverture d'assurance lorsque la responsabilité civile incombe à des tiers. L'obligation de SWICA de verser des prestations n'existe que lorsque la responsabilité civile d'un tiers n'est pas fondée ou ne l'est que partiellement. Lorsqu'un tiers est partiellement tenu à allouer des prestations, SWICA n'accordera les siennes que dans la mesure où elles ne constituent pas une surindemnisation du preneur d'assurance.
2. L'indemnisation est supprimée dans la mesure où les frais sont supportés par l'assurance-accidents (LAA), l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance-invalidité fédérale (AI) ou l'assurance militaire fédérale (AM). Si plusieurs assurances selon la LCA existent pour les mêmes frais ou s'il y a d'autres interlocuteurs qui, à défaut d'une assurance auprès de SWICA, seraient tenus de verser des prestations, les frais ne sont remboursés, au total, qu'une seule fois. En cas d'assurance multiple, chaque compagnie d'assurance est responsable du sinistre dans la proportion de sa somme assurée par rapport au montant total des sommes assurées.
3. Lorsqu'un tiers conteste son obligation de verser des prestations, SWICA n'est pas tenue d'allouer des prestations.
4. Des prestations provisoires facultatives ne sont accordées par SWICA que dans la mesure où le preneur d'assurance cède à SWICA ses droits envers les tiers. SWICA peut accorder une protection juridique au preneur d'assurance pour faire valoir ses droits vis-à-vis de tiers.
5. Si le preneur d'assurance conclut un arrangement avec un tiers sans le consentement préalable de SWICA, SWICA est libérée de toute obligation à son endroit.
6. SWICA n'est pas dans l'obligation de fournir des prestations lorsque le preneur d'assurance omet de faire valoir à temps sa créance envers un tiers ou n'entreprend pas les démarches nécessaires à son recouvrement.
7. Le preneur d'assurance doit informer SWICA du genre et de l'étendue de toute prestation de tiers. Des prestations déjà versées doivent être restituées.

ART. 26 COMPENSATION ET DEMANDE EN RESTITUTION

Les prestations que SWICA a versées par erreur doivent être remboursées par le preneur d'assurance sur injonction écrite. Il existe dans ce cas un droit de compensation en faveur de SWICA.

ART. 27 INTERDICTION DE CÉDER ET DE METTRE EN GAGE

Les créances envers SWICA ne peuvent être ni cédées ni mises en gage.

ART. 28 PROPOSITION CONJOINTE (CONSTELLATION FAMILIALE)

1. Si une proposition d'assurance est soumise de manière conjointe, c'est-à-dire une proposition pour plusieurs personnes qui forment une constellation familiale (p. ex.: mari et femme y compris enfants/concubins/grands-parents et petits-enfants; les personnes de cette constellation familiale sont mentionnées dans la police familiale), le demandeur principal (représentant qui remplit la proposition d'assurance y compris la déclaration de santé pour lui-même et les [co]demandeurs représentés et par l'intermédiaire duquel toute communication relative à la proposition d'assurance est traitée) peut représenter et engager les autres codemandeurs majeurs et capables de discernement (pour les enfants mineurs, le représentant légal soumet la proposition). La personne autorisée à représenter est chargée de s'assurer qu'elle est dûment autorisée à le faire par la personne représentée. Si une personne agit sans l'autorisation appropriée, elle peut être tenue pour responsable par SWICA de tout préjudice résultant de la caducité du contrat d'assurance si la ou les personnes représentées n'approuvent pas ultérieurement ce contrat.
2. Une proposition conjointe signifie également que tous les documents (tels que les décisions d'admission, les décomptes de primes et de participation aux coûts, les décomptes de prestations, les polices d'assurance, les cartes d'assurés, les attestations fiscales, la correspondance sur le remboursement des prestations, les couvertures d'assurance, etc.) sont gérés administrativement comme une police familiale (encaissement familial) dans le cadre du rapport d'assurance et que la personne définie dans la proposition comme «contact contractuel» (il ne doit pas nécessairement s'agir du demandeur principal) se voit confier les tâches définies dans l'autorisation (procuration).
3. La procuration pour le contact contractuel comprend les fonctions suivantes: Le contact contractuel est responsable en tant que payeur de toutes les primes de la police familiale (c'est-à-dire que le contact contractuel est chargé de veiller à ce que les primes de tous les preneurs d'assurance de la police familiale soient payées en totalité) et des participations aux coûts. De plus, il reçoit les paiements de prestations. Enfin, en tant que destinataire de la correspondance, SWICA lui envoie ou lui transmet toute correspondance et les informations qu'elle contient, y compris les données

personnelles particulièrement sensibles telles que les données sur la santé. Tout le courrier lui est adressé en principe, y compris les décisions, les communications ayant des effets juridiques contraignants et les décisions impliquant des délais. SWICA décline toute responsabilité quant aux conséquences de la divulgation des données par le contact du contrat et n'est pas responsable des conséquences résultant d'un éventuel retard de transmission des informations par le contact du contrat au preneur d'assurance concerné.

4. La procuration accordée au contact contractuel peut être révoquée par écrit à tout moment. Le contact contractuel est chargé de s'assurer qu'il est dûment autorisé par la ou les personnes représentées à accomplir les actes/tâches susmentionnés.
5. SWICA précise qu'en cas de proposition conjointe, la proposition présentée est considérée comme ayant été rédigée en connaissance des codemandeurs représentés et les déclarations de santé sont considérées comme ayant été remplies en connaissance ou avec les codemandeurs. Toute fausse déclaration du demandeur principal peut entraîner une réticence de la même manière que si la proposition avait été remplie par le codemandeur lui-même. La partie contractante, y compris le débiteur de la prime ainsi que l'ayant droit en vertu du contrat d'assurance, reste toujours le preneur d'assurance lui-même.
6. En soumettant la proposition d'assurance, les demandeurs (demandeurs principaux ou codemandeurs), qu'il s'agisse d'une proposition conjointe ou non, confirment qu'ils ont lu, compris et accepté les présentes CGA et les conditions spéciales applicables ainsi que les éventuelles conditions d'assurance supplémentaires ou dispositions spéciales et la déclaration de protection des données (cf. art. 29). Tout codemandeur accepte également d'être représenté par le demandeur principal lors de la soumission de la proposition d'assurance.
7. Toutefois, les personnes représentées ont le droit de révoquer le pouvoir de représentation à tout moment. Cependant, une révocation n'annule pas pour autant une éventuelle fausse déclaration qui pourrait entraîner une réticence.
8. Les dispositions de cet art. 28 ne s'appliquent qu'aux contrats conclus après le 1^{er} janvier 2022. Pour les contrats conclus avant le 1^{er} janvier 2022, la réglementation en vigueur s'applique.

VIII. TRAITEMENT DES DONNÉES

ART. 29 TRAITEMENT DES DONNÉES PAR SWICA

1. SWICA obtient et utilise les données à caractère personnel des preneurs d'assurance conformément à la loi sur la protection des données applicable et à ses ordonnances, aux lois sur les assurances sociales et privées applicables et aux dispositions de SWICA en matière de protection des données (déclaration de protection des données de SWICA).
2. Sont notamment traitées les données de base et les données contractuelles (telles que le prénom, le nom, l'adresse, le code postal, la date de naissance, l'adresse e-mail, le numéro de téléphone [mobile et fixe], les coordonnées bancaires, l'état civil, le nombre d'enfants, les données relatives aux mandataires, les informations financières sur les revenus), les données relatives à la santé (diagnostic, symptômes, médicaments, opérations effectuées, etc.), les données relatives aux traitements et à leur déroulement, les coûts des prestations, les données relatives à la vie personnelle et sociale ou les profils de personnalité, les données d'autres assureurs, les données des fournisseurs de prestations, les données relatives aux poursuites pour dettes et au droit de la faillite.
3. Les données sont traitées aux fins pour lesquelles le preneur d'assurance a donné son consentement dans le cadre de la proposition et de la conclusion de l'assurance, aux fins conformément aux CGA et CS applicables ou aux fins pour lesquelles SWICA est autorisée conformément à la loi sur la protection des données applicable et aux lois sur les assurances sociales et privées applicables.
4. SWICA traite notamment des données dans le cadre du processus de demande de conclusion d'un contrat d'assurance (consultation, proposition d'assurance, examen de la proposition, conclusion du contrat, etc.) et du traitement des contrats d'assurance (traitement des prestations, fourniture d'informations, suivi de la clientèle, Customer Journey, soins intégrés, soumission d'offres de produits, marketing, etc.) pour la durée du rapport d'assurance. En outre, SWICA peut exploiter les données au moyen de méthodes mathématiques et statistiques dans le but de développer et d'améliorer, à partir des connaissances acquises, la qualité et les avantages des prestations et des produits pour les preneurs d'assurance actuels, potentiels ou anciens et de pouvoir les en informer. Enfin, SWICA se réserve le droit, dans des cas de suspicion fondés, de procéder à des investigations à propos d'éventuelles fraudes à l'assurance. Des profils de personnalité peuvent être créés dans le cadre de ces traitements.

5. SWICA conserve les données à caractère personnel sous forme physique ou électronique et les traite en vue de fournir les prestations contractuelles ainsi qu'à des fins de conseil et de suivi des preneurs d'assurance pour une couverture d'assurance fiable et conforme à leurs besoins.
6. SWICA peut mandater des tiers (autres assureurs impliqués, médecins-conseils, autorités, avocats et experts externes, centres de calcul, etc.) pour fournir des prestations en faveur du preneur d'assurance et transmettre des données à caractère personnel à ceux-ci pour l'accomplissement de leur mission. En pareil cas, SWICA exige de ces derniers qu'ils s'engagent à garder le secret et à respecter les normes légales en matière de protection des données. Une transmission des données peut également être effectuée à des fins de détection ou de prévention d'une fraude à l'assurance.
7. Lorsque SWICA délivre une carte d'assuré aux preneurs d'assurance, celle-ci tient lieu d'attestation vis-à-vis des fournisseurs de prestations concernant les assurances conclues. En cas de conclusion d'un produit selon la LAMal, la carte est émise sur la base des dispositions de la LAMal et contient des données conformément aux normes européennes prouvant la couverture d'assurance en cas de séjour dans l'Union européenne. Si le preneur d'assurance conclut une assurance selon la LCA, la carte peut inclure des informations sur l'étendue de la couverture d'assurance, y compris les assurances complémentaires.
8. La déclaration de protection des données de SWICA fournit de plus amples informations sur le traitement des données. Cette déclaration est applicable tout au long de la durée des rapports contractuels entre SWICA et le preneur d'assurance. La déclaration de protection des données fournit notamment des informations complémentaires sur les catégories de données traitées, les procédures de traitement des données, leurs finalités et les bases correspondantes du traitement des données, ainsi que sur les droits des assurés en matière de traitement des données par SWICA, la durée du traitement des données et les délais de conservation des données.

IX. DISPOSITIONS FINALES

ART. 30 COMMUNICATIONS ET DÉCLARATIONS

1. Toutes les communications et déclarations du preneur d'assurance doivent être adressées à SWICA. Les coordonnées figurent sur la police d'assurance. L'assureur considère toutes ces communications et déclarations comme étant adressées à lui-même.
2. Tout changement de situation personnelle ayant une incidence sur le rapport d'assurance (p. ex.: changement de représentant légal/payeur de primes, changement de domicile, changement de sexe, etc.) doit être communiqué immédiatement par le preneur d'assurance à SWICA par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite.
3. Toutes les communications et déclarations venant de SWICA ou de l'assureur sont valablement envoyées à la dernière adresse en Suisse indiquée par le preneur d'assurance ou au contact électronique indiqué.

ART. 31 PRESCRIPTION

Les créances découlant du contrat d'assurance se prescrivent par cinq ans à dater du fait duquel naît l'obligation de verser des prestations.

Pour les contrats conclus avant le 1^{er} janvier 2022, un délai de prescription de deux ans s'applique en ce qui concerne les dettes du preneur d'assurance.

ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES COMPLETA TOP ET COMPLETA PRAEVENTA.

I. CHAMP D'APPLICATION

ART. 1 BUT

1. Dans le cadre des assurances complémentaires COMPLETA TOP (module de base) et COMPLETA PRAEVENTA (module supplémentaire), SWICA accorde, pour les traitements ambulatoires et hospitaliers, des prestations supplémentaires en complément à l'assurance-maladie obligatoire (LAMal).
2. Le module de base COMPLETA TOP peut être élargi par le module supplémentaire COMPLETA PRAEVENTA.
3. **!** Le module supplémentaire ne peut pas être conclu seul, il doit obligatoirement accompagner le module de base COMPLETA TOP. Si le contrat d'assurance de COMPLETA TOP est résilié, le contrat d'assurance de COMPLETA PRAEVENTA sera également résilié automatiquement au même moment.

ART. 2 PRENEUR D'ASSURANCE

Toute personne peut demander à bénéficier de cette assurance complémentaire, à condition d'avoir son domicile légal en Suisse. Si le preneur d'assurance élit domicile à l'étranger, le contrat d'assurance de COMPLETA TOP et COMPLETA PRAEVENTA est résilié au moment de la domiciliation à l'étranger.

II. ETENDUE DE L'ASSURANCE

ART. 3 ETENDUE DE L'ASSURANCE

1. **!** SWICA prend en charge les frais de traitements curatifs ou de mesures de prévention-santé lorsque ces traitements et ces mesures sont efficaces, adéquats et économiques.
2. L'étendue de l'assurance est régie par les présentes conditions, ainsi que par la police d'assurance.
3. Les participations aux coûts imposées par d'autres assurances sociales ne sont pas assurées.

