

ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS ET INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA) SELON LA LAMAL.

Edition 2020, valables à compter du 01.01.2020

Remarques

Les présentes Conditions générales d'assurance sont valables pour les assureurs suivants:

- SWICA Assurance-maladie SA, Römerstrasse 38,
8400 Winterthur
- PROVITA Gesundheitsversicherung AG, Römerstrasse 38,
8400 Winterthur

Par souci de lisibilité, seule la forme masculine est utilisée pour désigner les personnes des deux sexes.

Table des matières

	Page
I Dispositions générales	
Art. 1 Principes fondamentaux	4
Art. 2 Etendue des prestations	4
Art. 3 Base légale	4
Art. 4 Assureur	4
Art. 5 Qualité de membre de l'association	4
II Formes d'assurance	
Art. 6 Généralités	4
III Rapport d'assurance	
Art. 7 Personnes assurées	4
Art. 8 Conditions d'admission	4
Art. 9 Effets juridiques de la signature de la proposition d'assurance	4
Art. 10 Début de l'assurance	4
Art. 11 Changement en cas de formes particulières d'assurance	4
Art. 12 Changement de domicile	4
Art. 13 Suspension de la couverture des accidents	5
Art. 14 Suspension de l'assurance	5
Art. 15 Fin de l'assurance	5
Art. 16 Changement d'assureur	5
IV Prestations	
Art. 17 Prestations assurées	5
Art. 18 Subsidiarité	6
V Primes et participation aux coûts	
Art. 19 Primes	6
Art. 20 Participation aux coûts/remboursement des prestations	6
Art. 21 Retards de paiement	6
VI Droits et obligations	
Art. 22 Devoir d'annoncer, de renseigner et de coopérer	6
Art. 23 Obligation de diminuer le dommage	7
Art. 24 Liaison de paiement	7
Art. 25 Remboursement	7
Art. 26 Mise en gage et cession	7
Art. 27 Carte d'assuré	7
VII Protection des données et obligation de garder le secret	
Art. 28 Protection des données	7
Art. 29 Obligation de garder le secret	7
VIII Voies de droit	
Art. 30 Voies de droit	7
IX Dispositions diverses	
Art. 31 Communications et forme écrite	7
Art. 32 Services numériques	8
Art. 33 Interprétation	8
Art. 34 Entrée en vigueur	8
Glossaire	9

I Dispositions générales

Art. 1 Principes fondamentaux

1. Les CGA et les éventuelles Conditions spéciales ne sont pas exhaustives et s'appliquent en complément des dispositions légales.
2. Elles sont valables pour l'assurance des soins et l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal.

Art. 2 Etendue des prestations

L'assurance des soins couvre, sur la base des prescriptions de droit fédéral, les coûts relatifs aux diagnostics et aux traitements en cas de maladie, de maternité et d'accident pour autant que la couverture accidents n'ait pas été suspendue. Les prestations légales sont garanties. L'assurance d'indemnités journalières couvre la perte de gain en tenant compte des prescriptions de droit fédéral ainsi que des dispositions des Conditions spéciales.

Art. 3 Base légale

Les bases légales de l'assurance des soins et de l'assurance d'indemnités journalières sont la LAMal, la LPGa et leurs dispositions d'exécution ainsi que les CGA et les Conditions spéciales éventuelles en vigueur.

Art. 4 Assureur

1. Les CGA sont valables pour les assureurs suivants:
 - SWICA Assurance-maladie SA, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur
 - PROVITA Gesundheitsversicherung AG, Römerstrasse 38, 8400 Winterthurdésignés ci-après, individuellement ou ensemble, par «assureur».
2. L'assureur compétent figure sur la police d'assurance. Il est responsable de la gestion de l'assurance et de l'allocation des prestations d'assurance.
3. PROVITA Gesundheitsversicherung AG appartient au groupe SWICA Organisation de santé. Juridiquement parlant, SWICA Assurance-maladie SA est autorisée à agir sans restriction aucune au nom et pour le compte de PROVITA Gesundheitsversicherung AG.

