



EDITION 2013

Conditions générales d'assurance (CGA) et Conditions spéciales (CS)
pour les assurances complémentaires selon la LCA

Information clients

Nous sommes légalement tenus, avant la conclusion du contrat d'assurance, d'attirer votre attention, de manière compréhensible et transparente, sur quelques éléments 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 est assuré?
- Qu'est-ce qui est et qu'est-ce qui n'est pas assuré?
- Quelles sont les obligations de la personne assurée?
- Quand la personne assurée a-t-elle droit aux prestations?
- Comment les prestations sont-elles calculées?
- Comment la prime est-elle calculée?
- Quelle est la durée du contrat?
- Quelles sont les données traitées, par qui et dans quel but?

Table des matières

	Page
Dispositions générales	4
Assurances complémentaires COMPLETA TOP et COMPLETA PRAEVENTA	7
Assurance complémentaire SUPPLEMENTA	10
Assurance complémentaire OPTIMA	10
Assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA	11
Assurance de soins dentaires DENTA	15
Assurance-accidents INFORTUNA	16
Assurance d'indemnités journalières SALARIA selon la LCA	18
Glossaire	22

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.

SWICA Assurances SA, Römerstrasse 37, 8401 Winterthour, est l'assureur responsable pour l'assurance complémentaire INFORTUNA.

Art. 1 De qui relève le suivi des assurés?

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 Quelles sont les bases 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) le certificat d'assurance (police),
 - 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).

II Etendue de l'assurance et définitions

Art. 3 Qu'est-ce qui est assuré?

Peuvent être assurées les conséquences économiques de la maladie, des accidents et/ou de la maternité selon les Conditions spéciales respectives pour les assurances complémentaires selon la LCA.

Art. 4 Comment pouvez-vous vous assurer?

Les prestations suivantes peuvent être assurées:

- a) les frais de soins engendrés par la maladie, les accidents et la maternité selon les assurances complémentaires,
- b) des indemnités journalières selon les Conditions générales d'assurance pour cette branche d'assurance,
- c) des prestations en capital pour les cas d'invalidité et de décès selon les Conditions spéciales.

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 pour compléter l'assurance de base.

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 assurance complémentaires.

Art. 6 ❗ Quels traitements sont pris en charge?

SWICA prend en charge les frais de traitements et de mesures préventives appropriés et économiques s'ils sont efficaces. Vous trouverez des dispositions supplémentaires dans les Conditions spéciales des assurances complémentaires souscrites.

Art. 7 ❗ Listes et leur validité

Les listes des fournisseurs de prestations, mentionnées dans les Conditions spéciales pour les assurances complémentaires, sont mises en tout temps à disposition des personnes assurées. Pour la détermination du droit aux prestations, les listes 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
 - en Suisse,
 - à l'étranger. Toutefois, lorsque l'assuré 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 la personne assurée prouve qu'elle 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 l'assuré 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 l'assuré s'est exposé en provoquant autrui;
8. En cas d'atteintes à la santé dues à une entreprise téméraire. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré provoque un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures;
9. En cas de 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 et suites d'accidents dues à des radiations ionisantes;
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.

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 aura remis la police d'assurance ou déclaré par écrit l'acceptation de la proposition, mais au plus tôt dès le jour convenu. 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.

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 l'assuré dans le délai prévu.
2. Vous pouvez résilier pour la fin d'une année civile. Il y aura lieu d'observer un délai de résiliation de trois mois.
3. Après chaque maladie ou accident pour lesquels SWICA alloue une prestation. 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 a reçu la communication. SWICA renonce aussi à son droit de résiliation à l'expiration du contrat.
4. SWICA renonce à son droit de résilier le contrat pour une assurance complémentaire après survenance d'un événement assuré, sauf en présence de tentative ou de cas de violation des dispositions contractuelles ainsi que de fraude à l'assurance avérés. Dans de tels cas, SWICA peut résilier l'assurance dans les 14 jours qui suivent le jour où elle a eu connaissance de l'état de fait.
5. Une assurance complémentaire s'éteint automatiquement, même sans résiliation, lorsque l'assuré 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.
6. Sinon l'assurance prend fin par décès de l'assuré, par résiliation du contrat ou par résolution du contrat.
7. La résiliation écrite est donnée dans les délais impartis lorsque SWICA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du délai de trois mois.

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)  Dans tous les cas, le droit aux prestations s'éteint au moment de la résiliation.

IV Paiement des primes

Art. 14 **Quand les primes sont-elles exigibles?**

1. En règle générale, les primes sont payables annuellement et par avance, mais elles peuvent également être payées par semestre, par trimestre ou par bimestre moyennant accord particulier et supplément de prime.
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 sommerá l'assuré 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. Au demeurant, l'art. 13 est applicable par analogie.
2. Les assurances complémentaires suspendues peuvent, moyennant paiement complémentaire 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 de la personne assurée, dans les trois mois suivant la suspension; dans la mesure où la preuve d'un état de santé satisfaisant est fournie, également après l'expiration du délai mentionné ci-dessus. La couverture est réactivée au moment du paiement.

3. SWICA est en droit de demander aux assurés négligents la restitution des débours, tels que les frais pour les sommations, poursuites et intérêts moratoires, etc. et de les compenser avec des prétentions 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, des changements interviennent dans l'assurance-maladie sociale ou dans les rapports entre SWICA et les fournisseurs de prestations, SWICA peut adapter les Conditions spéciales dans le domaine des assurances complémentaires. 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 parvenir à SWICA au plus tard le dernier jour de l'année civile. Faute de résiliation, le preneur d'assurance est censé avoir accepté l'adaptation du contrat.

