

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 d'hospitalisation
- Indemnité journalière
- Capital d'invalidité
- Capital en cas de décès

Assurance maladie

- Indemnité journalière
- Indemnité journalière d'hospitalisation
- Capital d'invalidité

Edition 01.2012

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?

L'organisme assureur de votre assurance accidents et maladie pour particuliers est la Mobilière Suisse Société d'assurances SA, une entreprise du Groupe Mobilière. Elle opère sur une base coopérative et a son siège à 3001 Berne, Bundesgasse 35.

2. Quelle est l'étendue de l'assurance accidents et maladie pour particuliers?

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 des conséquences économiques de maladies et d'accidents.

Dans l'assurance accidents, notre offre comprend:

- la couverture des frais de guérison;
- l'indemnité journalière d'hospitalisation;
- l'indemnité journalière;
- le capital d'invalidité;
- le capital en cas de décès.

Dans l'assurance maladie, notre offre comprend:

- l'indemnité journalière;
- l'indemnité journalière d'hospitalisation;
- le capital d'invalidité.

3. Que contient le paquet de services exclusif?

Les prestations suivantes sont incluses en plus des couvertures choisies:

- conseil et assistance sur place par votre conseillère personnelle ou votre conseiller personnel;
- règlement des sinistres simple et personnel, par le service des sinistres de votre agence générale;
- possibilité de saisir vos avis de sinistres directement à l'écran et de nous les transmettre aisément.

4. Quelles sont les principales exclusions de couverture?

Ne sont pas couverts par l'assurance maladie, entre autres:

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

Ne sont pas couverts par l'assurance accidents, entre autres:

- les accidents survenant lors de la participation à des courses avec des véhicules à moteur et des bateaux à moteur ainsi que lors d'entraînements effectués sur les parcours de courses et d'essais;
- les accidents consécutifs à un état d'ébriété manifeste ou à l'utilisation abusive de médicaments, de drogues ou de substances chimiques;
- les conséquences d'événements de guerre.

5. Dans quels documents la couverture d'assurance désirée est-elle consignée?

L'étendue de la couverture et les prestations que vous avez choisies sont inscrites dans la proposition d'assurance et dans la police. Les personnes assurées, les primes et, le cas échéant, les Conditions spéciales figurent également dans ces documents.

Les prestations proposées dans l'offre sont décrites en détail dans les Conditions générales d'assurance. Les exclusions sont indiquées sur fond gris.

L'étendue de la couverture d'assurance désirée est ainsi délimitée par le contenu de la proposition et de la police ainsi que par les dispositions correspondantes des Conditions générales d'assurance, le cas échéant complétées par des Conditions spéciales et d'autres annexes à la police.

6. Quels sont vos principaux devoirs?

- Vous devez répondre aux questions de la proposition et du questionnaire de santé de façon complète et conforme à la vérité, à défaut de quoi nous pouvons résilier le contrat d'assurance, refuser des prestations ou exiger le remboursement de prestations déjà versées.
- Les primes doivent être payées à leur échéance. Le non-paiement des primes entraîne la suspension de la couverture d'assurance. Même si vous avez payé les primes après sommation, nous ne sommes pas tenus de verser des prestations pour les dommages survenus dans l'intervalle!
- La survenance d'un événement assuré doit nous être annoncée dans les 30 jours. Afin de pouvoir vous apporter un soutien optimal, ainsi qu'aux personnes assurées, votre coopération est indispensable.

Les autres devoirs sont stipulés dans la police, dans les Conditions générales d'assurance et dans la loi fédérale sur le contrat d'assurance.

7. Quelles prestations fournissons-nous en cas de sinistre?

Les prestations que nous devons fournir en cas de sinistre ressortent de votre police, des Conditions générales d'assurance et d'éventuelles Conditions spéciales, ainsi que des lois applicables.

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.

La prime est payable annuellement; vous pouvez choisir d'autres modes de paiement en acquittant 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 sont les règles applicables en matière de durée contractuelle?

