

Assurance accidents et maladie

Informations aux clients et Conditions générales d'assurance

Assurance accidents et maladie pour particuliers

Assurance accidents

- Frais de guérison
- Indemnité journalière
- Capital d'invalidité
- Capital en cas de décès

Assurance maladie

- Indemnité journalière
- Capital d'invalidité

Édition 01.2022
(révisée le 1^{er} janvier 2023)

Informations aux clients

Ce que vous devriez savoir à propos de votre assurance accidents et maladie pour particuliers

Chère cliente, cher client,

Vous avez opté pour un produit de la Mobilière, le plus ancien assureur privé de Suisse. Nous vous remercions sincèrement de la confiance que vous nous accordez. Avant la conclusion de votre assurance accidents et maladie pour particuliers, il importe que vous soyez informé(e) sur le contenu principal de votre contrat d'assurance.

Vous trouverez ci-après une présentation générale de notre produit d'assurance et les réponses à la plupart de vos questions. Ces informations contiennent des simplifications et ne remplacent pas la police ou les Conditions générales d'assurance figurant dans le présent document.

1. Qui sommes-nous?

Les assureurs sont:

- la Mobilière Suisse Société d'assurances SA, une entreprise du Groupe Mobilière qui opère sur une base coopérative et a son siège à 3001 Berne, Bundesgasse 35;
- Mobi24 SA, une société du Groupe Mobilière, qui a son siège à 3001 Berne, Bundesgasse 35.

2. Quelle est l'étendue de la couverture d'assurance ?

L'assurance accidents et maladie pour particuliers est une solution d'assurance adaptée à vos besoins spécifiques. Elle inclut un paquet de services exclusif comportant des prestations supplémentaires. Elle sert à protéger les personnes assurées contre les conséquences économiques de maladies, d'accidents ainsi que de maladies professionnelles. L'assurance accidents et maladie pour particuliers est considérée comme une assurance de dommages. Font exception le capital d'invalidité et le capital en cas de décès, qui sont des assurances de sommes.

Notre offre dans l'assurance accidents comprend les couvertures suivantes:

▪ **Frais de guérison**

La Mobilière paie les frais pour des traitements stationnaires médicaux scientifiquement reconnus au sein de la division hospitalière assurée, sans limite de montant, pendant cinq ans à compter de l'événement assuré; passé ce délai, les frais sont pris en charge à concurrence de CHF 500 000. Ces frais ne sont pris en charge qu'en complément et après versement des prestations prévues par la LAMal, la LAA, la LAI ou la LAM. Les autres prestations sont décrites à l'article L.

▪ **Indemnité journalière**

L'indemnité journalière est servie pour chaque jour calendaire d'incapacité de travail d'au moins 25% attestée par un médecin. Le droit aux prestations commence à l'expiration du délai d'attente contractuel.

▪ **Capital d'invalidité**

Si l'événement assuré entraîne une atteinte à la santé vraisemblablement permanente, la Mobilière verse le capital d'invalidité assuré. Celui-ci est déterminé d'après la somme d'assurance, le degré d'invalidité et l'échelle de prestations (EP) choisie.

▪ **Capital en cas de décès**

Si la personne assurée décède des suites d'un accident assuré, la Mobilière verse aux ayants droit le capital en cas de décès convenu.

Notre offre dans l'assurance maladie, comprend les couvertures suivantes:

▪ **Indemnité journalière**

L'indemnité journalière est servie pour chaque jour calendaire d'incapacité de travail d'au moins 25% attestée par un médecin. Le droit aux prestations commence à l'expiration du délai d'attente contractuel.

▪ **Capital d'invalidité**

Si l'événement assuré entraîne une atteinte à la santé vraisemblablement permanente, la Mobilière verse le capital d'invalidité assuré. Celui-ci est déterminé d'après la somme d'assurance, le degré d'invalidité et l'échelle de prestations (EP) choisie. La couverture d'assurance prend fin lorsque la personne assurée atteint l'âge de 26 ans.

3. Quelles sont les principales exclusions de couverture?

Ne sont pas assurés par l'assurance maladie, par exemple:

- les accidents et leurs conséquences;
- les maladies professionnelles;
- les conséquences d'opérations de chirurgie esthétique;
- les lésions prénatales, les maladies et infirmités congénitales et leurs suites.

Ne sont pas assurés par l'assurance accidents, par exemple:

- les accidents survenant lors de la participation à des courses, des rallyes et d'autres compétitions similaires sur circuits, autodromes, terrains d'entraînement, ainsi qu'à toutes les compétitions tout-terrain. Les stages de sécurité routière sont assurés s'ils servent exclusivement à la formation à la sécurité dans la circulation ordinaire, qu'ils n'ont pas de caractère de compétition et ne sont pas chronométrés;
- les accidents consécutifs à un état d'ébriété (à partir d'un taux d'alcool de 2,0 pour mille [valeur moyenne], ou de 1,0mg/litre d'air expulsé) ou à l'utilisation abusive de médicaments, de drogues ou de substances chimiques;
- les conséquences d'événements de guerre.

4. Que contient le paquet de services exclusif?

Outre les couvertures choisies, les prestations suivantes sont incluses:

- conseil et suivi sur place par votre conseiller en assurances personnel;
- règlement des sinistres par le service des sinistres de votre agence générale, de façon personnelle et sans complication;
- possibilité de saisir vos avis de sinistres directement à l'écran et de nous les transmettre aisément.

5. Où l'étendue de votre couverture d'assurance est-elle définie?

Votre proposition, respectivement votre police, les Conditions générales d'assurance, les éventuelles Conditions spéciales et les prescriptions légales, en particulier la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), déterminent l'étendue de la couverture d'assurance souhaitée.

6. Quels sont vos principaux devoirs?

Vos devoirs sont définis dans votre proposition ou police, dans les Conditions générales d'assurance, dans les éventuelles Conditions spéciales et dans les prescriptions légales, en particulier dans la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Il s'agit notamment des devoirs suivants:

- Vous devez répondre de manière complète et véridique aux questions du formulaire de proposition et du questionnaire de santé. À défaut, nous serons en droit de dénoncer le contrat d'assurance, de refuser le versement de prestations ou de demander le remboursement de prestations.
- Vous devez nous signaler immédiatement tout changement qui survient pendant la durée du contrat d'assurance, affecte des faits déclarés dans la proposition et est important pour l'appréciation du risque.
- Vous devez payer les primes à l'échéance. Le non-paiement des primes malgré une sommation entraîne la suspension de la couverture d'assurance. Même si vous payez la prime après la sommation, nous ne sommes pas tenus, suivant les circonstances, de verser des prestations pour les dommages survenus dans l'intervalle.
- Vous devez nous annoncer la survenance d'un sinistre assuré dans un délai de 30 jours. Votre concours est indispensable pour que nous puissions vous offrir, ainsi qu'aux personnes assurées, un soutien optimal en cas de sinistre.

7. Quelles prestations la Mobilière fournit-elle?

Les prestations que la Mobilière doit fournir dépendent de la teneur de la proposition, respectivement de la police, des Conditions générales d'assurance, des éventuelles Conditions spéciales et des prescriptions légales, en particulier de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

8. Quelles sont les primes dues?

Le montant de la prime due dépend de l'âge, du sexe, de l'activité professionnelle et des prestations choisies. Une prime minimale éventuelle demeure réservée.

La prime est payable annuellement. D'autres modalités de paiement sont possibles moyennant un supplément. Pour les détails, veuillez consulter votre police d'assurance.

En cas de résiliation anticipée de l'assurance accidents et maladie pour particuliers, nous remboursons en règle générale la part de la prime qui n'a pas été utilisée (prime non acquise).

9. Quelles est la durée du contrat d'assurance et quelles sont les modalités de résiliation ?

La durée contractuelle convenue est indiquée dans votre proposition d'assurance, respectivement dans votre police, après que le contrat a été conclu. L'assurance couvre tous les événements qui surviennent pendant la durée du contrat.

