

Modèle de mandat pour cause d'inaptitude

Important : le mandat pour cause d'inaptitude n'est pas valable si vous imprimez ce modèle et le signez. **Le modèle doit être recopié à la main, daté et signé.**

MANDAT POUR CAUSE D'INAPTITUDE

Nom, prénom
Né(e) le
Origine
Domicilié(e) à
.....
.....
.....
Résidant à
.....
.....

Pour le cas où je ne pourrais plus former ma volonté ou l'exprimer de manière compréhensible, que ce soit temporairement ou durablement, (en cas d'incapacité de discernement), la personne suivante me représentera en tant que mandataire pour cause d'inaptitude dans les domaines précisés ci-après :

Nom, prénom
Fonction
Domicilié(e) à
.....

En cas d'empêchement, la personne suivante me représentera :

Nom, prénom
Fonction
Domicilié(e) à
.....

- 1) **Mandat de portée générale** comprenant l'assistance personnelle, y.c. pour les questions médicales, la gestion du patrimoine et les rapports juridiques avec des tiers.
En particulier :
 - a. Diligenter toutes les mesures pour ma santé et assurer la défense des droits y relatifs afin d'assurer un traitement et des soins optimaux.
 - b. Gérer mes affaires quotidiennes et favoriser ma participation à la vie sociale, dans toute la mesure du possible.
 - c. Défendre mes intérêts financiers, gérer l'ensemble de mon patrimoine, disposer de celui-ci et prendre toutes les mesures y relatives.
 - d. *Acquérir, grever et aliéner des biens-fonds, et diligenter les inscriptions correspondantes au registre foncier.*

- e. Engager tous les procès, négociations contractuelles, demandes et négociations nécessaires pour la réalisation du mandat.
- f. Le mandataire n'est pas autorisé à aliéner à titre gracieux des valeurs patrimoniales du mandant, à l'exception de cadeaux circonstanciés et de pourboires et autres cadeaux d'usage.
- g. Le mandataire est en droit de faire appel à des substituts et à des auxiliaires pour la réalisation du mandat.

2. Je libère du secret professionnel et de fonction face au mandataire toutes les personnes soumises à un tel secret (notamment les banques et les médecins, ainsi que les fonctionnaires).

3. Des directives anticipées du patient rédigées séparément prévalent sur le présent document.

4. *Le mandant pour cause d'inaptitude est soumis au droit suisse, indépendamment de ma nationalité et de mon domicile. Le for juridique est à :*

.....

5. Je révoque tout mandat antérieur pour cause d'inaptitude.

6. *Rémunération/frais : les charges du mandataire sont rémunérées sur la base d'une note d'honoraires détaillée, au tarif usuel de la place pour des représentations professionnelles ou privées. Les frais sont remboursés sur présentation des justificatifs, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'un tarif de Fr. 0.70 par kilomètre ou, en cas d'utilisation des transports publics, sur la base des tarifs en vigueur pour la 2^e classe. Les frais sont remboursés forfaitairement.*

7. *Je rédige ce document après mûre réflexion et en assumant l'entière responsabilité. J'ai conscience de la signification et de la portée de ma déclaration. Je suis notamment conscient que ces directives sont contraignantes pour mes médecins, mes assistants et les bénéficiaires d'une procuration. J'ai discuté les présentes directive avec les personnes suivantes, qui peuvent confirmer que j'étais, à ce moment et selon leur perception, capable de discernement, et que la teneur de ces directives correspond à ma volonté.*

Nom, prénom, adresse

.....

Nom, prénom, adresse

.....

Lieu et date, signature

.....