Art. 17 **Assurance des enfants et des jeunes adultes**

Pour les assurés admis dans l'assurance avant 18 ans révolus ou 25 ans révolus et qui ont bénéficié d'un tarif spécial pour enfants et jeunes adultes, le tarif immédiatement supérieur sera calculé pour la prime dès le début de l'année d'assurance qui suit l'accomplissement de la 18^e ou de la 25^e année. Il s'ensuit un droit de résiliation extraordinaire conformément à l'art. 16.

Art. 18 **Assurance d'après le tarif selon l'âge effectif**

Si, dans le domaine des assurances complémentaires, l'assuré opte pour le modèle tarifaire des primes selon l'âge effectif, les primes sont alors régulièrement adaptées à l'âge effectif de l'assuré. Il s'ensuit un droit de résiliation extraordinaire conformément à l'art. 16. Jusqu'à l'âge de 50 ans révolus, l'assuré 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.

Art. 19 **Changement de profession, d'activité ou de lieu de domicile de l'assuré**

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 la personne assurée 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. 20 **Comment recevez-vous vos remboursements?**

1. Frais de soins
SWICA paie votre créance sur votre compte bancaire ou compte de chèques postal dans les trente 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 au fur et à mesure envoyées dans le délai d'un mois à SWICA.

b) Frais hospitaliers:

si vous devez entrer dans un hôpital ou dans un autre établissement hospitalier ou suivre une cure, vous devez le communiquer à SWICA au plus tard 14 jours avant l'admission, en cas d'urgence dans les 14 jours qui suivent l'admission. SWICA délivre la garantie de paiement dans les 10 jours. 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 suisse.

4. Droit d'être renseigné

SWICA a le droit de demander des pièces justificatives et des renseignements, notamment des certificats médicaux. La personne assurée cède à SWICA le droit de demander directement les pièces justificatives et renseignements correspondants et d'ordonner un examen par un médecin désigné par elle en vue d'éclaircir les prétentions d'assurance. De plus, la personne assurée doit donner des renseignements véridiques sur tout ce qui se rapporte au cas en cours, ainsi qu'aux maladies et accidents antérieurs. L'assuré délègue le secret professionnel vis-à-vis de SWICA, tous les médecins et services officiels, ainsi que les assureurs et avocats qui l'ont traité, assuré ou conseillé. Pour les assurés mineurs, les détenteurs de l'autorité parentale ou les preneurs d'assurance doivent veiller à ce que ces obligations soient observées.

Art. 21 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 ses 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 et 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.

Art. 22 Traitement des données personnelles par SWICA

1. SWICA collecte et exploite des informations personnelles relatives aux assurés conformément à la loi sur la protection des données, aux ordonnances y afférentes et aux lois sur les assurances sociales.
2. Lors de l'établissement d'un rapport d'assurance (entretien-conseil, proposition d'assurance, conclusion du contrat) et durant l'existence de ce dernier, des informations personnelles concernant des partenaires contractuels ou des assurés sont portées à la connaissance de SWICA, notamment des données sensibles sur l'état de santé des assurés et sur les traitements correspondants.
3. Les données personnelles sont conservées par SWICA sous forme physique ou électronique et traitées en vue de la fourniture des prestations convenues par contrat ainsi qu'à des fins de conseil et de suivi des assurés pour une couverture d'assurance fiable et conforme à leurs besoins.
4. Les données peuvent en outre être exploitées par SWICA 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 des clients actuels, potentiels ou anciens et de pouvoir les en informer.

5. SWICA peut mandater des tiers pour fournir des prestations en faveur des clients et transmettre des données personnelles à ces derniers (p. ex. autres assureurs impliqués, médecins-conseil, autorités, avocats, experts externes et centres de calcul) pour l'accomplissement de leur mission. Dans ce cas, SWICA veille à ce que ceux-ci 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.

6. Les données personnelles ne sont ni traitées ni conservées dans une base de données ou sur papier plus longtemps que les dispositions légales ou contractuelles ne l'exigent impérativement. Elles sont ensuite effacées.

7. SWICA remet aux assurés une carte d'assuré. Elle tient lieu d'attestation vis-à-vis des fournisseurs de prestations concernant les assurances conclues. 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. Elle comprend en outre des données relatives à l'étendue de la couverture d'assurance, assurances complémentaires comprises.

VII Divers

Art. 23 Lieu d'exécution et for

1. Les obligations découlant du présent contrat sont accomplies en Suisse et en monnaie suisse.
2. 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. 24 Droit de révocation

Dans les sept premiers jours suivant la signature de la proposition, le candidat a le droit de révoquer sa proposition. La révocation doit être envoyée sous pli recommandé à SWICA Organisation de santé, Direction générale, Case postale, 8401 Winterthour. Par l'expédition de la déclaration de révocation s'éteint l'éventuelle couverture d'assurance existant à titre provisoire, ainsi que la couverture d'assurance définitive, également avec effet rétroactif.

Art. 25 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, l'assuré 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 le proposant connaissait ou devait connaître, ont été déclarés inexactement ou passés sous silence, SWICA peut résilier le contrat par écrit dans les 4 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 l'assuré.

Art. 26 Passage de l'assurance collective dans l'assurance individuelle

1. L'assuré qui sort d'une assurance collective de SWICA a le droit de passer dans l'assurance individuelle 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 assurés 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. 27 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 de l'assuré.
2. Si plusieurs assurances 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. Le droit au remboursement de tels frais n'existe que dans la proportion des frais couverts par SWICA par rapport au montant total des prestations couvertes par tous les autres assureurs.
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 l'assuré cède à SWICA ses droits envers les tiers. SWICA peut accorder une protection juridique à l'assuré pour faire valoir ses droits vis-à-vis de tiers.
5. Si l'assuré 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 tenue de fournir des prestations lorsque l'assuré ne fait pas valoir à temps sa créance envers un tiers ou n'entreprend pas les démarches nécessaires à son recouvrement.
7. L'assuré doit informer SWICA du genre et de l'étendue de toute prestation de tiers. En cas d'inobservation de cette obligation, SWICA peut refuser ou réduire les prestations.