Votre proposition et votre police stipulent la durée d'assurance convenue. Ci-après, nous vous indiquons les principales possibilités de résiliation:

- Le contrat d'assurance prend fin au plus tard à la date indiquée dans la police.
- Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance au cours de la première année si nous n'avons pas respecté nos devoirs d'information envers vous avant la conclusion du contrat. Vous devez notifier la résiliation par écrit dans les quatre semaines à compter du jour où vous avez eu connaissance du non-respect du devoir d'information.
- Si nous augmentons les primes pendant la durée d'assurance, vous êtes en droit de résilier le contrat.
- Après la survenance d'un sinistre donnant droit à indemnisation, vous pouvez résilier le contrat d'assurance; nous également.
- Si vous avez omis de déclarer ou inexactement déclaré des faits en répondant aux questions de la proposition, nous pouvons résilier le contrat d'assurance.

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

En ce qui concerne le traitement des données personnelles, la Mobilière applique strictement les dispositions du droit suisse en matière de protection des données. Nous traitons les données collectées au titre de l'exécution du contrat ou lors du règlement de sinistres et les utilisons en particulier pour calculer les primes, évaluer le risque, traiter des cas d'assurance, ainsi qu'à des fins de marketing au sein du Groupe Mobilière et de suivi et de documentation de relations clients existantes et futures. Les communications téléphoniques avec notre Call Service Center peuvent être enregistrées, à des fins d'assurance qualité et de formation. Les données peuvent être conservées sur un support physique ou sous forme électronique. Les données devenues inutiles sont supprimées, dans la mesure où la loi l'autorise.

Si l'exécution du contrat ou le traitement de sinistres l'exige, nous pouvons communiquer ces données en vue de leur traitement aux tiers parties prenantes au contrat d'assurance en Suisse et à l'étranger, en particulier à des coassureurs et des réassureurs, ainsi qu'à des sociétés du Groupe Mobilière participant à l'exécution du contrat d'assurance.

Nous sommes en droit de transmettre des informations à un coassureur ou à un nouvel assureur éventuel et de requérir auprès de l'assureur précédent ou de tiers tout renseignement pertinent sur la sinistralité, plus particulièrement sur l'examen du risque et la détermination des primes. Il peut s'agir en l'occurrence de données personnelles sensibles ou de profils de personnalité. Cette disposition s'applique même si le contrat d'assurance n'est pas conclu.

Conditions générales d'assurance

Table des matières

Article	page	Article	page
Dispositions générales		Prestations	
A Bases de l'assurance	5	K Généralités	7
1 Assureur	5	1 Assurance dommages	7
2 But	5	2 Prestations subséquentes	7
3 Bases juridiques	5	3 Faute grave	7
		4 Réduction de l'indemnité	7
B Conclusion de l'assurance	5	5 Prestations de tiers	7
1 Déclarations obligatoires	5		
2 Début et fin du contrat d'assurance	5	L Assurance accidents	7
3 Couverture d'assurance provisoire en cas d'accident	5	1 Frais de guérison	7
4 Nouveau contrat d'assurance	5	2 Indemnité journalière d'hospitalisation	8
5 Police	5	3 Indemnité journalière	8
		4 Capital d'invalidité	8
C Modification de l'assurance	5	5 Capital en cas de décès	9
		6 Exclusions générales de la couverture accidents	9
D Dissolution de l'assurance	5		
1 Non-respect de l'obligation de déclarer	5	M Assurance maladie	10
2 Prétention frauduleuse	5	1 Indemnité journalière	10
3 Changement de domicile	5	2 Indemnité journalière d'hospitalisation	10
		3 Capital d'invalidité	10
E Prime	5	4 Exclusions générales de la couverture maladie	10
F Devoir d'annonce et obligations	6		
1 Devoirs d'annonce en relation avec l'activité lucrative	6	Définitions	
2 Assurances dommages complémentaires et assujettissement à la LAA	6	1 Maladie	11
3 Obligations en cas de sinistre	6	2 Accident	11
		3 Maladies professionnelles	11
G For	6	4 Incapacité de travail	11
		5 Médecin	11
		6 Personnel soignant	11
		7 Aide ménagère	11
		8 Hôpital/établissement hospitalier	11
		9 Etablissements de cure	11
		10 Age final	11
Couverture d'assurance			
H Personne assurée	6		
I Validité territoriale	6		
1 Généralités	6		
2 Séjour à l'étranger en cas de sinistre en cours	6		
J Début et fin de la couverture d'assurance pour la personne assurée	7		
1 Début de la couverture d'assurance	7		
2 Fin de la couverture d'assurance	7		

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 la personne assurée des conséquences économiques de maladie, d'accidents et de maladies professionnelles qui se déclarent ou surviennent pendant la durée contractuelle.