Dans l'assurance accidents, si l'accident se produit pendant la durée du contrat d'assurance, les prestations sont versées au-delà de la fin de celui-ci. La limitation du temps s'applique pour le capital en cas de décès. Les dispositions concernant le montant et la durée maximale des prestations, ainsi que l'âge final demeurent en outre réservées.

Dans l'assurance maladie, les dommages consécutifs à des événements qui ne surviennent qu'après la fin du contrat d'assurance ne donnent pas droit à des prestations. Si la personne assurée perçoit déjà des prestations lorsque le contrat d'assurance prend fin, elle a droit à des prestations subséquentes conformément aux dispositions contractuelles applicables en la matière. La limite temporelle s'applique pour le capital d'invalidité.

Ci-après, nous vous indiquons les principales possibilités de résiliation:

- Vous pouvez résilier le contrat d'assurance au plus tard trois mois avant le terme de la durée convenue. Si vous ne le faites pas, le contrat se renouvelle tacitement pour une année. Cette règle permet d'éviter que vous vous retrouviez soudainement et involontairement dépourvu de couverture d'assurance.
- Vous pouvez résilier le contrat d'assurance pour la fin de la troisième année d'assurance ou de chacune des années suivantes moyennant un préavis de 3 mois.
- De contrat d'assurance ou l'acceptation de ce dernier par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte dans un délai de 14 jours.
- Si nous n'avions pas respecté nos devoirs d'information envers vous avant la conclusion du contrat, vous pouvez résilier votre contrat d'assurance au cours des deux premières années suivant la violation de l'obligation. Vous devez notifier la résiliation dans les quatre semaines à compter du jour où vous avez eu connaissance du non-respect du devoir d'information.
- Vous êtes en droit de résilier le contrat d'assurance dès lors que nous adaptons la prime au début d'une nouvelle année d'assurance et qu'il en découle pour vous un désavantage. La résiliation est valable si elle nous parvient au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance.
- En cas de diminution essentielle du risque, vous avez le droit de résilier le contrat d'assurance dans un délai de quatre semaines.
- Vous pouvez résilier le contrat d'assurance dans un délai de quatre semaines si, au moment de le conclure, vous n'aviez pas connaissance du fait que sa conclusion entraînerait une assurance multiple.
- Chaque partie peut se départir du contrat d'assurance à tout moment pour de justes motifs.
- Vous pouvez résilier le contrat d'assurance après la survenance d'un dommage donnant droit à indemnisation.
- Si vous avez déclaré inexactement ou dissimulé des faits en répondant aux questions de la proposition, nous pouvons résilier le contrat d'assurance et, selon le cas, refuser le versement de prestations pour des sinistres survenus entre-temps ou demander le remboursement de prestations déjà versées.
- La Mobilière peut résilier le contrat en cas de prétention frauduleuse aux prestations d'assurance.

10. Quelles sont les dispositions applicables en matière de protection des données?

Le traitement responsable de vos données personnelles est au cœur des préoccupations de la Mobilière.

La Mobilière traite notamment les données personnelles suivantes:

- données de clients: données du preneur d'assurance et des éventuelles autres personnes assurées nécessaires à l'identification, par exemple nom, adresse, date de naissance, sexe, nationalité, informations sur la solvabilité;
- données de la proposition: données ayant trait à la proposition d'assurance et aux questionnaires, par exemple informations sur le risque à assurer, réponses aux questions de la proposition, rapport d'expertise, données relatives à l'assureur précédent et à la sinistralité antérieure, informations sur la situation familiale et financière;
- données contractuelles: données relatives aux rapports contractuels, par exemple parties au contrat, personnes coassurées, durée du contrat, couvertures, risques assurés, sommes d'assurance, franchises, montant de la prime;
- données financières et d'encaissement: données en lien avec les paiements, par exemple coordonnées bancaires pour le traitement des paiements ultérieurs (numéro de compte, données de carte de crédit, etc.), date et montant des paiements de primes, données relatives au revenu AVS, arriérés de primes, périodes sans couverture, sommes;
- données de sinistre ou de prestations: données relatives à d'éventuels cas de sinistre ou de prestations, par exemple avis de sinistre, documents remis, rapports d'investigation, justificatifs de factures, données concernant les éventuels tiers lésés et d'autres tiers impliqués dans le cas de sinistre ou de prestations.

Si la situation l'exige, les données personnelles sensibles peuvent aussi faire l'objet d'un traitement. Dans ce cas, la Mobilière recueillera au préalable le consentement de la personne concernée, pour autant que la loi le prévoit.

Les données utilisées avant la conclusion du contrat servent notamment à l'examen du risque et de la solvabilité ainsi qu'au calcul des primes. Pendant la durée contractuelle, elles servent à la gestion du contrat, au recouvrement des primes ainsi qu'au traitement des cas de sinistre et de prestations. Les données sont également traitées dans le cadre de la gestion et de la documentation des relations client actuelles et futures.

Afin de garantir une prestation de service optimale, les entretiens téléphoniques avec Mobi24 SA et le service JurLine de Protekta Assurance de protection juridique SA peuvent être enregistrés à des fins de formation, d'assurance qualité et comme moyen de preuve, et/ou être écoutés simultanément par les supérieurs hiérarchiques à des fins de supervision.

Pour autant que la conclusion du contrat, l'exécution du contrat ou le traitement des sinistres et des prestations l'exigent, les données en lien avec le contrat d'assurance sont transmises aux tiers parties prenantes à l'assurance en Suisse et à l'étranger, en particulier aux coassureurs et aux réassureurs, aux prestataires intervenant sur mandat de la Mobilière, aux sociétés du Groupe Mobilière et aux agences générales. Dans le cadre du règlement des sinistres, les données peuvent être communiquées pour traitement à d'autres tiers, notamment aux autorités, aux experts auxquels il est fait appel, aux tiers responsables et à leur assurance responsabilité civile, aux assureurs sociaux et aux assureurs-maladie ainsi qu'à d'autres assureurs privés. Cette communication s'effectue notamment en vue de l'examen du risque, du calcul des primes et de la lutte contre la fraude à l'assurance. Elle peut concerner également des données personnelles sensibles ou des profils de personnalité. Si cela est exigé, la Mobilière devra recueillir le consentement de la personne concernée. Cette disposition s'applique même si la conclusion du contrat n'aboutit pas.

Les données sont également traitées à des fins de marketing. Il peut s'agir de la diffusion de publicité pour des produits et services propres (p. ex. au moyen d'une newsletter), de la personnalisation de mesures marketing et de l'analyse de données correspondante (p. ex. par profilage), de la création de segments et de profils de clientèle, ainsi que de l'analyse et de l'évaluation de données d'utilisation de sites Internet (p. ex. au moyen de cookies). Les données sont transmises et utilisées au sein du Groupe Mobilière (sociétés d'assurances et autres), pour autant qu'il ne soit pas nécessaire de recueillir de consentement à cet effet. Le traitement des données à des fins de marketing peut être révoqué en tout temps.

Les données sont enregistrées sous forme électronique et/ou physique dans différentes banques de données, telles que des fichiers client électroniques, des systèmes de gestion des contrats et des applications dédiées aux sinistres. En vertu de prescriptions légales, les données qui revêtent notamment un caractère professionnel sont conservées au moins dix ans à compter de la résiliation du contrat, et les données de sinistre au moins dix ans à compter du règlement du sinistre. Les données devenues inutiles sont supprimées, pour autant que la loi l'autorise.

Vous trouverez des informations détaillées sur le traitement des données personnelles dans la «Déclaration de protection des données relative aux contrats d'assurance», disponible sous www.mobiliere.ch/protectiondesdonnees.

