

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'ACCIDENTS OPTIMA

CONDITIONS SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE SELON LA LCA.

Édition 2023, valable à partir du 01.01.2023

CONDITIONS SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE SELON LA LCA.

I. GÉNÉRALITÉS

ART. 1 BASES JURIDIQUES

1. Sur la base de ses Conditions générales d'assurance (CGA), SWICA propose une assurance complémentaire garantissant des prestations supplémentaires en cas d'accident régie par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).
2. L'assurance complémentaire OPTIMA est proposée par SWICA en tant que classe d'assurance complémentaire au sein du modèle d'assurance CLINICA.

ART. 2 BUT

En cas d'accident, l'assurance complémentaire accidents OPTIMA prend en charge les coûts de prestations supplémentaires qui ne sont couvertes ni par l'assurance-maladie ni en vertu de la loi sur l'assurance-accidents (LAA).

ART. 3 CONCLUSION DE L'ASSURANCE

L'assurance OPTIMA peut être conclue en dehors du modèle d'assurance CLINICA ou à titre de complément à celui-ci.

ART. 4 TARIF DES PRIMES

1. En fonction de la couverture d'assurance d'hospitalisation conclue auprès de SWICA, les primes de l'assurance OPTIMA sont graduées selon des critères d'échelonnement supplémentaires au sens de l'art. 21 al. 2 des Conditions générales d'assurance (CGA).
2. Les primes du modèle d'assurance OPTIMA sont prélevées complémentairement à d'éventuelles primes de l'assurance d'hospitalisation CLINICA.

II. PRESTATIONS D'ASSURANCE

ART. 5 DROIT AUX PRESTATIONS

1. Les prestations de l'assurance OPTIMA sont versées complémentairement à l'assurance obligatoire des soins ou d'une assurance-accidents et après d'éventuelles prestations de tiers et d'assurances complémentaires conclues auprès de SWICA.
2. Dans tous les cas, seuls les frais établis sont pris en charge.
3. Les éventuelles participations aux frais choisies dans CLINICA demi-privée et CLINICA privée ne sont pas prises en charge par OPTIMA.

ART. 6 MESURES THÉRAPEUTIQUES

1. Les frais supplémentaires non couverts par l'assurance-maladie et l'assurance-accidents obligatoires pour des traitements ambulatoires dispensés ou prescrits par un médecin ou un dentiste diplômé sont pris en charge à raison de 90%. Des frais supplémentaires peuvent résulter du fait de l'application de tarifs médicaux privés ou, à l'étranger, de l'application de tarifs usuellement pratiqués sur place.
2. Pour les séjours dans des établissements de soins aigus ou de réadaptation, les coûts en division privée sont pris en charge. Les participations aux frais convenues dans l'assurance d'hospitalisation CLINICA ne sont pas couvertes par l'assurance OPTIMA. En cas de traitement en milieu hospitalier, les conditions supplémentaires d'assurance régissant l'assurance d'hospitalisation CLINICA s'appliquent par analogie à l'étendue et aux conditions d'octroi des prestations.

3. En cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, les prestations précitées sont également prises en charge à l'étranger jusqu'au jour où, médicalement parlant, l'assuré est réputé être en mesure d'effectuer le voyage de retour en Suisse.

ART. 7 CURES DE BAINS ET DE CONVALESCENCE

En cas de cures de bains ou de convalescence en milieu hospitalier prescrites par un médecin et effectuées dans un établissement thermal ou de cures avec direction médicale sis en Suisse, 90% des frais sont pris en charge, toutefois au maximum à raison de 200 francs par jour.

ART. 8 SOINS À DOMICILE ET AIDE-MÉNAGÈRE

1. Lorsqu'un assuré se trouvant dans une incapacité totale de travailler attestée par un médecin a besoin, au vu de son état de santé et de ses conditions familiales ou personnelles, de soins à domicile ou d'une aide-ménagère – et que ces prestations permettent de réduire ou d'éviter un séjour en hôpital, en home ou cure – les dépenses y relatives non couvertes par des tiers sont prises en charge à raison de 90%. Cette prise en charge est toutefois soumise à la condition que le prestataire de soins à domicile et l'aide-ménagère soient réputés être du personnel au sens de l'al. 2 de la présente disposition.
2. Est considérée comme aide-ménagère ou prestataire de soins à domicile toute personne s'occupant professionnellement de l'assuré et de son ménage, cela à son propre compte ou pour le compte d'une organisation. Peut également être reconnue comme aide-ménagère une personne s'occupant du ménage à la place de l'assuré et qui, de ce fait, subit une perte de gain dans sa propre activité professionnelle.

