

HOSPITA

CONDITIONS SPÉCIALES (CS) SELON LA LCA.

Édition 2024, entrée en vigueur le 01.01.2024

TABLE DES MATIÈRES.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE D'HOSPITALISATION HOSPITA	3
I. Champ d'application	3
II. Étendue de l'assurance	3
III. Prestations.....	5
IV. Listes	8
V. Primes.....	8
VI. Dispositions générales.....	8

INFORMATION À LA CLIENTÈLE

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

Le contrat d'assurance se base sur les documents au sens de l'information à la clientèle figurant dans les Conditions générales d'assurance (document séparé).

Veillez, dans les Conditions spéciales ci-après, prêter attention à ce symbole: 

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

- › 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?

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE D'HOSPITALISATION HOSPITA.

I. CHAMP D'APPLICATION

ART. 1 BUT


SWICA Assurances SA, ci-après «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 (selon la LAMal, RS 832.10).

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 convention 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 demander à conclure cette assurance complémentaire.

II. ÉTENDUE 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.

Les classes d'assurance suivantes sont proposées:

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 convention tarifaire. Dans les hôpitaux sans convention 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 convention tarifaire. Dans les hôpitaux sans convention 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 conventions 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 division hospitalière.

- 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. HOSPITA PLUS peut être conclue jusqu'à la fin de l'année civile où la personne assurée fête ses 18 ans.
4. L'inclusion de la garantie de passage de HOSPITA PLUS à 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 où la personne assurée fête ses 40 ans. Si la garantie 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. Avec HOSPITA DEMI-PRIVÉE (classes 2 et 3), le preneur d'assurance 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. Avec HOSPITA PRIVÉE (classes 4 et 5), le preneur d'assurance 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 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 celle-ci.

ART. 6 SECOND AVIS MÉDICAL

Avec les classes d'assurance 3 et 5, le preneur d'assurance peut demander auprès de SWICA un second avis médical («Second Opinion») avant 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 dans les 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 (convention 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 exige 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 dans les hôpitaux figurant 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 exige 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 sont pas à la charge de l'assurance complémentaire.
8. Pour les transplantations de moelle osseuse et d'organes, les prestations dépendent du tarif reconnu par SWICA.

ART. 8 DURÉE DES PRESTATIONS

À 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 HOSPITALIÈRE ET TRAITEMENTS À L'ÉTRANGER

1. Choix d'une autre division hospitalière
Lorsqu'une division hospitalière supérieure ne correspond 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.

- Participation aux coûts
Si une personne assurée en division privée ou demi-privée 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 une personne assurée en division privée 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.
- 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)

- La condition préalable pour avoir droit aux prestations est que SWICA ait conclu un accord contractuel (convention 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.
- 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.
- Pour les frais excédant les prestations légales obligatoires, aucune participation aux coûts ne sera exigée de la personne assurée.

ART. 11 CLINIQUES SPÉCIALISÉES ET CLINIQUES PSYCHIATRIQUES

- En cas de séjour dans des cliniques psychiatriques ou des divisions spéciales pour les personnes souffrant de maladies psychiques 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 du sommeil ou services du 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 181 ^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.
- Ces prestations sont versées pendant 720 jours au plus dans une période de 900 jours consécutifs.

ART. 12 MATERNITÉ

- 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.
- Si la mère doit se soumettre à un traitement stationnaire médicalement justifié et qu'elle allaite encore son enfant, SWICA prend en charge les frais de lit supplémentaire de l'enfant (jusqu'à ses six ans révolus) à concurrence de 50 francs par nuit dans les classes 2 à 6, pendant 30 jours au plus par année civile.
- Si l'enfant (jusqu'à ses six ans révolus) doit se soumettre à un traitement stationnaire médicalement justifié et que la mère l'allait encore, SWICA prend en charge les frais de lit supplémentaire de la mère à concurrence de 50 francs par nuit dans les classes 2 à 6, pendant 30 jours au plus par année civile.
- Le droit aux prestations de maternité naît 360 jours après le début de l'assurance.

ART. 13 CURES THERMALES

1. En cas de cure thermale médicalement nécessaire ordonnée par un médecin, autorisée au préalable par SWICA et effectuée dans un établissement thermal suisse reconnu par SWICA 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. 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 en Suisse et à l'étranger 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

En ce qui concerne les listes et les répertoires cités dans ces Conditions, l'art. 7 des CGA s'applique.

V. PRIMES

ART. 21 MODÈLE DE TARIF DE PRIMES

SWICA fixe chaque année le tarif des primes. Est déterminant le tarif du modèle choisi. Les preneurs d'assurance bénéficiant d'une assurance complémentaire HOSPITA disposent au choix de 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. Les classes d'âge ne sont pas celles spécifiées à l'art. 17 des CGA, mais les suivantes: 0–18 ans, 19–25 ans, 26–30 ans, puis par tranches de cinq ans jusqu'à la classe des 71 ans et plus.

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. Le preneur d'assurance peut renoncer par écrit au passage automatique du tarif selon l'âge effectif au tarif selon l'âge de conclusion jusqu'à ce qu'il atteigne 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 aux produits COMPLETA TOP et COMPLETA FORTE 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.

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

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

