Assurance maladie collective

Informations aux clients et Conditions générales d'assurance

Travailleurs

Assurance maladie collective

- Indemnité journalière
- Assurance maternité et paternité en complément aux APG
- Paiement du salaire après le décès

Indépendants et membres de la famille qui travaillent dans l'entreprise

Assurance maladie collective

- Indemnité journalière

Assurance accidents

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

Édition 01.2023

la Mobilière

Informations aux clients

Ce que vous devriez savoir à propos de votre assurance maladie collective

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 maladie collective, il importe que vous soyez informé(e) dans le détail 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 certaines simplifications et ne remplacent pas la police ou les Conditions générales d'assurance mentionnées 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;
- Protekta Assurance de protection juridique SA, une entreprise du Groupe Mobilière qui a son siège 3011 Berne, Monbijoustrasse 5;
- 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 maladie collective est une solution d'assurance individuelle 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 la maladie. De plus et si cela a été convenu dans le contrat, l'assurance accidents pour les indépendants et membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise sert à protéger ces personnes contre les conséquences économiques des accidents et des maladies professionnelles.

L'assurance maladie collective et l'assurance accidents pour les indépendants et les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise sont considérées comme des assurances de dommages. Font exception le capital d'invalidité et le capital en cas de décès de l'assurance accidents, lesquels constituent des assurances de sommes.

2.1 Notre offre dans l'assurance maladie collective pour les travailleurs 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 et à la condition que la personne assurée fasse encore partie du cercle des personnes assurées à cette date.
- **Assurance maternité en complément à une assurance maternité légale**
  Lorsqu'une assurance maternité est incluse dans la police, la Mobilière verse les prestations convenues pour chaque naissance pour laquelle des prestations sont versées au titre d'une assurance maternité légale.
- **Assurance paternité en complément à une assurance perte de gain légale**
  Lorsqu'une assurance paternité est incluse dans la police, la Mobilière verse les prestations convenues pour chaque naissance pour laquelle des prestations sont versées au titre d'une assurance paternité légale.
- **Paiement du salaire après le décès**
  Si une personne assurée décède des suites d'une maladie assurée, la Mobilière verse, sur la base du salaire assuré, le salaire en cas de décès que le preneur d'assurance doit payer aux survivants conformément à l'art. 338, al. 2 du code des obligations (CO).

2.2 Notre offre d'assurance maladie collective pour les indépendants et les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise 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 et à la condition que la personne assurée fasse encore partie du cercle des personnes assurées à cette date.

2.3 Notre offre d'assurance accidents pour les indépendants et les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise comprend les couvertures suivantes:

- **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, un maximum de CHF 500 000 au total par événement assuré est versé pour les soins et les frais, ainsi que pour les prestations garanties à concurrence des montants maximum indiqués.
  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 déjà 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.
- **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.
- **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. Le capital est versé dès que le degré d'invalidité a été déterminé.
- **Capital en cas de décès**
  Si la personne assurée décède des suites d'un accident assuré, la Mobilière verse aux ayants droit le capital décès convenu.

3. Quelles sont les principales exclusions de couverture?

Ne sont pas assurés, par exemple,

dans l'assurance maladie collective
- les accidents et leurs conséquences;
- les maladies professionnelles prises en charge par l'assurance accidents obligatoire selon la LAA;
- les conséquences d'opérations de chirurgie esthétique;
- les conséquences d'événements de guerre.

dans l'assurance accidents
- les maladies;
- les accidents avec des véhicules / bateaux à moteur survenant lors de la participation à des courses, à des rallyes et à 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 le caractère de compétition et ne sont pas chronométrés;
- 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.

4. Que contient le paquet de services exclusif?

Nous travaillons de manière fiable, rapide et compétente, et nous vous fournissons, ainsi qu'aux personnes assurées, les services suivants:
- 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;
- JurLine, un service gratuit de premiers renseignements juridiques en tout genre par téléphone;
- Case management;
- gestion des absences;
- déclaration électronique des sommes de salaires définitives via le portail clients (mobiliere.ch/mamobiliere) ou directement à partir de votre système de comptabilité salariale certifié par Swissdec au moyen de la procédure unifiée de communication des salaires (ELM).

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, d'exclure des personnes assurées du 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.
- En votre qualité d'employeur, vous devez informer les personnes assurées, au moyen de la feuille d'information (annexe à la police), de l'essentiel de la teneur du contrat d'assurance, des modifications du contrat et, le cas échéant, de la dissolution du contrat, ainsi que du droit de passage à l'assurance individuelle.
- 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 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 en particulier du salaire AVS soumis à cotisation (y c. franchise AVS) à concurrence du salaire maximum fixé dans le contrat, du salaire annuel convenu et des prestations choisies. Sont également déterminantes l'évolution individuelle et collective des sinistres et une participation aux excédents éventuellement conclue.

Si le contrat prévoit une participation aux excédents, le preneur d'assurance reçoit cette participation, le cas échéant, pour la première fois au terme de la période d'observation. Sont déduits des primes dues pendant la période d'observation (à l'exclusion des primes pour la rente d'invalidité), le montant des frais administratifs et de la surprime de risque calculé selon le pourcentage convenu, et les prestations pour des sinistres (à l'exclusion des rentes d'invalidité) survenus pendant la période d'observation. Le preneur d'assurance reçoit la part convenue de l'excédent éventuel restant. La part des frais administratifs et la part de la surprime de risque figurent dans la police. Le droit à la participation aux excédents s'éteint lorsque le contrat d'assurance prend fin avant la fin de la période d'observation.