Conditions générales d'assurance

Table des matières

Article	page	Article	page
Dispositions générales		Couverture d'assurance	
A Bases de l'assurance	8	H Personne assurée	11
1 Assureur	8	I Validité territoriale	11
2 But	8	1 Généralités	11
3 Bases juridiques	8	2 Séjour à l'étranger en cas de sinistre en cours	11
4 Sanctions économiques, commerciales ou financières	8	J Début et fin de la couverture d'assurance pour la personne assurée	11
5 Passation de mandat à un tiers	8	1 Début de la couverture d'assurance	11
B Conclusion de l'assurance	8	2 Fin de la couverture d'assurance	11
1 Obligation de déclarer	8		
2 Début et fin du contrat d'assurance	8	Prestations	
3 Couverture d'assurance provisoire en cas d'accident	8	K Généralités	11
4 Police	8	1 Assurance dommages	11
5 Droit de révocation	8	2 Faute grave	11
C Modification de l'assurance	8	3 Réduction de l'indemnité	11
1 Adaptation des primes	8	4 Prestations de tiers	11
2 Adaptation des prestations	9	L Assurance accidents	12
3 Aggravation et diminution du risque	9	1 Frais de guérison	12
D Dissolution de l'assurance	9	2 Indemnité journalière	12
1 Résiliation	9	3 Capital d'invalidité	12
2 Prétention frauduleuse	9	4 Capital en cas de décès	13
3 Changement de domicile	9	5 Exclusions générales de la couverture accidents	14
E Prime	10	6 Prestations après la cessation du contrat d'assurance	14
F Devoirs d'annonce et obligations	10	M Assurance maladie	14
1 Devoirs d'annonce en relation avec l'activité lucrative	10	1 Indemnité journalière	14
2 Assurances dommages complémentaires et assujettissement à la LAA	10	2 Capital d'invalidité	14
3 Obligations en cas de sinistre	10	3 Prestations subséquentes	15
4 Dispositions générales en cas de violation du contrat	11	4 Exclusions générales de la couverture maladie	15
5 Obligation de communiquer en relation avec la protection des données	11	N Protection des données	15
G For	11		
		Définitions	
		1 Maladie	16
		2 Incapacité de travail	16
		3 Médecin	16
		4 Personnel soignant	16
		5 Aide ménagère	16
		6 Hôpital	16
		7 Établissement de cure	16
		8 Âge final pour l'indemnité journalière	16

Conditions générales d'assurance

Dispositions générales

A Bases de l'assurance

1 Assureur

L'assureur est la Mobilière Suisse Société d'assurances SA, ayant son siège à Berne, ci-après «La Mobilière».

2 But

L'assurance a pour but de protéger les personnes assurées contre les conséquences économiques de maladies, d'accidents ainsi que de maladies professionnelles.

3 Bases juridiques

Forment la base du contrat d'assurance: l'offre et la proposition d'assurance, les éventuelles déclarations de santé, la police et ses avenants éventuels, les Conditions générales d'assurance et les Conditions spéciales, ainsi que toutes les autres déclarations écrites du preneur d'assurance et de la personne assurées faites à la Mobilière et aux médecins examinateurs.

Le contrat est régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), sauf disposition expresse contraire.

4 Sanctions économiques, commerciales ou financières

L'assureur ne fournit pas de couverture d'assurance ou d'autres prestations si et aussi longtemps que l'octroi de cette couverture et/ou d'autres prestations l'expose à des sanctions, interdictions ou restrictions émanant de résolutions de l'ONU ou de sanctions économiques ou commerciales ou de dispositions légales ou réglementaires de la Suisse, de l'Union européenne, du Royaume-Uni, des États-Unis d'Amérique ou d'autres États ou confédérations d'États.

5 Passation de mandat à un tiers

Si le preneur d'assurance mandate et donne procuration à un tiers (p. ex. broker/courtier en assurances), la Mobilière est habilitée à recevoir de la correspondance (demandes, avis, déclarations, déclarations de volonté, etc.) dudit tiers et à lui en envoyer. Si la validité d'une prestation ou d'une déclaration de la Mobilière envers le preneur d'assurance dépend du respect d'un délai donné, ce délai est réputé observé dès lors que la prestation ou la déclaration parvient au tiers mandaté. Les déclarations et les communications du preneur d'assurance, représenté par le tiers mandaté, ne sont réputées reçues qu'à partir du moment où elles parviennent à la Mobilière.

Si un tiers mandaté défend les intérêts du preneur d'assurance lors de la conclusion ou du suivi du présent contrat, la Mobilière peut lui verser une indemnité au titre de cette activité. Le preneur d'assurance peut s'adresser au tiers mandaté afin d'obtenir de plus amples informations sur le montant de l'indemnité versée.

B Conclusion de l'assurance

1 Obligation de déclarer

Lorsqu'ils complètent la proposition d'assurance, le preneur d'assurance et la personne assurée doivent déclarer correctement à la Mobilière, en réponse aux questions posées par écrit ou sous une autre forme qui permette d'établir la preuve par un texte, tous les faits importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils leur sont ou doivent leur être connus.

Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure l'assurance ou de la conclure aux conditions convenues.

2 Début et fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance prend effet à la date indiquée dans la police et est valable pendant la durée qui y est convenue. Il se prolonge ensuite tacitement d'année en année, à moins que le preneur d'assurance ne le résilie dans les délais.

3 Couverture d'assurance provisoire en cas d'accident

Dès que la Mobilière ou l'un de ses représentants a reçu la proposition signée, la couverture d'assurance est accordée au plus tôt à partir de la date de prise d'effet indiquée dans la proposition. La couverture d'assurance provisoire est valable trois mois au maximum, à condition qu'elle ne se termine pas avant par la remise de la police, par le refus de la proposition par la Mobilière ou par la révocation de la demande par le preneur d'assurance. La couverture d'assurance provisoire peut être révoquée en tout temps par le preneur d'assurance. La couverture d'assurance provisoire englobe les prestations mentionnées dans la proposition jusqu'à concurrence de CHF 100 000 au maximum par personne.

4 Police

Les couvertures énoncées dans les Conditions générales d'assurance sont incluses, pour autant qu'elles soient indiquées dans la police.

5 Droit de révocation

Le preneur d'assurance peut révoquer sa proposition de contrat d'assurance ou l'acceptation de ce dernier par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte dans un délai de 14 jours.

Ce délai commence à courir dès que le preneur d'assurance a proposé ou accepté le contrat et il est réputé respecté si le preneur d'assurance remet sa révocation à la poste ou la communique à la Mobilière le dernier jour du délai.

La révocation a pour conséquence que la proposition de contrat d'assurance ou l'acceptation de ce dernier sont considérées comme non avenues. Le cas échéant, le preneur d'assurance ainsi que la Mobilière doivent rembourser les éventuelles prestations déjà reçues.

Aussi longtemps que des tiers lésés peuvent faire valoir de bonne foi des prétentions à l'encontre de la Mobilière malgré la révocation, le preneur d'assurance demeure débiteur de la prime.

C Modification de l'assurance

1 Adaptation des primes

En cas de modification des tarifs des primes (due par exemple à l'évolution de la charge de sinistres), la Mobilière peut exiger l'adaptation du contrat d'assurance à partir de l'année d'assurance suivante. Le cas échéant, la Mobilière communique la nouvelle prime 25 jours au plus tard avant la fin de l'année d'assurance.

Si le preneur d'assurance refuse la modification, il est en droit de résilier le contrat d'assurance. La résiliation est valable si elle parvient à la Mobilière au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. La résiliation doit être notifiée par écrit ou sous une autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte. S'il ne résilie pas le contrat, le preneur d'assurance est réputé avoir accepté l'adaptation.

Les modifications de primes en faveur du preneur d'assurance ne donnent pas le droit de résilier le contrat d'assurance.

2 Adaptation des prestations

Les modifications de prestations en faveur du preneur d'assurance qui ne s'accompagnent pas d'une augmentation de la prime ne confèrent pas le droit de résilier le contrat d'assurance.

3 Aggravation et diminution du risque

Le preneur d'assurance et la personne assurée doivent communiquer à la Mobilière, par écrit ou sous une autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte, toute modification de l'activité lucrative communiquée dans la proposition, ainsi que le début et la cessation de l'activité lucrative (aggravation essentielle du risque), dans les quatre semaines qui suivent la date à laquelle ils ont eu connaissance de ladite modification.

