

A photograph of a food truck scene. A chef with a beard and curly hair is working behind a wooden counter. Two customers are standing in front of the counter, one holding a plate of food. The truck is decorated with colorful bunting flags. A large green leaf-shaped graphic is overlaid on the right side of the image, containing text.

TRAVAILLEURS  
NON SALARIÉS  
(TNS)

PRÉVOYANCE

# AUTO-ENTREPRENEURS ET MICRO-ENTREPRISES

## Dossier d'adhésion

- Fiche produit
- Demande d'adhésion
- Déclaration de santé
- Questionnaire médical
- Mandat de prélèvement récurrent SEPA
- Conditions générales



**Le contrat AEME a pour objet d'accorder à ses adhérents une couverture en Décès, Arrêt de travail et Invalidité. Les garanties Incapacité Temporaire de travail et Invalidité Permanente permettent de compenser la perte de revenu de l'adhérent qui ne pourra donc bénéficier d'indemnités supérieures aux ressources dont il dispose en période d'activité rémunérée.**

« AEME » est un contrat de Prévoyance décès et Incapacité - Invalidité

### CONDITIONS D'ADHÉSION

AEME peut être souscrit par tout adhérent âgé d'au moins 18 ans répondant aux conditions prévues par la Loi de modernisation de l'Économie du 4 août 2008 ce qui implique la réalisation d'un CA inférieur à :

- 80 000 €/an pour les activités de vente de marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place ou les prestations d'hébergement ;
- 32 000 € pour les activités de prestations autres que celles relevant du seuil des 80 000 € ;
- 32 000 € pour les autres activités de service imposables dans la catégories des bénéficiaires non commerciaux (BNC) c'est-à-dire principalement les professions libérales.

L'adhésion au contrat s'effectue après acceptation du Questionnaire Médical joint au Bulletin d'Adhésion. Les garanties cessent au 67ème anniversaire de l'adhérent ou à 62 ans pour la PTIA.

### FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

#### 3 formules

15 000 € - 25 000 € - 35 000 €

#### Deux garanties

##### • Décès toutes causes

#### Formule 15 000 €

- Décès seul : 15 000 €
- Option Incapacité et Invalidité : Indemnités Journalières (Franchise 1er jour accident / 1er jour hospitalisation supérieure à 3 jours / 30 jours maladie) : 15 €/jour - Rente d'Invalidité : 5 475 €/an

#### Formule 25 000 €

- Décès seul : 25 000 €
- Option Incapacité et Invalidité : Indemnités Journalières (Franchise 1er jour accident / 1er jour hospitalisation supérieure à 3 jours / 30 jours maladie) : 25 €/jour - Rente d'Invalidité : 9 125 €/an

#### Formule 35 000 €

- Décès seul : 35 000 €
- Option Incapacité et Invalidité : Indemnités Journalières (Franchise 1er jour accident / 1er jour hospitalisation supérieure à 3 jours / 30 jours maladie) : 35 €/jour - Rente d'Invalidité : 12 775 €/an

##### • Accident

#### Formule 15 000 €

- Décès seul : 15 000 €
- Incapacité et Invalidité : Indemnités Journalières (Franchise au choix : 8, 15 ou 30 jours) : 15 €/jour - Capital d'Invalidité : 15 000 €

#### Formule 25 000 €

- Décès seul : 25 000 €
- Incapacité et Invalidité : Indemnités Journalières (Franchise au choix : 8, 15 ou 30 jours) : 25 €/jour - Capital d'Invalidité : 25 000 €

#### Formule 35 000 €

- Décès seul : 35 000 €
- Incapacité & Invalidité : Indemnités Journalières (Franchise au choix : 8, 15 ou 30 jours) : 35 €/jour - Capital d'Invalidité : 35 000 €

### COTISATION

#### 3 classes de tarification

**Classe 1 :** Consultants - Commerciaux sédentaires et non sédentaires

**Classe 2 :** Activités de multiservices pratiquées sur des hauteurs de 3 mètres maximum

**Classe 3 :** Activités de multiservices pratiquées sur des hauteurs de 3 mètres et au-delà (tarification à la demande)

La cotisation est par tranche d'âge atteint.