III. PRESTATIONS DE COMPLETA TOP EN SUISSE

ART. 4 MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

1. Les frais des méthodes de médecine complémentaire reconnues par SWICA sont pris en charge, pour autant que le traitement soit effectué par un médecin ou un thérapeute reconnu par SWICA.
2. SWICA tient une liste des méthodes reconnues et un répertoire des médecins et thérapeutes reconnus.
3. S'il n'existe pas de tarifs reconnus, SWICA paie au maximum 80 francs par heure.

ART. 5 MÉDICAMENTS

1. SWICA prend en charge les frais des médicaments ordonnés par un médecin et ne figurant pas sur la liste négative.
2. SWICA prend en charge les frais de préparations homéopathiques, phytothérapeutiques et anthroposophiques ordonnées ou délivrées par un thérapeute reconnu selon l'art. 4 et qui ne figurent pas sur la liste négative.
3. Les préparations et médicaments sont remboursés au prix public. Lorsque les préparations ou les médicaments sont préparés par le thérapeute, SWICA rembourse le coût de revient majoré de 30% au plus.

4. Est réputé médicament toute préparation enregistrée par Swissmedic. Ne sont toutefois pas remboursées les substances actives ou les préparations servant à la prévention de maladies, de produits cosmétiques, celles destinées à la stimulation sexuelle ou celles contribuant à réduire le poids d'une personne, ainsi que les préparations et les substances actives relevant de l'ordonnance sur les produits alimentaires (et non soumises à l'enregistrement auprès de Swissmedic). Il en va de même des produits retirés spontanément de la liste des spécialités selon LAMal par les producteurs. Les produits uniquement pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire lors d'une utilisation restrictive ou que l'assurance-maladie obligatoire ne prend que partiellement en charge ne sont pas non plus remboursés par SWICA au titre de COMPLETA TOP en-dehors de ces restrictions.

ART. 6 PSYCHOTHÉRAPIES PRODIGUÉES PAR DES PSYCHOTHÉRAPEUTES INDÉPENDANTS

Pour les psychothérapies servant au traitement d'un trouble psychique, ordonnées par un médecin et prodiguées par des psychothérapeutes indépendants, SWICA prend en charge 90% des frais, au maximum 60 séances à 50 francs par année civile. Le psychothérapeute doit disposer d'une formation professionnelle reconnue au niveau fédéral ou cantonal ou doit être membre de l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP).

ART. 7 MATERNITÉ/INDEMNITÉ D'ALLAITEMENT

SWICA verse une indemnité d'allaitement de 200 francs, lorsque la preneuse d'assurance allaite partiellement ou totalement son enfant pendant au moins dix semaines. En cas de naissances multiples, l'indemnité est versée pour chaque enfant, sur confirmation du médecin ou de la sage-femme.

ART. 8 CURES THERMALES

1. Des prestations ne sont octroyées que si une cure thermique est médicalement nécessaire, qu'elle est prescrite par un médecin et qu'elle a été acceptée préalablement par SWICA. La cure doit être effectuée dans un établissement suisse reconnu. Les cures à l'étranger nécessitent une demande et une autorisation préalable de SWICA. SWICA verse une contribution aux frais de séjour et de traitement de 30 francs au maximum par jour de cure pendant 30 jours au plus par année civile.
2. L'ordonnance de cure doit être présentée à SWICA au plus tard 14 jours avant le début de la cure.

ART. 9 CURES DE CONVALESCENCE

1. Des prestations ne sont octroyées que si une cure de convalescence est médicalement nécessaire, qu'elle est prescrite par un médecin et qu'elle a été acceptée préalablement par SWICA. La cure doit être effectuée dans un établissement de cure selon la liste de SWICA.
2. L'ordonnance de cure doit être présentée à SWICA au plus tard 14 jours avant le début de la cure.

ART. 10 AIDE-MÉNAGÈRE

1. Pour l'aide-ménagère qui est nécessaire pour effectuer des travaux dans le ménage tenu par le preneur d'assurance, SWICA prend en charge 50% des frais attestés, jusqu'à concurrence de 30 francs par jour pendant 60 jours au plus par année civile.
2. La nécessité d'avoir recours à une aide familiale doit être attestée par un certificat médical.
3. Les contributions sont également versées à des membres de la famille ou à des parents, dans la mesure où ceux-ci subissent une perte de gain attestée en raison de l'aide apportée.

ART. 11 VERRES ET MONTURES DE LUNETTES; LENTILLES DE CONTACT

1. Pour les verres de lunettes médicalement nécessaires, ainsi que pour les montures ou les lentilles de contact, SWICA prend en charge 90% des frais jusqu'à concurrence de 200 francs par période de trois années civiles.
2. L'octroi de cette prestation est soumis à la condition que, durant les trois dernières années civiles, aucune prestation à titre d'aides visuelles n'ait été versée par l'assurance-maladie obligatoire.

ART. 12 MOYENS AUXILIAIRES

Pour les moyens auxiliaires ordonnés par un médecin et reconnus par SWICA (prothèses dentaires et aides visuelles exclues), qui ne constituent pas une prestation légale obligatoire, SWICA prend en charge 90% des frais jusqu'à concurrence de 200 francs par année civile. SWICA tient une liste des moyens auxiliaires reconnus.

ART. 13 FRAIS DE SOINS DENTAIRES

SWICA prend en charge 50% des frais, au maximum 100 francs par année civile, pour les traitements dentaires qui ne donnent pas droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire.

ART. 14 CORRECTION DU POSITIONNEMENT DES DENTS

1. Pour des corrections du positionnement des dents chez les enfants et les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans révolus, SWICA prend en charge 50% des frais selon le tarif LAA, jusqu'à concurrence de 10 000 francs par année civile.
2. Pour les traitements hospitaliers, SWICA prend en charge 50% des frais selon le tarif de la division commune de l'établissement hospitalier public dans le canton de domicile, le plus proche du lieu de résidence du preneur d'assurance, jusqu'à concurrence de 10 000 francs par année civile.

ART. 15 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

1. Pour les mesures de chirurgie maxillo-faciale, SWICA prend en charge 50% des frais selon le tarif de référence du canton de domicile du preneur d'assurance, jusqu'à concurrence de 10 000 francs par année civile.
2. Pour les traitements ambulatoires, SWICA prend en charge 50% des frais selon le tarif remboursé par la LAMal, jusqu'à concurrence de 10 000 francs par année civile.

ART. 16 TRANSPORTS D'URGENCE, TRANSFERTS ET OPÉRATIONS DE RECHERCHE ET DE DÉGAGEMENT EN SUISSE

1. En complément à l'assurance-maladie obligatoire, SWICA prend en charge les frais, pour les transports d'urgence ou les transferts médicalement nécessaires, en Suisse, jusqu'au cabinet du médecin ou jusqu'à l'hôpital le plus proche, selon le tarif usuel, au maximum 90% des frais jusqu'à concurrence d'un montant total de 20 000 francs par année civile.
2. SWICA prend en charge les opérations entreprises dans la perspective de la recherche et/ou du dégagement du preneur d'assurance, jusqu'à concurrence de 20 000 francs par année civile.

IV. PRESTATIONS DE COMPLETA TOP À L'ÉTRANGER

ART. 17 PRESTATIONS À L'ÉTRANGER

1. SWICA délivre une garantie de prise en charge des coûts et paie les frais de traitements médicalement nécessaires qui surviennent pendant un séjour provisoire à l'étranger d'une personne domiciliée en Suisse et qui ne sont pas couverts par une autre assurance. Tous les traitements reconnus par l'assurance-maladie suisse obligatoire sont assurés.
2. SWICA prend en charge les frais de traitements ambulatoires et hospitaliers en cas d'urgence (division privée pendant les trois premiers mois du voyage) en complément de l'assurance obligatoire des soins.
3. Si un preneur d'assurance se rend à l'étranger pour y subir un traitement sans autorisation préalable de SWICA, les coûts ne sont pas pris en charge.

ART. 18 ASSISTANCE DE PERSONNES

Si un preneur d'assurance tombe malade à l'étranger ou est victime d'un accident ou qu'une aggravation inattendue et attestée médicalement d'un mal chronique survient, SWICA prend en charge en outre les prestations suivantes:

1. Opérations de recherche et de dégagement, transports d'urgence et transferts à l'étranger, pour autant que le médecin mandaté par la centrale d'appel d'urgence de SWICA le juge nécessaire, jusqu'à concurrence de 50 000 francs cumulés par année civile.
2. Rapatriement en Suisse ou transfert à l'hôpital, pour autant que le médecin mandaté par SWICA ou par la centrale d'appel d'urgence de SWICA le juge nécessaire.
3. Si un séjour hospitalier à l'étranger dure plus de sept jours, les frais d'un voyage de visite d'une personne très proche du preneur d'assurance SWICA sont pris en charge comme suit: frais attestés du voyage aller et retour, jusqu'à concurrence toutefois du coût du billet d'avion en classe économique (economy class), de même que les frais d'hébergement et de pension attestés, jusqu'à concurrence toutefois de 200 francs par jour, au maximum 1 000 francs au total.

ART. 19 COMPORTEMENT EN CAS DE SINISTRE

1. En principe, l'octroi des prestations conformément à l'art. 17 (à l'exception de la prise en charge des traitements ambulatoires) et conformément à l'art. 18 est soumis à la condition que la centrale d'appel d'urgence de SWICA soit alertée. Les prestations ne sont pas fournies si elles n'ont pas été autorisées et organisées par la centrale d'appel d'urgence de SWICA.

2. Pour les traitements ambulatoires, le preneur d'assurance peut en principe entreprendre lui-même les démarches pour se faire soigner. Si toutefois les actes médicaux ambulatoires tels que le diagnostic, le traitement, les soins et les médicaments représentent un coût global supérieur à 25 000 francs par année civile, le preneur d'assurance doit demander à SWICA une garantie de prise en charge des coûts. En l'absence de cette dernière, il n'existe aucun droit à des prestations issues de cette assurance.
3. En cas de séjours hospitaliers, le preneur d'assurance doit demander une garantie de prise en charge des coûts à la centrale d'appel d'urgence de SWICA avant le début du traitement ou avant l'hospitalisation. En cas d'urgence, un délai de notification de cinq jours à compter du début du traitement est applicable. Sur la base du résultat de l'examen médical, les médecins de la centrale d'appel d'urgence décident de la remise de la garantie de prise en charge des coûts par SWICA, de même que d'un éventuel transfert dans un autre hôpital ou du rapatriement en Suisse dans un hôpital approprié situé à proximité du domicile du preneur d'assurance.
4. **!** Toutes les factures doivent être remises à SWICA par le preneur d'assurance sous forme d'originaux ou par le biais d'un canal d'envoi électronique fourni par SWICA, munies des indications médicales nécessaires. Si les documents sont insuffisants ou incompréhensibles ou si le tarif employé est abusif, SWICA peut réduire les prestations ou renoncer à octroyer ces dernières.
5. Le preneur d'assurance est dans l'obligation de tout mettre en œuvre pour contribuer à réduire le dommage ou contribuer à sa clarification.

V. PRESTATIONS COMPLETA PRAEVENTA

ART. 20 BUT

Si la couverture d'assurance COMPLETA PRAEVENTA a également été conclue, SWICA verse des prestations pour les mesures de prévention énoncées ci-après:

ART. 21 VACCINATIONS PRÉVENTIVES ET VACCINATIONS EN VUE DE VOYAGES

Pour les vaccinations préventives recommandées par un médecin et qui ne sont pas réputées prestations légales obligatoires, SWICA prend en charge 90% des frais jusqu'à concurrence de 200 francs par année civile.

ART. 22 PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

1. Pour les mesures de promotion de la santé et de prévention, selon une liste distincte, SWICA prend en charge 50% des frais jusqu'à concurrence de 500 francs par année civile.
2. Pour les check-up médicaux et les examens gynécologiques préventifs qui ne relèvent pas des prestations légales obligatoires et qui servent au dépistage précoce des maladies, SWICA prend en charge 90% des frais jusqu'à concurrence de 500 francs par période de trois années civiles, conformément à une liste séparée.

VI. PARTICIPATION AUX COÛTS

ART. 23 **!** PARTICIPATION AUX COÛTS

1. Pour les prestations prévues aux art. 4 Médecine complémentaire, 5 Médicaments et 17 Prestations à l'étranger des présentes Conditions, SWICA prélève, pour les preneurs d'assurance adultes, une franchise de 600 francs ainsi qu'une quote-part de 10% pour tous les preneurs d'assurance. Une participation aux coûts (franchise et quote-part) déjà acquittée dans l'assurance obligatoire des soins est décomptée.
2. Le pourcentage de participation aux coûts s'ajoute aux autres assurances complémentaires et est calculé séparément dans chaque produit d'assurance SWICA.

VII. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 24 LISTES ET RÉPERTOIRES

Les listes et répertoires mentionnés dans les présentes conditions spéciales sont mis à disposition sous forme numérique, ils sont actualisés en permanence et peuvent être consultés à tout moment. Les preneurs d'assurance peuvent à tout moment obtenir des extraits de ces listes et répertoires auprès du service clientèle de SWICA.

ART. 25 MODÈLE DU TARIF DE PRIMES

Les produits sont soumis à un tarif selon l'âge de conclusion.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SUPPLEMENTA.

I. CHAMP D'APPLICATION

ART. 1 BUT

Dans le cadre de l'assurance complémentaire SUPPLEMENTA, SWICA paie les frais qui ne sont pas ou ne sont que partiellement pris en charge par l'assurance légale des soins ou par une autre assurance complémentaire de SWICA.

ART. 2 PRENEUR D'ASSURANCE

Toute personne légalement domiciliée en Suisse peut conclure une assurance complémentaire SUPPLEMENTA. L'existence de l'assurance complémentaire COMPLETA TOP auprès de SWICA est impérative pour la conclusion de SUPPLEMENTA.