Art. 28 Compensation et demande en restitution

Les prestations que SWICA a versées par erreur doivent être restituées par l'assuré sur injonction écrite. Là aussi, il existe un droit de compensation en faveur de SWICA.

Art. 29 Interdiction de céder et de mettre en gage

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

VIII Dispositions finales

Art. 30 Communications

1. Toutes les communications et déclarations de la personne assurée ou de l'ayant droit doivent être adressées à SWICA. Vous trouverez les adresses adéquates sur le certificat d'assurance (police). L'assureur considère toutes ces communications et déclarations comme étant adressées à lui-même.
2. Toutes les communications de la part de SWICA, respectivement de l'assureur, sont effectuées valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée par la personne assurée ou par l'ayant droit.

Assurances complémentaires COMPLETEA TOP et COMPLETEA PRAEVENTA

I Champ d'application

Art. 1 But

1. Dans le cadre des assurances complémentaires COMPLETEA TOP (module de base) et COMPLETEA 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 COMPLETEA TOP peut être élargi par le module supplémentaire COMPLETEA PRAEVENTA.
3. **!** Le module supplémentaire ne peut pas être conclu seul, il doit obligatoirement accompagner le module de base COMPLETEA TOP. Si le module COMPLETEA TOP cesse d'être en vigueur, le module COMPLETEA PRAEVENTA est automatiquement annulé au même moment.
4. Il en va de même pour ces deux produits si l'assuré élit domicile à l'étranger.

Art. 2 Personnes assurables

Toute personne légalement domiciliée en Suisse et n'ayant pas encore atteint l'âge de 60 ans révolus peut demander à conclure cette assurance complémentaire.

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. Les présentes Conditions spéciales ainsi que la police régissent l'étendue de l'assurance.
3. La participation aux coûts en pour cent de l'assuré est toujours calculée séparément dans chaque branche d'assurance SWICA, l'étendue globale des frais devant systématiquement être prise comme point de départ.
4. Des quote-parts imposées par d'autres assurances sociales ne sont pas assurées.

III Prestations de COMPLETEA TOP en Suisse

Art. 4 Médecine complémentaire

1. Sont pris en charge les frais liés aux méthodes naturelles reconnues par SWICA qui sont appliquées selon des méthodes thérapeutiques de médecine complémentaire pour autant que le traitement soit prodigué par un médecin reconnu par SWICA, ou par un thérapeute reconnu par SWICA ou par une personne autorisée à pratiquer cette méthode et reconnue par SWICA.

2. SWICA tient une liste des méthodes et des thérapeutes reconnus. Cette liste est constamment mise à jour. L'assuré peut la consulter ou en demander des extraits.
3. A défaut de tarifs reconnus, SWICA se basera sur un tarif de 80 francs par heure pour le calcul de la prestation.

Art. 5 Médicaments

1. SWICA prend en charge les frais des médicaments ordonnés ou délivrés 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 pouvant faire l'objet de réclames auprès du grand public, celles servant à la prévention de maladies, de produits cosmétiques, celles destinées à la stimulation sexuelle, 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 la 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 l'assurée allaite partiellement ou totalement son enfant pendant au moins dix semaines.

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 envoyée 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. SWICA verse une contribution aux frais de séjour de 20 francs au maximum par jour de cure pendant 30 jours au plus par année civile.

2. L'ordonnance de cure doit être envoyée à SWICA 14 jours au plus tard avant le début de la cure.

Art. 10 Aide ménagère

1. Pour l'aide familiale qui est nécessaire pour effectuer des travaux dans le ménage tenu par l'assuré, 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, qui compensent la perte d'une fonction ou remplacent une partie du corps (prothèses dentaires et aides visuelles exclues) et qui ne constituent pas une prestation légale obligatoire, SWICA prend en charge 90 % des frais jusqu'à concurrence de 200 francs par année civile.

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 de l'assuré, jusqu'à concurrence de 10 000 francs par année civile.

Art. 15 Chirurgie maxillo-faciale

1. Pour des mesures de chirurgie maxillo-faciale, 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 de l'assuré, 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 LAA, 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 de la personne assurée, jusqu'à concurrence de 20 000 francs par année civile.

IV Prestations 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. Si une personne assurée 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 une personne assurée 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 de l'assuré 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 (economyclass), 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, l'assuré 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, l'assuré 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, l'assuré 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 de l'assuré.
4. **!** Toutes les factures doivent être remises à SWICA par l'assuré sous forme d'originaux et de façon détaillée, 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. L'assuré 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, effectuées en Suisse.

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 au tarif de l'assurance-maladie jusqu'à concurrence de 500 francs par période de trois années civiles.

VI Participations aux coûts

Art. 23 **!** Participation aux coûts

Pour les prestations prévues aux art. 4 Médecine complémentaire, 5 Médicaments et 17 Prestations à l'étranger des présentes Conditions, SWICA prélève, pour les assurés adultes, une participation de 600 francs ainsi qu'une quote-part de 10 % pour tous les assurés. La participation aux coûts (franchise et quote-part) déjà acquittée dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire est imputée sur la participation.

VII Dispositions générales

Art. 24 Listes

Les listes mentionnées dans les présentes conditions sont mises en tout temps à disposition de l'assuré.

Art. 25 Droit applicable

Sont applicables, en complément aux présentes conditions, les Conditions générales d'assurance de SWICA ainsi que les Conditions spéciales d'éventuelles assurances complémentaires.

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 Personnes assurables

Toute personne qui n'a pas encore atteint l'âge de 60 ans révolus peut demander l'assurance complémentaire SUPPLEMENTA. L'existence de l'assurance complémentaire COMPLETA TOP auprès de SWICA est impérative pour la conclusion de SUPPLEMENTA.