Si une aggravation essentielle du risque n'est pas communiquée, la Mobilière cesse pour l'avenir d'être liée par le contrat.

La Mobilière a le droit, dans les 14 jours à compter de la déclaration d'une aggravation essentielle du risque, de prononcer une augmentation de la prime, laquelle prend effet à partir de l'aggravation. Si le preneur d'assurance refuse l'augmentation de prime, il peut résilier le contrat dans les quatre semaines, par écrit ou sous une autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte. La responsabilité de la Mobilière cesse 14 jours après réception de la résiliation.

En cas de réduction essentielle du risque assuré, le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance ou demander une réduction de prime dans un délai de quatre semaines. Si la Mobilière refuse de réduire la prime ou si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec la réduction proposée, ce dernier peut résilier le contrat dans les quatre semaines suivant la réception de la prise de position de la Mobilière. Les déclarations du preneur d'assurance doivent être faites par écrit ou sous une autre forme qui permet d'établir la preuve par un texte. Le délai de résiliation est de quatre semaines.

D Dissolution de l'assurance

1 Résiliation

1.1 Généralités

La résiliation doit être effectuée par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.

1.2 Résiliation ordinaire

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance pour la fin de la durée contractuelle convenue ou pour la fin de la troisième année d'assurance, puis pour la fin de chaque année d'assurance suivante. La résiliation doit parvenir à la Mobilière au moins trois mois avant l'échéance.

S'il est renouvelé tacitement, le contrat d'assurance peut ensuite être résilié par le preneur d'assurance pour la fin de l'année d'assurance, moyennant un délai de résiliation de trois mois.

À l'expiration du contrat, la Mobilière n'a pas le droit de résilier le contrat.

1.3 Résiliation extraordinaire

Les deux parties peuvent résilier le contrat d'assurance pour de justes motifs. Est considérée comme juste motif toute modification imprévisible des prescriptions légales qui empêche d'exécuter le contrat ou toute circonstance dans laquelle les règles de la bonne foi ne permettent plus d'exiger la continuation du contrat de la part de la partie qui le résilie.

1.4 Non-respect du devoir d'information de l'assureur

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance si la Mobilière n'a pas respecté son devoir d'information envers lui avant la conclusion du contrat.

Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que le preneur d'assurance a eu connaissance du manquement à cette obligation selon l'art. 3 LCA, mais au plus tard deux ans après le manquement. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient à la Mobilière.

1.5 Non-respect de l'obligation de déclarer

La Mobilière peut résilier le contrat d'assurance si, le preneur d'assurance ou la personne assurée dans les questions de la proposition ou les questionnaires de santé, a omis de déclarer ou déclaré inexactement un fait important pour l'appréciation du risque, et que le preneur d'assurance ou la personne assurée n'a, de ce fait, pas respecté son obligation de déclarer. La résiliation prend effet à sa réception par le preneur d'assurance. Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que la Mobilière a eu connaissance de la réticence.

Lorsque le contrat d'assurance porte sur plusieurs personnes et que la réticence n'a trait qu'à quelques-unes d'entre elles, l'assurance reste en vigueur pour les autres personnes.

La Mobilière n'est pas obligée de servir des prestations pour les sinistres déjà survenus pour autant que le fait important qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Si elle a déjà versé des prestations pour ces sinistres, la Mobilière a le droit d'en exiger le remboursement.

1.6 Assurance multiple

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance dans les quatre semaines qui suivent la découverte de l'assurance multiple si, au moment de la conclusion, il n'avait pas connaissance que celle-ci entraînerait une assurance multiple.

1.7 Résiliation en cas de sinistre

Après la survenance d'un dommage donnant droit à indemnisation, vous pouvez résilier le contrat d'assurance au plus tard au moment du versement de l'indemnité. Dans ce cas, notre responsabilité s'éteint 14 jours après que la résiliation nous est parvenue.

En cas de sinistre, la Mobilière n'a pas le droit de résilier le contrat.

2 Prétention frauduleuse

En cas de prétention frauduleuse (art. 40 LCA), la Mobilière n'est pas liée par le contrat d'assurance envers l'ayant droit. De même, la Mobilière n'est pas liée par le présent contrat envers l'ayant droit si ce dernier a commis une prétention frauduleuse en rapport avec un autre contrat d'assurance qu'il avait passé avec elle.

3 Changement de domicile

Si la personne assurée transfère son domicile civil à l'étranger, le contrat d'assurance prend fin après six mois. La Principauté de Liechtenstein est assimilée à la Suisse.

La personne assurée est tenue d'annoncer immédiatement à la Mobilière le transfert de son domicile civil à l'étranger.

E Prime

La prime dépend de l'âge, du sexe, de l'activité professionnelle et des prestations choisies.

Une prime minimale éventuelle demeure réservée.

La prime pour l'indemnité journalière en cas de maladie est déterminée en fonction de l'âge effectif de la personne assurée. Le tarif des primes est échelonné en fonction des classes d'âge suivantes: 17 à 26 ans, puis annuellement par âge (27, 28, 29, etc.). La classe d'âge de 17 à 26 ans ne comporte pas de gradation en fonction de l'âge.

Pendant la période d'assurance convenue dans la police, la prime est déterminée en fonction de l'âge moyen.

Dans le cas des contrats échus ou arrivés à échéance qui font l'objet d'une prolongation tacite, la prime est calculée annuellement en fonction de l'âge effectif de l'assuré, ce qui peut entraîner une augmentation de la prime.

F Devoirs d'annonce et obligations

1 Devoirs d'annonce en relation avec l'activité lucrative

Le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus d'annoncer à la Mobilière, par écrit ou sous une autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte, tout changement de l'activité lucrative indiquée dans la proposition, ainsi que le début ou la cessation d'une activité lucrative, dans les quatre semaines qui suivent la date à laquelle ils ont eu connaissance de ladite modification.

La Mobilière adapte alors le contrat d'assurance à la nouvelle situation. Les dispositions relatives à l'aggravation essentielle et à la diminution importante du risque demeurent réservées.

2 Assurances dommages complémentaires et assujettissement à la LAA

Le cas échéant, la conclusion de nouveaux contrats d'assurances dommages complémentaires ayant pour objet le paiement de prestations en cas d'accident ou de maladie, l'assujettissement à l'assurance accidents obligatoire selon la LAA ou l'adhésion à une assurance maladie collective doivent être communiqués immédiatement à la Mobilière. La Mobilière adapte alors ses prestations et ses primes aux besoins effectifs.

À défaut d'annonce, la Mobilière peut, en cas de sinistre, réduire ses prestations et résilier le contrat ou l'adapter pour la nouvelle année d'assurance. En cas de résiliation, le contrat d'assurance prend fin à sa réception par le preneur d'assurance.

3 Obligations en cas de sinistre

3.1 Consultation d'un médecin

Pour tout sinistre susceptible de fonder un droit à des prestations d'assurance, un médecin doit être consulté immédiatement. La personne assurée a l'obligation de suivre les instructions du médecin et du personnel soignant. La Mobilière sert uniquement des prestations si la personne assurée est sous contrôle médical régulier et consulte un médecin au moins toutes les quatre semaines.

La personne assurée a également l'obligation de se soumettre à un examen, à un traitement ou à une mesure de réadaptation raisonnablement ordonnés par la Mobilière s'ils sont utiles pour le diagnostic ou la détermination des prestations, ou qu'ils promettent une amélioration de la capacité de gain.

Si la personne assurée refuse de se conformer aux instructions du médecin, du personnel soignant, de se rendre au contrôle médical régulier ou aux examens ordonnés, la Mobilière est en droit de réduire ses prestations ou de les refuser.

3.2 Déclaration de sinistre

Chaque sinistre doit être annoncé à la Mobilière dans les 30 jours par écrit ou sous une autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte. Passé ce délai, l'obligation de servir des prestations est suspendue jusqu'à réception de la déclaration de sinistre.