Si le contrat d'assurance de COMPLETA TOP est résilié, le contrat d'assurance de SUPPLEMENTA sera également résilié automatiquement au même moment.

II. ETENDUE DE L'ASSURANCE

ART. 3 ETENDUE DE L'ASSURANCE

1. L'étendue de l'assurance est régie par les présentes conditions, ainsi que par la police d'assurance.
2. Les participations aux coûts imposées par d'autres assurances sociales ne sont pas assurées.

III. PRESTATIONS

ART. 4 VERRES DE LUNETTES ET MONTURES, LENTILLES DE CONTACT

Pour les verres de lunettes médicalement nécessaires, ainsi que pour les montures et les lentilles de contact, SWICA prend en charge 90% des frais jusqu'à concurrence de 300 francs par période de trois années civiles.

ART. 5 MOYENS AUXILIAIRES

Pour les moyens auxiliaires ordonnés par un médecin et reconnus par SWICA (prothèses dentaires et aides visuelles exclues), qui ne constituent pas des prestations légales obligatoires, SWICA prend en charge 90% des frais jusqu'à concurrence de 500 francs par année civile. SWICA tient une liste des moyens auxiliaires reconnus.

ART. 6 TRANSPORTS D'URGENCE ET TRANSFERTS

SWICA prend en charge 90% des frais pour les transports d'urgence ou les transferts médicalement nécessaires au cabinet du médecin ou à l'hôpital le plus proche selon les tarifs usuels, jusqu'à concurrence d'un montant cumulé de 20 000 francs par année civile.

IV. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 7 COORDINATION AVEC LES AUTRES ASSURANCES

Le pourcentage de participation aux coûts s'ajoute aux autres assurances complémentaires et est calculé séparément dans chaque produit d'assurance SWICA.

ART. 8 LISTES ET RÉPERTOIRES

Les listes et répertoires mentionnés dans les présentes conditions spéciales sont mis à disposition sous forme numérique, ils sont actualisés en permanence et peuvent être consultés à tout moment. Les preneurs d'assurance peuvent à tout moment obtenir des extraits de ces listes et répertoires auprès du service clientèle de SWICA.

ART. 9 MODÈLE DU TARIF DE PRIMES

Ce produit est soumis à un tarif selon l'âge de conclusion.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE OPTIMA.

I. CHAMP D'APPLICATION

ART. 1 BUT

SWICA accorde, dans le cadre de l'assurance patient privé ambulatoire OPTIMA, des prestations supplémentaires en complément de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance complémentaire COMPLETA TOP et COMPLETA PRAEVENTA.

ART. 2 PRENEUR D'ASSURANCE

Toute personne légalement domiciliée en Suisse peut conclure l'assurance patient privé ambulatoire OPTIMA.

II. ETENDUE DE L'ASSURANCE

ART. 3 ETENDUE DE L'ASSURANCE

L'étendue de l'assurance est régie par les présentes conditions, ainsi que par la police d'assurance. SWICA prend en charge les frais de traitements curatifs ou de mesures de promotion de la santé et de prévention lorsque ceux-ci sont efficaces, adéquats et économiques.

III. PRESTATIONS

ART. 4 TRAITEMENT AMBULATOIRE

SWICA prend en charge les honoraires des membres du corps médical dans le monde entier. Si le preneur d'assurance a choisi une assurance avec un choix limité dans l'assurance obligatoire des soins, ces dispositions sont également applicables pour cette assurance complémentaire.

ART. 5 MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

1. Les frais des méthodes de médecine complémentaire reconnues par SWICA sont pris en charge, pour autant que le traitement soit effectué par un médecin ou un thérapeute reconnu par SWICA.
2. SWICA tient une liste des méthodes reconnues et un répertoire des médecins et thérapeutes reconnus.

ART. 6 PSYCHOTHÉRAPIES PRODIGUÉES PAR DES PSYCHOTHÉRAPEUTES INDÉPENDANTS

SWICA verse une contribution aux frais d'une psychothérapie servant au traitement de troubles psychiques ordonnée par un médecin et prodiguée par des psychothérapeutes indépendants, au maximum 60 séances à 25 francs par année civile. Le psychothérapeute doit disposer d'une formation professionnelle reconnue au niveau fédéral ou cantonal ou doit être membre de l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP).

ART. 7 MATERNITÉ

En cas d'accouchement ambulatoire, SWICA prend en charge la totalité des frais encourus pour le traitement médical et les prestations de la sage-femme.

ART. 8 VACCINATIONS PRÉVENTIVES, VACCINATIONS EN VUE DE VOYAGES

SWICA prend en charge 90 % des frais pour les vaccinations préventives recommandées par un médecin.

ART. 9 PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

1. Pour les mesures de promotion de la santé et de prévention, selon une liste distincte, SWICA prend en charge 90% des frais jusqu'à concurrence de 300 francs par année civile.
2. Pour les check-up médicaux et les examens gynécologiques préventifs qui ne relèvent pas des prestations légales obligatoires et qui servent au dépistage précoce des maladies, SWICA prend en charge 90% des frais, sans limitation de montant, conformément à une liste séparée.

ART. 10 CURES THERMALES

1. En cas de cure thermique ordonnée par un médecin et autorisée au préalable par SWICA, SWICA verse une contribution aux frais de séjour et de traitement de 30 francs au maximum par jour de cure pendant 30 jours au plus par année civile.
2. Les contributions de cure sont accordées à condition que le preneur d'assurance se soumette à une visite médicale d'entrée et de sortie et à des mesures balnéothérapeutiques et physiothérapeutiques intensives.
3. L'ordonnance de cure doit être présentée à SWICA au plus tard 14 jours avant le début de la cure.

ART. 11 CURES DE CONVALESCENCE

1. En cas de cure de convalescence ordonnée par un médecin et indiquée sur le plan médical puis autorisée au préalable par SWICA et effectuée dans un établissement de cure selon la liste de SWICA, SWICA verse une contribution aux frais de séjour de 30 francs au maximum par jour de cure pendant 30 jours au plus par année civile.
2. L'ordonnance de cure doit être présentée à SWICA au plus tard 14 jours avant le début de la cure.

ART. 12 VERRES DE LUNETTES ET MONTURES, LENTILLES DE CONTACT

Pour les verres de lunettes médicalement nécessaires, ainsi que pour les montures et les lentilles de contact, SWICA prend en charge 90% des frais jusqu'à concurrence de 300 francs par période de trois années civiles.

ART. 13 MOYENS AUXILIAIRES

Pour les moyens auxiliaires ordonnés par un médecin et reconnus par SWICA (prothèses dentaires et aides visuelles exclues), qui ne constituent pas des prestations légales obligatoires, SWICA prend en charge 90% des frais jusqu'à concurrence de 300 francs par année civile. SWICA tient une liste des moyens auxiliaires reconnus.

ART. 14 TRANSPORTS D'URGENCE ET TRANSFERTS

SWICA prend en charge 90% des frais pour les transports d'urgence ou les transferts médicalement nécessaires au cabinet du médecin ou à l'hôpital le plus proche selon les tarifs usuels, jusqu'à concurrence d'un montant cumulé de 20000 francs par année civile.

IV. PARTICIPATION AUX COÛTS

ART. 15 PARTICIPATION AUX COÛTS

Sera perçue, pour les prestations prévues aux articles 4 et 5 des présentes conditions, une participation aux coûts d'un montant égal à la franchise annuelle choisie dans l'assurance légale. Une participation aux coûts (franchise et quote-part) déjà acquittée dans l'assurance obligatoire des soins est décomptée.

V. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 16 COORDINATION AVEC LES AUTRES ASSURANCES

1. Les prestations prévues dans les présentes Conditions sont accordées à titre complémentaire aux prestations de l'assurance obligatoire des soins et des autres assurances complémentaires existant le cas échéant auprès de SWICA.
2. Le pourcentage de participation aux coûts s'ajoute aux autres assurances complémentaires et est calculé séparément dans chaque produit d'assurance SWICA.

ART. 17 LISTES ET RÉPERTOIRES

Les listes et répertoires mentionnés dans les présentes conditions spéciales sont mis à disposition sous forme numérique, ils sont actualisés en permanence et peuvent être consultés à tout moment. Les preneurs d'assurance peuvent à tout moment obtenir des extraits de ces listes et répertoires auprès du service clientèle de SWICA.

ART. 18 MODÈLE DU TARIF DE PRIMES

Le produit est soumis à un tarif selon l'âge de conclusion.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE D'HOSPITALISATION HOSPITA.

I. CHAMP D'APPLICATION

ART. 1 BUT

SWICA accorde, dans le cadre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA, des prestations complémentaires et supplémentaires pour les traitements hospitaliers stationnaires ou les interventions et opérations chirurgicales ambulatoires en complément de l'assurance obligatoire des soins.

SWICA tient un répertoire des hôpitaux, dans lequel tous les hôpitaux reconnus par SWICA sont répertoriés en fonction de la classe d'assurance (voir art. 3). Dans les hôpitaux sans contrat tarifaire avec SWICA, le tarif maximal¹ défini par SWICA s'applique. L'étendue de la participation est examinée dans le cadre de la demande de garantie de prise en charge des frais.

Le répertoire des hôpitaux mentionné dans les présentes conditions est mis à disposition sous forme numérique, il est actualisé en permanence et peut être consulté à tout moment. Les preneurs d'assurance peuvent à tout moment obtenir des extraits de ce répertoire auprès du service clientèle de SWICA.

En outre, d'autres prestations sont accordées dans cette assurance complémentaire selon la classe d'assurance choisie.

ART. 2 PRENEUR D'ASSURANCE

Toute personne légalement domiciliée en Suisse peut conclure cette assurance.

II. ETENDUE DE L'ASSURANCE

ART. 3 CHOIX DES CLASSES D'ASSURANCE

SWICA prend en charge les frais de prestations lorsque ces traitements et ces mesures sont efficaces, adéquats et économiques.

Il peut être choisi parmi les classes d'assurance suivantes:

Classe 1 HOSPITA DIVISION COMMUNE: division commune des hôpitaux reconnus par SWICA en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein. Cette classe peut être souscrite avec une garantie permettant une augmentation de la couverture d'assurance avec hospitalisation en division demi-privée ou privée sans examen de santé.

Classe 2 HOSPITA DEMI-PRIVÉE: division demi-privée des hôpitaux reconnus par SWICA en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein (hôpitaux répertoriés et hôpitaux conventionnés) avec contrat tarifaire. Dans les hôpitaux sans contrat tarifaire avec SWICA, le tarif maximal défini par SWICA (tarif reconnu) s'applique.


Classe 3 HOSPITA DEMI-PRIVÉE LISTE: division demi-privée dans des hôpitaux de Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein selon la désignation dans le répertoire des hôpitaux de SWICA.

Classe 4 HOSPITA PRIVÉE: division privée des hôpitaux reconnus par SWICA en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein (hôpitaux répertoriés et hôpitaux conventionnés) avec contrat tarifaire. Dans les hôpitaux sans contrat tarifaire avec SWICA, le tarif maximal défini par SWICA (tarif privé usuel) s'applique.

¹ Le tarif maximal est déterminé au maximum sur la base des valeurs moyennes des contrats tarifaires entre SWICA et des hôpitaux comparables ou sur la base du dernier tarif en vigueur avec l'hôpital, la plus faible des deux valeurs étant appliquée. Le tarif maximal est calculé séparément pour chaque classe d'hôpital.

- Classe 5 HOSPITA PRIVÉE LISTE: division privée dans des hôpitaux de Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein selon la désignation dans le répertoire des hôpitaux de SWICA.
- Classe 6 HOSPITA PRIVÉE MONDE ENTIER: division privée dans tous les hôpitaux publics et privés dans le monde entier. En l'absence d'accord contractuel, le tarif maximal (tarif privé usuel) s'applique en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein.
- Classe 7 Variante d'assurance HOSPITA COMFORTA Chambre à deux lits (hôtellerie) dans tous les hôpitaux reconnus par SWICA de Suisse, selon la désignation dans le répertoire des hôpitaux de SWICA.
- Classe 8 Variante d'assurance HOSPITA COMFORTA Chambre à un lit (hôtellerie) dans tous les hôpitaux reconnus par SWICA de Suisse, selon la désignation dans le répertoire des hôpitaux de SWICA.

ART. 4 GARANTIE DE CHANGEMENT DE CLASSE

1. La conclusion de HOSPITA DIVISION COMMUNE, garantie de changement de classe comprise (= HOSPITA PLUS) permet de passer, sans examen de santé, à la variante d'assurance HOSPITA DEMI-PRIVÉE ou HOSPITA PRIVÉE.
2. La garantie de changement de classe peut être soumise sous l'une des deux formes suivantes:
 - a) Passage de HOSPITA DIVISION COMMUNE à HOSPITA DEMI-PRIVÉE (classe 2 ou 3 au choix)
 - b) Passage de HOSPITA DIVISION COMMUNE à HOSPITA PRIVÉE (classe 4 ou 5 au choix).
3. Une HOSPITA PLUS peut être conclue jusqu'à la fin de l'année civile des 18 ans.
4. L'inclusion de la garantie de changement de classe HOSPITA PLUS dans HOSPITA DIVISION COMMUNE est possible après avoir passé un examen de santé.
5. Le passage dans une classe impliquant une couverture d'assurance supérieure est possible jusqu'à la fin de l'année civile des 40 ans. Si la garantie de changement n'a pas été utilisée jusque-là, elle s'éteint.
6. Un changement peut être effectué pour le 1^{er} d'un mois ou à une autre date convenue.
7.  Après le passage dans la classe impliquant une couverture d'assurance supérieure, il existe un délai de carence de douze mois pour toutes les prestations. Durant cette période, les traitements sont assurés en division commune.

