

Assurance obligatoire des soins et indemnité journalière

Conditions générales d'assurance (CGA) selon la LAMal

Édition 2024, entrée en vigueur le 01.01.2024

SWICA

Remarques

Les présentes Conditions générales d'assurance concernent SWICA Assurance-maladie SA, Römerstrasse 37, 8400 Winterthur.

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

Table des matières

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

Conditions générales d'assurance

Assurance obligatoire des soins et assurance indemnité journalière

I. Généralités

Art. 1 Principes fondamentaux

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

Art. 2 Étendue des prestations

L'assurance des soins couvre, selon les dispositions du droit fédéral, les coûts relatifs aux diagnostics et aux traitements en cas de maladie, de maternité et d'accident pour autant que la couverture accidents n'ait pas été suspendue. Les prestations légales selon la LAMal sont garanties.

L'assurance d'indemnités journalières couvre la perte de gain selon les dispositions du droit fédéral ainsi que des dispositions des Conditions spéciales.

Art. 3 Base légale

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

Art. 4 Assureur

L'organisme assureur est, sauf mention contraire dans les Conditions spéciales, SWICA Assurance-maladie SA, Römerstrasse 37, 8400 Winterthur, désigné ci-après par «assureur».

Art. 5 Qualité de membre de l'association

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

II. Formes d'assurance

Art. 6 Généralités

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

III. Rapport d'assurance

Art. 7 Personnes assurées

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

Art. 8 Conditions d'admission

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

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

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

Art. 10 Début de l'assurance

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

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

1. Le passage de l'assurance des soins ordinaire à une assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations peut avoir lieu, auprès du même assureur, à tout moment pour le premier jour du mois suivant.
2. Le passage d'une forme particulière d'assurance à une autre forme particulière d'assurance auprès de l'assureur est seulement possible pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de préavis d'un mois.
3. La personne assurée ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.
4. Il n'est possible de choisir une franchise moins élevée pour la fin d'une année civile que moyennant un délai de préavis d'un mois.

Art. 12 Changement de domicile

1. Tout changement d'adresse ou de domicile légal (changement de domicile) doit être annoncé à l'assureur dans un délai de 30 jours. Il s'agit également d'un changement de domicile soumis à déclaration lorsque le centre de vie est transféré dans un établissement médico-social ou un institut (thérapeutique par exemple). Les préjudices découlant de la violation de l'obligation de notification sont supportés par la personne assurée.

2. Lorsqu'un changement de domicile entraîne une modification de la prime, la nouvelle prime prend effet le premier jour du mois le plus proche de la date de changement de domicile. Si une telle date fait défaut, l'assureur adapte la prime pour le premier jour du mois le plus proche de la réception de la notification de changement d'adresse.
3. Les conséquences d'une notification non effectuée ou tardive sont énoncées à l'art. 22.
4. Une adaptation de la prime suite à un changement de domicile ne donne pas le droit de changer d'assureur. Si la forme particulière d'assurance selon la police d'assurance actuelle n'est pas proposée au nouveau domicile, le passage dans un autre modèle d'assurance de l'assureur doit être effectué.