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. Des quote-parts 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, qui compensent la perte d'une fonction ou remplacent une partie du corps (prothèses dentaires exclues) et qui ne constituent pas une prestation légale obligatoire, SWICA prend en charge 90 % des frais selon la liste de l'Association suisse des techniciens en orthopédie (ASTO), jusqu'à concurrence de 500 francs par année civile.

Art. 6 Transports d'urgence et transferts

SWICA prend en charge les 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, au maximum 90 % des frais, jusqu'à concurrence d'un montant cumulatif de 20 000 francs par année civile.

IV Dispositions générales

Art. 7 Coordination avec les autres assurances

La participation aux coûts en pour cent de l'assuré est calculée séparément dans chaque branche d'assurance de SWICA, l'étendue globale des frais devant systématiquement être prise comme point de départ.

Art. 8 Droit applicable

Sont applicables, en complément aux présentes Conditions spéciales, les Conditions générales d'assurance de SWICA, ainsi que les Conditions spéciales d'éventuelles assurances complémentaires.

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 de SWICA et de l'assurance complémentaire COMPLETA TOP et COMPLETA PRAEVENTA.

Art. 2 Personnes assurables

Toute personne qui n'a pas encore atteint l'âge de 60 ans révolus peut demander 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 prévention-santé lorsque ces traitements et ces mesures 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 l'assuré a choisi une assurance avec un choix limité dans l'assurance des soins, ces dispositions sont également applicables pour cette assurance complémentaire.

Art. 5 Médecine complémentaire

1. Sont pris en charge les frais liés aux méthodes naturelles reconnues par SWICA qui sont appliquées selon des méthodes thérapeutiques de médecine complémentaire pour autant que le traitement soit prodigué par un médecin reconnu par SWICA, ou par un thérapeute reconnu par SWICA ou par une personne autorisée à pratiquer cette méthode et reconnue par SWICA.
2. SWICA tient une liste des méthodes et des thérapeutes reconnus. Cette liste est constamment mise à jour. L'assuré peut la consulter ou en demander des extraits.

Art. 6 Thérapies 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

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

Art. 9 Promotion de la santé et prévention

1. Pour les mesures prophylactiques 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, SWICA prend en charge 90 % des frais sans montant limite.

Art. 10 Cures thermales

1. En cas de cure thermale 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 l'assuré 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, qui compensent la perte d'une fonction ou remplacent une partie du corps (prothèses dentaires et aides visuelles exclues) et qui ne constituent pas une prestation légale obligatoire, SWICA prend en charge 90 % des frais selon la liste de l'Association suisse des techniciens en orthopédie (ASTO), jusqu'à concurrence de 300 francs par année civile.

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 cumulatif de 20 000 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. Si l'assurance de base est assurée auprès d'une autre société, OPTIMA ne sert aucune prestation pour des frais qui seraient payés par STANDARD, COMPLETA TOP et COMPLETA PRAEVENTA si celles-ci étaient souscrites auprès de SWICA.
2. La participation aux coûts en pour cent de l'assuré est calculée séparément dans chaque branche d'assurance de SWICA, l'étendue globale des frais devant systématiquement être prise comme point de départ.

Art. 17 Listes

Les listes mentionnées dans les présentes Conditions sont mises en tout temps à disposition de l'assuré.

Art. 18 Droit applicable

Sont applicables, en complément aux présentes Conditions, les Conditions générales d'assurance de SWICA, ainsi que les Conditions spéciales d'éventuelles assurances complémentaires.

Assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA

I Champ d'application

Art. 1 But

En cas de traitement en milieu hospitalier dans les hôpitaux pour soins aigus, SWICA prend en charge, dans le cadre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITA, les frais de séjour, les frais de traitement et les frais annexes, en complément à l'assurance obligatoire des soins, qui ne sont pas pris en charge par cette dernière. En outre, d'autres prestations sont accordées dans cette assurance complémentaire selon la classe d'assurance choisie.

Art. 2 Personnes assurables

Toute personne qui n'a pas encore atteint l'âge de 60 ans révolus peut demander 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 Division commune (HOSPITA DIVISION COMMUNE) des hôpitaux publics et privés, avec tarifs reconnus (hôpitaux conventionnés avec 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 Division demi-privée (HOSPITA DEMI-PRIVÉE) de tous les hôpitaux publics et privés en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein avec tarifs reconnus
- Classe 3 Division demi-privée (HOSPITA DEMI-PRIVÉE LISTE) dans des hôpitaux de Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein selon la liste établie par SWICA
- Classe 4 Division privée (HOSPITA PRIVÉE) de tous les hôpitaux publics et privés en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein
- Classe 5 Division privée (HOSPITA PRIVÉE LISTE) dans des hôpitaux de Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein selon la liste établie par SWICA
- Classe 6 Division privée (HOSPITA PRIVÉE MONDE ENTIER) dans tous les hôpitaux publics et privés dans le monde entier

- Classe 7 Variante d'assurance HOSPITA COMFORTA
Chambre à deux lits (hôtellerie) dans tous les établissements publics et privés de Suisse, selon la liste de SWICA
- Classe 8 Variante d'assurance HOSPITA COMFORTA
Chambre à un lit (hôtellerie) dans tous les établissements publics et privés de Suisse, selon la liste 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 souscrite 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 demandée jusqu'à la fin de l'année civile des 18 ans.
4. Le passage de la variante d'assurance HOSPITA DIVISION COMMUNE à la variante HOSPITA PLUS est possible après 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 12 mois pour toutes les prestations. Durant cette période, les traitements sont assurés en division commune.