Art. 5 Qualité de membre de l'association

Toute personne assurée auprès de l'assureur selon l'assurance-maladie sociale est également membre de SWICA Organisation de santé. La qualité de membre se perd par l'extinction de cette assurance ou par le dépôt d'une demande de suppression de la qualité de membre de la personne assurée.

II Formes d'assurance

Art. 6 Généralités

1. L'assureur propose l'assurance des soins ordinaire et des formes particulières d'assurance. Sont réputées des formes particulières d'assurance, les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations et celles prévoyant des franchises annuelles à option.
2. Des Conditions spéciales existent pour l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.
3. Les franchises à option sont régies par les dispositions selon l'OAMal.
4. Des Conditions spéciales existent pour les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
5. Les dispositions divergentes des Conditions spéciales priment sur les CGA.

III Rapport d'assurance

Art. 7 Personnes assurées

Le cercle des personnes tenues de s'assurer est régi par les dispositions légales. Sont assurées les personnes mentionnées dans la police d'assurance.

Art. 8 Conditions d'admission

1. L'admission doit être demandée par écrit. La proposition d'assurance d'une personne qui n'a pas l'exercice des droits civils doit être signée par le représentant légal. Le candidat ou son représentant doit répondre sincèrement et de façon complète aux questions posées dans la proposition d'assurance. Tous les documents nécessaires à l'affiliation à l'assurance doivent être transmis à l'assureur.
2. L'admission dans l'assurance des soins n'est possible que dans la mesure où il n'a pas déjà été contracté une telle assurance.

Art. 9 Effets juridiques de la signature de la proposition d'assurance

Par l'adhésion écrite la personne assurée reconnaît les présentes CGA et les Conditions spéciales de l'assureur.

Art. 10 Début de l'assurance

1. Le début de l'assurance est régi par les dispositions légales. L'affiliation a lieu dans les délais lorsqu'elle intervient dans les trois mois à compter de la naissance ou de la prise de domicile en Suisse, pour autant que la proposition d'assurance écrite ait été remise à l'assureur dans ce délai. Dans ces cas, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse.
2. L'assureur envoie une police d'assurance à la personne assurée mentionnant le début de l'assurance.
3. En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets à partir de la date d'affiliation, c'est-à-dire au plus tôt à la date de réception de la proposition d'assurance par l'assureur. Dans ce cas, les prestations d'assurance ne sont allouées qu'à partir de la date d'affiliation. Conformément aux prescriptions légales, l'assureur prélève un supplément de prime lorsque le retard n'est pas excusable.
4. Les primes sont dues à compter du début de l'assurance. Si le rapport d'assurance débute au cours d'un mois civil, les primes sont dues au jour exact du début d'assurance.

Art. 11 Changement en cas de formes particulières d'assurance

1. Le passage de l'assurance des soins ordinaire à une forme particulière d'assurance de l'assureur peut avoir lieu à tout moment pour le premier jour du mois suivant.
2. Le passage d'une forme particulière d'assurance à une autre forme particulière d'assurance de l'assureur est seulement possible pour le début d'une année civile et moyennant un délai de préavis d'un mois au 31 décembre.
3. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.
4. Il peut uniquement choisir une franchise moins élevée pour le début d'une année civile moyennant un délai de préavis d'un mois au 31 décembre.

Art. 12 Changement de domicile

1. Tout changement d'adresse ou de domicile légal (changement de domicile) doit être annoncé à l'assureur dans un délai de 30 jours. Il s'agit également d'un changement de domicile soumis à déclaration lorsque le centre de vie est transféré dans un établissement médico-social ou un institut (thérapeutique par exemple). Les préjudices découlant de la violation de l'obligation de notification sont supportés par la personne assurée.
2. Lorsqu'un changement de domicile entraîne une modification de la prime, la nouvelle prime prend effet le premier jour du mois le plus proche de la date de changement de domicile. Si une telle date fait défaut, l'assureur adapte la prime pour le premier jour du mois le plus proche de la réception de la notification de changement d'adresse.
3. En cas d'annonce tardive du changement de domicile, l'assureur peut demander le paiement des primes perdues. La différence de prime n'est pas remboursée.