ART. 5 VARIANTES DE PARTICIPATION AUX COÛTS

1. Pour les classes 1 à 6, le preneur d'assurance peut choisir des modèles de participation aux coûts particuliers avec une franchise par année civile:
 - 1 000 francs
 - 2 000 francs
 - 5 000 francs
2. L'assuré HOSPITA DEMI-PRIVÉE (classes 2 et 3) peut également opter pour des modèles de participation aux coûts avec une participation de 300 francs par journée d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 6 000 francs par année civile.
3. L'assuré HOSPITA PRIVÉE (classes 4 et 5) peut également opter pour des modèles de participation aux coûts avec une participation de 300 francs par journée d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 6 000 francs par année civile en cas de traitements en division demi-privée et 400 francs par journée d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 8 000 francs par année civile en cas de traitements en division privée.
4. La prime est réduite en fonction du modèle de participation choisi. Une participation aux coûts (franchise et quote-part) déjà acquittée dans l'assurance de base ou dans une assurance complémentaire est prise en compte dans le calcul de la participation annuelle maximum de cette assurance complémentaire.
5. Le passage à un échelon de participation plus bas est possible pour le début d'une année civile moyennant un préavis de trois mois. Après un examen de santé, SWICA peut approuver la réduction, exclure de la réduction de la participation les maladies et les suites d'accidents existant au moment de la demande de réduction ou refuser la réduction.
6. En cas de passage à un échelon de participation plus bas, il existe une période de carence de 360 jours pour les prestations de maternité.
7. L'examen de santé en cas de réduction de la participation est également effectué lors du passage simultané à une classe d'assurance inférieure. Exception: lors du passage à HOSPITA DIVISION COMMUNE (variante sans garantie de changement de classe), il n'est pas procédé à un examen de santé en cas de réduction de la participation.
8. La suppression de la participation est considérée comme une réduction de la participation.

ART. 6 APPRÉCIATION PAR UN SECOND MÉDECIN

Avec les classes d'assurance 3 et 5, le preneur d'assurance peut demander auprès de SWICA une appréciation par un second médecin («Second Opinion») avant de subir une intervention chirurgicale recommandée.

III. PRESTATIONS

ART. 7 DROIT AUX PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE (TRAITEMENT HOSPITALIER STATIONNAIRE)

1. En cas d'hospitalisation, SWICA prend en charge les frais de traitement et de séjour conformément à la classe d'assurance choisie.
2. En division générale (classe 1), les frais de séjour et de traitement des hôpitaux reconnus par SWICA sont pris en charge (selon la désignation dans le répertoire des hôpitaux de SWICA). La prise en charge est limitée aux prestations non couvertes pour les traitements hospitaliers hors du canton, c'est-à-dire que la part dépassant le tarif de référence du canton de domicile selon l'AOS est prise en charge, sauf si celle-ci est prise en charge par l'AOS sur la base d'une justification médicale.
3. La condition préalable pour avoir droit aux prestations des classes 2 et 4 est que SWICA ait conclu un accord contractuel (contrat tarifaire) pour cette prestation avec le fournisseur de prestations correspondant. Dans le cas de ces tarifs contractuels, les frais complets de la prestation fournie sont couverts (selon la désignation dans la liste des hôpitaux de SWICA). En l'absence d'accord contractuel avec SWICA, un tarif maximal défini par SWICA ou selon l'art. 9, classes 2 et 3, sera remboursé. Si le fournisseur de prestations réclame une indemnité supérieure au tarif maximal défini par SWICA (tarif reconnu), le preneur d'assurance supporte la différence entre le tarif reconnu et la facture du fournisseur de prestations.
4. Dans les classes 3 et 5, les prestations sont accordées aux hôpitaux listés dans le répertoire des hôpitaux de SWICA. En l'absence d'accord contractuel avec SWICA, la désignation correspondante ne figure pas dans le répertoire des hôpitaux de SWICA et SWICA ne prend aucun coût en charge.
5. Dans la classe 6, les frais d'hospitalisation à l'étranger sont entièrement pris en charge. En l'absence d'accord contractuel avec un hôpital en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein, le tarif maximal défini par SWICA s'applique. Si le fournisseur de prestations réclame une indemnité supérieure au tarif maximal défini par SWICA (tarif privé usuel), le preneur d'assurance supporte la différence entre le tarif reconnu et la facture du fournisseur de prestations.

6. Dans la variante d'assurance COMFORTA, classe 7 (chambre à deux lits) et classe 8 (chambre à un lit), les frais de séjour et les frais de nourriture (hôtellerie) seront payés conformément au contrat liant SWICA aux établissements hospitaliers. Aucune prestation n'est versée pour les frais de traitement et de diagnostic ou les honoraires des médecins. En l'absence d'accord contractuel avec SWICA, la désignation correspondante ne figure pas dans le répertoire des hôpitaux de SWICA et SWICA ne prend aucun coût en charge.
7. Les frais supplémentaires inhérents à un traitement hors du canton et indiqué médicalement ne vont pas à la charge de l'assurance complémentaire.
8. Pour les transplantations de la moelle osseuse et d'organes, les prestations sont en fonction du tarif reconnu par SWICA.

ART. 8 DURÉE DES PRESTATIONS

A défaut d'une mention contraire dans les présentes Conditions, les prestations de l'assurance HOSPITA sont accordées sans limite de durée.

ART. 9 CHOIX D'UNE AUTRE DIVISION D'HÔPITAL/ TRAITEMENTS À L'ÉTRANGER

1. Choix d'une autre division hospitalière
Lorsqu'une division d'hôpital supérieure ne correspondant pas à l'assurance souscrite est choisie, les frais sont payés en complément des prestations de l'assurance obligatoire des soins.
Les montants maximaux suivants s'appliquent:

Classe 1	jusqu'à 50 francs par jour pour les frais de pension et jusqu'à 5000 francs par année civile pour les frais de traitement
Classes 2+3	jusqu'à 100 francs par jour pour les frais de pension et jusqu'à 10000 francs par année civile pour les frais de traitement
Classe 7	jusqu'à 100 francs par jour pour les frais de séjour et de nourriture

Toute participation aux coûts à la charge du preneur d'assurance est déduite des montants ci-dessus.

2. Traitement hospitalier à l'étranger
En cas de séjour hospitalier à l'étranger, les prestations suivantes sont versées pour les traitements stationnaires ainsi que pour les traitements ambulatoires selon l'art. 10, al. 2, en complément de l'assurance obligatoire des soins:

Classe 1 jusqu'à 50 francs par jour pour les frais de pension et jusqu'à 5 000 francs par année civile pour les frais de traitement

Classes 2 + 3 jusqu'à 100 francs par jour pour les frais de pension et jusqu'à 10 000 francs par année civile pour les frais de traitement

Classes 4 + 5 jusqu'à 150 francs par jour pour les frais de pension et jusqu'à 30 000 francs par année civile pour les frais de traitement

Classe 6 couverture intégrale des frais

Classe 7 jusqu'à 100 francs par jour pour les frais de séjour et de nourriture

Classe 8 jusqu'à 150 francs par jour pour les frais de séjour et de nourriture

Toute participation aux coûts à la charge du preneur d'assurance est déduite des montants ci-dessus.

3. Participation aux coûts
Si un assuré en privé ou en demi-privé avec un modèle de participation selon l'art. 5 al. 2 et 3 choisit de se faire traiter en division commune, la participation de l'assurance complémentaire pour le traitement en division commune est supprimée. Si un assuré en privé avec un modèle de participation selon l'art. 5 al. 3 choisit de se faire traiter en division demi-privée, la participation se réduit à 300 francs par jour jusqu'à concurrence de 6 000 francs par an.
4. Prestation maximale
Les montants au titre de l'art. 9, al. 1 et 2, ne sont pas cumulables et représentent un montant maximum par classe pour tous les versements de prestations.

ART. 10 CENTRES MÉDICAUX AMBULATOIRES (HÔPITAUX, CLINIQUES DE JOUR OU SERVICES AMBULATOIRES AVEC INFRASTRUCTURE CORRESPONDANTE)

1. La condition préalable pour avoir droit aux prestations est que SWICA ait conclu un accord contractuel (contrat tarifaire) pour cette prestation avec le fournisseur de prestations ou le prestataire de services correspondant. SWICA tient un répertoire des fournisseurs de prestations qu'elle reconnaît.

2. SWICA tient une liste des opérations ou interventions pour lesquelles les frais de séjour, les frais de traitement et les frais annexes dépassant les prestations obligatoires légales sont pris en charge en complément de l'assurance obligatoire des soins.
3. Pour les frais excédant les prestations légales obligatoires, aucune participation aux coûts ne sera exigée de l'assuré.

ART. 11 CLINIQUES SPÉCIALISÉES ET CLINIQUES PSYCHIATRIQUES

1. En cas de séjour dans des cliniques psychiatriques ou des divisions spéciales pour les personnes souffrant de maladie psychique dans des hôpitaux reconnus par SWICA, ainsi que dans des cliniques spécialisées, telles que cliniques de réadaptation, sanatoriums à fonctions multiples, stations climatiques et cliniques de sommeil ou services de sommeil, les contributions suivantes sont versées dans les classes 2 à 5 en plus des prestations de l'assurance des soins:

Du 1^{er} au 180^e jour Prise en charge des frais selon la division hospitalière assurée

À partir du 180^e jour Classes 2 + 3, 80 francs par jour

Classes 4 + 5, 150 francs par jour

Dans HOSPITA classe 6, les frais sont pris en charge sans montant limite.

Dans HOSPITA classes 1, 7 et 8 aucune prestation n'est versée.

2. Ces prestations sont versées pendant 720 jours au plus dans une période de 900 jours consécutifs.

ART. 12 MATERNITÉ

1. En cas de maternité, SWICA paie les mêmes prestations qu'en cas de maladie. Par ailleurs, après un accouchement, SWICA prend également en charge, dans le cadre de l'assurance de la mère, les frais de séjour et de traitement de l'enfant, dans la mesure où l'enfant est assuré auprès de SWICA et tant qu'il séjourne à l'hôpital avec sa mère.
2. Le droit aux prestations de maternité naît 360 jours après le début de l'assurance.

ART. 13 CURES THERMALES

1. En cas de cure thermique ordonnée par un médecin, autorisée au préalable par SWICA et effectuée dans un établissement thermal suisse reconnu ou, dans des cas particuliers, effectuée à l'étranger sur demande et autorisation préalable de SWICA, SWICA verse les contributions suivantes aux frais de séjour et de traitement pendant 30 jours au plus par année civile:
Classe 1 30 francs par jour
Classes 2 + 3 60 francs par jour
Classes 4 + 5 80 francs par jour
Classe 6 100 francs par jour
Aucune prestation n'est versée dans les classes 7 et 8.
2. Les contributions de cure sont accordées à condition que le preneur d'assurance se soumette à une visite médicale d'entrée et de sortie et à des mesures balnéothérapeutiques et physiothérapeutiques intensives.
3. L'ordonnance de cure doit être présentée à SWICA au plus tard 14 jours avant le début de la cure.

ART. 14 SÉJOURS DE CONVALESCENCE

1. En cas de séjours de convalescence ordonnés par un médecin, indiqués sur le plan médical et autorisés au préalable par SWICA et effectués dans un établissement de cure selon la liste de SWICA, SWICA verse les contributions suivantes aux frais de séjour pendant 30 jours au plus par année civile:
Classe 1 15 francs par jour
Classes 2 + 3 30 francs par jour
Classes 4 + 5 40 francs par jour
Classe 6 50 francs par jour
Aucune prestation supplémentaire n'est versée dans les classes 7 et 8.
2. L'ordonnance de cure doit être présentée à SWICA au plus tard 14 jours avant le début de la cure.

ART. 15 SOINS À DOMICILE

1. Pour les soins dispensés au domicile du preneur d'assurance tenant son propre ménage, SWICA verse les contributions suivantes aux frais attestés:
Classe 1 30 francs par jour
Classes 2 + 3 60 francs par jour
Classes 4 + 5 80 francs par jour
Classe 6 100 francs par jour
Aucune prestation n'est versée dans les classes 7 et 8.
2. La nécessité de recevoir des soins du preneur d'assurance doit être attestée par un certificat médical.

3. Les contributions sont également versées à des membres de la famille ou à des parents, dans la mesure où ceux-ci subissent une perte de gain attestée en raison de l'aide apportée.
4. Les prestations sont versées pendant 720 jours au plus dans une période de 900 jours consécutifs.

ART. 16 AIDE FAMILIALE

1. Pour l'aide familiale qui est nécessaire pour effectuer des travaux dans le ménage tenu par le preneur d'assurance, SWICA verse les contributions suivantes aux frais attestés pendant 60 jours au plus par année civile:
Classe 1 15 francs par jour
Classes 2 + 3 30 francs par jour
Classes 4 + 5 40 francs par jour
Classe 6 50 francs par jour
Aucune prestation n'est versée dans les classes 7 et 8.
2. La nécessité d'avoir recours à une aide familiale doit être attestée par un certificat médical.
3. Les contributions sont également versées à des membres de la famille ou à des parents, dans la mesure où ceux-ci subissent une perte de gain attestée en raison de l'aide apportée.

ART. 17 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

1. Pour les mesures de chirurgie maxillo-faciale, SWICA prend en charge les frais non couverts selon le tarif de référence du canton de domicile du preneur d'assurance, jusqu'à concurrence de 10 000 francs par année civile.
2. Pour les traitements ambulatoires, SWICA prend en charge les frais non couverts selon le tarif remboursé par la LAMal, jusqu'à concurrence de 10 000 francs par année civile.
3. Aucune prestation n'est versée dans les classes 7 et 8.