### RÉSILIATION

Elle est envisageable à tout moment par l'adhérent moyennant un préavis de 2 mois.











## Questionnaire médical confidentiel

Les réponses au présent questionnaire doivent être obligatoirement écrites  
de la main de la personne à assurer

### Adhérent

M  Mme

NOM ..... PRÉNOM .....

NOM DE JEUNE FILLE ..... DATE DE NAISSANCE .....

PROFESSION .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)

Profession actuelle (cochez la case correspondante)

Artisan  Commerçant, Industriel  Profession libérale Activité : .....

### Caractéristiques du Contrat

Type de risque :  Décès PTIA  Invalidité  Indemnités journalières

Capital [.....]

Délai de la franchise IJ [.....]

### **Veillez compléter le questionnaire médical figurant au verso**

Le médecin de l'UNMI dispose d'un micro-ordinateur destiné à gérer plus facilement les dossiers des assurés, et à réaliser, le cas échéant, les travaux statistiques, ceci dans le strict respect du secret médical.

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et afin de permettre à l'assureur de préserver la confidentialité des informations transmises, vous devez adresser votre questionnaire médical dûment complété et signé au Service Médical sous la responsabilité du Médecin Conseil de l'UNMI (sous pli cacheté notamment lorsque le document comporte des données médicales). Dans tous les cas, les données transmises sont couvertes par le secret professionnel. Le Médecin Conseil (ou le Service Médical) pourra demander des pièces ou examens médicaux complémentaires qui devront être transmis sous pli confidentiel. Le Médecin Conseil répondra à toute demande d'information de votre part.

Les informations demandées dans le présent questionnaire médical sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre dossier. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous pouvez accéder aux informations vous concernant et demander qu'il soit procédé à d'éventuelles rectifications en vous adressant par écrit au médecin conseil de l'UNMI. Sauf opposition justifiée de votre part, elles feront l'objet d'un enregistrement informatique exclusivement réservé à l'usage du médecin conseil de l'UNMI.

Ce document peut être remis sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur.

**Signature de l'adhérent**

## Questionnaire médical confidentiel

Les réponses au présent questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer

**INDIQUEZ**  M  Mme      **NOM** .....      **PRÉNOM** .....

**Votre taille** (hauteur) ..... cm      **Votre poids** ..... kg

Les nom et adresse de votre médecin habituel : .....

.....

	<b>QUESTIONS</b>	<b>Répondre par OUI ou NON</b>	<b>Si OUI, PRÉCISIONS DEMANDÉES</b> <i>(utiliser si nécessaire une feuille annexe)</i>
<b>1</b>	Êtes-vous atteint d'une infirmité quelconque ou en état d'invalidité ? Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie grave, chronique ou récidivante ? Avez-vous été victime d'un accident ?	..... ..... .....	Laquelle (ou lequel) ..... À quelle(s) date(s) ..... Cause ..... Taux d'invalidité .....
<b>2</b>	Suivez-vous un traitement régulier ou faites-vous l'objet d'une surveillance médicale ?	.....	Lesquels ..... Pour quelle affection ..... Depuis quelle date .....
<b>3</b>	Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du Ticket Modérateur (prise en charge à 100 %) ?	.....	Quand ..... Pour quel motif .....
<b>4</b>	Êtes-vous atteint d'une myopie dont la correction dépasse 5 dioptries ?	.....	Nombre de dioptries    OG .....    OD ..... Traitement .....
<b>5</b>	Des propositions d'assurance reposant sur votre tête ont-elles été : - refusées ou ajournées ? - acceptées avec surprime ? - acceptées avec exclusion(s) ?	..... ..... .....	Date .....    Motif ..... Date .....    Motif ..... Date .....    Motif .....
<b>6</b>	Votre profession comporte-t-elle des activités particulières ou dangereuses ?	.....	Lesquels .....
<b>7</b>	Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens complémentaires biologiques (Hépatite, HIV, Glycémie, ....), radiologiques ou autres dont le résultat s'est révélé anormal ?	.....	Date des examens et résultats ..... ..... <i>(joindre les comptes rendus)</i>
<b>8</b>	Au cours des 5 dernières années, avez vous eu des arrêts de travail de plus de 20 jours (sauf congé légal de maternité) ? Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ou exercez-vous une activité réduite ou modifiée pour raison de santé ?	..... .....	Date d'arrêt .....    Durée ..... Motif ..... Traitement suivi .....
<b>9</b>	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été soigné en établissement hospitalier (sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, hernie inguinale, hémorroïdes) ? Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ?	..... .....	Lesquels ..... ..... À quelle(s) date(s) ..... Suites ..... <i>(joindre le compte rendu opératoire + histologie)</i>