4. Une adaptation de la prime suite à un changement de domicile ne donne pas le droit de changer d'assureur. Si la forme particulière d'assurance selon la police d'assurance actuelle n'est pas proposée au nouveau domicile, le passage dans un autre modèle d'assurance de l'assureur doit être effectué.

Art. 13 Suspension de la couverture des accidents

1. La couverture des accidents d'une personne assurée obligatoirement selon la LAA pour ce risque peut être suspendue. L'assureur procède à la suspension sur demande de la personne assurée si elle apporte la preuve qu'elle est intégralement couverte conformément à la LAA (contre les accidents professionnels et non professionnels). La prime est réduite en conséquence. La couverture-accidents est suspendue suite à une demande écrite de la personne assurée. Elle prend effet au plus tôt le jour suivant la réception de la demande et ne peut pas intervenir avec effet rétroactif. Si elle débute au cours d'un mois, la prime est due au jour exact.
2. Les accidents sont assurés en vertu de la LAMal dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie.
3. Si la personne assurée quitte l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, elle doit le communiquer à l'assureur dans les 30 jours. Après extinction de la couverture d'assurance selon la LAA, la couverture-accidents de l'assurance des soins est réactivée. L'obligation de payer les primes existe dès le premier jour qui suit la suppression de la couverture LAA.

Art. 14 Suspension de l'assurance

1. Toute personne soumise à l'assurance militaire pendant plus de 60 jours consécutifs est exonérée du paiement des primes dès le début de son assujettissement si elle en informe son assureur au moins huit semaines à l'avance. Si ce délai n'est pas respecté, l'assureur l'exonère dès le terme envisageable suivant, mais au plus tard huit semaines après l'annonce.
2. L'assurance d'indemnités journalières ne peut pas être suspendue.

Art. 15 Fin de l'assurance

1. L'assurance prend fin en cas de:
 - changement de compagnie d'assurance
 - décès de la personne assurée
 - déménagement à l'étranger, si l'établissement d'un nouveau domicile à l'étranger est attesté, sous réserve d'une éventuelle obligation d'assurance en vertu des accords bilatéraux conclus avec l'UE/l'AELE
 - abandon du domicile légal dans le rayon géographique d'activité de l'assureur
 - fin de l'obligation légale de s'assurer
2. La fin du rapport d'assurance doit être communiquée par écrit par la personne assurée (ou ses héritiers).

Art. 16 Changement d'assureur

1. La personne assurée peut, moyennant une communication écrite respectant un délai de résiliation de trois mois passer de l'assureur à une autre compagnie d'assurance pour le 30 juin et le 31 décembre et, en cas de forme particulière d'assurance, pour le 31 décembre.
2. Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée peut changer de compagnie d'assurance pour la fin du mois qui précède la validité de la nouvelle prime, en respectant un délai de résiliation d'un mois.
3. La résiliation ou le changement d'assureur ne sont valables que s'ils sont déclarés par écrit et dans les délais impartis. La résiliation est réputée conforme au délai lorsqu'elle a été réceptionnée par l'assureur le dernier jour ouvrable qui précède l'échéance du délai de résiliation (le cachet de la poste ne fait pas foi).
4. Le changement n'est effectif qu'à réception par l'assureur de la confirmation de la nouvelle compagnie d'assurance indiquant que la personne concernée est assurée par elle sans interruption.

5. La résiliation est sans effet tant que des arriérés de primes, de participations aux frais, d'intérêts de retard ou de frais de poursuites n'ont pas été intégralement payés jusqu'à l'échéance du délai de résiliation.
6. La fin du rapport d'assurance doit être communiquée par écrit par l'assureur.
7. Après la fin de l'assurance, il n'existe plus aucun droit juridique vis-à-vis de l'assureur.
8. La personne assurée ayant résilié est tenue de payer les primes, participations aux coûts et les frais arriérés jusqu'à la fin de l'assurance.
9. En cas d'entrée en cours d'année, la franchise et la quote-part facturées durant l'année en cours sont prises en compte. A cet effet, la personne assurée fournit les pièces justificatives correspondantes de l'assureur précédent.

