

MES SOUHAITS
POUR LA
REPRÉSENTATION
LÉGALE



MANDAT POUR
CAUSE D'INAPTITUDE

Remarque / Introduction

Remarque

Ce document a été établi pour vous servir de modèle pour la constitution d'un mandat pour cause d'inaptitude.

Afin que ce mandat soit conforme aux prescriptions de forme et donc valable, vous devez soit

- adapter ce modèle à vos besoins ou le compléter et le consigner en l'écrivant de votre propre main, le dater et le signer. Le mandat doit être entièrement écrit à la main par vous-même, à l'image d'un testament holographe ;

soit

- adapter ou compléter ce modèle selon les indications désirées par vous et le faire établir en la forme authentique par un officier public, par exemple un notaire.

Si une personne morale est mandatée, il est obligatoire de désigner également une personne physique pour la représentation concernant les mesures médicales, la personne morale ne pouvant agir dans ce domaine.

Je soussigné(e)

.....
.....
.....
.....

(prénom, nom, date de naissance, lieu d'origine, domicile)

énonce, pour le cas d'une perte durable ou temporaire de ma capacité de discernement ou de l'incapacité d'exprimer ma volonté, le mandat pour cause d'inaptitude suivant :

Mandataire

Je mandate la personne suivante pour prendre en mon nom toutes les dispositions nécessaires :

.....
.....
.....
.....

(pour les personnes physiques : indiquer prénom, nom, date de naissance, lieu d'origine, domicile, numéro de téléphone, adresse électronique ; pour les personnes morales : indiquer raison sociale, siège, domicile, numéro de téléphone et adresse électronique)

En cas d'empêchement du mandataire désigné cidessus, de refus ou de résiliation du mandat pour cause d'inaptitude, je souhaite que la personne suivante se charge de toutes les dispositions en mon nom :

.....
.....
.....
.....

(pour les personnes physiques : indiquer prénom, nom, date de naissance, lieu d'origine, domicile, numéro de téléphone, adresse électronique ; pour les personnes morales : indiquer raison sociale, siège, domicile, numéro de téléphone et adresse électronique)

Si une personne morale est chargée de prendre les mesures personnelles anticipées, je désigne la personne physique suivante pour qu'elle me représente envers les tiers, en particulier les médecins et le personnel soignant et d'encadrement, uniquement dans le domaine des mesures médicales, tout en informant la personne morale mandatée pour les autres domaines :

.....
.....
.....
.....

(prénom, nom, date de naissance, lieu d'origine, domicile, numéro de téléphone, adresse électronique ; cette personne peut également être une personne travaillant pour la personne morale)

En cas d'empêchement ou de refus de la personne physique désignée ci-dessus, je désigne la personne suivante pour qu'elle assure la représentation :

.....
.....
.....
.....

(prénom, nom, date de naissance, lieu d'origine, domicile, numéro de téléphone, adresse électronique ; cette personne peut également être une personne travaillant pour la personne morale)

Étendue du mandat / Indemnité

Toutes les dispositions nécessaires englobent tous mes intérêts, c'est-à-dire l'assistance personnelle, y compris la représentation dans le cadre de mesures médicales, la gestion du patrimoine et la représentation dans les rapports juridiques avec des tiers.

La personne mandatée peut entreprendre en mon nom et à son gré l'ensemble des actions étant dans mon intérêt et ce pour tous les domaines, sous réserve des restrictions suivantes :

- Sont exclues les opérations en capital allant au-delà de CHF, qui ne sont pas exigées par des mesures médicales ou de soin. La personne mandatée devra demander l'autorisation pour de telles opérations auprès de l'office de protection de l'adulte.
- Est également exclue la transmission d'actifs à des tiers sans contre-prestation conforme aux exigences du marché ; sont uniquement autorisés les paiements en raison d'obligations d'assistance ainsi que les cadeaux d'usage dans les proportions antérieures.
- La personne que j'ai mandatée doit respecter toutes les directives anticipées éventuelles. Ces dernières sont déposées au lieu suivant :

.....
.....

- La personne mandatée doit respecter toutes les dispositions que j'aurais prises concernant mon décès. Ces dernières sont déposées au lieu suivant :

.....
.....

Pour l'exécution de son mandat, le mandataire peut faire appel à une tierce personne qualifiée (remplaçant ou auxiliaire).

Par la présente, je délègue entièrement et pour tous les domaines du secret professionnel, de fonction ou autre, envers la personne mandatée, toutes les personnes qui y sont soumises.

L'indemnisation de la personne mandatée doit avoir lieu de la manière suivante (cochez votre choix) :

- pas d'indemnisation mais remboursement des débours contre présentation des justificatifs ;
- honoraires par heure de CHF, débours remboursés contre présentation du justificatif, les frais déboursés doivent être consignés par écrit et faire l'objet d'un décompte trimestriel ;
- indemnisation appropriée fixée par l'autorité de protection de l'adulte compétente.

Ce mandat pour cause d'inaptitude est soumis au droit matériel suisse, en particulier aux articles 360 ss. du Code civil suisse ; le conflit de lois (en particulier du droit international privé) et d'éventuels traités internationaux est exclu. Le seul for compétent pour tous les différends pouvant résulter de ce mandat est la juridiction sise au domicile de l'autorité de protection de l'adulte concernée en Suisse.

Lieu, date

Signature



Fondation Armée du Salut Suisse

Laupenstrasse 5 | 3008 Berne

Téléphone 031 388 06 39 | armedusalut.ch

prevoyance@armedusalut.ch | testament@armedusalut.ch

Compte réservé aux dons IBAN : CH37 0900 0000 3044 4222 5