Une prime minimale éventuelle demeure réservée.

La prime est payable annuellement; vous pouvez choisir d'autres modalités de paiement en acquittant un supplément. Pour les détails, veuillez consulter votre police d'assurance.

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

9. Quelle 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 le contrat a été conclu. L'assurance couvre tous les événements qui surviennent pendant la durée du contrat.

Dans l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, dans l'assurance maternité complémentaire aux APG et dans le paiement du salaire après décès, les dommages consécutifs à des événements qui ne surviennent qu'après la fin du contrat d'assurance ne donnent pas droit à des prestations. Lorsqu'une personne assurée, au moment de sa sortie du cercle des personnes assurées ou à la fin du contrat d'assurance, perçoit déjà des prestations, son droit à des prestations subséquentes demeure, dans les limites des dispositions contractuelles.

Dans l'assurance pour les indépendants et les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise, si un accident survient pendant la durée du contrat, les prestations continuent d'être versées au-delà de la fin du contrat. 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.

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.
- Les parties peuvent résilier le contrat d'assurance à la fin de la troisième année d'assurance, puis de chaque année d'assurance suivante moyennant un préavis de trois mois.
- 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.
- Après la survenance d'un dommage donnant droit à indemnisation, chacune des parties peut résilier le contrat d'assurance.
- 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.
- La cessation d'activité ou le transfert du siège social à l'étranger entraîne la fin du contrat 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, sommations;
- 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

Dispositions générales

A Bases de l'assurance 8
1 Assureur 8
2 But 8
3 Bases juridiques 8
4 Sanctions économiques, commerciales ou financières 8
5 Passation de mandats à un tiers 8

B Conclusion de l'assurance 8
1 Obligation de déclarer 8
2 Début et fin du contrat d'assurance 8
3 Police 8

C Modification de l'assurance 8
1 Adaptation des primes 8
2 Adaptation des prestations 8
3 Aggravation et diminution du risque 8

D Dissolution de l'assurance 9
1 Résiliation 9
2 Prétention frauduleuse 9
3 Cessation d'activité commerciale ou transfert du siège social à l'étranger 9

E Décompte de prime 9
1 Échéance 9
2 Déclaration 9

F Participation aux excédents 10

G Devoirs d'annonce et obligations 10
1 Généralités 10
2 Information des personnes assurées 10
3 Assurances dommages complémentaires 10
4 Obligations en cas de sinistre 11
5 Dispositions générales en cas de violation du contrat 11
6 Obligation de communiquer en relation avec la protection des données 11

H For 11

I Protection des données 12

Couverture d'assurance

J Personnes assurées 12

K Validité territoriale 12

Article page

L Début, suspension et fin de la couverture d'assurance pour la personne assurée 12
1 Début de la couverture d'assurance 12
2 Suspension de la couverture d'assurance en cas de congé non payé pour les travailleurs 12
3 Fin de la couverture d'assurance 12

Prestations

M Généralités 12
1 Assurance dommages 12
2 Faute grave 12
3 Revenu déterminant et calcul des prestations 13
4 Réduction de l'indemnité 13
5 Prestations de tiers 13
6 Séjour à l'étranger en cas de sinistres en cours 13
7 Impôt à la source 13

N Assurance maladie collective 13
1 Indemnité journalière pour les indépendants, les membres de la famille qui travaillent dans l'entreprise et les travailleurs 13
2 Assurance maternité en complément aux APG pour les travailleuses 14
3 Paiement du salaire après le décès pour les travailleurs 14
4 Prestations subséquentes 14
5 Exclusions générales de couverture dans l'assurance maladie collective 14
6 Libre passage pour les travailleurs 15

O Assurance accidents pour les indépendants et les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise 15
1 Frais de guérison 15
2 Indemnité journalière 16
3 Capital d'invalidité 16
4 Capital en cas de décès 17
5 Exclusions générales de couverture dans l'assurance accidents 18
6 Prestations après la cessation du contrat d'assurance 18

Définitions

1 Indépendants 18
2 Membres de la famille qui travaillent dans l'entreprise 18
3 Travailleurs 18
4 Maladie 18
5 Incapacité de travail 19
6 Médecin 19
7 Personnel soignant 19
8 Aides ménagères 19
9 Hôpital 19
10 Établissements de cure 19
11 Âge final pour l'indemnité journalière 19

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 maladie collective a pour but de protéger les personnes assurées contre les conséquences économiques de l'incapacité de travail en cas de maladie.

L'assurance maternité complémentaire à l'assurance maternité légale a pour but de protéger les travailleuses contre la perte de gain en cas de maternité.

Le paiement du salaire après le décès à la suite d'une maladie assurée a pour but d'assurer le maintien légal du paiement du salaire aux survivants après le décès d'un travailleur du preneur d'assurance, selon le code des obligations.

L'assurance accidents a pour but de protéger l'indépendant et les membres de sa famille qui travaillent dans l'entreprise contre les conséquences économiques d'accidents et de maladies professionnelles.

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 des personnes 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

Malgré les clauses contraires qui y sont stipulées, le présent contrat n'octroie aucune couverture d'assurance ni d'autres prestations de l'assureur si et aussi longtemps que des sanctions légales économiques, commerciales ou financières s'y opposent.

5 Passation de mandats à un tiers

Si le preneur d'assurance mandate un tiers (p. ex. un courtier en assurances) et lui donne procuration, 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 les personnes assurées 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 influer 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

L'assurance prend effet à la date indiquée dans la police et vaut pour la durée qui y est convenue. Elle se renouvelle ensuite tacitement d'année en année si elle n'est pas résiliée dans les délais.