IV Prestations

Art. 17 Prestations assurées

1. Sur la base des présentes CGA, l'assureur prend en charge les prestations d'assurance légales. En cas d'accidents, les prestations sont identiques à celles accordées en cas de maladie.
2. Le droit aux prestations naît au début de l'assurance et existe pendant la durée de l'assurance. Pour les frais enregistrés après la fin de l'assurance (également dans le cadre de sinistres en cours), il n'existe pas de droit aux prestations. La date de traitement ou la date de recours à la prestation assurée est déterminante.
3. Lorsque la personne assurée fait valoir des droits aux prestations, les factures détaillées et les demandes de garantie de prise en charge des coûts et en cas de droits aux indemnités journalières, les attestations d'incapacité de travail, au plus tard cinq ans à compter de la date de facturation, doivent être transmises à l'assureur. Tout droit aux prestations s'éteint après ce délai (délai de prescription selon l'article 24 LPGA). Les factures et les documents doivent être fournis à SWICA soit en allemand, soit en français, soit en italien, soit en anglais. Les factures et documents établis dans une autre langue doivent être accompagnés d'une traduction dans l'une des langues officielles précitées réalisée par un bureau de traduction officiel.
4. L'assureur prend en charge les coûts pour les prestations efficaces, appropriées et économiques. Sont réputées économiques les prestations qui se limitent à la mesure exigée par l'intérêt de la personne assurée et le but du traitement.
5. L'assureur rembourse les prestations de fournisseurs de prestations reconnus selon la LAMal. Ces prestations comprennent les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier par les fournisseurs de prestations reconnus suivants:
 - les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens et les sages-femmes
 - les personnes prodiguant des soins sur prescription d'un médecin ou d'un chiropraticien tels que les physiothérapeutes, ergothérapeutes ainsi que les infirmiers, les orthophonistes, les diététiciens et les services de soins à domicile (Spitex)
 - les laboratoires, les centres de remise de moyens et d'appareils, les hôpitaux, les maisons de naissance, les établissements médico-sociaux, les établissements de cure balnéaire, les entreprises de transport et de sauvetage
6. La personne assurée peut choisir librement un fournisseur de prestations pour le traitement ambulatoire parmi les fournisseurs de prestations autorisés. L'assureur prend en charge les frais au plus d'après le tarif applicable du lieu de domicile ou de travail de l'assuré ou des environs.
7. Les médicaments sont remboursés s'ils sont prescrits par un médecin ou un chiropraticien et s'ils figurent sur la Liste des spécialités (LS) ou sur la Liste des médicaments avec tarif (LMT). Les médicaments prescrits doivent correspondre à l'indication autorisée et être utilisés dans la limitation prévue.

8. En cas de traitement hospitalier, l'assuré peut choisir tout hôpital figurant sur la liste des hôpitaux d'un canton. Les frais sont toutefois pris en charge au maximum selon le tarif du canton de domicile.
9. Si, pour des raisons médicales, l'assuré doit recourir au fournisseur de prestations lors de traitements ambulatoires ou hospitaliers, les prestations sont prises en charge d'après le tarif applicable à ce fournisseur de prestations.
10. En cas de séjour temporaire de l'assuré à l'étranger, l'assureur ne rembourse en principe que les coûts des traitements prodigués en cas d'urgence.
11. Aucune prestation n'est notamment accordée (au chiffre [6] les prestations sont accordées mais reportées):
 1. pour des fournisseurs de prestations non autorisés,
 2. pour des examens et traitements ni efficaces, ni appropriés, ni économiques,
 3. si des factures détaillées font défaut,
 4. en cas de refus de se soumettre à un examen médical par un médecin-conseil,
 5. pour la période de retard en cas d'affiliation tardive,
 6. en cas de suspension des prestations jusqu'au paiement complet des arriérés dans les cas prévus par la loi.
12. La restitution des prestations touchées par erreur ou à tort est exigée par l'assureur.