Art. 13 Suspension de la couverture accidents

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

Art. 14 Suspension de l'assurance

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

Art. 15 Fin de l'assurance

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

Art. 16 Changement d'assureur

1. La personne assurée peut, moyennant une communication écrite respectant un délai de résiliation de trois mois, passer à une autre compagnie d'assurance pour le 30 juin et le 31 décembre et, en cas de forme particulière d'assurance, pour le 31 décembre.
2. Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée peut changer de compagnie d'assurance pour la fin du mois qui précède la validité de la nouvelle prime, en respectant un délai de résiliation d'un mois.
3. La résiliation ou le changement d'assureur ne sont valables que s'ils sont déclarés par écrit et dans les délais impartis. La résiliation est réputée conforme au délai lorsqu'elle a été réceptionnée par l'assureur le dernier jour ouvrable qui précède l'échéance du délai de résiliation jusqu'à 17 heures (le cachet de la poste ne fait pas foi).
4. Le changement n'est effectif qu'à réception par l'assureur de la confirmation de la nouvelle compagnie d'assurance indiquant que la personne concernée est assurée par elle sans interruption.
5. La résiliation est sans effet tant que des arriérés de primes, de participations aux frais, d'intérêts de retard ou de frais de poursuites n'ont pas été intégralement payés jusqu'à l'échéance du délai de résiliation.
6. La fin du rapport d'assurance doit être communiquée par écrit par l'assureur.
7. Après la fin de l'assurance, les éventuels droits aux prestations s'éteignent cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due.
8. La personne assurée ayant résilié est tenue de payer les primes, participations aux coûts et frais arriérés jusqu'à la fin de l'assurance.
9. En cas d'entrée en cours d'année, la franchise et la quote-part facturées durant l'année en cours sont prises en compte. À cet effet, la personne assurée fournit les pièces justificatives correspondantes de l'assureur précédent.

IV. Prestations

Art. 17 Prestations assurées

1. Sur la base des présentes CGA, l'assureur prend en charge les prestations d'assurance légales. En cas d'accident, les prestations sont identiques à celles accordées en cas de maladie.
2. Le droit aux prestations naît au début de l'assurance et existe pendant la durée de l'assurance. Pour les frais occasionnés après la fin de l'assurance (également dans le cadre de sinistres en cours), il n'existe pas de droit aux prestations. La date de traitement ou la date de recours à la prestation assurée est déterminante.
3. Lorsque la personne assurée fait valoir des droits aux prestations, les factures détaillées et les demandes de garantie de prise en charge des coûts (et, en cas de droits aux indemnités journalières, les attestations d'incapacité de travail), au plus tard cinq ans à compter de la date de facturation, doivent être transmises à l'assureur. Tout droit aux prestations s'éteint après ce délai (délai de prescription selon l'article 24 LPGa). Les factures et les documents doivent être fournis à SWICA en allemand, en français, en italien ou en anglais. Les factures et documents établis dans une autre langue doivent être accompagnés d'une traduction dans l'une des langues précitées réalisée par un bureau de traduction officiel.
4. L'assureur prend en charge les coûts pour les prestations efficaces, appropriées et économiques. Sont réputées économiques les prestations qui se limitent à la mesure exigée par l'intérêt de la personne assurée et le but du traitement.
5. L'assureur rembourse les prestations de fournisseurs de prestations reconnus selon la LAMal.
6. La personne assurée peut choisir librement un fournisseur de prestations pour les traitements ambulatoires parmi les fournisseurs de prestations autorisés. L'assureur prend en charge les frais au plus d'après le tarif applicable au lieu de domicile ou de travail de la personne assurée ou des environs.
7. Les médicaments sont remboursés s'ils sont prescrits par un médecin ou un chiropraticien et s'ils figurent sur la Liste des spécialités (LS) ou sur la Liste des médicaments avec tarif (LMT). Les médicaments prescrits doivent correspondre à l'indication autorisée et être utilisés dans la limitation prévue.
8. En cas de traitement hospitalier, la personne assurée peut choisir tout hôpital figurant sur la liste des hôpitaux d'un canton. Les frais sont toutefois pris en charge au maximum selon le tarif du canton de domicile.
9. Si, pour des raisons médicales, la personne assurée doit recourir au fournisseur de prestations lors de traitements ambulatoires ou hospitaliers, les prestations sont prises en charge d'après le tarif applicable à ce fournisseur de prestations.