Art. 5 Variantes de participation

1. Pour les classes 1 à 6, l'assuré peut choisir des modèles de participation aux coûts particuliers avec une participation fixe des montants suivants par année civile:
 - 1000 francs
 - 2000 francs
 - 5000 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 6000 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 6000 francs par année civile en cas de traitements en division demi-privée et 400 francs par journée d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 8000 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.
8. La suppression de la participation est considérée comme une réduction de la participation.

Art. 6 Appréciation par un second médecin

1. En souscrivant aux classes d'assurance 3 et 5, l'assuré s'engage à demander auprès de SWICA une appréciation par un second médecin («Second Opinion») avant de subir une intervention chirurgicale recommandée. Les opérations faisant l'objet d'une appréciation par un second médecin sont mentionnées dans l'annexe I des présentes Conditions spéciales.
2. Si, pour une opération non urgente, mentionnée dans l'annexe I des présentes Conditions spéciales, l'assuré ne demande pas une appréciation par un second médecin, il devra, en sus de sa participation, participer à raison de 10 %, mais de 3000 francs au maximum à l'ensemble des frais de séjour et de traitement pris en charge par l'assurance HOSPITA.

III Prestations

Art. 7 Droit aux prestations en cas de maladie

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 commune, les frais de séjour et de traitement sont pris en charge selon la convention contractuelle ou selon la réglementation tarifaire reconnue par SWICA.
3. En division demi-privée, les frais de séjour et de traitement, ainsi que les honoraires médicaux sont pris en charge selon les conventions contractuelles et tarifaires. Lorsque les tarifs contractuels ne sont pas appliqués, les montants forfaitaires prévus à l'art. 9, classes 2 + 3 des présentes Conditions spéciales sont versés. SWICA établit une liste des établissements hospitaliers conventionnés. Les assurés peuvent se renseigner à ce sujet auprès de SWICA.
4. En division privée, le tarif privé usuel est remboursé.
5. 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. SWICA n'assume aucune prestation au titre de cette assurance pour les frais de traitement, de diagnostic et de soins étant donné que l'établissement hospitalier les facture à l'assurance de base selon le tarif LAMal. Lorsque l'assuré se rend dans un hôpital non conventionné, il ne touchera aucune prestation d'assurance au titre de la classe 7 ou 8.
6. Les frais supplémentaires inhérents à un traitement hors du canton et indiqué médicalement ne vont pas à la charge de l'assurance complémentaire.
7. Pour les transplantations de la moelle osseuse et d'organes, les prestations sont en fonction du tarif que nous reconnaissons.

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. Lorsqu'une division d'hôpital ne correspondant pas à l'assurance souscrite est choisie et en cas de traitements hospitaliers à l'étranger, les prestations suivantes seront versées en complément des prestations de l'assurance obligatoire des soins:

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 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.

- 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. 2 et 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.

Art. 10 Cliniques de jour

- Lorsqu'un séjour hospitalier peut être évité par une intervention ambulatoire plus avantageuse dans une clinique de jour reconnue par SWICA, les frais sont pris en charge par cette assurance complémentaire. L'appréciation en incombe à SWICA.
- 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

- En cas de séjour dans des cliniques psychiatriques ou des divisions spéciales pour psychopathes dans des hôpitaux reconnus, ainsi que dans des cliniques spécialisées, telles que cliniques de réadaptation, sanatoriums à fonctions multiples, stations climatiques et cliniques 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
Dès le 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

- Lorsque le risque de maternité est assuré, 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.
- Le droit aux prestations de maternité naît 360 jours après le début de l'assurance.

Art. 13 Cures thermales

- 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.

- Les contributions de cure sont accordées à condition que l'assuré se soumette à une visite médicale d'entrée et de sortie et à des mesures balnéothérapeutiques et physiothérapeutiques intensives.
- 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

- 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.
- 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

- Pour les soins dispensés au domicile de l'assuré 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.
- La nécessité de recevoir des soins doit être attestée par un certificat médical.
- 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.
- Les prestations sont versées pendant 720 jours au plus dans une période de 900 jours consécutifs.

Art. 16 Aide familiale

- Pour l'aide familiale qui est nécessaire pour effectuer des travaux dans le ménage tenu par l'assuré, 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.
- La nécessité d'avoir recours à une aide familiale doit être attestée par un certificat médical.
- 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

- Pour des mesures de chirurgie maxillo-faciale, SWICA prend en charge les frais non couverts selon le tarif de la division commune de l'établissement hospitalier public dans le canton de domicile, le plus proche du lieu de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence de 10 000 francs par année civile.
- Pour les traitements ambulatoires, SWICA prend en charge les frais non couverts selon le tarif LAA en vigueur, jusqu'à concurrence de 10 000 francs par année civile.
- 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 assuré, 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.

L'octroi des prestations susmentionnées est soumis à l'approbation de la centrale d'appel d'urgence de SWICA.

2. Si des actions sont entreprises sans son autorisation, SWICA peut réduire ou refuser les prestations.

IV Listes

Art. 20 Listes

Les listes mentionnées dans les présentes Conditions sont mises en tout temps à disposition de l'assuré.

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 assurés 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 l'assuré 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 de l'assuré.
Si l'assuré 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 assurés ayant été admis dans l'assurance avant l'accomplissement de leur 18^e année révolue au tarif des enfants et jeunes gens ou à un tarif spécial avant l'accomplissement de leur 25^e année révolue, 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 l'assuré ne demande pas expressément le tarif selon l'âge de conclusion, il lui sera automatiquement attribué le tarif selon l'âge effectif.
4. L'assuré souhaitant passer du tarif selon l'âge de conclusion à celui selon l'âge effectif ou vice versa le demandera par écrit.