Le délai d'attente est calculé à partir de ce jour. Les jours écoulés jusqu'à la réception de la déclaration de sinistre sont déduits de la durée de prestations. Si la déclaration de sinistre parvient à la Mobilière plus de cinq ans après la survenance du sinistre, le droit aux prestations s'éteint complètement.

Tout décès doit être annoncé dans les plus brefs délais, afin que la Mobilière puisse faire procéder à une autopsie avant l'inhumation. Si l'autopsie est refusée ou ne peut pas avoir lieu pour cause d'annonce tardive du décès et que la cause de ce dernier ne peut pas être suffisamment établie, le droit aux prestations s'éteint.

3.3 Obligation de renseigner

Le preneur d'assurance, la personne assurée et les ayants droit sont tenus de fournir à la Mobilière tout renseignement qui leur est demandé, de manière conforme à la vérité, et en particulier de lui communiquer tout document, notamment des renseignements et rapports médicaux, relatif à l'événement assuré ainsi qu'à d'éventuels maladies et accidents antérieurs. Les médecins que la personne assurée a consultés doivent être déliés du secret professionnel.

La Mobilière peut ordonner des examens et des expertises par des médecins désignés par elle.

Si l'examen de la marche des affaires est nécessaire à la détermination du droit aux prestations, le preneur d'assurance est tenu d'accorder à la Mobilière le droit de consulter ses livres.

Si la personne assurée n'est pas en mesure de remplir ces obligations, celles-ci incombent alors à son remplaçant et à des ayants droit éventuels.

Si le preneur d'assurance ou la personne assurée ne s'acquiesce pas de ses obligations légales et contractuelles dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une sommation écrite, le droit aux prestations s'éteint. La sommation doit rappeler les conséquences du retard.

3.4 Réduction du dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement exiger d'elle afin de restreindre des prestations d'assurance et d'éviter tout ce qui pourrait conduire à une augmentation des prestations d'assurance.

Le manquement à cette obligation entraîne une réduction des prestations.

En cas d'incapacité de travail de plus de 90 jours, on peut également prendre en compte d'autres activités pouvant raisonnablement être exigées dans une autre profession ou dans d'autres tâches.

3.5 Collaboration avec l'assurance invalidité (AI)

Si elle a été en incapacité de travail de manière ininterrompue pendant au moins 30 jours ou manqué le travail pour raisons de santé à plusieurs reprises pour de brèves périodes au cours d'une année, la personne assurée est tenue de s'annoncer auprès de l'office AI à des fins de détection précoce et d'intervention précoce.

Au plus tard six mois après le début de l'incapacité de travail, la personne assurée doit s'annoncer en outre auprès de l'office AI afin de percevoir des prestations. L'annonce auprès de l'AI à des fins de détection précoce n'a pas valeur de demande en vue de percevoir des prestations AI.

Si la personne assurée a omis de s'annoncer afin de percevoir des prestations, la Mobilière est en droit de réduire ses prestations d'un montant équivalant à la part de prestations AI non perçues en raison du défaut d'annonce ou d'exiger de la personne assurée qu'elle rembourse la part de prestations perçues indûment.

4 Dispositions générales en cas de violation du contrat

Lorsqu'une sanction a été stipulée pour le cas où le preneur d'assurance ou la personne assurée violerait l'une de ses obligations, cette sanction n'est pas encourue si le manquement doit être considéré comme un manquement non fautif selon les circonstances ou si le preneur d'assurance ou la personne assurée prouve que la violation n'a pas eu d'incidence sur le sinistre et sur l'étendue des prestations dues par la Mobilière.

5 Obligation de communiquer en relation avec la protection des données

Vous êtes tenu d'informer les tiers participant au présent contrat d'assurance, tels que les personnes assurées ou coassurées, les bénéficiaires ou autres ayants droit dont vous nous communiquez les données, sur nos dispositions relatives à la protection des données dans les contrats d'assurance ou de les leur transmettre. (disponibles sur www.mobiliere.ch/assurances-et-prevoyance/protection-et-securite-des-donnees).

G For

Pour toute prétention découlant du contrat d'assurance, la Mobilière peut être actionnée

- au domicile suisse ou au siège social suisse du preneur d'assurance;
- au domicile suisse de la personne assurée ou de l'ayant droit;
- au siège de la Mobilière, à Berne.

Couverture d'assurance**H Personne assurée**

Est assurée la personne mentionnée nommément dans la police.

I Validité territoriale**1 Généralités**

La couverture d'assurance vaut dans le monde entier.

En Europe, la couverture d'assurance a une validité temporelle illimitée. Hors de l'Europe, la couverture d'assurance est suspendue au terme d'un séjour ininterrompu de 365 jours.

2 Séjour à l'étranger en cas de sinistre en cours

Si la personne assurée ayant droit à des prestations quitte la Suisse sans l'autorisation préalable et expresse de la Mobilière, elle perd son droit à des prestations pendant la durée de son séjour à l'étranger. L'assurance reprend ses effets dès son retour en Suisse. Les jours passés à l'étranger seront pris en compte dans la durée de prestations.

La Principauté de Liechtenstein est assimilée à la Suisse.

J Début et fin de la couverture d'assurance pour la personne assurée**1 Début de la couverture d'assurance**

La couverture d'assurance commence à partir de la date stipulée dans la police. Les dispositions relatives à la couverture d'assurance provisoire demeurent réservées.

2 Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance s'éteint à la fin du contrat d'assurance. Les dispositions relatives à l'âge final demeurent réservées.

La couverture d'assurance pour le capital d'invalidité à la suite d'une maladie s'éteint lorsque la personne assurée atteint l'âge de 26 ans.

Prestations**K Généralités****1 Assurance dommages**

Les assurances accidents et maladie sont considérées comme des assurances dommages. Font exception le capital d'invalidité et le capital en cas de décès, qui sont considérés comme des assurances de sommes.

2 Faute grave

La Mobilière renonce à exercer son droit de réduire des prestations en cas de faute grave.

3 Réduction de l'indemnité

Si les atteintes à la santé ne sont que partiellement dues à des événements assurés, les prestations sont réduites proportionnellement sur la base d'une expertise médicale.

Si la personne assurée est déjà en incapacité de travail par suite d'accident ou de maladie, la Mobilière réduit l'indemnité dans la proportion correspondant au taux de l'incapacité de travail préexistante.

4 Prestations de tiers**4.1 Indemnité journalière**

La Mobilière réduit ses indemnités journalières dans la mesure où celles-ci, cumulées avec les prestations en cas de sinistre de l'assurance accidents obligatoire (LAA), de l'assurance militaire (LAM), de l'assurance invalidité (LAI), de la prévoyance professionnelle obligatoire ou surobligatoire (LPP), de l'assurance chômage (LACI), d'une assurance maternité légale, de l'assurance perte de gain légale selon les APG, de l'assurance responsabilité civile, ou d'établissements d'assurance étrangers similaires, dépassent les prestations assurées auprès de la Mobilière.

La personne assurée est tenue d'annoncer le droit à des prestations qu'elle possède envers d'autres assureurs.

Si, malgré la possibilité de réduction, il y a surindemnisation (du fait notamment des avances de prestations fournies par la Mobilière), celle-ci peut exiger le remboursement du trop-perçu, le déduire des prestations futures ou le compenser directement avec les prestations des assureurs mentionnés plus haut.

La Mobilière est subrogée aux droits de la personne assurée pour le montant et le moment de sa prestation pour les postes de dommage similaires couverts par elle. Demeurent réservées les exceptions légales au droit de recours de l'entreprise d'assurance.

4.2 Frais de guérison

Les frais de guérison ne sont pris en charge qu'en complément et après versement des prestations prévues par la LAMal, la LAA, la LAI ou la LAM. Les frais qui ont déjà été payés par un autre assureur ainsi que les réductions de prestations opérées en vertu de la LAMal ou de la LAA ne sont pas pris en charge.

Cette disposition est valable aussi pour les institutions d'assurance correspondantes des pays étrangers.