3 Police

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

C Modification de l'assurance

1 Adaptation des primes

La Mobilière peut adapter les primes au début d'une nouvelle année d'assurance. Elle communique les nouvelles primes au plus tard 25 jours avant la fin de l'année d'assurance.

Si le preneur d'assurance refuse l'adaptation, il peut résilier son 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 en accepter les adaptations.

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 ne donnent 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'établir la preuve par un texte, toute modification d'un fait important pour l'appréciation du risque assuré sur lequel ils ont été questionnés, 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 la déclaration d'une aggravation essentielle du risque, de prononcer une augmentation de la prime, laquelle prend effet à partir de l'aggravation, ou de résilier le contrat. 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 qui permette d'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

Les parties peuvent résilier le contrat d'assurance pour la fin de la durée contractuelle convenue ou à la fin de la troisième année d'assurance, puis de chaque année d'assurance suivante. La résiliation doit parvenir à l'autre partie au moins trois mois avant l'échéance.

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

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 un délai de quatre semaines si, au moment de la conclure, il n'avait pas connaissance du fait que sa conclusion entraînerait une assurance multiple.

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 Cessation d'activité commerciale ou transfert du siège social à l'étranger

Si le preneur d'assurance met fin à son activité commerciale ou transfère son siège social à l'étranger, le contrat d'assurance prend fin à la date du transfert du siège social ou de la cessation d'activité.

Le preneur d'assurance est tenu d'annoncer immédiatement à la Mobilière sa cessation d'activité ou le transfert de son siège social à l'étranger.

E Décompte de prime

1 Échéance

Les primes de l'assurance que vous avez choisie figurent dans la police et sont dues une fois par année. D'autres modalités de paiement sont possibles moyennant un supplément.

2 Déclaration

2.1 Travailleurs gagnant un salaire soumis à l'AVS

Si une prime provisoire a été convenue, la prime définitive est déterminée sur la base des indications que doit fournir le preneur d'assurance à la fin de chaque année d'assurance ou après dissolution du contrat d'assurance (déclaration de la somme des salaires).

À la conclusion du contrat initial, la Mobilière renonce à exiger la première déclaration de la somme des salaires pour la fin de l'année d'assurance dans la mesure où la période de déclaration est inférieure à trois mois.

Le preneur d'assurance reçoit de la Mobilière un formulaire de déclaration qu'il doit lui renvoyer dûment complété dans un délai de 30 jours. La déclaration peut être renvoyée par courrier postal ou par voie électronique.

Si le preneur d'assurance ne remet pas les documents de déclaration exigés, la Mobilière établit le décompte de prime selon ses propres estimations.

Le preneur d'assurance est en droit de contester cette estimation dans un délai de 30 jours à compter de la réception du décompte. Si elle n'est pas contestée, la prime estimée est considérée comme acceptée par le preneur d'assurance.

La Mobilière peut en tout temps vérifier la justesse de ses estimations et contrôler les indications fournies par le preneur d'assurance.

La Mobilière peut consulter tous les documents déterminants (p. ex. relevés de salaires, pièces justificatives, décomptes AVS) de l'entreprise afin de vérifier les données fournies dans la déclaration de la somme des salaires. Le cas échéant, le preneur d'assurance a l'obligation de transmettre une copie de la déclaration AVS à la Mobilière, à la première demande de cette dernière. Il autorise en outre la Mobilière à consulter directement son dossier auprès de la caisse de compensation AVS.

Si le preneur d'assurance s'oppose à une vérification ou fournit délibérément des renseignements inexacts, la Mobilière peut résilier le contrat d'assurance à partir de l'instant où la vérification est refusée ou de celui de la découverte des renseignements inexacts. La Mobilière est en droit de réclamer au preneur d'assurance les primes qui auraient été dues sur la base des renseignements exacts. Le contrat d'assurance prend fin à la réception de la résiliation par le preneur d'assurance. Si la différence entre la prime provisoire et la prime définitive est supérieure à 30%, la Mobilière peut adapter la prime provisoire en conséquence à partir de la prochaine année d'assurance.

2.2 Personnes nommément désignées dans la police

Une somme des salaires annuels fixe a été convenue pour les personnes nommément désignées dans la police. Le preneur d'assurance n'a pas besoin de remettre une déclaration de la somme des salaires pour ces dernières.

F Participation aux excédents

Si le contrat prévoit une participation aux excédents, le preneur d'assurance reçoit cette participation, le cas échéant, pour la première fois au terme de la période d'observation. Si le contrat d'assurance est renouvelé tacitement, le renouvellement est alors suivi d'une période d'observation de trois années entières.

Indépendamment de la période d'observation, une participation aux excédents peut également être versée après l'enregistrement d'une proposition de remplacement portant modification de la part aux excédents, des frais administratifs, ou du numéro de police, ou en cas de changement de la date d'échéance du contrat.

Sont déduits des primes dues pendant la période d'observation (à l'exclusion des primes pour les rentes d'invalidité):

– le montant des frais administratifs et de la surprime de risque calculé selon le pourcentage convenu;

– les prestations pour des sinistres (à l'exclusion des rentes d'invalidité) survenus pendant la période d'observation. Est réputé date de survenance le premier jour de l'incapacité de travail attestée par un médecin.

Le preneur d'assurance reçoit la part convenue de l'excédent éventuel restant.