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 des soins et à la COMPLETEA TOP de SWICA. Si l'assurance de base est conclue auprès d'une autre assurance, HOSPITA ne sert aucune prestation pour des frais qui seraient pris en charge par l'assurance des soins et COMPLETEA TOP si celles-ci étaient souscrites auprès de SWICA.
2. La participation aux coûts en pour cent de l'assuré est calculée séparément dans chaque branche d'assurance de SWICA, l'étendue globale des frais devant systématiquement être prise comme point de départ.

Art. 23 Droit applicable

Sont applicables, en complément aux présentes Conditions, les Conditions générales d'assurance de SWICA ainsi que les Conditions spéciales d'éventuelles assurances complémentaires.

Annexe 1

Liste des opérations pour lesquelles un deuxième avis médical par un second médecin (Second Opinion) doit être demandé à SWICA avant l'intervention prévue.

Gynécologie/obstétrique

1. Hystérectomie (ablation de l'utérus)
2. Césarienne prévue

Orthopédie

3. Hallux valgus
4. Arthroplastie de la hanche et du genou (mise en place d'endoprothèses)
5. Arthroscopie (endoscopie des articulations)
6. Plasties ligamentaires du genou et de la cheville

Neurochirurgie

7. Opération d'hernie discale

Urologie

8. Prostatectomie (ablation de la prostate)

Oto-rhino-laryngologie

9. Amygdalectomie (ablation des amygdales)/adénotomie

Chirurgie abdominale

10. Cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire) sauf en cas de suspicion d'une tumeur maligne

Ophthalmologie

11. Opération de la cataracte
12. Greffe de cornée

Autres

13. Sclérose des varices (opération des varices)

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 Personnes assurables

1. Toute personne qui n'a pas encore atteint l'âge de 60 ans révolus peut demander à adhérer à 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 1000 francs par année civile

Classe de prestations 3:

75% des honoraires du médecin-dentiste, au maximum 1500 francs par année civile

Classe de prestations 4:

75% des honoraires du médecin-dentiste, au maximum 2000 francs par année civile

Pour le calcul des participations en pour cent pour lesquelles il convient de prendre les frais globaux effectifs comme point de départ, les prestations de toutes les assurances de soins, accidents, complémentaires et supplémentaires, ainsi que des organes publics sont prises en considération.

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 assurés 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 et les traitements cosmétiques.
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. L'assuré 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. Si les frais de soins légaux sont assurés auprès d'une autre caisse-maladie, DENTA ne sert aucune prestation pour des frais qui seraient payés par l'assurance des soins et COMPLETEA TOP si celles-ci étaient souscrites auprès de SWICA.

Art. 8 Droit applicable

Sont applicables, en complément aux présentes Conditions, les Conditions générales d'assurance de SWICA ainsi que les Conditions spéciales des éventuelles assurances complémentaires.

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

La personne assurée 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. Les sommes assurées déterminantes sont celles qui sont mentionnées sur la police.
2. 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.
3. 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.
4. Pour les personnes assurées âgées de plus de 70 ans au moment de l'accident, la progression de l'assurance-invalidité est supprimée.
5. 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.

Art. 5 Cas de décès

1. Si l'accident provoque immédiatement, ou dans les cinq ans à partir de ce dernier, le décès de la personne assurée, 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, la personne assurée 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, 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 à la personne assurée.
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.

- c) Les frais liés aux méthodes naturelles reconnues par SWICA qui sont appliquées selon des méthodes thérapeutiques de médecine complémentaire pour autant que le traitement soit prodigué par un médecin reconnu par SWICA, ou par un thérapeute reconnu par SWICA ou par une personne autorisée à pratiquer cette méthode et reconnue par SWICA. SWICA tient une liste des méthodes et des thérapeutes reconnus. Cette liste est constamment mise à jour. L'assuré peut la consulter ou en demander des extraits.
- 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 les infirmières et infirmiers mis à disposition par des associations de soins infirmiers et des organisations de soins à domicile ainsi que les aides ménagères (les membres de la famille exceptés).
- 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 de la personne assurée ainsi que le transport du corps; la prestation pour les opérations de recherche en vue du sauvetage 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 Franchise

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 une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale 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;	e) Les elongations de muscles;
b) Les déboitements d'articulations;	f) Les déchirures de tendons;
c) Les déchirures du ménisque;	g) Les lésions de ligaments;
d) Les déchirures de muscles;	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 CGA.
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, a 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.

Art. 13 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

Assurance d'indemnités journalières SALARIA selon la LCA

I Bases contractuelles générales

Art. 1 Quelles sont les bases du présent contrat?

Forment les bases du présent contrat:

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.
3. Toutes les conventions contractuelles sous forme écrite existant entre SWICA et le preneur d'assurance ou la personne assurée.

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 l'assuré des conséquences économiques de la maladie et de la maternité dans le cadre des prestations convenues. SWICA verse aux assurés, 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.

Art. 3 Qu'entend SWICA par maladie?

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale 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 assurés 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 assuré 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 de l'assuré, 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. 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. Lorsque l'assuré 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 l'assuré a-t-il droit à l'indemnité journalière?

1. Lorsque l'assuré 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 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 ou mentale. 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 l'assuré n'a pas eu d'incapacité de travail à cause de la même maladie pendant au moins 12 mois;
 - une nouvelle maladie, si, après une incapacité de travail, la personne assurée 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 l'assuré atteint l'âge de la retraite AVS, le droit aux prestations s'éteint à moins que la personne 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.

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 une assurée 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 l'assuré 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. Dans les sept premiers jours suivant la signature de la proposition, le candidat a le droit de révoquer sa proposition. La révocation doit être envoyée sous pli recommandé à SWICA, Direction générale, Case postale, 8401 Winterthur.
2. Par l'expédition de la déclaration de révocation s'éteint l'éventuelle couverture d'assurance existant à titre provisoire tout comme la couverture d'assurance définitive, également avec effet rétroactif.