ART. 18 TRANSPORTS D'URGENCE ET TRANSFERTS

- SWICA prend en charge jusqu'à concurrence de 90% de l'ensemble des frais (il y aura lieu d'imputer les contributions de prestations) pour les transports d'urgence ou les transferts médicalement nécessaires au cabinet du médecin ou à l'hôpital le plus proche jusqu'à concurrence des montants suivants:
- | | |
|-------------|-------------------------------|
| Classe 1 | 5 000 francs par année civile |
| Classes 2-6 | illimité |
- Aucune prestation n'est versée dans les classes 7 et 8.

ART. 19 FRAIS DE RAPATRIEMENT, DE RECHERCHE ET DE DÉGAGEMENT

1. SWICA prend en charge 90% des frais de rapatriement de l'étranger en Suisse, ainsi que de recherche et de dégagement d'un preneur d'assurance, jusqu'à concurrence des montants suivants par événement:
Classe 1 5 000 francs
Classes 2-6 20 000 francs
Aucune prestation supplémentaire n'est versée dans les classes 7 et 8.
2. L'octroi des prestations susmentionnées est soumis à l'approbation de la centrale d'appel d'urgence de SWICA.
3. Si des actions sont entreprises sans son autorisation, SWICA peut réduire ou refuser les prestations.

IV. LISTES

ART. 20 LISTES ET RÉPERTOIRES

Les listes et répertoires mentionnés dans les présentes conditions spéciales sont mis à disposition sous forme numérique, ils sont actualisés en permanence et peuvent être consultés à tout moment. Les preneurs d'assurance peuvent à tout moment obtenir des extraits de ce répertoire auprès du service clientèle de SWICA.

V. PRIMES

ART. 21 CHOIX DU MODÈLE DE TARIF DE PRIMES

SWICA fixe chaque année le tarif des primes. Est déterminant le tarif du modèle tarifaire choisi. Les preneurs d'assurance bénéficiant d'une assurance complémentaire HOSPITA ont à choix l'un ou l'autre des deux modèles énoncés ci-dessous:

1. Modèle du tarif de primes selon l'âge de conclusion.
Si le preneur d'assurance choisit le tarif selon l'âge de conclusion, c'est l'âge qu'il a au moment de la conclusion de l'assurance qui détermine la prime.
2. Modèle du tarif de primes selon l'âge effectif.
Si le preneur d'assurance choisit le tarif selon l'âge effectif, sa prime sera calculée régulièrement pour le début de chaque année civile et adaptée à son nouveau groupe d'âge.

3. Pour les preneurs d'assurance ayant été admis dans l'assurance à un tarif spécial pour les enfants ou les jeunes, SWICA appliquera l'échelon tarifaire immédiatement supérieur à la prime pour le début de l'année d'assurance suivant l'accomplissement de leur 18^e année ou de leur 25^e année révolue. Si le preneur d'assurance ne demande pas expressément le tarif selon l'âge de conclusion, il lui sera automatiquement attribué le tarif selon l'âge effectif.
4. Jusqu'à l'âge de 50 ans révolus, le preneur d'assurance peut demander pour le début d'une année civile son transfert du système de tarification selon l'âge effectif à celui selon l'âge de conclusion, et ce pour les couvertures d'assurance existantes, sans nouvel examen de santé et tout en tenant compte de la durée d'affiliation. À partir de 50 ans, le preneur d'assurance change automatiquement de tarif selon ces règles.
5. Les preneurs d'assurance peuvent renoncer par écrit au passage automatique du tarif selon l'âge effectif au tarif selon l'âge de conclusion jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 50 ans et demander à conserver le tarif selon l'âge effectif. En renonçant au changement automatique, le droit à la prise en compte de la durée d'affiliation s'éteint.

VI. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 22 COORDINATION AVEC LES AUTRES ASSURANCES

1. Les prestations prévues dans les présentes Conditions ne sont versées qu'à titre complémentaire à l'assurance obligatoire des soins et à la COMPLETA TOP de SWICA.
2. Le pourcentage de participation aux coûts s'ajoute aux autres assurances complémentaires et est calculé séparément dans chaque produit d'assurance SWICA.

ASSURANCE DE SOINS DENTAIRES DENTA.

I. CHAMP D'APPLICATION

ART. 1 BUT

SWICA prend en charge, dans le cadre de l'assurance soins dentaires DENTA, les frais de soins dentaires, de remplacements de dents et de prophylaxie dentaire.

ART. 2 PRENEUR D'ASSURANCE

1. Toute personne légalement domiciliée en Suisse peut conclure cette assurance.
2. La formule d'admission de SWICA doit être remplie par un médecin-dentiste. Les frais de l'examen dentaire sont à la charge du requérant.

II. ETENDUE DE L'ASSURANCE

ART. 3 ETENDUE DE L'ASSURANCE

L'assurance DENTA peut être conclue selon les variantes suivantes:

- › **Classe de prestations 1:** 50% des honoraires du médecin-dentiste, au maximum 500 francs par année civile
- › **Classe de prestations 2:** 50% des honoraires du médecin-dentiste, au maximum 1 000 francs par année civile
- › **Classe de prestations 3:** 75% des honoraires du médecin-dentiste, au maximum 1 500 francs par année civile
- › **Classe de prestations 4:** 75% des honoraires du médecin-dentiste, au maximum 2 000 francs par année civile

Le pourcentage de participation aux coûts s'ajoute aux autres assurances complémentaires et est calculé séparément dans chaque produit d'assurance SWICA.

III. PRESTATIONS

ART. 4 PRESTATIONS

1. Conformément à la variante d'assurance choisie, SWICA prend en charge les traitements dentaires effectués par un médecin-dentiste diplômé.
2. Pour les preneurs d'assurance qui n'ont pas encore atteint l'âge de 25 ans révolus, le montant des contributions sera doublé pour les traitements d'orthopédie maxillo-faciale.
3. Aucune prestation n'est accordée pour les produits d'hygiène dentaire.
4. SWICA ne verse aucune prestation pour les suites d'accidents qui se sont produits avant le début de l'assurance.
5. Lorsque l'assurance débute au cours d'une année civile, le droit aux prestations (montant maximal assuré) sera calculé au prorata des mois assurés.

ART. 5 TARIF DÉTERMINANT

SWICA prend en charge les traitements dentaires qui ont été prodigués dans le respect du principe de l'économie de traitement. Le preneur d'assurance est débiteur des honoraires du médecin-dentiste.

ART. 6 EXCLUSION DE PRESTATIONS

Pour les dents manquantes au moment de l'admission, il n'existe aucun droit aux prestations en cas de remplacement ultérieur.

IV. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 7 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Les prestations prévues dans les présentes Conditions sont accordées à titre complémentaire aux prestations de l'assurance des soins et des autres assurances complémentaires existant le cas échéant auprès de SWICA.

ART. 8 MODÈLE DU TARIF DE PRIMES

Le produit est soumis à un tarif selon l'âge de conclusion.

ASSURANCE-ACCIDENTS INFORTUNA.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)

GESTION DE L'ASSURANCE

❗ SWICA Assurance-maladie SA, Römerstrasse 38, 8401 Winterthour dénommée ci-après SWICA.

ASSUREUR

SWICA Assurances SA, Römerstrasse 37, 8401 Winterthour dénommée ci-après l'assureur.

I. CHAMP D'APPLICATION

ART. 1 BUT

Ces Conditions spéciales règlent l'assurance-accidents individuelle en complément à l'assurance-maladie (LAMal), à l'assurance-accidents (LAA), à l'assurance militaire (LAM) et à l'assurance-invalidité (LAI). Les CGA sont considérées comme faisant partie intégrante pour autant que celles-ci ne soient contraires aux présentes Conditions spéciales.

II. CHOIX DES VARIANTES D'ASSURANCE

ART. 2 VARIANTES D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance peut choisir les variantes d'assurance suivantes:

- Prestations-capital en cas de décès à la suite d'un accident
- Prestations-capital en cas d'invalidité à la suite d'un accident
- Assurance frais de guérison en complément à l'assurance-maladie (LAMal), à l'assurance-accidents (LAA), à l'assurance militaire (LAM) et à l'assurance-invalidité (LAI)

III. CONCLUSION DE L'ASSURANCE

ART. 3 CONCLUSION

L'assurance-accidents peut être conclue par toute personne qui n'a pas atteint l'âge de la retraite. L'augmentation de la couverture d'assurance est considérée comme une nouvelle admission.

IV. PRESTATIONS EN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ À LA SUITE D'UN ACCIDENT

ART. 4 ❗ SOMMES ASSURÉES

1. L'assurance-accidents INFORTUNA est – à l'exception des frais de guérison, qui sont une assurance non-vie – une assurance de sommes. Les sommes assurées déterminantes sont celles qui sont mentionnées sur la police.
2. Les sommes maximales d'assurance suivantes sont valables après la 70^e année révolue:
 - en cas de décès: 50 000 francs
 - en cas d'invalidité: 100 000 francsCette limite d'âge atteinte, les assurances en vigueur sont réduites en conséquence.
3. Pour les preneurs d'assurance âgés de plus de 70 ans au moment de l'accident, la progression de l'assurance-invalidité est supprimée.
4. Pour les enfants jusqu'à l'âge de 30 mois révolus, le capital-décès est limité à 2 500 francs, et à 20 000 francs jusqu'à l'âge de 12 ans révolus.
5. En cas d'accident d'avion, la garantie maximale de l'assureur pour une même personne et pour l'ensemble de ses assurances-accidents en vigueur, se limite à 500 000 francs en cas de décès et à 1 000 000 francs en cas d'invalidité totale (en cas d'invalidité partielle, ce montant est réduit en conséquence) pour autant que le risque de vol en avion soit couvert sans prime particulière.

ART. 5 CAS DE DÉCÈS

1. Si l'accident provoque immédiatement, ou dans les cinq ans à partir de ce dernier, le décès du preneur d'assurance, l'assureur verse la somme assurée en cas de décès aux survivants qui peuvent faire valoir leur droit et ceci dans l'ordre suivant:
 - a) Le capital-décès intégral au conjoint survivant, à défaut aux enfants, à défaut aux parents et à défaut aux héritiers légaux, à l'exclusion de la collectivité. Le conjoint et les enfants d'un mariage contracté après l'accident ne peuvent faire valoir leur droit aux prestations.
 - b) En dérogation à cette réglementation, le preneur d'assurance peut désigner des bénéficiaires et exclure des ayants droit par communication écrite à SWICA. Une telle déclaration peut être révoquée ou modifiée en tout temps par notification écrite à SWICA.
 - c) S'il n'y a pas d'ayants droit selon les lettres a et b, l'assureur prend en charge les frais d'ensevelissement, mais au maximum jusqu'à concurrence de 10% du capital-décès assuré.
2. Un capital-invalidité versé conformément à l'art. 6 est imputé sur le capital-décès.

ART. 6 INVALIDITÉ

1. Si l'accident entraîne dans les cinq ans à dater du jour de l'accident une invalidité vraisemblablement permanente du preneur d'assurance, l'assureur verse la somme d'assurance convenue en cas d'invalidité, à savoir l'intégralité de la somme assurée en cas d'invalidité totale et en cas d'invalidité partielle, une somme d'assurance réduite selon le degré de l'invalidité.
2. Est considérée comme invalidité totale la perte ou l'incapacité d'usage des deux bras ou mains, des deux jambes ou pieds, ou la perte simultanée d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied, la paralysie totale ou la cécité complète.

3. La somme d'assurance prévue en cas d'invalidité totale est réduite proportionnellement en cas d'invalidité partielle selon l'échelle ci-dessous.

Perte de:	Degré d'invalidité:
› bras supérieur	70%
› bras inférieur	65%
› main	60%
› pouce avec partie du métacarpe	25%
› pouce sans partie du métacarpe	22%
› première phalange du pouce	10%
› index	15%
› majeur	10%
› annulaire	9%
› auriculaire	7%
› une jambe, partie supérieure	60%
› une jambe, partie inférieure	50%
› un pied	45%
› un gros orteil	8%
› autres orteils, chacun	3%
› acuité visuelle d'un œil	30%
› acuité visuelle de l'autre œil chez une personne borgne	50%
› ouïe des deux oreilles	60%
› ouïe d'une oreille	15%
› ouïe d'une oreille si celle de l'autre oreille était déjà complètement perdue avant l'accident	30%
› rein	20%
› odorat	10%
› goût	10%
› limitation fonctionnelle très douloureuse de la colonne vertébrale	50%

Le degré d'invalidité est réduit proportionnellement en cas de perte partielle ou d'incapacité d'usage partielle. Pour les cas non prévus ci-dessus, la fixation du degré d'invalidité intervient sur la base de constatation médicales et compte tenu des taux d'atteinte à l'intégrité figurant dans l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA).

4. En cas de perte simultanée ou d'incapacité d'usage simultanée de plusieurs parties du corps à la suite d'un même accident, le degré d'invalidité s'établit, en règle générale, par l'addition des taux d'invalidité, mais s'élève au maximum à 100%. En cas de perte de tous les doigts d'une main, le capital-invalidité versé est au maximum celui fixé pour la perte de la main correspondante.