Art. 18 Subsidiarité

1. L'assuré est tenu d'informer l'assureur des obligations de prestations d'autres compagnies d'assurance et des prestations perçues auprès d'autres compagnies d'assurance ou de tiers responsables, dans la mesure où l'assureur doit allouer des prestations pour le même cas de sinistre.
2. Si l'assureur alloue des prestations provisoires facultatives à l'assuré pour un cas de sinistre relevant de la responsabilité d'un tiers, l'assureur est subrogé aux droits de l'assuré envers ce tiers, dès la survenance de l'événement assuré, jusqu'à concurrence des prestations légales servies. L'assureur demandera la restitution de ces prétentions auprès du tiers responsable. Cela ne s'applique ni à la franchise ni à la quote-part ou à d'autres prestations non prescrites par la loi dont l'assuré devra demander lui-même le remboursement auprès du tiers responsable.

V Primes et participation aux coûts

Art. 19 Primes

1. Le montant des primes est régi par les tarifs approuvés par l'autorité de surveillance. Les primes sont échelonnées en fonction des groupes d'âge et des régions.
2. Les primes d'assurance, à payer d'avance pour un mois au moins, figurent sur la police d'assurance. Elles peuvent être payées par bimestre, trimestre, semestre ou annuellement moyennant accord particulier.
3. Durant le mois d'affiliation, les primes sont dues au jour exact du début d'assurance. Durant le mois de sortie ou de décès, la prime n'est plus due pour la période après le jour de la sortie ou du décès et est restituée.
4. Les primes sont facturées par l'assureur en francs suisses. Les remboursements sont uniquement effectués en francs suisses. Les délais de paiement sont indiqués sur la facture des primes. L'assureur fixe les conditions s'y rapportant.

Art. 20 Participation aux coûts/remboursement des prestations

Sous réserve d'exceptions prévues par la loi, la personne assurée contribue aux coûts des prestations perçues par le biais d'une participation aux coûts. Cette participation aux coûts se compose d'une contribution annuelle fixe (franchise) et d'une quote-part en pour cent. Dans les cas prévus par la loi, il est perçu en cas d'hospitalisation un montant forfaitaire par jour fixé par le Conseil fédéral en sus de la participation aux coûts.

1. La participation annuelle maximum, les franchises et la contribution en cas d'hospitalisation sont régies par les prescriptions légales.
2. La date de traitement ou de recours à la prestation assurée est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part.
3. Aucune participation aux coûts n'est prélevée pour les examens et les traitements définis dans les dispositions d'exécution en cas de maternité. De même, il ne peut être prélevé aucune participation aux coûts des prestations visées aux art. 25 et 25 a LAMal qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.
4. La quote-part pour la perception de médicaments originaux disponibles sous forme de génériques peut être plus élevée et excéder la limite légale.
5. Les participations aux coûts sont facturées en francs suisses. Les délais de paiement sont indiqués sur le décompte des prestations. L'assureur fixe les conditions s'y rapportant.
6. Les prestations payées par la personne assurée sont remboursées en francs suisses.

Art. 21 Retards de paiement

1. Lorsque la personne assurée n'a pas payé les primes et les participations aux coûts échues malgré le rappel, l'assureur lui envoie une sommation et lui impartit un délai de 30 jours pour s'acquitter du paiement. Si la personne assurée n'a toujours pas payé les primes et participations aux coûts échues ainsi que les intérêts moratoires (5% sur les créances de primes) malgré la sommation, l'assureur engage une poursuite. A la demande du canton, l'assureur en informe l'autorité cantonale compétente.
2. Les frais de poursuites sont à la charge des assurés négligents. De plus, un supplément approprié peut être prélevé pour les frais occasionnés par le retard (frais de rappel et d'encaissement).
3. Une taxe peut être perçue en cas de retards de paiement pour les conventions de paiement par acomptes.