Je certifie exacts les renseignements donnés sur ce formulaire et reconnais que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle tendant à atténuer l'importance du risque, entraînerait la nullité de l'assurance, conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité.

Fait à ....., le ..... Signature de la personne à assurer *(précédée de la mention « lu et approuvé »)*





# RÈGLEMENT MUTUALISTE

## INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ - DÉCÈS ET PTIA

*Cette notice d'information est relative au contrat d'assurance individuelle souscrit auprès de l'UNMI en vue de la mise en place d'un régime de prévoyance complémentaire.*

*Le contrat a pour objet d'accorder à ses adhérents les garanties incapacité de travail, rente d'invalidité, ainsi que des garanties en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.*

### LEXIQUE

#### Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

**Le suicide, la tentative de suicide, l'infarctus du myocarde, les affections coronariennes, les pathologies soudaines, les affections dues à un choc émotif ou à un surmenage, ne sont pas considérés comme des accidents.**

**Ne sont pas considérées non plus comme d'origine accidentelle les altérations ou lésions de la colonne vertébrale consécutives à un effort (sciatalgies, lombalgies, dorsalgies, cervicalgies...).**

**Sauf si elles ont entraîné une hospitalisation en chirurgie d'au moins 2 nuits.**

#### Accident de la circulation

Tout accident survenu en un lieu ouvert à la circulation publique ou privée dont est victime l'adhérent, causé par l'action de tout véhicule ou moyen de transport, privé ou public, en mouvement ou non, et destiné à être utilisé sur terre, sur voie ferrée, sur l'eau ou dans l'air, que l'adhérent soit passager ou conducteur dudit véhicule ou moyen de transport, ou qu'il se trouve hors de celui-ci.

#### Conjoint, Concubin, PACSE

Personne avec laquelle :

- l'adhérent est marié non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée (conjoint) ;
- l'adhérent vit en concubinage (concubin). Le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union ;
- il existe lors du sinistre un pacte civil de solidarité (Pacsé).

#### Ascendants à charge

Il faut entendre par ascendants à charge les ascendants de l'adhérent fiscalement considérés comme à la charge de l'adhérent ou qui perçoivent de l'adhérent une pension alimentaire déductible de son revenu imposable.

#### Franchise

Durée ininterrompue d'incapacité de travail non indemnisée par l'assureur. Pour donner lieu à indemnisation, l'arrêt de travail doit être total, continu et d'une durée supérieure à la franchise.

#### Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

L'adhérent est en ITT s'il est dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer son activité professionnelle, et ne remplit pas les conditions nécessaires à la liquidation d'une pension de vieillesse du régime obligatoire de Sécurité sociale des indépendants.

#### Invalidité Permanente

L'adhérent est en invalidité permanente s'il se trouve dans l'impossibilité complète ou partielle et permanente d'exercer son activité professionnelle ou une activité équivalente, et ne remplit pas les conditions nécessaires à la liquidation d'une pension de vieillesse du régime obligatoire de Sécurité sociale des indépendants.

#### Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

État dans lequel se trouve un adhérent, si, suite à un accident ou une maladie survenant pendant la période garantie il est dans l'impossibilité de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque pouvant procurer gain ou profit, et si cet état nécessite l'assistance définitive d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante (tels qu'entendu au sens de l'article L.355-1 du Code de la sécurité sociale), sous réserve que l'adhérent ne remplisse pas les conditions nécessaires à la liquidation d'une pension de vieillesse du régime obligatoire de Sécurité sociale des indépendants. L'état de PTIA est constaté par le service médical de l'UNMI.