10. En cas de séjour temporaire de la personne assurée à l'étranger, l'assureur ne rembourse en principe que les coûts des traitements prodigués en cas d'urgence.
11. Aucune prestation n'est notamment accordée (au chiffre 6, les prestations sont accordées mais reportées):
 1. pour des fournisseurs de prestations non autorisés,
 2. pour des examens et traitements ni efficaces, ni appropriés, ni économiques,
 3. si des factures détaillées font défaut,
 4. en cas de refus de se soumettre à un examen médical par un médecin-conseil,
 5. pour la période de retard en cas d'affiliation tardive,
 6. en cas de suspension des prestations jusqu'au paiement complet des arriérés dans les cas prévus par la loi.
12. La restitution des prestations touchées par erreur ou à tort est exigée par l'assureur.

Art. 18 Subsidiarité

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

V. Primes et participation aux coûts

Art. 19 Primes

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

Art. 20 Participation aux coûts/remboursement des prestations

Sous réserve d'exceptions prévues par la loi ou de dispositions contraires dans les Conditions spéciales d'un modèle d'assurance alternatif avec un choix limité des fournisseurs de prestations, la personne assurée contribue aux coûts des prestations selon la LAMal (y compris les prestations en cas d'accident) par le biais d'une participation aux coûts. Cette participation aux coûts se compose d'une contribution annuelle fixe (franchise) et d'une quote-part en pour cent. Dans les cas prévus par la loi, il est perçu en cas d'hospitalisation un montant forfaitaire par jour fixé par le Conseil fédéral en sus de la participation aux coûts.

1. La participation annuelle maximum, les franchises et la contribution en cas d'hospitalisation sont régies par les prescriptions légales.
2. La date de traitement ou de recours à la prestation assurée est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part.
3. Aucune participation aux coûts n'est prélevée pour les examens et les traitements définis dans les dispositions d'exécution en cas de maternité. De même, il ne peut être prélevé aucune participation aux coûts des prestations indiquées aux art. 25 et 25 a LAMal qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

4. La quote-part pour la perception de médicaments originaux disponibles sous forme de génériques peut être plus élevée et excéder la limite légale.
5. Les participations aux coûts sont facturées en francs suisses. Les délais de paiement sont indiqués sur le décompte des prestations. L'assureur fixe les conditions s'y rapportant.
6. Les prestations payées par la personne assurée sont remboursées en francs suisses.

Art. 21 Retards de paiement et frais bancaires/postaux

1. Lorsque la personne assurée n'a pas payé les primes et les participations aux coûts échues malgré le rappel, l'assureur lui envoie une sommation et lui impartit un délai de 30 jours pour s'acquitter du paiement. Si la personne assurée n'a toujours pas payé les primes et participations aux coûts échues ainsi que les intérêts moratoires (5% sur les créances de primes) malgré la sommation, l'assureur engage une poursuite. À la demande du canton, l'assureur en informe l'autorité cantonale compétente.
2. Les frais de poursuites sont à la charge de la personne assurée. De plus, un supplément approprié peut être prélevé pour les frais occasionnés par le retard (frais de rappel et d'encaissement).
3. Une taxe peut être perçue en cas de retards de paiement pour les conventions de paiement par acomptes.
4. La personne assurée a plusieurs options pour payer sans frais ses primes et participations aux coûts ainsi que d'autres factures. SWICA peut refacturer à la personne assurée les frais occasionnés par le paiement au guichet bancaire ou postal ou encore à d'autres points d'accès physiques équivalents, ou en cas de paiements effectués depuis l'étranger.