3 Bases juridiques

Forment la base du contrat d'assurance: l'offre, 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 assurée 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.

B Conclusion de l'assurance

1 Déclarations obligatoires

Lors de la conclusion du contrat d'assurance, le preneur d'assurance et la personne assurée doivent déclarer à la Mobilière, en réponse à des questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils leur sont ou doivent 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 commence et prend fin aux dates indiquées dans la police.

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 provisoirement jusqu'à la remise de la police, au plus tôt toutefois à partir de la date de prise d'effet indiquée dans la proposition. La couverture d'assurance provisoire est valable trois mois au maximum et peut être révoquée en tout temps. La couverture d'assurance provisoire englobe les prestations mentionnées dans la proposition jusqu'à concurrence de CHF 100 000 au maximum.

4 Nouveau contrat d'assurance

Avant l'expiration du contrat d'assurance, la Mobilière peut soumettre au preneur d'assurance une proposition en vue de la conclusion d'un nouveau contrat d'assurance assorti de nouvelles conditions. Cette proposition sera fondée sur les données fournies à l'origine en réponse aux questions de la proposition et, le cas échéant, au questionnaire de santé. **Le nouveau contrat d'assurance prend effet si le preneur d'assurance n'a pas refusé expressément par écrit la proposition avant l'expiration du contrat d'assurance en cours.** La proposition en vue de la conclusion du nouveau contrat d'assurance est envoyée au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant l'expiration du contrat d'assurance en cours.

Le nouveau contrat d'assurance a lui aussi une durée limitée. De plus, il peut être résilié par le preneur d'assurance ou par la Mobilière annuellement, pour la fin de l'année d'assurance, moyennant un délai de résiliation de trois mois. La résiliation doit être notifiée par écrit. Cette disposition ne s'applique pas si le nouveau contrat d'assurance a été conclu à la suite d'une proposition signée par le preneur d'assurance.

5 Police

Les prestations assurées sont indiquées dans la police.

C Modification de l'assurance

En cas de modification du tarif des primes, la Mobilière peut exiger l'adaptation du contrat d'assurance pour le début 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. S'il ne résilie pas le contrat, le preneur d'assurance est réputé avoir accepté l'adaptation.

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

D Dissolution de l'assurance

1 Non-respect de l'obligation de déclarer

La Mobilière peut résilier le contrat d'assurance par écrit si le preneur d'assurance ou la personne assurée a omis de déclarer ou déclaré inexactly un fait important et que le preneur d'assurance ou la personne assurée n'ait, 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.

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

2 Prétention frauduleuse

Si l'ayant droit exige des prestations en invoquant des motifs frauduleux (art. 40 LCA), la Mobilière n'est pas liée par le contrat envers lui. 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.

F Devoir 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 immédiatement à la Mobilière tout changement de l'activité lucrative mentionnée dans la proposition, ainsi que le début et la cessation de l'activité lucrative.

La Mobilière est en droit de résilier le contrat d'assurance en cas d'aggravation du risque ou de l'adapter en cas de diminution du risque.

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 de cette communication, la Mobilière n'est plus liée au contrat d'assurance.

3 Obligations en cas de sinistre

3.1 Consultation d'un médecin

Pour tout cas d'assurance 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.

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

3.2 Déclaration de sinistre

Tout cas d'assurance doit être annoncé à la Mobilière dans les 30 jours. 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 nous parvient plus de deux ans après la survenance de l'accident, 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 rendue impossible en raison de l'annonce tardive du décès, 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 certificats 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 tout entreprendre afin de restreindre le dommage 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.

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.

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 est valable dans le monde entier et sans limite temporelle dans les pays européens. 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.

La couverture d'assurance s'applique aux événements assurés survenant pendant la durée contractuelle.

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.

Prestations

K Généralités

1 Assurance dommages

Les assurances sont considérées comme assurances de dommages.

2 Prestations subséquentes

Si la personne assurée perçoit déjà des prestations lorsque le contrat d'assurance expire ou prend fin, elle conserve son droit à des prestations après cette date, sous réserve des dispositions relatives à la durée de prestations et à l'âge final. Les prestations déjà versées sont prises en compte dans le calcul de la durée de prestations.

Demeurent également réservées les dispositions relatives au capital d'invalidité en cas de maladie.

3 Faute grave

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

4 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.