#### Rechute

En cas de nouvel arrêt de travail survenu dans les soixante jours qui suivent le terme du précédent arrêt de travail et à condition que ce nouvel arrêt ait la même origine, il ne sera pas fait application d'un nouveau délai de franchise.

## Article 1

### Nature et objet du règlement

Le présent règlement mutualiste, régi par le Code de la mutualité, définit et fixe les droits et obligations réciproques existants entre l'UNMI et chaque adhérent à cette opération d'assurance individuelle.

Les dispositions du présent règlement mutualiste peuvent être modifiées par l'assemblée générale de l'UNMI.

L'assemblée générale de l'UNMI peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration.

Les adhérents sont informés des modifications par l'UNMI par lettre simple.

## Article 2

### Conditions d'adhésion

Les conditions à remplir sont les suivantes :

- ne pas avoir atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse du régime obligatoire de Sécurité sociale des indépendants ;
- exercer une activité non salariée, non agricole, rémunérée, normale et effective dont le régime d'imposition relève de la catégorie des bénéficiaires non commerciaux ou des bénéficiaires industriels et commerciaux dans la limite de la fiscalité des Auto-Entrepreneurs ou de la Micro-Entreprise ;
- ne pas être en arrêt de travail ; le congé de maternité n'est pas assimilé à un arrêt de travail ;
- l'adhérent doit avoir sa résidence principale en France métropolitaine ou dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane) (DROM), et son activité doit être exercée en France métropolitaine, dans un DROM, ou dans les pays appartenant à la Communauté Européenne ou en Suisse.

## Article 3

### Formalités d'adhésion

Elles sont obligatoires pour tous les adhérents :

- remplir et signer la demande d'adhésion, en précisant la profession exacte de l'adhérent et le code NAF et le numéro SIRET de l'entreprise ;
- verser la première cotisation (équivalent aux trois premiers mois de cotisations) ;
- joindre la photocopie de la carte d'identité de l'adhérent en cours de validité ;
- joindre tout justificatif de l'existence de l'entreprise (extraits K-bis, registre des métiers, CFE, ...) ;
- joindre tout justificatif des revenus ;
- joindre tout justificatif de domicile ;
- remplir et signer le mandat de prélèvement SEPA et joindre un relevé d'identité bancaire si l'adhérent opte pour le paiement des cotisations par prélèvement ;
- pour la « Formule toutes causes », remplir avec exactitude et signer un questionnaire médical, fournir si nécessaire les rapports et résultats des examens médicaux, l'ensemble étant adressé sous pli cacheté et confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'UNMI.

Le médecin conseil de l'UNMI pourra demander, le cas échéant, des pièces et examens médicaux complémentaires pris en charge par l'UNMI. Les pièces, rapports et résultats d'examens devront être transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'UNMI.

La décision de l'UNMI pourra être :

- acceptation de l'adhésion aux conditions standards ;
- acceptation de l'adhésion avec des restrictions d'une ou plusieurs garanties ;
- acceptation de l'adhésion avec exclusion médicale ;
- acceptation de l'adhésion avec une cotisation supérieure ;
- acceptation de l'adhésion avec des restrictions de garanties et/ou exclusions médicales et/ou une cotisation supérieure ;
- refus de l'adhésion.

La décision de l'UNMI sera notifiée à l'adhérent ; si l'adhésion est acceptée moyennant des exclusions médicales ou des restrictions de garanties, ou une cotisation supérieure, l'adhérent doit donner son accord écrit sur celles-ci.

Le cas échéant, l'adhérent peut saisir le médecin conseil d'une demande d'information complémentaire. Ce dernier lui adressera une réponse, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin désigné par ses soins.

L'UNMI s'engage à prendre toutes dispositions pour préserver la confidentialité des informations transmises.