L Assurance accidents

1 Frais de guérison

La Mobilière paie pendant cinq ans après la survenance de l'événement assuré, sans limite de montant, les prestations pour soins et les frais garantis intégralement. Au-delà de cinq ans, nous payons encore un maximum de CHF 500000 au total par événement assuré pour les soins et les frais ainsi que pour les prestations garanties à concurrence des montants maximum indiqués.

La Mobilière paie par événement assuré sans limitation:

- les dépenses nécessaires et justifiées pour des mesures de traitement scientifiquement reconnues, prescrites ou exécutées par un médecin ou un dentiste;
- les médicaments prescrits par le médecin;
- frais hospitaliers dans toutes les divisions de tous les hôpitaux;
- une éventuelle déduction pour frais d'entretien opérée en vertu de la LAA lors d'un séjour à l'hôpital;
- les dépenses pour des cures prescrites par le médecin, et réalisées dans un établissement de cure;
- les dépenses pour les services médicaux du personnel soignant dispensés en dehors de l'hôpital, si le médecin estime pouvoir ainsi abrégé ou éviter l'hospitalisation, ainsi que les frais pour les soins ambulatoires prescrits par le médecin pendant la durée du traitement;
- toutes les prothèses provisoires ainsi que la première prothèse définitive;
- les frais pour des dommages causés par un accident à des choses qui remplacent morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps. Pour les lunettes, les appareils acoustiques et les prothèses dentaires, la personne assurée a droit à une indemnisation uniquement si elle a subi des lésions corporelles nécessitant un traitement;
- frais de transport et de voyage médicalement nécessaires jusqu'au lieu de traitement (dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé, les transports publics doivent être utilisés).

La Mobilière paie pour chaque événement assuré à concurrence des montants maximum indiqués:

- les traitements de médecine complémentaire /alternative, pour autant qu'ils soient réalisés par un médecin reconnu ou un thérapeute inscrit au Registre de Médecine Empirique (RME), jusqu'à CHF 5000 par accident au plus;
- les interventions de chirurgie esthétique nécessaires à la suite d'un accident assuré, jusqu'à CHF 20000 tout au plus;
- les frais de nuitée et de repas à l'hôpital ou à proximité immédiate de l'hôpital pour les proches d'une personne qui a subi un accident grave ou dont la vie est menacée à la suite d'un accident, pendant la durée de l'hospitalisation. En outre, durant cette période, les frais de garde des enfants à charge (jusqu'à 16 ans révolus) de la personne assurée sont aussi indemnisés. En tout, CHF 150 par jour et au maximum CHF 5000 par accident, sur présentation des justificatifs originaux;
- une aide-ménagère ordonnée par un médecin, jusqu'à CHF 100 par jour au plus et CHF 5000 par accident au plus;
- l'acquisition de béquilles, de cannes, de chaussures orthopédiques, de lunettes (modèle simple et approprié) ou de lentilles de contact, jusqu'à CHF 5000 au plus;
- les dépenses occasionnées, lorsque l'accident a nécessité un traitement médical – pour le nettoyage, la réparation ou le remplacement des vêtements endommagés de la personne assurée, ainsi que de choses et véhicules de particuliers ayant participé à la récupération et au transport de la personne blessée, jusqu'à CHF 5000 au plus;

- les opérations de recherche en vue du sauvetage ou du dégagement de la personne assurée, jusqu'à CHF 50000 au plus;
- à l'étranger, les frais de sauvetage et de récupération, ainsi que les frais de transport du corps, jusqu'à CHF 50000 au plus.

Ne sont pas assurées:

les participations aux frais, telles que la quote-part ou la franchise.

2 Indemnité journalière

2.1 Droit aux prestations

L'indemnité journalière est servie pour chaque jour calendaire d'incapacité de travail d'au moins 25% attestée par un médecin. Le droit aux prestations commence à l'expiration du délai d'attente contractuel.

Le délai d'attente commence à courir le jour où le médecin a constaté l'incapacité de travail, mais au plus tôt sept jours avant le premier examen médical. Comptent comme jours d'attente les jours d'incapacité de travail d'au moins 25% attestée par un médecin.

2.2 Incapacité de travail partielle

En cas d'incapacité de travail partielle, la Mobilière paie l'indemnité journalière en fonction du taux d'incapacité de travail. Un taux d'incapacité de travail inférieur à 25% ne donne pas droit à l'indemnité journalière.

2.3 Durée de prestations

La Mobilière verse l'indemnité journalière pendant la durée de prestations indiquée dans la police, au plus toutefois jusqu'à l'âge final. Dans le calcul de la durée de prestations, les jours d'incapacité de travail partielle sont comptés comme jours entiers.

En cas de rechute, le délai d'attente n'est pas appliqué et les indemnités journalières déjà payées sont prises en compte dans la durée de prestations.

Après épuisement de la durée de prestations pour un sinistre, l'assurance indemnité journalière s'éteint. En même temps s'éteint également le droit aux indemnités journalières pour tout autre accident éventuellement en cours pour cette même personne.

3 Capital d'invalidité

3.1 Droit aux prestations

Si l'événement assuré entraîne une atteinte à la santé vraisemblablement permanente, la Mobilière verse le capital d'invalidité assuré. Celui-ci est déterminé d'après la somme d'assurance, le degré d'invalidité et l'échelle de prestations (EP) choisie. Le capital est versé dès que le degré d'invalidité a été déterminé.

Lorsque des maladies, des séquelles de maladies, des infirmités ou des accidents survenus indépendamment de l'événement assuré ont aggravé les suites de ce dernier, le degré d'invalidité est réduit, sur la base d'une expertise médicale, de la part représentée par les facteurs étrangers à l'événement assuré.

3.2 Degré d'invalidité

Le degré d'invalidité est déterminé sur la base d'une expertise médicale selon les normes suivantes:

- en cas de paralysie complète ou d'aliénation mentale incurable excluant toute activité lucrative 100%
- en cas de perte ou de privation totale de l'usage
 - des deux bras ou mains, des deux jambes ou pieds, d'un bras ou d'une main et, simultanément, d'une jambe ou d'un pied, des deux yeux (cécité complète) 100%
 - d'un œil 30%

lorsque la vision de l'autre œil était déjà entièrement perdue avant la survenance de l'événement	70%
– de l'ouïe des deux oreilles (surdité complète)	60%
– de l'ouïe d'une oreille	20%
lorsque l'ouïe de l'autre oreille était déjà entièrement perdue avant la survenance de l'événement	40%
– de la parole	40%
– de l'odorat ou du goût	5%
– de la rate	5%
– d'un rein	20%
– des deux reins	70%
si un des reins était déjà perdu ou ne fonctionnait plus avant la survenance de l'événement	50%
– d'un bras au niveau du coude ou plus haut	70%
– d'un avant-bras ou d'une main	60%
– d'un pouce	20%
– d'un index	15%
– d'un autre doigt	5%
– d'une jambe au niveau du genou ou plus haut	60%
– d'une jambe sous le genou	50%
– d'un pied	40%
– d'un gros orteil	10%
– d'un autre orteil	3%

En cas de perte partielle ou de privation partielle de l'usage d'un membre ou d'un organe, le degré d'invalidité est réduit proportionnellement.

En cas de perte simultanée ou de privation simultanée de l'usage de plusieurs membres ou organes, les taux d'invalidité correspondants sont additionn es. Le degré d'invalidité ne peut toutefois en aucun cas dépasser 100%.

Aucune prestation n'est versée lorsque le degré d'invalidité est, en tout, inférieur à 5%.

Si des membres ou des organes atteints par l'accident étaient déjà complètement ou partiellement perdus ou mutil es ou avaient déjà perdu complètement ou partiellement leur capacité fonctionnelle, la Mobilière paie la différence entre le capital correspondant à l'invalidité qui existait déjà avant l'accident et le capital correspondant au degré d'invalidité global.

Pour les troubles psychiques et nerveux, un capital d'invalidité n'est accord e que s'ils sont imputables à une atteinte organique du système nerveux provoquée par l'accident.