ART. 9 FRAIS DE VOYAGE, DE TRANSPORT ET DE SAUVETAGE

1. Les frais de transport médicalement nécessaire jusqu'à l'établissement hospitalier adéquat le plus proche, les frais d'opérations de sauvetage, de dégagement et, en cas de décès, de transport du corps, ainsi que les frais de rapatriement en Suisse sont pris en charge aux tarifs usuels.
2. La prise en charge des frais d'opérations de recherche ou de dégagement entreprises dans le cadre d'un sauvetage de l'assuré ainsi que de transport du corps en cas de décès est limitée à 20 000 francs.

3. Les frais de voyage de retour d'un proche immédiat de l'assuré sont également payés afin que cette personne puisse accompagner l'assuré pendant le voyage de retour. Les transports d'accompagnement et de rapatriement de l'assuré depuis l'étranger en Suisse ainsi que de rapatriement du corps en cas de décès doivent être organisés par notre organisation partenaire mandatée Medicaal.
4. En outre, lorsque l'assuré doit se rendre régulièrement dans un établissement hospitalier pour un traitement consécutif à un accident, les frais de transport en commun sont pris en charge au tarif 2^e classe demi-tarif. Est considéré comme traitement régulier le fait que l'assuré doive se rendre trois fois par mois ou plus dans un hôpital pour y suivre un traitement.

ART. 10 MOYENS AUXILIAIRES ET DOMMAGES MATÉRIELS

1. Les dépenses consenties pour la première acquisition de prothèses, lunettes, appareils auditifs et moyens auxiliaires orthopédiques sont prises en charge. Sont également assurés les frais de réparation ou de remplacement de ces derniers (valeur à neuf) pour autant qu'ils aient été endommagés ou détruits lors d'un accident ayant nécessité des soins couverts par l'assurance. En revanche, les frais liés aux moyens de locomotion mécanisés ainsi que ceux consentis pour la construction, la modification, la location et l'entretien de biens immobiliers ne sont pas remboursés.
2. Sont également couverts les frais engendrés par les dégâts causés accidentellement à des objets se substituant à une partie du corps ou à une fonction corporelle. Le droit au remplacement de lunettes, lentilles de contact, appareils auditifs et prothèses dentaires n'est reconnu que s'il existe parallèlement une atteinte corporelle exigeant un traitement. Sont prises en considération les dépenses consenties pour la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) des objets précités.

ART. 11 PRESTATIONS DE TIERS

1. Si l'assuré bénéficie parallèlement de prestations de l'assurance-invalidité (AI) ou de l'assurance militaire suisse (AM) ou encore si un tiers civilement responsable a versé des prestations comparables, SWICA complète ces dernières en tenant compte de celles de l'assureur LAA, cela jusqu'à concurrence du montant des frais de guérison.
2. Si, en dehors de la LAA, plusieurs assurances sont appelées à couvrir les frais de guérison, ces derniers ne sont remboursés globalement qu'une seule fois. Dans tous les cas, SWICA ne verse ses prestations fondées sur l'assurance OPTIMA qu'à titre de complément aux prestations des autres assurances existantes.

III. DISPOSITIONS FINALES

ART. 12 GARANTIE DE PRISE EN CHARGE

1. En cas de séjour hospitalier en Suisse, SWICA fournit au minimum une garantie de prise en charge pour la division commune; si le séjour a lieu en division demi-privée ou privée, SWICA accorde une garantie adéquate de prise en charge des coûts.
2. Lors d'un séjour dans un établissement hospitalier avec lequel aucun contrat n'a été conclu par SWICA, cette dernière ne délivre aucune garantie de prise en charge. SWICA établit directement avec l'assuré le décompte des éventuelles prestations allouées. Elle tient une liste des partenaires contractuels dont la consultation ou des extraits peuvent lui être demandés.
3. En cas d'hospitalisation à l'étranger, aucune garantie de prise en charge n'est délivrée. SWICA établit un décompte des éventuelles prestations directement avec l'assuré.

ART. 13 PROCÉDURE DE DÉCOMPTE

1. Le paiement de la facture d'hôpital incombe à l'assuré.
2. Pour justifier la demande de remboursement, l'assuré doit présenter les factures originales détaillées à SWICA au plus tard dans un délai de 24 mois après la survenance de l'événement assuré.
3. Les participations aux frais de SWICA sont calculées sur la base de l'ordonnance médicale. En l'absence de données concernant le tarif ou le traitement, SWICA peut procéder elle-même à la tarification en se référant aux tarifs en usage pratiqués par les partenaires contractuels au lieu du déroulement du traitement.
4. Le remboursement de SWICA est effectué exclusivement à l'assuré ou à son représentant légal.
5. Le cas échéant, SWICA peut faire traduire aux frais du preneur d'assurance les factures établies à l'étranger, cela dans l'une des quatre langues nationales.

ART. 14 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

À défaut de dispositions particulières prévues par les présentes Conditions supplémentaires d'assurance, les Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances régies par la LCA sont applicables.

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

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