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 conclusion du contrat, des éléments importants que la personne qui devait faire la déclaration connaissait ou devait connaître, ont été déclarés inexactly ou passés sous silence, SWICA peut résilier le contrat par écrit 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 l'assuré.
5. Les mêmes dispositions sont applicables pour les augmentations d'assurances et les nouvelles admissions.

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. L'assurance d'indemnités journalières peut être résiliée pour la fin d'une année civile, en observant un délai de résiliation de trois mois. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque SWICA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du délai de trois mois.
2. Après une incapacité de travail pour laquelle SWICA a versé une prestation, l'assurance d'indemnités journalières peut être résiliée par l'assuré. Au plus tard 14 jours après avoir touché la prestation, l'assuré peut résilier la partie correspondante du contrat. La couverture s'éteint 14 jours après que SWICA en a reçu la communication.
3. SWICA renonce à son droit de résilier le contrat après survenance d'un événement assuré, sauf en présence de tentative ou de cas avéré de violation des dispositions contractuelles ou de fraude à l'assurance. Dans de tels cas, SWICA peut résilier l'assurance dans les 14 jours après avoir eu connaissance de l'état de fait.

4. L'assurance s'éteint automatiquement, même sans résiliation, lorsque l'assuré 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.
5. En outre, l'assurance indemnité journalière prend fin
 - a) lors de l'épuisement du droit aux prestations de l'assurance chômage;
 - b) lorsque l'assuré 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 assuré, 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. 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. Le droit aux prestations prend fin dans tous les cas par la résiliation du contrat.

V Obligations en cas de maladie

Art. 20 Délai de déclaration d'une maladie

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 plus de 30 jours 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 de l'assuré.
2. Lorsque l'avis de maladie est envoyé tardivement, le jour de sa réception compte comme premier jour d'incapacité de travail.
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 de l'assuré

L'assuré 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, l'assuré 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 l'assuré doivent être déliés du secret professionnel envers SWICA.

Art. 22 Appel à un médecin agréé

1. Après le début de la maladie, l'assuré s'adresse dès que possible à un médecin agréé et demande un traitement approprié. L'assuré 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 la personne assurée 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 si la personne assurée ne contribue pas, de sa propre initiative, à faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle, les prestations peuvent être réduites temporairement ou bien refusées.

Art. 23 Obligation de réduire les conséquences d'un dommage

1. Une personne assurée incapable de travailler dans la profession qu'elle exerçait précédemment est tenue 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 à la personne assurée 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 des montants présumés qui devront être pris en charge par ces assurances.

Art. 24 Que se passe-t-il lorsque l'assuré a droit aux prestations de tiers?

1. Si des prestations des assurances sociales ou des assurances de l'entreprise reviennent à l'assuré, 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 de l'assuré.
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 l'assuré 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 l'assuré 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 l'assuré omet de faire valoir à temps sa créance envers un tiers ou n'entreprend pas les démarches nécessaires à son recouvrement.
7. L'assuré doit immédiatement informer SWICA sur le genre et l'étendue de toutes prestations fournies par des tiers.

Art. 25 Conséquences de l'inobservation des obligations en cas de maladie

En cas de non respect des obligations conformément aux art. 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 Prime

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 Paiement tardif

1. Lorsque la prime n'est pas réglée dans le délai d'un mois suivant l'échéance, SWICA sommera l'assuré 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 assurés négligents la restitution des débours, tels que les frais de sommation et de poursuites, les intérêts moratoires, etc. ou de les compenser avec des prétentions au remboursement.

VII Dispositions supplémentaires

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 l'assuré cause l'accident en commettant une infraction.
4. Aucune prestation d'assurance n'est accordée en cas d'accident:
 - a) que l'assuré a provoqué intentionnellement;
 - b) à la suite de tremblements de terre en Suisse et 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 l'assuré 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 l'assuré et les tentatives de tels actes;
 - g) en cas d'agitations de tout genre et de mesures prises pour rétablir l'ordre, à moins que la personne assurée prouve qu'elle n'a pas été active 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) pour les atteintes à la santé dues à l'effet de radiations ionisantes de tout genre.

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. L'assuré s'engage à nous indiquer un compte bancaire ou un compte postal suisse comme adresse d'exécution du paiement.
2. Les assurés ont le choix entre le for ordinaire et celui de leur domicile en Suisse ou au Liechtenstein.

Art. 30 Impôt à la source

L'impôt est déduit des prestations pour les assurés assujettis à l'impôt à la source.

Art. 31 Compensation et demande en restitution

Les indemnités journalières versées par erreur doivent être restituées par l'assuré sur injonction écrite. Il existe un droit de compensation en faveur de SWICA. L'assuré 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?

1. Toutes les communications peuvent être adressées à l'agence compétente, à la direction régionale ou à la direction générale de SWICA, à Winterthour.
2. Les communications de SWICA sont effectuées valablement à la dernière adresse connue de la personne assurée.

Glossaire

Ces définitions font partie intégrante des Conditions générales d'assurance (CGA).

Accident

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

Accord de libre circulation des personnes

L'accord sur les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'UE/de l'AELE est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Avec la libre circulation des personnes, les mêmes conditions de vie, d'emploi et de travail s'appliquent pour les citoyens de l'UE/de l'AELE et pour les Suisses aussi bien en Suisse que dans les Etats membres de l'UE/de l'AELE.

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 AOS) est l'assurance des soins légalement obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse.

Care Management

SWICA dispose d'un Care Management comptant plus de 50 spécialistes qui accompagnent de manière compétente les assurés en cas de maladie ou d'accident. Les care managers accomplissent les tâches d'organisation et accompagnent les patients au cours du processus de guérison afin d'éviter les absences de longue durée, voire une invalidité.

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.