VI Droits et obligations

Art. 22 Devoir d'annoncer, de renseigner et de coopérer

1. La personne assurée doit fournir à l'assureur les renseignements et les documents dont il a besoin pour examiner l'obligation de s'assurer et le droit aux prestations ainsi que pour fixer les primes et les prestations. Elle prend connaissance du fait que l'assureur est autorisé, dans le cadre des dispositions légales, à consulter les dossiers d'autres compagnies d'assurance, de fournisseurs de prestations ou des autorités et à traiter ces données.
2. Lorsque les prestations légales relèvent de la compétence d'un autre assureur social, la personne assurée est tenue d'effectuer l'annonce correspondante. Si la personne assurée refuse de s'annoncer, l'assureur peut faire usage de son droit d'annoncer.
3. La personne assurée est dans l'obligation de déclarer à l'unité d'organisation de l'assureur figurant sur la police d'assurance toutes les modifications personnelles (p. ex. changement d'état civil, de représentant légal, modification du payeur de primes, changement de domicile, etc.) susceptibles d'intéresser l'assurance, dans un délai d'un mois. Les préjudices résultant de la non-observation de l'obligation d'annoncer sont à la charge de la personne assurée. En cas d'annonce tardive, l'assureur peut demander le paiement des primes perdues. L'assureur n'est pas tenu de compenser les remboursements de primes.

4. Si la personne assurée justifie d'un nouveau domicile en dehors du rayon géographique d'activité de l'assureur (en Suisse ou à l'étranger), elle doit le communiquer à l'assureur dans les 20 jours. Si la personne assurée omet cette notification par sa propre faute, l'assureur résilie l'assurance.

Art.23 Obligation de diminuer le dommage

1. En cas de maladie, de maternité ou d'accident, la personne assurée doit tout mettre en œuvre pour favoriser sa guérison et s'abstenir de tout ce qui pourrait la compromettre ou la retarder. Dans le cadre des traitements et des examens, elle doit observer les prescriptions du fournisseur de prestations traitant reconnu. Elle ne doit pas inciter le fournisseur de prestations à procéder à des traitements ou à des examens inutiles ou non économiques. Si la personne assurée compromet sa guérison ou refuse de coopérer avec l'assureur, les prestations peuvent être réduites ou refusées.
2. A ses frais, l'assureur peut demander que la personne assurée se fasse examiner par son médecin-conseil ou un médecin de son choix.

Art. 24 Liaison de paiement

1. La personne assurée est tenue de communiquer à l'assureur des coordonnées de paiement en Suisse (compte bancaire ou postal) pour le remboursement des prestations par virement. Tout paiement effectué sur ce compte sera réputé acquitté. En cas de non-communication de coordonnées de paiement, les paiements de l'assureur seront considérés comme acquittés s'ils ont été effectués à la dernière adresse connue de la personne assurée. L'assureur est alors en droit de prélever une contribution par paiement effectué. Les clients domiciliés hors de Suisse peuvent indiquer un compte auprès d'une banque de leur pays de résidence.
2. Les paiements de l'assureur sont toujours effectués en francs suisses. Lorsqu'il s'agit d'un compte d'un établissement financier domicilié à l'étranger, l'ensemble des frais et des commissions de la banque étrangère sont à la charge de la personne assurée. Il en va de même pour les paiements effectués par la personne assurée domiciliée à l'étranger à destination de l'assureur à partir d'un compte d'un établissement financier étranger.

Art. 25 Remboursement

Les prestations touchées à tort ou autres avantages pécuniaires (remboursements de primes/réductions de primes) doivent être remboursés à l'assureur par la personne assurée qu'ils aient été versés à l'assuré ou à un tiers (p. ex. médecin, hôpital).

Art. 26 Mise en gage et cession

La personne assurée ne peut ni céder ni mettre en gage ses créances envers l'assureur à des tiers. Toute cession ou mise en gage est nulle. Des exceptions prévues par la loi sont réservées.

Art. 27 Carte d'assuré

1. Une carte d'assuré est délivrée à la personne assurée. Elle tient lieu d'attestation vis-à-vis des fournisseurs de prestations. Dans la mesure des contrats existants, elle permet d'accéder à des prestations telles que le retrait sans numéraire dans les pharmacies de médicaments autorisés prescrits par le médecin. Sur présentation de la carte, des traitements médicalement nécessaires dispensés dans la zone UE/AELE par des fournisseurs de prestations publics sont imputés à l'assureur.
2. La présentation de la carte d'assurance à des hôpitaux suisses n'a pas valeur de garantie de prise en charge des coûts juridiquement contraignante.
3. La carte d'assuré est valable pendant la durée de la couverture d'assurance. Elle ne doit ni être prêtée, transmise ou mise à la disposition de tiers. L'assureur doit être informé sans délai de toute perte ou disparition de la carte d'assuré. La personne assurée doit immédiatement détruire la carte d'assuré après la suppression de la couverture d'assurance.