5. Lors de la fixation du degré d'invalidité, il est pris en considération la mutilation du corps ou l'incapacité d'usage totale ou partielle préexistante à l'accident, calculée sur la base des dispositions ci-dessus.
6. L'indemnisation sous forme de sommes progressives d'assurance est applicable pour l'assurance capital-invalidité (à l'exception de l'art. 4 al. 4): progression 350%. L'indemnisation pour une invalidité de plus de 25% s'élève comme il suit:

de %	à %	de %	à %	de %	à %
➤ 26	28	➤ 51	105	➤ 76	230
➤ 27	31	➤ 52	110	➤ 77	235
➤ 28	34	➤ 53	115	➤ 78	240
➤ 29	37	➤ 54	120	➤ 79	245
➤ 30	40	➤ 55	125	➤ 80	250
➤ 31	43	➤ 56	130	➤ 81	255
➤ 32	46	➤ 57	135	➤ 82	260
➤ 33	49	➤ 58	140	➤ 83	265
➤ 34	52	➤ 59	145	➤ 84	270
➤ 35	55	➤ 60	150	➤ 85	275
➤ 36	58	➤ 61	155	➤ 86	280
➤ 37	61	➤ 62	160	➤ 87	285
➤ 38	64	➤ 63	165	➤ 88	290
➤ 39	67	➤ 64	170	➤ 89	295
➤ 40	70	➤ 65	175	➤ 90	300
➤ 41	73	➤ 66	180	➤ 91	305
➤ 42	76	➤ 67	185	➤ 92	310
➤ 43	79	➤ 68	190	➤ 93	315
➤ 44	82	➤ 69	195	➤ 94	320
➤ 45	85	➤ 70	200	➤ 95	325
➤ 46	88	➤ 71	205	➤ 96	330
➤ 47	91	➤ 72	210	➤ 97	335
➤ 48	94	➤ 73	215	➤ 98	340
➤ 49	97	➤ 74	220	➤ 99	345
➤ 50	100	➤ 75	225	➤ 100	350

7. Le droit aux prestations en cas d'invalidité est acquis au preneur d'assurance.
8. Les frais de réadaptation professionnelle nécessaires, en relation avec un accident indemnisé par l'assureur sont pris en charge par celui-ci jusqu'au maximum de 10% de la somme assurée en cas d'invalidité.

V. FRAIS DE GUÉRISON

ART. 7 PRESTATIONS

L'assurance couvre les soins et remboursements de frais non couverts par l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance-accidents (LAA), l'assurance militaire (LAM) ou l'assurance-invalidité (LAI), en ce qui concerne:

- a) Ce qui est prodigué ou prescrit par un médecin, un médecin-dentiste ou un chiropraticien, titulaires d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme étranger équivalent, soit pour des mesures thérapeutiques prescrites.
- b) En cas de séjours hospitaliers, SWICA prend en charge les frais en division privée selon le tarif reconnu par SWICA (tarif contractuel). En l'absence d'accord contractuel avec un hôpital en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein, le tarif maximal défini par SWICA s'applique. Si le fournisseur de prestations réclame une indemnité supérieure au tarif maximal défini par SWICA (tarif privé usuel), le preneur d'assurance supporte la différence entre le tarif reconnu et la facture du fournisseur de prestations.
- c) Les frais des méthodes de médecine complémentaire reconnues par SWICA sont pris en charge, pour autant que le traitement soit effectué par un médecin ou un thérapeute reconnu par SWICA. SWICA tient une liste des méthodes reconnues et un répertoire des médecins et thérapeutes reconnus.
- d) Les frais des psychothérapies servant au traitement d'un trouble psychique, ordonnées par un médecin et prodiguées par des psychothérapeutes indépendants. Le psychothérapeute doit disposer d'une formation professionnelle reconnue au niveau fédéral ou cantonal ou doit être membre de l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP).
- e) Les soins à domicile prescrits médicalement et dispensés par un personnel soignant diplômé. Ce dernier comprend le personnel infirmier qui est chargé par des organisations de fournir des soins et une assistance à domicile, ainsi que les aides ménagères (à l'exclusion des membres de la famille).
- f) Les frais des cures complémentaires ou des cures de bains.
- g) Les traitements curatifs médicaux à l'étranger.
- h) Les moyens auxiliaires exécutés de façon raisonnable, destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction.
- i) Les dommages aux objets qui remplacent morphologiquement ou fonctionnellement une partie du corps; les frais de remplacement des lunettes, appareils acoustiques et prothèses dentaires ne sont pris en charge que si la lésion corporelle nécessite un traitement.

- j) Les voyages et transports dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires, les opérations nécessaires de dégagement du preneur d'assurance ainsi que le transport du corps. La prestation pour les opérations de recherche en vue du sauvetage du preneur d'assurance est limitée à 20 000 francs.

ART. 8 ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS OU DE CURES

1. Sont réputés hôpitaux les établissements hospitaliers ou les divisions de ceux-ci qui, placés sous direction médicale permanente et disposant d'un personnel soignant spécialement formé et d'installations médicales appropriées, servent au traitement hospitalier de maladies et de suites d'accidents.
2. Sont réputées établissements de cure les institutions qui, placées sous direction médicale et disposant d'un personnel spécialement formé et d'installations appropriées, servent au traitement complémentaire et à la réadaptation médicale.

ART. 9 PARTICIPATION AUX COÛTS

Les participations, franchises et émoluments imposés par l'assurance-maladie ou l'assurance-accidents obligatoire ne sont pas assumés par la présente assurance.

VI. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 10 ACCIDENTS ASSURÉS

1. L'assurance couvre tous les accidents professionnels et non professionnels qui sont survenus pendant la durée du contrat.
2. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par un facteur extérieur extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou entraîne la mort.
3. Les lésions corporelles exhaustives suivantes sont assimilées à un accident, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie ou une dégénérescence, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:
 - a) Les fractures;
 - b) Les déboîtements d'articulations;
 - c) Les déchirures du ménisque;
 - d) Les déchirures de muscles;
 - e) Les élongations de muscles;
 - f) Les déchirures de tendons;
 - g) Les lésions de ligaments;
 - h) Les lésions du tympan.

ART. 11 RESTRICTIONS ET RÉDUCTIONS DE PRESTATIONS

1. Ne sont pas couverts par l'assurance les accidents selon l'art. 8 des Conditions générales d'assurance selon la LCA de SWICA.
2. SWICA et l'assureur renoncent à l'application de leur droit de réduire les prestations si l'accident a été provoqué par une négligence grave.

ART. 12 CONCOURS DES SUITES D'ACCIDENT AVEC DES MALADIES, DES INFIRMITÉS ET DES SUITES D'ANCIENS ACCIDENTS

Lorsqu'un état antérieur, dû à des maladies, infirmités, ainsi qu'à des suites d'anciens accidents, n'a pas été, à priori, éveillé par le nouvel accident en aggravant sensiblement les suites de ce dernier, les prestations d'assurance sont réduites de manière équitable. Cette restriction ne concerne pas les frais de guérison. La prise en charge des frais de traitements curatifs se poursuit jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de preuve d'une atteinte à la santé causée par l'accident.

ART. 13 VALIDITÉ TERRITORIALE

L'assurance est valable dans le monde entier.

ART. 14 DÉCLARATION DE SINISTRE

1. Le sinistre doit être déclaré sans délai, au plus tard dans les trente jours qui suivent la prise de connaissance de celui-ci.
2. La prestation peut être réduite du montant dont elle aurait été réduite si la déclaration avait été faite en temps utile, si la déclaration est tardive de manière fautive ou en l'absence de déclaration.
3. Toutes les déclarations de sinistre du preneur d'assurance doivent être adressées à SWICA. Les coordonnées figurent sur la police d'assurance.

ART. 15 LISTES

Les listes et répertoires mentionnés dans les présentes conditions spéciales sont mis à disposition sous forme numérique, ils sont actualisés en permanence et peuvent être consultés à tout moment. Les preneurs d'assurance peuvent à tout moment obtenir des extraits de ce répertoire auprès du service clientèle de SWICA.

ART. 16 MODÈLE DU TARIF DE PRIMES

Ce produit est soumis à un tarif selon l'âge effectif.

ASSURANCE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES SALARIA SELON LA LCA.

I. BASES CONTRACTUELLES GÉNÉRALES

ART. 1 QUELLES SONT LES BASES DU PRÉSENT CONTRAT?

Les bases du contrat d'assurance sont constituées par:

1. Les présentes Conditions générales d'assurance, les Conditions spéciales éventuelles ainsi que les dispositions stipulées dans la police et ses avenants éventuels;
2. La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 pour les points qui ne sont pas réglés par lesdites bases désignées sous l'alinéa 1. Si les dispositions suivantes sont en contradiction avec les dispositions obligatoires de la LCA, ce sont ces dernières qui priment;
3. Toutes les conventions contractuelles sous forme écrite existant entre SWICA et le preneur d'assurance.

II. ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

ART. 2 EN QUOI CONSISTE LA COUVERTURE D'ASSURANCE?

1. SWICA garantit une couverture d'assurance destinée à protéger le preneur d'assurance des conséquences économiques de la maladie et de la maternité dans le cadre des prestations convenues. SWICA verse aux preneurs d'assurance, sur présentation des justificatifs, la perte de gain et de salaire survenue, au maximum jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité journalière assurée.
2. Pour les femmes et hommes au foyer, la preuve d'une perte de gain et de salaire jusqu'à concurrence du montant assuré de 40 francs n'est pas une condition pour l'obligation de SWICA de verser des prestations.
3. L'assurance d'indemnités journalières maladie est une assurance non-vie.

ART. 3 QU'ENTEND SWICA PAR MALADIE?

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement ou provoque une incapacité de travail.

ART. 4 QUELLES SONT LES PERSONNES ASSURABLES?

Toute personne, domiciliée en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein, âgée de 15 ans, mais qui n'a pas encore atteint l'âge de 65 ans révolus, peut conclure l'assurance d'indemnités journalières dans le cadre de sa capacité de gain.

ART. 5 QUELLE EST LA VALIDITÉ TERRITORIALE DE L'ASSURANCE?

1. L'assurance est limitée à la Suisse et à la Principauté du Liechtenstein.
2. Les preneurs d'assurance qui tombent malade à l'étranger ont droit aux prestations pendant dix jours. Demeurent réservés les séjours hospitaliers, dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires.
3. Lorsqu'un preneur d'assurance en incapacité de travail se rend à l'étranger sans le consentement de SWICA, il n'existe aucun droit aux prestations pendant la durée du séjour.
4. Les restrictions en vertu des alinéas 1 à 3 ne s'appliquent aux frontaliers que lorsqu'ils séjournent en dehors de la zone frontalière.

ART. 6 QUE SE PASSE-T-IL LORSQUE LA MALADIE EST CAUSÉE PAR UNE FAUTE GRAVE?

Si la maladie est consécutive à une faute grave du preneur d'assurance, SWICA renonce à son droit légal de réduire les prestations.

ART. 7 ! DANS QUEL CAS N'Y A-T-IL PAS DE COUVERTURE D'ASSURANCE?

Aucune prestation d'assurance n'est versée pour:

- a) les maladies donnant droit à une indemnité de l'assurance-accidents obligatoire (LAA).
- b) les atteintes à la santé dues à l'effet de radiations ionisantes et les dommages causés par l'énergie nucléaire. Les atteintes à la santé à la suite d'une radiothérapie prescrite médicalement pour une maladie assurée sont couvertes.
- c) les maladies consécutives à des événements de guerre ou des actes de terrorisme. Lorsque le preneur d'assurance est surpris par l'éclatement de faits de guerre en dehors de la Suisse, la couverture d'assurance ne s'éteint que 14 jours après le début de tels événements.

III. PRESTATIONS D'ASSURANCE

ART. 8 ! QUAND LE PRENEUR D'ASSURANCE A-T-IL DROIT À L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE?

1. Lorsque le preneur d'assurance se trouve dans une incapacité de travail attestée médicalement, SWICA verse, en cas d'incapacité totale de travail, l'indemnité journalière assurée correspondant à la perte de gain effective et prouvée.
2. En cas d'incapacité de travail d'au moins 25%, une indemnité journalière correspondant au degré d'incapacité de travail est versée.
3. Après chaque accouchement, l'obligation d'allouer des prestations est suspendue pendant huit semaines. L'assurance d'une allocation de maternité reste réservée.

ART. 9 QU'ENTEND SWICA PAR INCAPACITÉ DE TRAVAIL?

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude du preneur d'assurance à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de plus de trois mois, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

ART. 10 ! COMMENT LE DÉLAI D'ATTENTE EST-IL CALCULÉ ET QU'ENTEND-ON PAR RECHUTE?

1. Le délai d'attente commence à courir le premier jour où une incapacité de travail d'au moins 25% a été médicalement constatée, mais au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical. Le délai d'attente est imputé à chaque nouveau cas de maladie. Les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 25% comptent comme des jours entiers pour le calcul du délai d'attente.
2. Est considéré comme nouveau cas de maladie au sens du délai d'attente et de la durée de prestations:
 - › la réapparition d'une maladie (rechute) si le preneur d'assurance n'a pas eu d'incapacité de travail à cause de la même maladie pendant au moins douze mois;
 - › une nouvelle maladie, si, après une incapacité de travail, le preneur d'assurance a repris complètement le travail pendant au moins deux mois.

ART. 11 ! PENDANT COMBIEN DE TEMPS L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EST-ELLE ALLOUÉE?