VI. Droits et obligations

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

1. La personne assurée doit fournir à l'assureur les renseignements et les documents dont il a besoin pour examiner l'obligation de s'assurer et le droit aux prestations, pour imposer une prétention récursoire ainsi que pour fixer les primes et les prestations. Elle prend connaissance du fait que l'assureur est autorisé, dans le cadre des dispositions légales, à consulter les dossiers d'autres compagnies d'assurance, de fournisseurs de prestations, d'autorités ou autres services et à traiter ces données.
Si une personne assurée a délibérément bénéficié d'une prestation d'assurance en donnant de fausses indications ou d'une autre manière illégale, ou si elle a tenté d'en bénéficier, l'assureur peut lui facturer les frais supplémentaires qu'il a engagés en faisant appel à des spécialistes chargés d'apporter leurs observations dans le cadre de la lutte contre la perception de prestations perçues de manière non légitime.
2. Lorsque les prestations légales relèvent de la compétence d'un autre assureur social, la personne assurée est tenue d'effectuer l'annonce correspondante. Si la personne assurée refuse de s'annoncer, l'assureur peut faire usage de son droit d'annoncer.
3. La personne assurée est dans l'obligation de déclarer à l'unité d'organisation de l'assureur figurant sur la police d'assurance toutes les modifications personnelles (p. ex. changement d'état civil, de représentant légal, modification du payeur de primes, changement de domicile, changement de sexe, etc.) susceptibles d'intéresser l'assurance, dans un délai d'un mois. Les préjudices résultant de la non-observation de l'obligation d'annoncer sont à la charge de la personne assurée. En cas d'annonce tardive, l'assureur peut demander le paiement des primes perdues. L'assureur doit rembourser les avoirs de primes s'ils n'ont pas pu être compensés à la personne assurée avec les créances. L'assureur peut en outre arrêter le versement des prestations à titre préventif lorsque la personne assurée a contrevenu au devoir d'annoncer comme énoncé dans ce paragraphe, lorsqu'elle ne s'est pas soumise à un contrôle concernant l'existence en vie ou de l'état civil dans les délais ou lorsque tout laisse penser qu'elle a bénéficié de prestations indûment.
4. Si la personne assurée justifie d'un nouveau domicile en dehors du rayon géographique d'activité de l'assureur (en Suisse ou à l'étranger), elle doit le communiquer à l'assureur dans les 20 jours. Si la personne assurée omet cette notification par sa propre faute, l'assurance prend fin selon les prescriptions de la LAMal.

Art. 23 Obligation de diminuer le dommage

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

Art. 24 Coordonnées de paiement

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

Art. 25 Remboursement

Les prestations touchées à tort ou autres avantages pécuniaires (remboursements de primes/réductions de primes) doivent être remboursés à l'assureur par la personne assurée, qu'ils aient été versés à la personne assurée ou à un tiers (p. ex. médecin, hôpital). Le droit à un remboursement prend fin trois ans après que l'assureur en a eu connaissance, au plus tard toutefois cinq ans après le versement de la prestation concernée.

Art. 26 Mise en gage et cession

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

Art. 27 Carte d'assuré

1. Une carte d'assuré est remise à la personne assurée par SWICA. Cette carte permet de justifier les assurances conclues auprès des fournisseurs de prestations. Si ces contrats ont bien été conclus, la carte d'assuré autorise de surcroît à bénéficier de prestations comme le retrait sans paiement comptant de médicaments autorisés et prescrits par un médecin dans les pharmacies. La carte est établie sur la base des dispositions légales de la LAMal. Elle contient par ailleurs des données en conformité avec les normes en vigueur dans l'UE et sert de justificatif d'une couverture d'assurance lors des séjours dans un pays de l'UE. Les traitements médicaux nécessaires qu'une personne assurée suit auprès de fournisseurs de prestations publics dans un pays membre de l'UE/AELE sont à la charge de l'assureur si la carte d'assuré est présentée. Si une assurance régie par la LCA est conclue, des données peuvent figurer concernant l'étendue de la couverture d'assurance, y compris des assurances complémentaires.
2. La présentation de la carte d'assurance à des hôpitaux suisses n'a pas valeur de garantie de prise en charge des coûts juridiquement contraignante.
3. La carte d'assuré est valable pendant la durée de la couverture d'assurance. Elle ne doit ni être prêtée, transmise ou mise à la disposition de tiers. L'assureur doit être informé sans délai de toute perte ou disparition de la carte d'assuré. La personne assurée doit immédiatement détruire la carte d'assuré après la suppression de la couverture d'assurance.
4. Si la carte d'assuré est utilisée abusivement par la personne assurée, la personne pour qui la carte d'assuré a été établie porte la responsabilité des préjudices dont l'assureur pourrait faire l'objet. En particulier, les prestations d'assurance qui auront été acquises à tort devront être remboursées à l'assureur et les taxes y relatives prises en charge.