5 Prestations de tiers

5.1 Indemnité journalière

La Mobilière réduit ses indemnités journalières dans la mesure où ces indemnités, cumulées avec les prestations de l'assurance accidents obligatoire (LAA), de l'assurance militaire (LAM), de l'assurance invalidité (LAI), de la prévoyance professionnelle obligatoire et subobligatoire (LPP), de l'assurance chômage (LACI), d'une assurance maternité légale, 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), la Mobilière peut exiger le remboursement du trop-perçu, le déduire des prestations futures ou le compenser directement avec les prestations des

assureurs mentionnés plus haut. Si la Mobilière a versé des prestations en lieu et place d'un tiers responsable, la personne assurée lui cède ses droits à concurrence des prestations qu'elle a fournies.

5.2 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 5 ans après la survenance de l'événement assuré, sans limite de montant, les prestations pour soins et les frais garantis intégralement. Au-delà de 5 ans, nous payons encore un maximum de CHF 200 000 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:

- a les dépenses nécessaires et justifiées pour des mesures de traitement médicalement et scientifiquement reconnues, prescrites ou exécutées par un médecin ou un dentiste;
- b les médicaments prescrits par le médecin;
- c frais hospitaliers dans toutes les divisions de tous les hôpitaux;
- d une éventuelle déduction pour frais d'entretien opérée en vertu de la LAA lors d'un séjour à l'hôpital;
- e les dépenses pour des cures prescrites par le médecin, qui sont faites dans un établissement de cure;
- f les dépenses pour les services du personnel soignant en dehors de l'hôpital, si le médecin estime pouvoir ainsi abréger ou supprimer l'hospitalisation, ainsi que les frais pour les soins ambulatoires prescrits par le médecin pendant la durée du traitement;
- g toutes les prothèses provisoires et la première prothèse définitive;
- h les frais pour des dommages causés par un accident à des choses qui remplacent une partie du corps ou une fonction corporelle; pour les lunettes, appareils acoustiques et prothèses dentaires, la personne assurée a droit aux prestations uniquement si elle a subi des lésions corporelles nécessitant un traitement;
- i 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 par événement assuré jusqu'à concurrence des montants maximum indiqués:

- j les méthodes thérapeutiques alternatives reconnues par les caisses maladie pratiquées par des médecins, naturopathes, personnes pratiquant l'art de guérir et thérapeutes reconnus par les caisses maladie, jusqu'à CHF 5 000 au plus;
- k les interventions de chirurgie esthétique nécessaires à la suite d'un accident assuré, jusqu'à CHF 20 000 au plus;
- l en cas d'hospitalisation d'un enfant assuré jusqu'à 16 ans révolus, la Mobilière paie en outre les frais de voyage et/ou de séjour de l'un des parents jusqu'à CHF 5 000 au plus;
- m les dépenses pour les services d'aides ménagères, lorsque le médecin considère qu'ils sont nécessaires, pendant 30 jours au plus et à raison de CHF 50 par jour au maximum;

- n l'acquisition de béquilles, cannes, chaussures orthopédiques, de lunettes avec monture simple et appropriée ou de lentilles de contact, jusqu'à CHF 5 000 au plus;
- o 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 2 000 au plus;
- p les recherches en vue du sauvetage ou du dégagement de la personne assurée, jusqu'à CHF 20 000 au plus;
- q les opérations de sauvetage, jusqu'à CHF 50 000 au plus;
- r les opérations de récupération du corps et son rapatriement en Suisse, jusqu'à CHF 50 000 au plus.

Ne sont pas assurées:

les participations aux frais, telles que les quotes-parts et franchises des caisses maladie.

2 Indemnité journalière d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation ou de cure prescrite par le médecin, la Mobilière paie l'indemnité journalière d'hospitalisation dès le premier jour du séjour, pendant 730 jours au plus par cas d'assurance.

3 Indemnité journalière**3.1 Droit aux prestations**

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

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.

3.2 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.

3.3 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 cas d'assurance, l'assurance indemnité journalière s'éteint. En même temps s'éteint également le droit aux indemnités journalières pour tout autre cas d'accident éventuellement en cours pour la même personne.

4 Capital d'invalidité**4.1 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.

4.2 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 additionnés. 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 mutilés 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 accordé 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 déterminé selon les règles qui précèdent, il est fixé sur la base d'un rapport médical en tenant compte des pourcentages indiqués plus haut.

Si un accident assuré 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 que 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 toute fois plafonnée à CHF 20 000.