Le décompte est effectué au plus tôt quatre mois après la fin de la période d'observation si les primes définitives dues pendant la période d'observation sont payées et que les cas de sinistre correspondants sont clos. Une perte éventuelle n'est pas reportée sur la période d'observation suivante. En cas de rechute après l'établissement du décompte, les prestations versées ultérieurement sont prises en compte dans la nouvelle période d'observation. Le droit à la participation aux excédents s'éteint lorsque le contrat d'assurance prend fin avant la fin de la période d'observation.

G Devoirs d'annonce et obligations

1 Généralités

1.1 Aggravation du risque

Le preneur d'assurance et la personne assurée doivent communiquer à la Mobilière, par écrit ou sous une autre forme permettant d'établir la preuve par un texte, toute modification d'un fait important pour l'appréciation du risque assuré sur lequel ils ont été questionnés, 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.

1.2 Changement d'activité, du siège social, des buts de l'entreprise, reprise d'une autre entreprise

Le preneur d'assurance est tenu d'annoncer immédiatement à la Mobilière tout changement d'activité, de siège social ou des buts de l'entreprise, ainsi que la reprise d'une autre entreprise.

La Mobilière adapte le contrat d'assurance aux nouvelles circonstances. Les dispositions relatives à l'aggravation et à la réduction essentielles du risque sont réservées.

1.3 Modification du taux d'activité des personnes nommément désignées dans la police

Le preneur d'assurance doit communiquer immédiatement toute modification du taux d'activité des personnes assurées nommément désignées dans la police.

Si le preneur d'assurance n'informe pas la Mobilière de la modification du taux d'activité des personnes nommément désignées dans la police, la Mobilière peut réduire ses prestations proportionnellement en cas de sinistre et adapter le contrat d'assurance rétroactivement à la date de modification du taux d'activité.

2 Information des personnes assurées

Le preneur d'assurance est tenu d'informer les personnes assurées de l'essentiel de la teneur du contrat d'assurance, des modifications qui lui sont apportées et, le cas échéant, de la dissolution du contrat, ainsi que, en particulier, des possibilités de continuer l'assurance après avoir quitté le cercle des personnes assurées ou après la fin du contrat d'assurance. La Mobilière met à la disposition du preneur d'assurance tous les documents nécessaires à cette fin.

3 Assurances dommages complémentaires

Les personnes nommément désignées dans la police doivent annoncer immédiatement à la Mobilière la conclusion de nouvelles assurances dommages complémentaires susceptibles de fournir des prestations en cas de maladie ou d'accident, ou l'assujettissement à l'assurance accidents obligatoire selon la LAA. La Mobilière adapte alors les prestations et les primes aux besoins effectifs.

À défaut d'une telle notification, la Mobilière peut réduire ou refuser ses prestations en cas de sinistre, et adapter ou résilier le contrat d'assurance de manière rétroactive à la date de la conclusion de l'assurance dommages complémentaire ou de l'assujettissement à l'assurance accidents obligatoire selon la LAA.

4 Obligations en cas de sinistre

4.1 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 raisonnables ordonnés par la Mobilière s'ils sont utiles pour le diagnostic ou la détermination des prestations, ou promettent une amélioration de la capacité de gain.

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

4.2 Déclaration de sinistre

Tout sinistre 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 de retard sont imputés sur la durée des prestations. Si la déclaration de sinistre parvient à la Mobilière plus de deux ans après la survenance du sinistre, le droit aux prestations s'éteint complètement.

Dans l'assurance maternité, le droit aux prestations doit être annoncé à la Mobilière dans les 30 jours après l'établissement du décompte des prestations légales de maternité et une copie du décompte établi par la caisse de compensation doit lui être envoyée. Le droit aux prestations s'éteint s'il est communiqué à la Mobilière plus de deux ans après l'établissement du décompte des prestations légales de maternité.

Le décès de l'indépendant ou d'un membre de sa famille qui travaille dans l'entreprise doit être annoncé dans les plus brefs délais, pour 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.

4.3 Obligations 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'acquitte 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.

4.4 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. Si la personne assurée renonce à rechercher une activité acceptable relevant d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité, si elle refuse une telle activité ou si elle ne s'inscrit pas auprès d'un office régional de placement (ORP) afin de retrouver un emploi et de percevoir des prestations, le taux d'incapacité est réévalué compte tenu du marché global du travail et les prestations de la Mobilière sont diminuées en fonction.

4.5 Collaboration avec l'assurance invalidité (AI)

Si elle a été en incapacité de travail de manière interrompue 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 et d'intervention précoces.

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.

5 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 un devoir ou une obligation, 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'influence sur la survenance du sinistre et sur le montant des prestations dues par la Mobilière.

6 Obligation de communiquer en relation avec la protection des données

Vous avez l'obligation d'informer les tiers parties prenantes au présent contrat d'assurance, tels que les personnes assurées ou coassurées, les bénéficiaires ou autres ayants droit dont vous nous communiquez les données, de notre «Déclaration de protection des données relative aux contrats d'assurance» ou de la leur remettre (déclaration consultable sous www.mobiliere.ch/protectiondesdonnees).

H 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 lieu de travail suisse de la personne assurée;

– au siège de la Mobilière, à Berne.

I Protection des données

Le traitement responsable de vos données personnelles est au cœur des préoccupations de la Mobilière. Vous trouverez des informations détaillées sur le traitement des données personnelles dans notre «Déclaration de protection des données relative aux contrats d'assurance», disponible sous www.mobiliere.ch/protectiondesdonnees. Vous pouvez en obtenir une version imprimée en contactant votre agence générale ou votre conseiller ou conseillère en assurances.