Si le degré d'invalidité ne peut pas être d etermin e selon les règles qui pr c dent, il est fix e sur la base d'un rapport médical en tenant compte des pourcentages indiqu es plus haut.

Si un accident assur e provoque une défiguration grave et permanente (dommages esthétiques tels que cicatrices), suivant la gravité du cas et à condition qu'aucun capital d'invalidité ne soit dû, la Mobilière verse les prestations suivantes:

- lorsque la déformation atteint le visage, 10% de la somme d'assurance au maximum;
- lorsque la déformation affecte d'autres parties normalement visibles du corps, 5% de la somme d'assurance au maximum.

L'indemnité pour ces dommages esthétiques est toutefois plafonn e à CHF 20 000.

3.3 Calcul de l'indemnité selon l'échelle de prestations

L'indemnité est calculée selon les barèmes suivants:

	Echelle de prestations 0	Echelle de prestations 1	Echelle de prestations 2
Pour la part n'excédant pas 25%	Somme d'assurance simple	Somme d'assurance simple	Somme d'assurance simple
Pour la part sup. � 25% mais n'excédant pas 50%	Somme d'assurance simple	Somme d'assurance doublée	Somme d'assurance triplée
Pour la part excédant 50%	Somme d'assurance simple	Somme d'assurance triplée	Somme d'assurance quintuplée

Degré d' inval.	Capital d'invalidité				Degré d' inval.	Capital d'invalidité				Degré d' inval.	Capital d'invalidité			
	EP0	EP1	EP2	%		EP0	EP1	EP2	%		EP0	EP1	EP2	%
1–25	Conformément au degré d'atteinte à l'intégrité				51	51	78	105	77	77	156	235		
26	26	27	28		52	52	81	110	78	78	159	240		
27	27	29	31		53	53	84	115	79	79	162	245		
28	28	31	34		54	54	87	120	80	80	165	250		
29	29	33	37		55	55	90	125	81	81	168	255		
30	30	35	40		56	56	93	130	82	82	171	260		
31	31	37	43		57	57	96	135	83	83	174	265		
32	32	39	46		58	58	99	140	84	84	177	270		
33	33	41	49		59	59	102	145	85	85	180	275		
34	34	43	52		60	60	105	150	86	86	183	280		
35	35	45	55		61	61	108	155	87	87	186	285		
36	36	47	58		62	62	111	160	88	88	189	290		
37	37	49	61		63	63	114	165	89	89	192	295		
38	38	51	64		64	64	117	170	90	90	195	300		
39	39	53	67		65	65	120	175	91	91	198	305		
40	40	55	70		66	66	123	180	92	92	201	310		
41	41	57	73		67	67	126	185	93	93	204	315		
42	42	59	76		68	68	129	190	94	94	207	320		
43	43	61	79		69	69	132	195	95	95	210	325		
44	44	63	82		70	70	135	200	96	96	213	330		
45	45	65	85		71	71	138	205	97	97	216	335		
46	46	67	88		72	72	141	210	98	98	219	340		
47	47	69	91		73	73	144	215	99	99	222	345		
48	48	71	94		74	74	147	220	100	100	225	350		
49	49	73	97		75	75	150	225						
50	50	75	100		76	76	153	230						

4 Capital en cas de décès

4.1 Droit aux prestations

Si la personne assurée décède des suites d'un accident assur e, la Mobilière paie aux ayants droit le capital en cas de décès convenu.

Le cas échéant, le capital d'invalidité déjà pay e pour le même accident est déduit du capital en cas de décès.

4.2 Ayants droit

  moins que la personne assurée n'en dispose autrement dans la proposition ou dans une communication écrite faite à la Mobilière au plus tard au moment du décès, les ayants droit sont:

- le conjoint ou le partenaire enregistr e;
-   défaut, les enfants et enfants adoptifs;
-   défaut, la parenté selon les quotités fixées par le droit successoral.

  défaut d'ayants droit, nous payons uniquement les frais funéraires effectifs, à concurrence de CHF 10 000 au plus, à la personne physique qui prend ces frais à sa charge.

5 Exclusions générales de la couverture accidents**Ne sont pas assurés:**

1. les maladies;
2. les accidents:
 - a. avec des véhicules/bateaux à moteur survenant lors de la participation à des courses, des rallyes et d'autres compétitions similaires sur circuits, autodromes, terrains d'entraînement, ainsi qu'à toutes les compétitions tout-terrain. Les stages de sécurité routière sont assurés s'ils servent exclusivement de formation à la sécurité dans la circulation ordinaire, qu'ils n'ont pas de caractère de compétition et ne sont pas chronométrés;
 - b. survenant lors de l'utilisation d'aéronefs et lors de sauts en parachute, de vols en parapentes ou en planeurs de pente, lorsque la personne assurée contrevient sciemment à des prescriptions des autorités ou n'est pas en possession des licences exigées ou des autorisations officielles;
 - c. consécutifs à un état d'ébriété (à partir d'un taux d'alcool de 2,0 pour mille [valeur moyenne], ou de 1,0 mg/litre d'air expulsé) ou à l'utilisation abusive de médicaments, de drogues ou de substances chimiques;
 - d. résultant de tremblements de terre en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein;
 - e. consécutifs à des événements de guerre
 - en Suisse;
 - à l'étranger, à moins que l'accident ne survienne dans les 30 jours qui suivent le début des premiers événements de guerre dans le pays dans lequel la personne assurée séjourne et qu'elle ait été surprise par l'éclatement de ceux-ci;
 - f. survenant lors de troubles de tout genre et du fait des mesures prises pour y remédier, à moins que la personne assurée ne prouve qu'elle n'a pas participé activement aux événements aux côtés des instigateurs ou comme instigateur lui-même;
 - g. résultant d'une participation active à des attentats terroristes;
 - h. survenant lors de la perpétration intentionnelle de crimes et de délits ou de leur tentative;
 - i. en relation avec le service dans une armée étrangère;
 - j. survenant lors de la participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que la personne assurée ait été blessée par les protagonistes alors qu'elle ne prenait aucune part à la rixe ou à la bagarre ou qu'elle venait en aide à une personne sans défense;
 - k. liés au fait que la personne assurée a provoqué gravement d'autres personnes.
3. Les altérations de la santé consécutives à des interventions, traitements et examens qui ne sont pas nécessités par un accident assuré;
4. Les suites d'interventions de la personne assurée sur sa propre personne, ainsi que le suicide et la mutilation volontaire ou leur tentative, même si ces actes sont commis en état d'incapacité de discernement;
5. Les altérations de la santé provoquées par des radiations de tout genre et par des substances de combat bactériologiques, biologiques et chimiques;
6. Les lésions prénatales, les maladies et infirmités congénitales et leurs suites.

6 Prestations après la cessation du contrat d'assurance

Si l'accident se produit pendant la durée du contrat d'assurance, les prestations sont versées au-delà de la fin de celui-ci. Les dispositions concernant le montant et la durée maximum des prestations, ainsi que l'âge final, sont réservées.

Si un capital en cas de décès a été convenu, et que l'accident survient pendant la durée contractuelle mais que la personne assurée ne décède des suites de l'accident qu'après la fin du contrat d'assurance, les ayants droit peuvent demander le versement du capital en cas de décès pendant cinq ans à compter de la fin du contrat.

Les délais de prescription légaux demeurent réservés.

M Assurance maladie**1 Indemnité journalière****1.1 Droit aux prestations**

L'indemnité journalière est servie pour chaque jour calendaire d'incapacité de travail d'au moins 25% attestée par un médecin. Le droit aux prestations commence à l'expiration du délai d'attente contractuel.

Le délai d'attente commence à courir le jour où le médecin a constaté l'incapacité de travail, mais au plus tôt sept jours avant le premier examen médical. Comptent comme jours d'attente les jours d'incapacité de travail d'au moins 25% attestée par un médecin.