4. Si la carte d'assuré est utilisée abusivement par la personne assurée, la personne pour qui la carte d'assuré a été établie porte la responsabilité des préjudices dont l'assureur pourrait faire l'objet. En particulier, les prestations d'assurance qui auront été acquises à tort, devront être remboursées à l'assureur et les taxes y relatives prises en charge.

VII Protection des données et obligation de garder le secret

Art. 28 Protection des données

1. La protection des données est régie par la LPGA, la LAMal et la LPD.
2. SWICA Organisation de santé enregistre les appels entrants et sortants dans les domaines suivants à des fins de constitution de documentation et de preuves, ainsi que de garantie de qualité et de formation:
 - santé24
 - Centrale d'appel d'urgence à l'étranger
 - Service clientèle 7x24 h en dehors des heures de bureau
3. Les enregistrements sont conservés pour une durée de trois mois (Service clientèle 7x24 h), d'un an (Centrale d'appel d'urgence à l'étranger) ou de dix ans (santé24), puis effacés à la fin de la période mentionnée.

Art. 29 Obligation de garder le secret

Les collaborateurs de l'assureur sont soumis à l'obligation légale de garder le secret.

VIII Voies de droit

Art. 30 Voies de droit

1. Lorsqu'une personne assurée n'est pas d'accord avec une décision de l'assureur, elle peut demander une décision formelle écrite et motivée avec indication des voies de droit dans les 30 jours.
2. Il peut être formé opposition par écrit contre la décision de l'assureur, dans un délai de 30 jours à compter de la notification, auprès de la Direction générale de l'assureur. Celle-ci doit être motivée.
3. Les décisions de l'assureur rendues sur opposition peuvent être attaquées, dans les 30 jours suivant la notification, par voie de recours auprès du Tribunal cantonal des assurances compétent. Le Tribunal cantonal des assurances peut également être saisi lorsque, malgré une demande de la personne assurée, l'assureur n'a pas rendu de décision sur opposition.
4. Il est possible de former recours contre une décision du Tribunal cantonal des assurances dans un délai de 30 jours auprès du Tribunal fédéral conformément à la loi sur le Tribunal fédéral.
5. La décision ou la décision sur opposition passent en force de chose jugée s'il n'est pas fait usage des voies de recours dans les délais correspondants ou en cas de jugement exécutoire.

IX Dispositions diverses

Art. 31 Communications et forme écrite

1. L'ensemble des communications et des justificatifs du droit aux prestations de la personne assurée doivent être adressés à l'assureur par écrit (et être dûment signés par la personne assurée ou son représentant légal). Pour certaines communications, l'assureur peut également expressément autoriser le courrier électronique ou d'autres moyens de communication électronique, pour autant que la loi l'autorise. Les notifications de l'assureur qui concernent le rapport d'assurance sont publiées de manière juridiquement contraignante, sous la forme de circulaires, d'informations sur le site Internet, dans le magazine destiné aux clients ou à l'aide de tout autre moyen approprié.

2. Toutes les communications de l'assureur sont envoyées en bonne et due forme aux dernières coordonnées indiquées à l'assureur par la personne assurée. Lors d'un séjour à l'étranger d'une durée supérieure à trois mois, il convient d'indiquer à l'assureur l'adresse de contact correspondante en Suisse en cas de communication par voie postale.
3. Les listes et répertoires en vigueur mentionnés dans les CGA ou les CS sont publiés sur le site Internet (www.swica.ch) et peuvent aussi être retirés auprès de l'unité d'organisation de l'assureur figurant sur la police d'assurance. Sont toujours déterminants les listes et répertoires en vigueur au moment du traitement. L'assureur peut adapter chaque année les listes et répertoires mentionnés dans les CS.
4. La notion «par écrit» telle qu'employée dans les présentes CGA vaut par analogie pour les communications électroniques lorsque l'assureur prévoit expressément la voie électronique et pour autant que la loi l'autorise.
5. L'assureur accepte également une signature électronique qualifiée en lieu et place d'une signature manuscrite. Elle doit reposer sur un certificat qualifié d'un fournisseur reconnu de services d'homologation au sens de la loi fédérale du 18 mars 2016 sur la signature électronique ou de la législation fédérale en vigueur. Les dispositions légales ou contractuelles dérogatoires restent réservées.