VII. Protection des données

Art. 28 Traitement des données chez SWICA

1. SWICA se procure et utilise les données personnelles des personnes assurées en conformité avec la loi sur la protection des données applicable et de ses dispositions d'exécution, avec les lois relatives aux assurances sociales applicables et en vertu des dispositions sur la protection des données de SWICA, disponibles à l'adresse [swica.ch/protection-des-donnees](https://www.swica.ch/protection-des-donnees). La déclaration de protection des données a un caractère déclaratoire et ne fait pas partie du contrat. Elle s'applique pendant toute la durée du rapport contractuel entre SWICA et la personne assurée.
2. Sont notamment traitées les données de base et les données contractuelles (p. ex. prénom, nom, adresse, NPA, date de naissance, adresse e-mail, numéro de téléphone [mobile et fixe], coordonnées bancaires, état civil, nombre d'enfants, données des personnes autorisées, données financières sur les revenus), les données sur l'état de santé (diagnostics, symptômes, médicaments, opérations subies, etc.), les données sur les traitements et le parcours de soins, les coûts des prestations, les données sur l'espace de vie personnel et professionnel ou également les profils de personnalité, les données des autres assureurs, les données des fournisseurs de prestations ou les données sur les dossiers de poursuites pour dettes et de faillites.
3. SWICA traite les données, surtout dans le cadre de l'admission dans l'assurance-maladie obligatoire (entretien de conseil, proposition d'assurance, etc.) ainsi que dans le contexte de l'exécution du contrat d'assurance (déroulement des prestations, communication d'informations, encadrement des clients, Customer Journey, soins intégrés, soumission d'offres de produits et marketing [sous réserve d'acceptation], etc.). De plus, SWICA procède à l'évaluation des données personnelles à l'aide de méthodes mathématiques et automatisées (profilage [sous réserve d'acceptation]) à des fins statistiques. À partir des connaissances acquises, SWICA peut améliorer la qualité et l'utilisation des prestations et des produits pour des clients actuels, anciens et potentiels et en informer les personnes assurées.
4. Les catégories de données citées au chiffre 2 peuvent être traitées pour les soins intégrés et le conseil individuel sur l'état de santé comme partie de l'examen et de l'évaluation des prestations selon les principes de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique. SWICA accèdera à cet égard aux données de santé à sa disposition et prodiguera des conseils aux personnes assurées en conséquence. Les soins intégrés et les conseils de santé individuels impliquent que SWICA conseille et renseigne la personne assurée notam-

ment sur le parcours de soins, les programmes de soins dont elle a besoin et le fournisseur de prestations qui lui convient ou lui fasse parvenir d'autres informations en rapport avec l'amélioration de sa situation personnelle et de son état de santé (p.ex. des informations sur les éventuelles intolérances). Si la personne assurée en manifeste le souhait et qu'elle a donné son accord pour que les données soient communiquées à santé24, le conseil peut également avoir lieu par le prestataire de télémédecine santé24.