La déclaration de protection des données est régulièrement mise à jour afin de fournir les informations les plus récentes en matière de traitement des données. Seule la dernière version de cette déclaration fait foi. Les modifications apportées par la Mobilière à la déclaration de protection des données ne confèrent aucun droit de résilier le contrat d'assurance.

Couverture d'assurance

J Personnes assurées

Sont assurés:

a. toutes les personnes qui font partie d'un cercle de personnes désigné dans la police, et qui
   - sont occupées en tant que travailleurs dans l'entreprise assurée; et
   - n'ont pas atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS au moment de leur embauche dans l'entreprise du preneur d'assurance; et
   - n'ont pas encore atteint l'âge final.

   Est considérée comme travailleur toute personne qui exerce une activité lucrative dépendante au sens de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Les apprentis sont assimilés aux travailleurs;

b. les indépendants nommément désignés dans la police et les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise.

K Validité territoriale

La couverture d'assurance vaut dans le monde entier.

En Europe, la couverture d'assurance a une validité temporelle illimitée.

Hors de l'Europe: les travailleurs détachés sont couverts aussi longtemps qu'ils bénéficient également de la couverture d'assurance accidents obligatoire selon la LAA. Pour les autres personnes assurées, la couverture d'assurance est suspendue au terme d'un séjour ininterrompu de 365 jours.

L Début, suspension et fin de la couverture d'assurance pour la personne assurée

1 Début de la couverture d'assurance

Pour les travailleurs assurés, la couverture d'assurance commence le jour où les rapports de travail commencent ou la première fois où le droit au salaire existe, mais au plus tôt à la date stipulée dans la police. Pour les personnes qui n'ont pas la pleine capacité de travail à cette date, la couverture d'assurance ne commence qu'à la date d'entrée en service à la pleine capacité de travail convenue contractuellement.

La couverture d'assurance commence pour l'indépendant et les membres de sa famille qui travaillent dans l'entreprise à la date définie dans la police.

2 Suspension de la couverture d'assurance en cas de congé non payé pour les travailleurs

En cas de congé non payé sans dissolution des rapports de travail, la couverture d'assurance est suspendue à partir du 215e jour au plus tard, jusqu'à la reprise de l'activité assurée. Aucune prestation n'est servie pour les cas de maladie survenant après le 215e jour.

3 Fin de la couverture d'assurance

Pour les travailleurs, la couverture d'assurance s'éteint

- à la sortie du cercle des personnes assurées;
- à l'expiration d'un contrat de travail saisonnier ou à durée déterminée;
- à la fin des rapports de travail;
- lorsque l'âge final est atteint;
- à l'épuisement de toute la durée des prestations convenue dans la police;
- à la fin du contrat d'assurance.

Pour les indépendants ou les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise, la couverture d'assurance s'éteint

- à la cessation de l'activité indépendante;
- à la cessation de l'activité dans l'entreprise de l'indépendant;
- à la fin du contrat d'assurance;
- six mois après le transfert du domicile civil à l'étranger.

La Principauté de Liechtenstein est assimilée à la Suisse. Pour les frontaliers, le pays de domicile est assimilé à la Suisse.

L'indépendant ou les membres de sa famille qui travaillent dans l'entreprise doivent communiquer immédiatement à la Mobilière le transfert du domicile civil à l'étranger.

En outre, la couverture d'assurance d'indemnités journalières maladie ou accident s'éteint

- lorsque l'âge final est atteint;
- à l'épuisement de toute la durée des prestations convenue dans la police.

Prestations

M Généralités

1 Assurance dommages

L'assurance maladie collective et l'assurance accidents pour les indépendants et les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise sont considérées comme des assurances dommages. Font exception le capital d'invalidité et le capital en cas de décès de l'assurance accidents, lesquels 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 Revenu déterminant et calcul des prestations

Le salaire assuré déterminant pour le calcul des prestations est le salaire soumis à l'AVS, franchise AVS comprise, pour autant que la personne concernée appartienne au cercle des personnes assurées, majoré des allocations familiales et des allocations pour enfant. Le salaire assuré maximum de chaque personne est indiqué dans la police.

Lorsqu'une somme des salaires annuels fixe a été convenue pour une personne assurée, cette somme est considérée comme salaire assuré.

Est déterminant du point de vue temporel le montant du salaire perçu juste avant la survenance du sinistre, converti en salaire annuel. Pour les personnes assurées touchant des salaires soumis à de fortes variations (p. ex. salaires dépendant du chiffre d'affaires ou des commissions), on prend pour base le salaire des douze derniers mois précédant le début de l'incapacité de travail. Si les rapports de travail ont duré moins d'un an à cette date, on prend pour base le salaire perçu depuis l'entrée en service, converti en salaire annuel.

Les indemnités de chômage et les indemnités allouées en cas de dissolution des rapports de travail, de fermeture d'entreprise, de fusion ou d'autres circonstances analogues n'entrent pas en ligne de compte.

Les augmentations de prestations ou de la somme annuelle des salaires fixe pendant la grossesse ne sont pas prises en compte dans l'assurance maternité.

Les augmentations de salaire obligatoires en raison d'une modification des conventions collectives de travail (CCT) sont prises en compte pendant la durée de l'incapacité de travail.

4 Réduction de l'indemnité

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

Si la personne assurée est déjà en incapacité de travail à cause d'un accident ou d'une maladie, la Mobilière réduit l'indemnité pour un nouvel événement dans la proportion correspondant au degré de l'incapacité de travail préexistante.