1. L'indemnité journalière est versée pendant 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs, un éventuel délai d'attente convenu étant imputé. En cas de passage de l'assurance collective dans l'assurance individuelle, les prestations déjà touchées seront prises en compte.
2. Les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 25% comptent comme des jours entiers pour la détermination de la durée de versement des prestations.
3. Si pendant un cas de maladie survient un autre cas de maladie, les jours qui donnent droit aux prestations du premier cas sont imputés sur la durée de prestation.
4. A partir de l'âge de la retraite AVS, l'indemnité journalière est encore allouée pendant une durée maximum de 180 jours pour tous les cas d'assurance en cours ou à venir, au plus tard cependant jusqu'à l'âge de 70 ans révolus. S'il existe une incapacité de travail au moment où le preneur d'assurance atteint l'âge de la retraite AVS, le droit aux prestations s'éteint à moins qu'il ne démontre que le contrat de travail aurait continué si la capacité de travail ne s'était pas réduite.
5. L'obligation d'allouer des prestations s'éteint après l'extinction de la couverture d'assurance (sous réserve des obligations de prestations périodiques au sens de l'art. 35c LCA en cas de résiliation du contrat).

ART. 12 QUAND PEUT-ON PRÉTENDRE À UNE ALLOCATION DE MATERNITÉ?

1. Une allocation de maternité également assurée est versée pendant 56 jours, pour chaque naissance. Un éventuel délai d'attente convenu n'est pas imputé sur la durée des prestations.
2. Si, lors de l'accouchement, la mère est au bénéfice de l'assurance d'allocation de maternité depuis moins de 270 jours civils, les prestations ne seront pas allouées.
3. Les prestations de l'assurance sociale obligatoire sont imputées sur les prestations de SWICA allouées dans le cadre de l'assurance d'allocation de maternité. Tout le temps pendant lequel un preneur d'assurance touche les prestations d'allocation de maternité de SWICA ou d'une assurance sociale obligatoire, l'obligation d'allouer des prestations de SWICA dans l'assurance d'indemnités journalières maladie reste suspendue.
4. L'allocation de maternité n'est pas imputée sur la durée des prestations au sens de l'art. 11, 1^{er} alinéa.

ART. 13 CHÔMAGE

1. Lorsque le preneur d'assurance est au chômage au sens de l'art. 10 LACI (loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité), SWICA accorde les prestations jusqu'à concurrence de l'indemnité de chômage perdue:
 - a) en cas d'incapacité de travail supérieure à 25% la moitié de l'indemnité journalière;
 - b) en cas d'incapacité de travail supérieure à 50% l'intégralité de l'indemnité journalière.
2. Moyennant une adaptation des primes, les chômeurs assurés ont le droit de transformer sans réserve leur ancienne assurance indemnité journalière en une assurance avec un délai d'attente de 30 jours, sous garantie du montant de l'ancienne indemnité journalière.

IV. DÉBUT ET DURÉE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

ART. 14 DÉBUT DE L'ASSURANCE

L'assurance prend effet dès que SWICA a remis le certificat d'assurance ou a déclaré accepter la proposition, mais au plus tôt au jour convenu et désigné dans le certificat d'assurance.

ART. 15 DROIT DE RÉVOCATION

1. Le demandeur peut révoquer sa demande de conclusion du contrat ou sa déclaration d'acceptation par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite à SWICA (conformément aux coordonnées figurant sur la police d'assurance).
2. Le délai de révocation est de 14 jours et commence dès que le preneur d'assurance a demandé ou accepté le contrat.
3. Le délai est respecté si le preneur d'assurance informe SWICA de sa révocation ou remet sa déclaration de révocation à la poste le dernier jour du délai de révocation. Le droit de révocation est exclu pour les assurances collectives de personnes, les engagements de couverture provisoire et les conventions d'une durée inférieure à un mois.
4. La révocation a pour effet que la demande de conclusion du contrat ou la déclaration d'acceptation du preneur d'assurance est sans effet dès le départ. Les prestations déjà reçues doivent être remboursées.

ART. 16 ⓘ EXCLUSION DE LA COUVERTURE/REFUS

1. Les maladies existantes ou qui ont existé au moment de l'admission peuvent être exclues (exclusion de la couverture). Si, lors de l'admission, des maladies n'ont pas été déclarées, l'exclusion de la couverture peut être formulée ultérieurement, avec effet rétroactif. SWICA a le droit de refuser la conclusion d'un contrat sans en donner les motifs.
2. Les maladies ayant fait l'objet d'une exclusion de la couverture ne donnent pas droit aux prestations. Il en va de même pour les maladies non déclarées au moment de l'admission.
3. SWICA peut demander un examen médical lors de toute nouvelle assurance ou de toute augmentation d'assurance. En signant sa proposition, le candidat autorise SWICA à prendre les renseignements nécessaires auprès de services officiels, de médecins et de tiers.

4. Si, au moment de la proposition, des éléments importants que la personne qui devait faire la déclaration connaissait ou devait connaître, ont été déclarés inexactement ou passés sous silence, SWICA peut résilier le contrat (par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite) dans les quatre semaines à partir du moment où elle a eu connaissance de la réticence, ainsi que demander la restitution de toutes les prestations liées à la réticence allouées depuis le début du contrat. Le contrat prend fin à réception de la résiliation par le preneur d'assurance.
 5. Les mêmes dispositions sont applicables pour les augmentations d'assurances et les nouvelles admissions.
4. En outre, l'assurance indemnité journalière prend fin
 - a) lors de l'épuisement du droit aux prestations de l'assurance chômage;
 - b) lorsque le preneur d'assurance a atteint l'âge de l'AVS. Demeurent réservées la poursuite d'une activité professionnelle durable et une pleine capacité de travail entraînant, en cas de maladie, une perte de gain justifiable. L'assurance indemnité journalière s'éteint définitivement, lorsqu'un tel preneur d'assurance, après avoir atteint l'âge de l'AVS, a perçu l'indemnité journalière assurée pendant 180 jours;
 - c) par décès;
 - d) par épuisement du droit aux prestations.

ART. 17 QUAND L'ASSURANCE PEUT-ELLE ÊTRE MODIFIÉE?

Une réduction de la couverture d'assurance peut être demandée pour la fin de chaque mois. Pendant la durée de versement d'une prestation, la réduction de l'indemnité journalière assurée ne peut avoir lieu qu'avec l'accord réciproque des parties en présence.

ART. 18 ! QUAND L'ASSURANCE PREND-ELLE FIN?

1. Le preneur d'assurance peut résilier l'assurance d'indemnités journalières de manière ordinaire pour la fin d'une année civile. Il y aura lieu d'observer un délai de résiliation de trois mois. La résiliation est réputée faite en temps utile si elle parvient à l'accueil de SWICA au plus tard le dernier jour ouvrable précédant le début du délai de trois mois jusqu'à 17 heures (la date du timbre postal ne fait pas foi). SWICA ne bénéficie pas de ce droit de résiliation ordinaire selon la LCA.
2. Après une incapacité de travail pour laquelle SWICA a versé une prestation, le preneur d'assurance peut résilier l'assurance d'indemnités journalières. Le preneur d'assurance peut résilier la partie correspondante du contrat au plus tard 14 jours après réception de la prestation. La couverture s'éteint 14 jours après que SWICA en a reçu la communication. SWICA ne bénéficie pas de ce droit de résiliation ordinaire selon la LCA.
3. L'assurance s'éteint même sans résiliation lorsque le preneur d'assurance a son lieu de résidence habituel depuis trois mois à l'étranger. Les frontaliers peuvent rester assurés aussi longtemps qu'ils sont au bénéfice d'une indemnité de chômage et qu'ils peuvent justifier une perte de gain en cas d'incapacité de travail.

ART. 19 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LA RÉSILIATION DE L'ASSURANCE?

1. Les maladies ainsi que les séquelles tardives et les rechutes survenant après l'extinction de l'assurance ne sont pas assurées.
2. ! En principe, le droit aux prestations prend fin avec la résiliation du contrat (sous réserve des obligations de prestations périodiques au sens de l'art. 35c LCA).

V. OBLIGATIONS EN CAS DE MALADIE

ART. 20 DÉLAI DE DÉCLARATION D'UNE MALADIE (AVIS DE SINISTRE)

1. Les prétentions d'indemnité journalière doivent être annoncées dans l'espace de cinq jours après l'écoulement du délai d'attente. Lorsqu'un délai d'attente de 30 jours ou plus est convenu, l'avis doit être donné au plus tard après une incapacité de travail respectivement une incapacité de gain de 30 jours. Un certificat médical doit être joint à l'avis. Les coûts y relatifs vont à la charge du preneur d'assurance.
2. La prestation peut être réduite du montant dont elle aurait été réduite si la déclaration avait été faite en temps utile, si la déclaration est tardive de manière fautive ou en l'absence de déclaration, à moins qu'il ne soit prouvé que l'absence de déclaration ou le retard dans la déclaration doit être considéré, compte tenu des circonstances, comme n'étant pas imputable au preneur d'assurance, ou que celui-ci ne prouve que l'absence de déclaration ou le retard dans la déclaration n'a eu aucune influence sur la survenance de l'événement redouté et sur l'étendue des prestations dues par SWICA.

3. Si la maladie dure plus d'un mois, un certificat médical attestant le degré et la durée de l'incapacité de travail devra être transmis chaque mois à SWICA. Dans ce cas, SWICA verse l'indemnité journalière mensuellement.

ART. 21 OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance entreprend toutes les démarches qui peuvent servir à éclaircir le cas de maladie et ses suites. Au sens de l'obligation de diminuer le dommage, le preneur d'assurance renonce à tout ce qui est inconciliable avec son incapacité de travail et avec l'indemnité journalière perçue et à tout ce qui ralentit le processus de guérison. Les médecins qui traitent ou ont traité le preneur d'assurance doivent être déliés du secret professionnel envers SWICA.

ART. 22 APPEL À UN MÉDECIN AGRÉÉ

1. Après le début de la maladie, le preneur d'assurance s'adresse dès que possible à un médecin agréé et demande un traitement approprié. Le preneur d'assurance se conforme aux ordonnances du médecin et du personnel soignant.
2. SWICA peut demander un examen par un médecin qu'elle désigne. Dans ce cas, SWICA prend en charge les frais de déplacement avec les transports publics les plus avantageux, ainsi que d'autres frais éventuels selon les directives de la SUVA.
3. SWICA peut rendre visite aux patients et exiger des pièces justificatives et renseignements supplémentaires, en particulier des certificats médicaux.
4. Si le preneur d'assurance se soustrait ou s'oppose à un traitement raisonnablement exigible ou à une réinsertion dans la vie professionnelle qui promet une amélioration sensible de la capacité de gain ou représenterait une nouvelle possibilité de gain, ou s'il ne contribue pas, de sa propre initiative, à faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui, les prestations peuvent être réduites temporairement ou bien refusées.

ART. 23 OBLIGATION DE RÉDUIRE LES CONSÉQUENCES D'UN DOMMAGE

1. Un preneur d'assurance incapable de travailler dans la profession qu'il exerçait précédemment est tenu de chercher dans les trois mois un travail dans une autre branche d'activité lucrative ou de s'annoncer à l'assurance-invalidité ou à l'assurance-chômage.
2. Si la capacité résiduelle de travail n'est pas exploitée, le calcul de l'indemnité journalière sera effectué en tenant compte de l'obligation incombant au preneur d'assurance de réduire les conséquences du dommage.

3. Si le cas n'est pas annoncé à l'assurance-chômage ou à l'assurance-invalidité, SWICA est en droit de suspendre le versement de l'indemnité journalière. Les prestations éventuelles seront calculées en tenant compte de l'estimation des prestations à fournir par ces assureurs.

ART. 24 QUE SE PASSE-T-IL LORSQUE LE PRENEUR D'ASSURANCE A DROIT AUX PRESTATIONS DE TIERS?

1. Si des prestations des assurances sociales ou des assurances de l'entreprise reviennent au preneur d'assurance, ou si celui-ci a été indemnisé par un tiers responsable, SWICA complète ces prestations jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité journalière assurée.
2. Lorsque la prétention à la rente AI n'est pas encore établie, SWICA peut avancer l'indemnité journalière assurée à titre facultatif. Dans ce cas, SWICA exigera la restitution des prestations excédentaires versées depuis le début du droit à la rente. L'avance éventuelle sera effectuée sous la réserve expresse de la compensation avec l'AI fédérale. L'étendue de la compensation correspondra à la rente AI attribuée pour la même période et pourra être effectuée sans procuration supplémentaire du preneur d'assurance.
3. SWICA avance des paiements d'indemnité journalière à titre facultatif, à la place d'un tiers responsable, pour couvrir la perte de gain, à condition que le preneur d'assurance ou l'ayant droit cède ses prétentions par écrit pour l'étendue des prestations de SWICA.
4. Si plusieurs compagnies d'assurances au bénéfice d'une concession sont appelées à couvrir la perte de gain, la somme assurée dans ce contrat ne sera couverte qu'en proportion des prestations garanties conjointement par tous les assureurs concernés.
5. Si le preneur d'assurance conclut un arrangement avec un tiers sans le consentement préalable de SWICA, l'obligation de SWICA de fournir des prestations s'éteint.
6. SWICA n'est pas dans l'obligation de fournir des prestations lorsque le preneur d'assurance omet de faire valoir à temps sa créance envers un tiers ou n'entreprend pas les démarches nécessaires à son recouvrement.
7. Le preneur d'assurance doit immédiatement informer SWICA du genre et de l'étendue de toute prestation de tiers.

ART. 25 CONSÉQUENCES DE L'INOBSERVATION DES OBLIGATIONS EN CAS DE MALADIE

En cas de non-respect des obligations conformément aux articles 20 à 24, SWICA est en droit de réduire ou de refuser les prestations, à moins qu'il ne soit prouvé que ce non-respect n'a eu aucune influence sur la constatation de la maladie et de ses conséquences, ou que cela ne constituait pas une faute.

VI. PRIMES

ART. 26 QUAND LES PRIMES SONT-ELLES EXIGIBLES?

Les primes sont échues en francs suisses le premier jour du mois d'une période de paiement.