Art. 32 Services numériques

Des conventions supplémentaires (concernant l'offre, les droits et les devoirs, les autorisations d'accès, etc.) sont applicables pour les services numériques mis à disposition par l'assureur. Si la personne assurée a recours à de tels services, ces conventions ont force obligatoire, sous réserve de réglementations contraires.

Art. 33 Interprétation

La version originale de ces CGA est la version en allemand. Les versions française, italienne et anglaise sont des traductions. En cas d'éventuelles différences d'interprétation, le texte allemand fait foi.

Art. 34 Entrée en vigueur

Les présentes CGA, qui sont applicables aux assurances régies par la LAMal, entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2020. Les CS prennent effet à la date de validité prévue les concernant. L'assureur est en droit de modifier les CGA et les CS en tout temps, pour autant qu'il en informe par écrit les personnes assurées (et sous réserve de l'approbation préalable à requérir auprès de l'autorité de surveillance).

Glossaire

Accident

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

Accord sur la libre circulation

Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (les mêmes réglementations sont valables pour l'Association européenne de libre-échange).

Assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations

Dans l'assurance des soins ordinaires, la personne assurée peut choisir librement le fournisseur de prestations pour les traitements ambulatoires parmi les fournisseurs de prestations agréés. En accord avec l'assureur, la personne assurée peut restreindre sa liberté de choix à des fournisseurs de prestations définis par l'assureur en vue d'une prise en charge moins onéreuse. L'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est une forme particulière d'assurance.

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. Il est en principe dû à l'apparition soudaine et imprévisible d'une nécessité de traitement.

CGA

Conditions générales d'assurance régissant les assurances selon la LAMal

Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré 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 longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Infirmités congénitales

Sont réputées des infirmités congénitales des maladies présentes à la naissance accomplie.

LAA

Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981

LAMal

Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994

LPD

Loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992

LPGA

Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000

Maladie

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

Maternité

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

Médicaments génériques

Médicaments admis par Swissmedic conformes pour l'essentiel à la préparation originale. Un médicament générique a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que la préparation originale, mais ses adjuvants peuvent être différents. Du fait de l'expiration de son brevet, un tel médicament peut être proposé à un prix plus avantageux.

OAMal

Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995

Participation aux coûts

La personne assurée participe aux coûts par le biais de la franchise, de la quote-part et de la contribution aux frais d'hospitalisation. La participation aux coûts est composée, pour les adultes, de la franchise annuelle choisie et d'une quote-part de 10%* sur les frais excédant la franchise. Pour les enfants, la participation aux coûts comprend la franchise, si une telle franchise a été choisie, ainsi qu'une quote-part de 10%* des frais.

La quote-part pour la perception de médicaments originaux disponibles sous forme de génériques peut être plus élevée et excéder la limite légale.

La facturation de la participation aux coûts suit l'ordre suivant:

- Franchise
- Quote-part
- Contribution aux frais d'hospitalisation

Aucune participation aux coûts n'est perçue sur les prestations de maternité. De même, il ne peut être prélevé aucune participation aux coûts des prestations qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

Dans les cas prévus par la loi, il est perçu en cas d'hospitalisation un montant forfaitaire fixé par le Conseil fédéral en sus de la participation aux coûts.

Lorsque des factures de fournisseurs de prestations sont payées directement par l'assureur («tiers payant»), l'assureur facture à la personne assurée les coûts pris en charge jusqu'à épuisement de la franchise, soit jusqu'à la quote-part sur les frais excédant la franchise. La contribution aux frais d'hospitalisation est facturée indépendamment de l'épuisement de la participation aux coûts. Des contrats passés avec des tiers prévoyant des dispositions différentes demeurent réservés.

* Pour certains médicaments selon la liste du DFI, la quote-part peut être de 20%.

SWICA Organisation de santé

Parce que la santé passe avant tout

Téléphone 0800 80 90 80 (7x24 h), swica.ch