Il est possible de se référer à la déclaration de protection des données en vigueur pour savoir quelles autres données sont traitées. Le traitement des données personnelles est effectué en particulier dans des buts auxquels SWICA est légalement autorisée et qui servent à remplir les obligations légales et réglementaires, ou pour préserver les intérêts légitimes. De plus, SWICA traite les données dans des buts qui ont été approuvés par la personne assurée dans le cadre de l'admission à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

5. Dans le respect des dispositions de protection des données en vigueur et dans la mesure où cela est nécessaire aux fins mentionnées, SWICA peut transmettre des données personnelles à des tiers (par exemple d'autres assureurs impliqués, médecins-conseils, autorités, avocats et experts externes, centres de calcul, prestataires, etc.) en Suisse et à l'étranger. Une communication des données est également envisageable pour la coordination des prestations avec des fournisseurs de prestations étrangers, pour une procédure de recours ou encore à des fins de détection et de prévention d'une fraude à l'assurance.
En outre, des données personnelles peuvent, dans le cadre d'une externalisation (notamment des prestations informatiques), être transmises à des tiers autorisés en Suisse et à l'étranger. En l'espèce, SWICA exige des tiers qu'ils s'engagent à garder le secret et à respecter les normes légales en matière de protection des données.
6. D'autres informations complémentaires concernant le traitement des données figurent dans la déclaration de protection des données de SWICA. Cette déclaration est applicable tout au long de la durée des rapports contractuels entre SWICA et la personne assurée. La déclaration de protection des données fait partie intégrante des rapports d'assurance. Elle fournit des renseignements complémentaires sur les catégories de données traitées, les processus de traitement des données et les buts poursuivis à travers eux. Elle précise les fondements sur lesquels repose le traitement des données. Enfin, elle renseigne sur les droits des personnes assurées s'agissant du traitement des données par SWICA, la durée de celui-ci et les délais de conservation des données.

VIII. Voies de droit

Art. 29 Voies de droit

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

IX. Dispositions diverses

Art. 30 Communications et forme écrite

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

2. Toutes les communications de l'assureur sont envoyées en bonne et due forme aux dernières coordonnées indiquées à l'assureur par la personne assurée. Lors d'un séjour à l'étranger d'une durée supérieure à trois mois, il convient d'indiquer à l'assureur l'adresse de contact correspondante en Suisse en cas de communication par voie postale.
3. Les listes et répertoires en vigueur mentionnés dans les CGA ou les CS sont proposés en format numérique, mis à jour régulièrement, consultables à tout moment et peuvent aussi être obtenus auprès de l'unité d'organisation de l'assureur figurant sur la police d'assurance. Sont toujours déterminants les listes et répertoires en vigueur au moment du traitement.
4. La notion «par écrit» telle qu'employée dans les présentes CGA vaut par analogie pour les communications électroniques lorsque l'assureur prévoit expressément la voie électronique et pour autant que la loi l'autorise.
5. L'assureur accepte également une signature électronique qualifiée conforme à la loi fédérale sur la signature électronique du 19 décembre 2003 ou à la législation fédérale en vigueur en lieu et place d'une signature manuscrite. Les dispositions légales ou contractuelles dérogatoires restent réservées.

Art. 31 Services numériques

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

Art. 32 Interprétation

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

Art. 33 Entrée en vigueur

Les présentes CGA, qui sont applicables aux assurances régies par la LAMal, entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2022. Les CS prennent effet à la date de validité prévue les concernant. L'assureur est en droit de modifier les CGA et les CS en tout temps, pour autant qu'il en informe par écrit les personnes assurées (et sous réserve de l'approbation préalable à requérir auprès de l'autorité de surveillance).

Glossaire

Accident

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

Accord sur la libre circulation

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

Assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations

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

Cas d'urgence

On parle d'une urgence lorsqu'un traitement médical ne peut être remis à plus tard d'un point de vue médical. Il est en principe dû à l'apparition soudaine et imprévisible d'une nécessité de traitement.

CGA

Conditions générales d'assurance régissant les assurances selon la LAMal

Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée d'elle peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Infirmités congénitales

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

LAA

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

LAMal

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

LPD

Loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992

LPGA

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

Maladie

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

Maternité

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

Médicaments génériques

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

OAMal

Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995

Participation aux coûts

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

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

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

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

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

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

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

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