Délai de résiliation/délai de modification

Le délai de résiliation/modification est la période entre la remise de la résiliation/déclaration de modification et la date de sa prise d'effet. Pour que le délai de résiliation soit respecté, la résiliation écrite doit parvenir à SWICA au plus tard le dernier jour ouvré avant l'expiration du délai.

DFI

Département fédéral de l'intérieur.

FINMA

Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers. Est rattachée au Département fédéral des finances.

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 l'un des deux éléments de la participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Le montant de la franchise légale ou franchise (annuelle) à option détermine le montant fixe par année civile que l'assuré doit acquitter lui-même pour les prestations médicales. Pour les adultes à partir de 19 ans, la franchise légale s'élève à 300 francs par an. Les premiers 300 francs facturés au patient pour des prestations médicales fournies par des médecins, des pharmacies, etc. sont donc à sa charge. Aucune franchise (annuelle) n'est perçue pour les enfants et les jeunes adultes jusqu'à 18 ans.

L'assuré peut spontanément augmenter la franchise (franchise à option). Il bénéficiera en échange d'un rabais sur les primes de l'assurance de base. Des franchises à option sont également possibles pour les enfants et les jeunes adultes jusqu'à 18 ans.

Des explications supplémentaires figurent sous «Participation aux coûts».

Génériques

Médicaments comprenant les mêmes principes actifs que la préparation originale. Ce sont des copies conformes qui ne peuvent être proposées qu'une fois le brevet du produit original tombé dans le domaine public.

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.

LCA

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

LiMA

Liste des moyens et appareils. Liste des moyens et appareils obligatoirement pris en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins par les assureurs-maladie (aides acoustiques, béquilles, etc.).

Listes

Les listes des fournisseurs de prestations, mentionnées dans les conditions d'assurance, pertinentes pour l'évaluation des prestations, peuvent être mises à la disposition de la personne assurée. Le service clientèle de SWICA est à tout moment à même de fournir des extraits de listes à l'assuré selon ses souhaits personnels (p. ex. thérapeutes dans un domaine ou une région donnés). Le nombre de listes consultables en ligne est en constante augmentation (www.swica.ch).

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

Liste SWICA des hôpitaux

Liste des hôpitaux que les assurés peuvent choisir pour y recevoir un traitement. Le service clientèle de SWICA est à tout moment à même de fournir des extraits de listes à l'assuré selon ses souhaits personnels (p. ex. hôpitaux dans une région donnée). Le nombre de listes consultables en ligne est en constante augmentation (www.swica.ch).

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 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.

LPGA

Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003.

Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement ou provoque 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 une liste des thérapeutes reconnus. Le service clientèle de SWICA est à tout moment à même de fournir des extraits de listes à l'assuré selon ses souhaits personnels (p. ex. thérapeutes dans un domaine ou une région donnés). Le nombre de listes consultables en ligne est en augmentation constante (www.swica.ch).

OAMal

Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996.

OFAP

Office fédéral des assurances privées. Est subordonné au Département fédéral des finances.

Participation aux coûts

Lorsque l'assuré recourt à des prestations médicales (p. ex. consultations, médicaments, thérapeutes), une partie des coûts est à sa charge. Cette part payée par l'assuré lui-même est appelée participation aux coûts. Elle est composée:

- de la franchise pour l'assurance de base;
- de la quote-part dans l'assurance de base;
- de la participation dans l'assurance complémentaire.

Votre participation aux coûts (franchise, quote-part et participation) est imputée sur toutes les assurances que vous avez conclues auprès de SWICA.

Il s'agit d'un avantage capital de SWICA par rapport à ses concurrents chez lesquels les participations aux coûts de toutes les assurances souscrites s'additionnent.

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 cantonales ou régionales peuvent être fixés. Pour les assurés n'ayant pas encore atteint l'âge de 18 ans révolus (enfants), l'assureur doit fixer une prime plus basse dans l'assurance obligatoire des soins. Les assureurs peuvent faire de même pour les assurés n'ayant pas encore atteint l'âge de 25 ans. Les primes sont en principe perçues d'avance.

Prise en charge des coûts

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

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. Elle s'élève en règle générale à 10% (voir exception ci-dessous) jusqu'à concurrence d'un montant donné. Les enfants et les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 18 ans payent au maximum 350 francs par an, les adultes 700 francs.

La quote-part dans l'assurance de base s'élève à 20% lorsque des préparations originales coûteuses sont prises au lieu de génériques avantageux, cela sans raison médicale.

Dans les assurances complémentaires, la participation est un montant fixe devant être pris en charge par l'assuré en cas de traitements médicaux (remboursés par une assurance complémentaire).

Des explications supplémentaires figurent sous «Participation aux coûts».

Rapatriement

Un rapatriement est organisé lorsque des raisons médicales rendent impossible un retour par des moyens de transport privés ou en commun. La plupart du temps, le rapatriement a lieu sous accompagnement médical, par exemple en ambulance au sol, en stretcher ou en jet.

Rechute

Réapparition d'une maladie.

Réduction des primes

Les personnes d'une situation financière modeste ont droit à une réduction de primes dans l'assurance de base. L'attribution diffère d'un canton à l'autre. Adressez-vous à votre commune de domicile pour déterminer votre droit.

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, il n'a pas été répondu de manière complète et conforme à la vérité aux questions concernant la santé, c'est-à-dire lorsque des faits importants pour l'évaluation du risque que l'assuré connaissait ou devait connaître n'ont pas été déclarés.

Second Opinion

Le fait de demander une deuxième opinion. Si vous avez des doutes au sujet de la nécessité d'un traitement ou d'une opération, vous pouvez demander gratuitement l'avis («Second Opinion») d'un médecin recommandé par SWICA.

Swissmedic (autrefois OICM)

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.

Traitement ambulatoire

Intervention ou traitement sans nuitée à l'hôpital ou pour lequel la durée du séjour hospitalier est inférieure à 24 heures.

Traitement hospitalier

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