1.2 Incapacité de travail partielle

En cas d'incapacité de travail partielle, la Mobilière paie l'indemnité journalière en fonction du taux d'incapacité de travail. Un taux d'incapacité de travail inférieur à 25% ne donne pas droit à l'indemnité journalière.

1.3 Durée de prestations

La Mobilière verse l'indemnité journalière pendant la durée de prestations indiquée dans la police, au plus toutefois jusqu'à l'âge final. Dans le calcul de la durée de prestations, les jours d'incapacité de travail partielle sont comptés comme jours entiers.

En cas de rechute, le délai d'attente n'est pas appliqué et les indemnités journalières déjà payées sont prises en compte dans la durée de prestations. La réapparition d'une maladie n'est pas considérée comme une rechute lorsqu'elle était précédée d'une période ininterrompue de pleine capacité de travail de plus de 365 jours.

Après épuisement de la durée de prestations pour un sinistre, l'assurance indemnité journalière s'éteint. En même temps s'éteint également le droit à des indemnités journalières pour tout autre cas de maladie éventuellement en cours pour cette même personne.

1.4 Maternité

Après chaque naissance intervenant après le sixième mois de grossesse, l'obligation de servir des prestations est suspendue pendant la durée d'indemnisation par une assurance maternité légale (p. ex. allocation de maternité selon le régime des allocations pour perte de gain, LAPG), toutefois pendant huit semaines au minimum.

2 Capital d'invalidité**2.1 Droit aux prestations**

Si l'événement assuré entraîne une allocation pour impotent de l'assurance invalidité (AI), la Mobilière verse le capital d'invalidité assuré. Le capital d'invalidité est dû dès que la décision de l'AI est entrée en force.

2.2 Calcul de l'indemnité

Le montant de l'indemnité dépend de la gravité de l'impotence constatée dans la décision de l'AI.

Gravité de l'impotence	Montant de l'indemnité
Impotence faible	33% du capital assuré
Impotence moyenne	66% du capital assuré
Impotence grave	100% du capital assuré

Dans le cas d'un mineur, si l'AI augmente le droit à l'allocation pour impotent, la Mobilière adapte le montant de l'indemnité selon les taux ci-dessus. Dans le cas d'un adulte, l'indemnité n'est pas adaptée.

2.3 Aide immédiate

En cas d'atteinte à la santé qui affecte **gravement** et **durablement** la personne assurée, la Mobilière verse une aide immédiate équivalant à 10% du capital d'invalidité assuré.

Est considérée comme **grave** une atteinte à la santé

- pour laquelle seul un traitement intensif (p. ex. chimiothérapie, rayons) permet d'éviter qu'elle n'entraîne le décès ou un dommage permanent ou
- qui exige des soins en raison de la perte de fonctions importantes (p. ex. paralysies étendues).

Est considérée comme **durable** une atteinte à la santé

- exigeant un traitement intensif ou des soins importants pendant plus de huit semaines.

Sont exclus les maladies qui ont certes un caractère durable, mais qui n'exigent pas un traitement intensif ou des soins importants, par exemple le diabète.

Un médecin désigné par la Mobilière constatera si les conditions préalables sont remplies.

Le montant de l'aide immédiate versée est déduit du capital d'invalidité. Si la demande d'allocation pour impotent est rejetée par l'AI, l'aide immédiate ne doit pas être remboursée.

2.4 Exclusions de couverture pour le capital d'invalidité

Ne sont pas assurés:

1. l'infection par le SIDA contractée après la naissance;
2. les atteintes à la santé mentale ou psychique qui ne sont pas imputables à une atteinte organique majeure du système nerveux survenue pendant la durée contractuelle;
3. toute maladie connue avant la conclusion du contrat d'assurance.

L'exclusion de couverture numéro 5 visée au titre M4 ne s'applique pas au capital d'invalidité en cas de maladie.

3 Prestations subséquentes

Si la personne assurée perçoit déjà des prestations d'indemnité journalière lorsque le contrat d'assurance prend fin, le droit à ces prestations subsiste même après la fin du contrat, sous réserve des dispositions relatives à la durée des prestations et à l'âge final. Le droit à ces prestations subséquentes présuppose en outre un taux d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 25%. Les prestations déjà versées sont prises en compte dans le calcul de la durée des prestations.

Si l'assurance inclut le capital d'invalidité et que la maladie s'est déclarée pendant la durée du contrat d'assurance, mais que la première décision de l'AI relative à l'octroi d'une allocation pour impotent n'entre en force qu'après la fin du contrat, la personne assurée peut prétendre au versement du capital d'invalidité pendant encore cinq ans après la fin du contrat.

Les délais de prescription légaux demeurent réservés.

4 Exclusions générales de la couverture maladie

Ne sont pas assurés:

1. les accidents et leurs conséquences;
2. les maladies professionnelles;
3. les atteintes à la santé provoquées par des radiations ionisantes. Les atteintes à la santé résultant de traitements aux rayons ordonnés par le médecin en relation avec une maladie assurée sont néanmoins couvertes;
4. les conséquences d'opérations de chirurgie esthétique;
5. les lésions prénatales, les maladies et infirmités congénitales et leurs suites;
6. les grossesses et accouchements sans complications;
7. les conséquences d'une participation active à des attentats terroristes;
8. les conséquences d'événements de guerre
 - en Suisse;
 - à l'étranger, à moins que l'incapacité de travail ne survienne dans les 30 jours qui suivent le début des premiers événements de guerre dans le pays dans lequel la personne assurée séjourne et qu'elle ait été surprise par l'éclatement de ceux-ci.

N Protection des données

Nous traitons vos données personnelles conformément à la législation en vigueur en matière de protection des données. Vous trouverez des informations détaillées sur le traitement des données personnelles dans nos dispositions relatives à la protection des données dans les contrats d'assurance (disponibles sur www.mobiliere.ch/assurances-et-prevoyance/protection-et-securite-des-donnees). Vous pouvez en obtenir une version imprimée en contactant votre agence générale ou votre conseiller en assurances.

Les dispositions relatives à la protection des données sont régulièrement mises à jour afin de fournir les informations les plus récentes sur le traitement des données. Seule la dernière version de ces dispositions est applicable. Les modifications des dispositions relatives à la protection des données apportées par la Mobilière ne vous confèrent pas le droit de résilier le contrat d'assurance.

Définitions

Les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), de la loi fédérale sur l'assurance-accidents obligatoire (LAA) et de ses ordonnances (OLAA) s'appliquent aux notions suivantes:

- accidents et lésions corporelles assimilées à un accident,
- accidents professionnels,
- accidents non professionnels,
- maladies professionnelles,
- incapacité de gain,
- invalidité,
- atteinte à l'intégrité.

1 Maladie

Est réputée maladie toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale 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.

Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

Les complications en cas de grossesse et d'accouchement sont considérées comme maladies.

2 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 plus de 90 jours, l'activité qui peut être exigée d'elle peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

3 Médecin

Est réputé médecin quiconque est titulaire du diplôme fédéral de docteur en médecine et de l'autorisation d'exercer ou d'un certificat de capacité étranger équivalent.

4 Personnel soignant

Sont réputées personnel soignant les personnes diplômées titulaires d'une autorisation d'exercer ou les personnes mises à disposition par un organisme reconnu.

5 Aide ménagère

Sont réputées aides ménagères les personnes qui s'occupent du ménage de la personne assurée à sa place contre rémunération. Les personnes qui vivent en ménage commun avec la personne assurée ou ont un rapport de parenté avec elle ne sont pas considérées comme des aides ménagères.

6 Hôpital

Sont réputés établissements hospitaliers les établissements suisses 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.

7 Établissement de cure

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.

8 Âge final pour l'indemnité journalière

Le droit à l'indemnité journalière s'éteint à l'âge final. L'âge final est le dernier jour du mois au cours duquel l'âge ordinaire de la retraite AVS est atteint. Si une rente de vieillesse est perçue avant l'âge ordinaire de la retraite, l'âge final est le dernier jour du mois qui précède le premier versement de la rente.