5 Prestations de tiers

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 du preneur d'assurance.

La Mobilière réduit ses indemnités journalières maladie ou accident dans la mesure où celles-ci, 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 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, d'une autre assurance dommages privée ou d'établissements d'assurance étrangers similaires, dépassent les prestations assurées.

Cette réduction s'applique tant aux prestations calculées sur la base du salaire soumis à l'AVS, qu'à celles versées en fonction d'une somme de salaires annuels fixe.

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.

6 Séjour à l'étranger en cas de sinistres en cours

Si une personne assurée malade ou accidentée 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 sont pris en compte dans la durée des prestations.

La Principauté de Liechtenstein est assimilée à la Suisse. Pour les frontaliers, le pays de domicile est assimilé à la Suisse.

7 Impôt à la source

Dans la mesure où elle est tenue, en vertu de dispositions légales, de calculer l'impôt à la source sur des revenus acquis en compensation, la Mobilière déduit directement le montant de l'impôt de ses prestations. L'indemnité en faveur de la personne assurée est réduite d'autant.

N Assurance maladie collective

1 Indemnité journalière pour les indépendants, les membres de la famille qui travaillent dans l'entreprise et les travailleurs

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 et à la condition que la personne assurée fasse encore partie du cercle des personnes assurées à cette date.

Le délai d'attente commence à courir le jour où le médecin a attesté 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.

Lorsque la personne assurée est réputée au chômage au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire (LACI), la Mobilière sert les prestations suivantes:

– en cas d'incapacité de travail de plus de 50%, l'indemnité journalière entière;

– en cas d'incapacité de travail de plus de 25% et jusqu'à 50%, la moitié de l'indemnité journalière;

– en cas d'incapacité de travail de 25% ou moins, aucune indemnité journalière.

1.3 **Prestations en cas de maladies et d'infirmités préexistantes**

Si la personne assurée a été admise à l'assurance après un examen de santé préalable, les réserves qui ont été notifiées à la personne assurée par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte et qu'elle a expressément acceptées s'appliquent.

Si la personne assurée a été admise à l'assurance sans examen de santé préalable, les prestations sont également servies pour des maladies qui existaient déjà au commencement de la couverture d'assurance, sauf disposition contraire.

Si la personne assurée a été admise à l'assurance sans examen de santé préalable alors qu'elle percevait déjà une rente, l'assurance couvre toutes les maladies qui n'ont pas de lien avec des troubles de santé préexistants (ainsi que leur aggravation ou leur rechute) qui ont fait naître le droit à la rente.

Aucune prestation n'est servie à des personnes exclues de l'assurance.

1.4 **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.

Lorsque l'âge ordinaire de la retraite AVS est atteint, la durée maximale de versement des prestations pour les personnes

a. qui sont encore assurées ultérieurement (voir art. K3) est de 180 jours pour tous les sinistres en cours, pour autant qu'elle ne prenne pas déjà fin auparavant;

b. qui sont encore assurées à ce moment-là (voir art. I) est de 180 jours au maximum pour les nouveaux cas, moins le délai d'attente, mais au plus jusqu'à l'âge final.

Les prestations d'assurance prennent fin dans tous les cas lorsque la personne assurée atteint l'âge final.

Demeurent réservées les dispositions relatives à la durée de prestations applicable aux travailleurs pendant le temps d'essai et aux travailleurs sous contrat de travail saisonnier ou contrat à durée déterminée.

Dans le calcul de la durée des 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 des 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 d'indemnités journalières s'éteint pour la personne assurée concernée. 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.

1.5 **Durée des prestations pendant le temps d'essai, et en cas de contrats saisonniers ou à durée déterminée**

Pour les personnes assurées qui tombent en incapacité de travail pendant le temps d'essai, la durée des prestations est limitée à 30 jours.

Pour les personnes assurées sous contrat de travail à durée déterminée ou sous contrat de travail saisonnier, la durée des prestations se termine à la date de fin des rapports de travail prévue avant le début de la maladie, mais au plus tard au terme de la durée des prestations fixée dans la police.

Les apprentis sont assimilés aux travailleurs employés à durée indéterminée.

Si les personnes assurées sont soumises à une convention collective de travail (CCT) contenant des dispositions divergentes, ces dernières s'appliquent si le preneur d'assurance a souscrit une couverture conforme à la CCT.

Lorsqu'une personne assurée bénéficie de conditions plus avantageuses au titre d'une convention de libre passage, ce sont ces conditions qui s'appliquent.

1.6 **Prestations pour les travailleurs en cas de congé non payé**

Si une personne assurée tombe malade pendant un congé non payé et qu'elle est couverte par l'assurance à la survenance de l'incapacité de travail, le droit à des prestations naît à la date à laquelle il était prévu qu'elle reprenne le travail si elle n'était pas tombée malade. Le délai d'attente se calcule également à compter de cette date.

1.7 **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 Assurance maternité en complément aux APG pour les travailleuses

Lorsqu'une assurance maternité a été incluse, la Mobilière verse les prestations convenues pour chaque naissance pour laquelle sont versées des prestations de l'assurance maternité légale.

Les prestations convenues sont versées en complément des prestations de l'assurance maternité légale et aussi longtemps que celle-ci verse ses prestations. Après expiration de la durée de versement des allocations de maternité légales selon le régime des allocations pour perte de gain, la Mobilière verse les prestations convenues pendant la durée indiquée dans la police.

La personne assurée a droit aux prestations pour autant qu'au début de la grossesse, elle ait déjà appartenu au cercle des personnes assurées et que la couverture d'assurance ait été en vigueur.