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

5 Capital en cas de décès

5.1 Droit aux prestations

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

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

5.2 Ayants droit

À 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 enregistré;
- à défaut, les enfants et enfants adoptifs;
- à défaut, la parenté selon les quotités fixées par le droit successoral.

À 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.

6 Exclusions générales de la couverture accidents

Ne sont pas assurées:

- les maladies;
- les accidents:
 - survenant lors de la participation à des courses avec des véhicules à moteur et des bateaux à moteur ainsi que lors d'entraînements effectués sur les parcours de courses ou d'essais;
 - survenant lors de l'utilisation d'aéronefs et lors de sauts en parachute, lorsque la personne assurée contrevient sciemment à des prescriptions des autorités ou n'est pas en possession des licences exigées ou des autorisations officielles;
 - consécutifs à un état d'ébriété manifeste (à partir d'une valeur moyenne de deux pour mille) ou à l'utilisation abusive de médicaments, de drogues ou de substances chimiques;
 - résultant de tremblements de terre en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein;
 - 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;
 - survenant lors de la perpétration intentionnelle de crimes et de délits ou de leur tentative;
 - en relation avec le service dans une armée étrangère;
 - 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;
 - 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;
 - liés au fait que la personne assurée a provoqué gravement d'autres personnes;
 - résultant d'attentats terroristes;
- Les altérations de la santé consécutives à des interventions, traitements et examens qui ne sont pas nécessités par un accident assuré;
- 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;
- Les altérations de la santé provoquées par des radiations de tout genre et par des substances de combat bactériologiques, biologiques et chimiques;
- Les lésions prénatales, les maladies et infirmités congénitales et leurs suites.

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% constatée par un médecin. Le droit aux prestations commence à l'expiration du délai d'attente.

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 cas d'assurance, l'assurance indemnité journalière s'éteint. En même temps s'éteint également le droit aux indemnités journalières pour tout autre cas de maladie éventuellement en cours pour la 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 Indemnité journalière d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation ou de cure prescrite par le médecin, la Mobilière paie l'indemnité journalière d'hospitalisation dès le premier jour du séjour, pendant 730 jours au plus par cas d'assurance.

3 Capital d'invalidité

3.1 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.

3.2 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.

3.3 Aide immédiate

En cas d'atteinte à la santé qui affecte la personne assurée **gravement et durablement**, la Mobilière verse une aide immédiate équivalant à 10% de la somme d'assurance.

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.

3.4 Exclusions de couverture pour le capital d'invalidité

Ne sont pas assurées:

- 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.

3.5 Prestations subséquentes

Si l'événement assuré est survenu pendant la durée contractuelle, mais que la décision initiale de l'AI relative au versement de l'allocation pour impotent n'entre en force qu'après la fin du contrat, la personne assurée peut encore prétendre pendant cinq ans au-delà de la fin du contrat au versement du capital d'invalidité.

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'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.

Définitions

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 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. Les maladies professionnelles sont assimilées aux accidents.

Pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- a les fractures;
- b les déboîtements d'articulations;
- c les déchirures du ménisque;
- d les déchirures de muscles;
- e les élongations de muscles;
- f les déchirures de tendons;
- g les lésions de ligaments;
- h les lésions du tympan.

Les dommages non imputables à un accident qui sont causés aux structures posées à la suite d'une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps ne constituent pas des lésions corporelles.

3 Maladies professionnelles

Sont réputées maladies professionnelles, les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle assurée, à des substances nocives ou à certains travaux mentionnées dans l'annexe 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) et qui surviennent pendant la durée contractuelle.

4 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 120 jours, l'activité qui peut être exigée d'elle peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

5 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.

6 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.

7 Aide ménagère

Personnes s'occupant du ménage de la personne assurée à sa place contre rémunération. Ne sont pas considérés comme aides ménagères, le conjoint, les parents, les grands-parents, les enfants, les petits-enfants et les frères et sœurs de la personne assurée et des personnes qui vivent dans le même ménage.

8 Hôpital/établissement hospitalier

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.

9 Etablissements 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.

10 Age final

L'indemnité journalière et l'indemnité journalière d'hospitalisation s'éteignent à l'âge final. L'âge final est le dernier jour du mois au cours duquel est atteint l'âge donnant droit à la rente AVS. Si la rente de vieillesse est allouée avant l'âge ordinaire y ouvrant droit, l'âge final est le dernier jour du mois qui précède le premier versement de la rente.