ART. 27 RETARD DE PAIEMENT

1. Lorsque la prime n'est pas réglée dans le délai d'un mois suivant l'échéance, SWICA sommera le preneur d'assurance par écrit d'en effectuer le paiement dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de verser des prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai de rappel.
2. SWICA est en droit de demander aux preneurs d'assurance négligents la restitution des débours, tels que les frais pour les sommations, poursuites et intérêts moratoires, etc. ou de les compenser avec des prétentions au remboursement.

VII. DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES

ART. 28 ASSURANCE-ACCIDENTS

1. Lorsqu'une indemnité journalière a été convenue pour les cas d'accidents, SWICA accorde également, en complément à l'art. 2 des présentes CGA, une couverture d'assurance contre les conséquences économiques d'accidents, de lésions corporelles assimilées à un accident, et de maladies professionnelles.
2. Sont assurés les accidents professionnels, les lésions corporelles assimilées à un accident, les maladies professionnelles et les accidents non professionnels qui se produisent ou sont causés pendant la durée du contrat de cette assurance complémentaire. Les définitions déterminantes pour les accidents, les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles dans l'assurance-accidents légale (LAA) font foi.

3. L'indemnité journalière assurée est réduite selon la pratique LAA lorsque le preneur d'assurance cause l'accident en commettant une infraction ou un acte criminel.
4. Aucune prestation d'assurance n'est accordée en cas d'accident:
 - a) que le preneur d'assurance a provoqué intentionnellement;
 - b) à la suite de tremblements de terre en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein;
 - c) à la suite d'événements de guerre en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein;
 - d) à la suite d'événements de guerre à l'étranger. Lorsqu'une guerre éclate pour la première fois dans un pays, surprenant le preneur d'assurance qui y séjourne, la couverture d'assurance reste en vigueur pendant 14 jours, à compter du jour où la guerre a été déclarée;
 - e) à l'occasion de service militaire à l'étranger;
 - f) en relation avec un acte criminel commis par le preneur d'assurance ou les tentatives de tels actes;
 - g) en cas d'agitations de tout genre et de mesures prises pour rétablir l'ordre, à moins que le preneur d'assurance prouve qu'il n'a pas été actif aux côtés des auteurs de troubles ou de façon active ou en tant qu'agitateur;
 - h) lors de la participation à des courses de véhicules à moteur ou de rallyes, courses d'entraînement comprises;
 - i) les atteintes à la santé dues à l'effet de radiations ionisantes ou les dommages causés par l'énergie nucléaire. Les atteintes à la santé consécutives à des radiothérapies prescrites médicalement en raison d'un accident assuré sont couvertes. Les atteintes à la santé dues à l'effet de rayons en relation avec l'exercice d'une activité professionnelle sont également assurées, dans la mesure où elles feraient l'objet d'une obligation de prestations selon la LAA.
5. Par ailleurs, les dispositions contractuelles et les présentes CGA s'appliquent par analogie.

ART. 29 LIEU D'EXÉCUTION ET FOR

1. Les obligations découlant du présent contrat sont accomplies en Suisse et en monnaie suisse. Le preneur d'assurance s'engage à nous indiquer un compte bancaire ou un compte postal suisse comme adresse d'exécution du paiement.
2. Le preneur d'assurance a le choix entre le for ordinaire et celui de son domicile en Suisse ou au Liechtenstein.

ART. 30 IMPÔT À LA SOURCE

L'impôt est déduit des prestations pour les preneurs d'assurance assujettis à l'impôt à la source.

ART. 31 COMPENSATION ET DEMANDE EN RESTITUTION

Les indemnités journalières versées par erreur doivent être restituées par le preneur d'assurance sur injonction écrite. Il existe un droit de compensation en faveur de SWICA. Le preneur d'assurance n'a aucun droit de compensation.

ART. 32 INTERDICTION DE CÉDER ET DE METTRE EN GAGE

Les créances envers SWICA ne peuvent être ni cédées ni mises en gage. Il n'est pas possible de faire valoir des cessions ou des mises en gage de telles créances vis-à-vis de SWICA.

ART. 33 A QUI ADRESSER LES COMMUNICATIONS ET LES DÉCLARATIONS?

1. Toutes les communications et déclarations (y compris les avis de sinistre) du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit doivent être adressées à SWICA. Les coordonnées figurent sur la police d'assurance.
2. Toutes les communications et déclarations (y compris les avis de sinistre) venant de SWICA ou de l'assureur sont valablement envoyées à la dernière adresse en Suisse indiquée par le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit, ou au contact électronique indiqué.
3. Tout changement de situation personnelle ayant une incidence sur le rapport d'assurance (p. ex.: changement de représentant légal/payeur de primes, changement de domicile, changement de sexe, etc.) doit être communiqué immédiatement par le preneur d'assurance à SWICA par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite.

ART. 34 MODÈLE DU TARIF DE PRIMES

Ce produit est soumis à un tarif selon l'âge de conclusion.

GLOSSAIRE.

Le présent glossaire définit certains termes utilisés dans les Conditions générales d'assurance (CGA) et les Conditions spéciales (CS) selon la LCA et sert d'aide à l'interprétation. Il ne fait pas partie intégrante des CGA ou des CS.

Accident

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par un facteur extérieur extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Année d'assurance

L'année d'assurance correspond à l'année civile.

Assurance complémentaire

Outre l'assurance obligatoire des soins (assurance de base), il existe des assurances complémentaires facultatives. Celles-ci peuvent être conclues de manière individuelle. Mais les assureurs ont la liberté de refuser la demande d'assurance ou de ne l'accepter qu'avec une réserve de couverture.

Assurance de base

L'assurance de base (aussi appelée assurance obligatoire des soins ou AOS) est l'assurance des soins légalement obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse.

Cas d'urgence

On parle d'une urgence lorsqu'un traitement médical ne peut être remis à plus tard d'un point de vue médical.

Chirurgie maxillo-faciale

Les traitements de chirurgie maxillo-faciale comprennent des interventions réalisées après la fin de la croissance des maxillaires en présence de sévères malpositions maxillaires, lorsque le déséquilibre entre les maxillaires supérieur et inférieur ne peut pas être corrigé par des mesures simples.

N'en font pas partie la pose d'implants et le sinus lift éventuellement nécessaire (comblement osseux du plancher sinusien). Il s'agit dans ce cas du remplacement subséquent d'une dent, qui est considéré comme un traitement dentaire.

Contrat-cadre

Un contrat-cadre permet d'établir avec le partenaire contractuel certaines conditions applicables à un grand nombre de personnes ayant un certain lien juridique avec celui-ci (p. ex.: relation de travail, affiliation à une association ou autre), qui s'appliquent si ces personnes remplissent les conditions fixées dans le contrat-cadre.

Contrat d'assurance collective

Contrat d'assurance conclu avec un preneur d'assurance, en vertu duquel un grand nombre de personnes (appelées personnes assurées) qui ne sont pas contractantes sont également assurées.

Délai de résiliation/délai de modification

Pour que le délai de résiliation soit respecté, la résiliation doit parvenir à SWICA au plus tard à 17 heures le dernier jour ouvrable précédant l'expiration du délai de résiliation (le cachet de la Poste n'est pas déterminant). La notification de la résiliation doit, dans chaque cas, être faite par écrit ou sous une autre forme permettant de fournir une trace écrite.

Fournisseur de prestation

Selon la loi sur l'assurance-maladie, les fournisseurs de prestations sont en particulier les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les laboratoires, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, les établissements de cure balnéaire qui remplissent les conditions légales.

Franchise

La franchise est une contribution fixe que le preneur d'assurance verse par année civile pour participer aux frais de traitement.

Hôpitaux conventionnés

Les hôpitaux conventionnés sont des hôpitaux qui n'ont pas de mandat de prestations cantonal mais avec lesquels SWICA a convenu de tarifs contractuels.

Hôpitaux reconnus par SWICA

Les hôpitaux reconnus par SWICA sont les hôpitaux répertoriés et les hôpitaux conventionnés avec lesquels SWICA a conclu un accord contractuel sur les tarifs.

Hôpitaux répertoriés

Les hôpitaux répertoriés sont des hôpitaux qui ont reçu un mandat de prestations des cantons sur la base de la LAMal.

LAA

Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1984.

LAMal

Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996.

Liste des produits pharmaceutiques à charge des assurés (LPPA)

Liste des médicaments qui ne sont pris en charge par les assureurs-maladie ni au titre de l'assurance obligatoire des soins, ni au titre des assurances complémentaires selon la LCA.

Liste des spécialités (LS)

Après avoir reçu l'aval de Swissmedic pour un nouveau médicament, une entreprise peut demander l'intégration de ce médicament dans la liste des spécialités de la Confédération. La liste des spécialités est une liste positive: les médicaments y figurant doivent être remboursés par les assureurs pour autant qu'ils aient été prescrits par un médecin pour l'affection enregistrée dans la LS.

Liste négative

La liste négative est une liste de groupes de préparations que SWICA ne prend pas en charge. En font partie la LPPA (Liste des produits pharmaceutiques à charge des assurés), les médicaments non enregistrés auprès de Swissmedic, les compléments alimentaire et autres.

Listes et répertoires

Le preneur d'assurance peut consulter les listes et répertoires mentionnés dans les conditions d'assurance, qui sont pertinents pour l'évaluation des prestations, à tout moment sur le site Internet de SWICA. Le service clientèle de SWICA est à tout moment à même de fournir des extraits de listes au preneur d'assurance selon ses souhaits personnels (p. ex. thérapeutes dans un domaine ou une région donnés). Les listes et répertoires sont mis à disposition sous forme numérique, ils sont actualisés en permanence et peuvent être consultés à tout moment.

Pour la détermination du droit aux prestations, les listes et répertoires en vigueur au moment du recours à une prestation de services ou en nature assurée par SWICA servent de référence.

Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou entraîne une incapacité de travail.

Maternité

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

Médecine classique

Médecine enseignée à l'Université pendant les études. La médecine classique n'utilise que des médicaments et des méthodes thérapeutiques dont l'efficacité a été prouvée. Elle réunit une grande partie du savoir et des expériences de la médecine du monde occidental.

Médecine complémentaire

Font partie de la médecine complémentaire toutes les formes de thérapie ne relevant pas de la médecine classique. SWICA tient un répertoire des thérapeutes reconnus. Le service clientèle de SWICA est à tout moment à même de fournir des extraits de listes au preneur d'assurance selon ses souhaits personnels (p. ex. thérapeutes dans un domaine ou une région donnés). Le répertoire est mis à disposition sous forme numérique, il est actualisé en permanence et peut être consulté à tout moment. Les preneurs d'assurance peuvent à tout moment obtenir des extraits de ce répertoire auprès du service clientèle de SWICA.

Participation aux coûts

Lorsque le preneur d'assurance recourt à des prestations médicales (p. ex. consultations, médicaments, thérapies), une partie des coûts est à sa charge. Cette part payée par le preneur d'assurance lui-même est appelée participation aux coûts. La participation aux coûts consiste en une franchise, c'est-à-dire une contribution fixe que le preneur d'assurance verse par année civile pour participer aux frais de traitement, et/ou une quote-part, c'est-à-dire un pourcentage de participation du preneur d'assurance aux frais de traitement, ou un montant fixe par jour d'hospitalisation.

Preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est la personne qui a conclu le contrat d'assurance avec SWICA.

Prise en charge des coûts

Accord de l'assurance-maladie d'allouer une prestation pour un traitement prévu pour le preneur d'assurance. Il est important de faire une demande de prise en charge auprès du service clientèle compétent avant un séjour hospitalier.

Prime

La prime est la contrepartie du preneur d'assurance pour la garantie d'une couverture d'assurance par l'assureur. Etant donné les différences de coûts existantes, divers échelons de primes peuvent être fixés. Les primes sont en principe perçues d'avance.

Quote-part/participation

La quote-part dans l'assurance de base est la contribution en pour cent aux coûts des traitements médicaux et des médicaments. Au moment de l'édition des présentes CGA/CS, elle s'élève généralement à 10% des coûts dépassant la franchise et est plafonnée (les enfants paient une quote-part maximale de 350 francs par an, les adultes un maximum de 700 francs).

La quote-part des assurances complémentaires est un pourcentage de la participation du preneur d'assurance aux frais de traitement ou un montant fixe par jour d'hospitalisation.

Des explications supplémentaires figurent sous «Participation aux coûts».

Rechute

Réapparition d'une maladie.

Réserve

Exclusion d'une affection existante dans une ou plusieurs branches d'assurance pour un temps limité ou illimité.

Réticence

Une réticence existe lorsque, au moment de la conclusion d'un contrat d'assurance complémentaire, le preneur d'assurance n'a pas répondu de manière complète et conforme à la vérité aux questions concernant la santé, c'est-à-dire lorsqu'il n'a pas déclaré des faits importants pour l'évaluation du risque qu'il connaissait ou aurait dû connaître.

Swissmedic

En Suisse, les médicaments ne peuvent être commercialisés que lorsque leur sécurité, efficacité et qualité ont été prouvées et contrôlées. Pour l'autorisation, l'autorité compétente est Swissmedic, Institut suisse des médicaments.

Tarifs maximaux

Le tarif maximal est déterminé au maximum sur la base des valeurs moyennes des contrats tarifaires entre SWICA et des hôpitaux comparables ou sur la base du dernier tarif en vigueur avec l'hôpital, la plus faible des deux valeurs étant appliquée. Le tarif maximal est calculé séparément pour chaque classe d'hôpital.

Traitement hospitalier

Est réputé traitement hospitalier tout traitement avec un séjour hospitalier d'au moins 24 heures ou avec une nuitée.

VVG

Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1910.

A VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / [swica.ch](https://www.swica.ch)