3 Paiement du salaire après le décès pour les travailleurs

Si une personne assurée décède des suites d'une maladie assurée, la Mobilière verse, sur la base du salaire assuré, le salaire en cas de décès que le preneur d'assurance doit payer aux survivants conformément à l'art. 338, al. 2 du code des obligations (CO).

Si le preneur d'assurance s'est engagé à titre facultatif à verser le salaire pendant une période supérieure à celle prévue par la loi, il n' a droit à aucune prestation de la Mobilière.

4 Prestations subséquentes

Si une personne assurée perçoit déjà des prestations lorsqu'elle sort du cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat d'assurance prend fin, elle conserve son droit à des prestations après cette date, sous réserve des dispositions relatives à la durée des prestations et à l'âge final.

Le versement d'indemnités journalières maladie suppose 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.

Dans l'assurance maternité en complément aux APG, les prestations subséquentes sont exclues si après la fin du contrat, l'assurance maternité est poursuivie auprès d'un nouvel assureur.

5 Exclusions générales de couverture dans l'assurance maladie collective

Ne sont pas assurés:

a. les accidents et leurs conséquences;

b. les maladies professionnelles prises en charge par l'assurance accidents obligatoire selon la LAA;

c. 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 des maladies assurées sont néanmoins couvertes;

d. les conséquences d'opérations de chirurgie esthétique;

e. les troubles de santé préexistants (ainsi que leur aggravation ou leur rechute) dans la mesure où ils ont fait naître un droit à la rente et où le bénéficiaire de rente n'avait pas dû remplir de questionnaire de santé;

f. 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 y ait été surprise par l'éclatement de ceux-ci;

g. les conséquences d'une participation active à des attentats terroristes.

6 Libre passage pour les travailleurs

Toute personne domiciliée en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein a, dans les 90 jours qui suivent

– sa sortie du cercle des personnes assurées; ou

– l'expiration du contrat d'assurance; ou

– le paiement final du sinistre en cours, en cas de prestations subséquentes

le droit de proposer à la Mobilière la conclusion d'une assurance d'indemnités journalières selon les conditions de l'assurance maladie individuelle. L'art. 100, al. 2, LCA demeure réservé.

Les frontaliers qui ont leur domicile civil dans un État voisin limitrophe de la Suisse peuvent passer à l'assurance maladie individuelle lorsqu'immédiatement après avoir quitté l'assurance maladie collective, ils sont réputés au chômage au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire (LACI) et demandent des indemnités journalières au titre de cette assurance.

La Mobilière accepte la proposition selon les directives suivantes:

- la couverture d'assurance, y compris toutes les réserves éventuelles convenues, est transférée à l'assurance maladie (libre passage de l'assurance maladie collective à l'assurance individuelle);
- pour les personnes assurées bénéficiaires d'une rente d'invalidité qui ont été admises à l'assurance maladie collective sans examen de santé, on tient compte de leur état de santé au jour de leur admission à l'assurance maladie collective;
- pour les indemnités journalières assurées jusqu'ici, la Mobilière accorde à la personne assurée une couverture sans examen de santé dans le cadre des conditions et des tarifs en vigueur de l'assurance individuelle. Le dernier salaire assuré par cette assurance sert de base au calcul du salaire assurable de l'assurance individuelle. Toutefois, est assurable au maximum le montant qui résulte ou résulterait de l'indemnité de chômage. Le délai d'attente peut être réduit, toutefois pas à moins de 30 jours.

La nouvelle prime est calculée selon le tarif individuel, mais en fonction de l'âge au moment de l'admission dans l'assurance maladie collective de la Mobilière. Des prestations plus élevées ou d'une durée plus longue que celles convenues jusqu'ici ne peuvent pas être assurées.

Les prestations versées au titre de l'assurance maladie collective sont imputées sur les prestations de l'assurance maladie individuelle.

Le droit de passage n'est pas accordé:

a. après l'épuisement de toute la durée de prestations convenue dans la police;

b. lorsque l'âge AVS ordinaire est atteint;

c. en cas de retraite anticipée;

d. aux personnes domiciliées à l'étranger, sous réserve des dispositions relatives au libre passage des frontaliers;

e. aux personnes qui perçoivent des prestations subséquentes et aussi longtemps que celles-ci leur sont versées;

f. aux personnes sous contrat de travail saisonnier ou à durée déterminée, dans la mesure où dans leur cas, des prestations réduites s'appliquent;

g. aux personnes assurées qui sont considérées comme des indépendants ou des membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise;

h. en cas de changement d'emploi et de passage simultané à l'assurance collective d'indemnités journalières maladie du nouvel employeur ou en cas de dissolution de la présente assurance et de sa transmission à un autre assureur pour le même cercle de personnes assurées, pour autant qu'un nouvel assureur doive continuer la couverture d'assurance en vertu de la convention de libre passage;

i. en cas de prétention frauduleuse selon l'art. 40 LCA.

O Assurance accidents pour les indépendants et les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise

1 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 déjà 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 également valable pour les institutions d'assurance correspondantes des pays étrangers.

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, un maximum de CHF 500 000 au total par événement assuré est versé pour les soins et les frais, ainsi que pour les prestations garanties à concurrence des montants maximum indiqués.

La Mobilière paie par événement assuré et de façon illimitée:

a. les dépenses nécessaires et justifiées pour des mesures de traitement scientifiquement reconnues, prescrites ou exécutées par un médecin ou un dentiste;

b. les médicaments prescrits par le médecin;

c. les frais hospitaliers dans toutes les divisions de tous les hôpitaux;

d. les dépenses pour des cures prescrites par le médecin et réalisées dans un établissement de cure;

e. les dépenses pour les services médicaux du personnel soignant dispensés en dehors de l'hôpital, si le médecin estime pouvoir ainsi abréger ou éviter l'hospitalisation, ainsi que les frais pour les soins ambulatoires prescrits par le médecin pendant la durée du traitement;

f. toutes les prothèses provisoires ainsi que la première prothèse définitive;

g. 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;

h. les 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:

i. 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 5 000 par accident au plus;

j. les interventions de chirurgie esthétique nécessaires à la suite d'un accident assuré jusqu'à CHF 20 000 tout au plus;

k. une aide-ménagère ordonnée par un médecin, jusqu'à CHF 100 par jour au plus et CHF 5 000 par accident au plus;

l. l'acquisition de béquilles, de cannes, de chaussures orthopédiques, de lunettes (modèle simple et approprié) ou de lentilles de contact jusqu'à CHF 5 000 au plus;

m. les dépenses occasionnées, lorsque la lésion corporelle a nécessité un traitement médical, pour le nettoyage, la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) des vêtements endommagés de la personne assurée ainsi que des choses et véhicules des personnes ayant participé à la récupération et au transport de la personne blessée, jusqu'à CHF 5 000 au plus;

n. les opérations de recherche en vue du sauvetage ou du dégagement de la personne assurée, jusqu'à CHF 50 000 au plus;

o. à l'étranger, les frais de sauvetage et de récupération, ainsi que les frais de transport du corps, jusqu'à CHF 50 000 au plus;

p. les frais de nuitée et de repas à l'hôpital ou à proximité immédiate de l'hôpital pour des 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 5 000 par accident sur présentation des justificatifs originaux.

Ne sont pas assurés:

les participations aux frais, p. ex. 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.

Le délai d'attente commence à courir le jour où le médecin a attesté 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.

Lorsque l'âge ordinaire de la retraite AVS est atteint, la durée maximale de versement des prestations pour les personnes

a. qui sont encore assurées ultérieurement (voir art. K3) est de 180 jours pour tous les sinistres en cours, pour autant qu'elle ne prenne pas déjà fin auparavant;

b. qui sont encore assurées à ce moment-là est de 180 jours au maximum pour les nouveaux cas, moins le délai d'attente, mais au plus jusqu'à l'âge final.

Les prestations d'assurance prennent fin dans tous les cas lorsque la personne assurée atteint l'âge final.

Dans le calcul de la durée des 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 des prestations.

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

3 Capital d'invalidité

3.1 Droit au capital

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 l'événement assuré, le degré d'invalidité, sur la base d'une expertise médicale, est réduit 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 directives suivantes:

– en cas de paralysie complète ou de trouble psychique 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 totale)	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%
– du goût ou de l'odorat	5%
– de la rate	5%
– d'un rein	20%
– des deux reins	70%
si toutefois l'un des deux reins était déjà totalement 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 degrés 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 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 degré d'invalidité correspondant à l'invalidité préexistante et le degré d'invalidité correspondant à l'invalidité globale.

Un capital d'invalidité n'est versé pour des troubles psychiques ou nerveux que dans la mesure où ces troubles sont imputables à une atteinte organique 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 ci-avant.

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 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 plafonnée à CHF 20 000.

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

L'indemnité est calculée selon les tableaux 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
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
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 assuré, la Mobilière verse aux ayants droit le capital décès convenu.

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

4.2 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.

5 Exclusions générales de couverture dans l'assurance 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, à des rallyes et à 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 le 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. survenant en cas de troubles de tout genre et 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 ni comme instigatrice;
   f. survenant lors de la perpétration intentionnelle de crimes et de délits et de leur tentative;
   g. en relation avec le service dans une armée étrangère;
   h. 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 y ait été surprise par l'éclatement de ceux-ci;
   i. lors de la participation à des rixes et des bagarres, à moins que la personne assurée n'ait été blessée par les protagonistes alors qu'elle ne prenait aucune part active à la rixe ou à la bagarre ou qu'elle venait en aide à une personne sans défense;
   j. liés au fait que la personne assurée a provoqué gravement d'autres personnes;
   k. résultant d'une participation active à des attentats terroristes;
   l. consécutifs à des interventions de chirurgie esthétique non liées à un accident assuré;
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 Prestations après la cessation du contrat d'assurance

Si l'accident est survenu pendant la durée du contrat, les prestations continuent d'être 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, 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.

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 Indépendants

Est considérée comme personne exerçant une activité lucrative indépendante toute personne qui travaille en son nom propre et pour son propre compte, et qui est indépendante dans son travail et assume elle-même le risque économique.

2 Membres de la famille qui travaillent dans l'entreprise

Sont réputées membres de la famille les personnes qui fournissent un travail dans l'entreprise familiale. L'entreprise doit être dirigée par un membre de la famille, lui-même indépendant.

3 Travailleurs

Est considérée comme travailleur toute personne qui exerce une activité lucrative dépendante et perçoit un salaire soumis à l'AVS pour cette activité.

4 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.

5 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.

6 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.

7 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.

8 Aides ménagères

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.

9 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 graves et de suites d'accidents.

10 Établissements 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.

11 Âge final pour l'indemnité journalière

L'âge final est le dernier jour du mois au cours duquel la personne assurée atteint l'âge de 70 ans. L'indemnité journalière cesse lorsque la personne assurée atteint l'âge final.