## Article 4

### Nullité pour fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'UNMI, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'UNMI qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

## Article 5

### Résiliation ou réduction des prestations pour fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, l'UNMI a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisations acceptée par l'adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. L'UNMI restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport au taux des cotisations

qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

#### Article 6

##### Prise d'effet et durée de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est précisée sur les conditions particulières (lesquelles valent bulletin d'adhésion) adressées par l'UNMI :

- en cas d'acceptation simple de la demande d'adhésion par l'UNMI, elle correspond à la date d'effet indiquée sur cette demande, celle-ci devant être fixée au plus tôt au premier jour du mois qui suit la réception par l'UNMI de la demande d'adhésion sans, en tout état de cause, être antérieure à la date de réception par l'UNMI de cette demande;
- en cas d'acceptation avec exclusions médicales, restriction de garanties ou majoration de cotisation, elle correspond au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant celui au cours duquel l'UNMI a reçu l'accord écrit de l'adhérent sur les conditions d'acceptation qui lui auront été notifiées.

En cas de défaut de paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation, la date d'effet de l'adhésion est reportée à la date effective de l'encaissement de celle-ci.

En cas de refus de l'adhésion par l'UNMI, la cotisation est intégralement remboursée.

En cas d'accident survenant entre :

- la date x, x étant la date la plus récente entre la date de réception par l'UNMI de la demande d'adhésion et la date d'effet indiquée sur la demande d'adhésion;
- et la date d'envoi, soit des conditions particulières, soit de la décision de refus;

l'UNMI indemniser le demandeur pour les risques figurant sur la demande d'adhésion, conformément au présent règlement mutualiste. La date d'effet ne pourra pas être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion.

L'adhésion est conclue pour une durée expirant le 31 décembre de l'année d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque 1<sup>er</sup> janvier par tacite reconduction. Elle prend fin en tout état de cause quand l'adhérent remplit les conditions nécessaires à la liquidation d'une pension de vieillesse du régime obligatoire de sécurité sociale des indépendants.

#### Article 7

##### Prise d'effet des garanties et délais de stage

**En cas d'accident**, les garanties prennent effet au jour de la date d'effet de l'adhésion (cf. Article 6 supra).

**En cas de maladie**, les garanties Décès et PTIA prennent effet au jour indiqué sur les conditions particulières envoyées par l'UNMI et **les garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente** :

- douze mois après la prise d'effet de l'adhésion pour les maladies psychiatriques et troubles du psychisme y compris réactionnels ;
- neuf mois après la prise d'effet de l'adhésion pour les grossesses pathologiques ;
- trois mois après la prise d'effet de l'adhésion dans les autres cas.

Toutes les conséquences ultérieures des affections ou maladies survenues avant la prise d'effet de l'adhésion et ayant fait l'objet d'exclusions médicales mentionnées sur la lettre du médecin conseil de l'UNMI à laquelle font référence les conditions particulières ou pendant ces délais (3, 9 ou 12 mois) restent exclues.

Ces délais de stage ne s'appliquent pas si l'adhérent peut justifier qu'il bénéficiait de garanties antérieures de même nature, résiliées de son fait depuis moins de 45 jours avant son adhésion. L'indemnisation se ferait alors dans la limite des garanties antérieures si elles étaient moins élevées que celles prévues par ce contrat.

#### Article 8

##### Résiliation de l'adhésion.

L'adhésion peut être résiliée :

- à la date d'échéance annuelle (31/12) suite à l'envoi d'une lettre recommandée de l'adhérent avant le 1<sup>er</sup> novembre précédent ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations conformément à la procédure rappelée à l'article 16 ci-après ;
- et, conformément à l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989 dite Loi Evin, à l'échéance anniversaire de l'adhésion pendant les 2 premières années d'adhésion, sous réserve pour l'UNMI de le notifier à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu 2 mois avant la date de la résiliation, lorsque l'adhésion couvre également les garanties incapacité temporaire et invalidité permanente ;
- conformément à l'article L.221-17 du code de la mutualité, lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, ou de départ ou mise en retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties **lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.**

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de sa notification.

L'UNMI doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

#### Article 9

##### Territorialité

Pour des séjours n'excédant pas 3 mois les garanties s'exercent dans le monde entier, **sauf pour les régions et pays formellement déconseillés par le ministère des affaires étrangères.**

Cependant, l'incapacité survenue dans un pays étranger ne sera indemnisée que si l'adhérent a été hospitalisé dans un établissement de soins. Dans le cas où aucune

hospitalisation n'aurait eu lieu, l'indemnisation ne débutera qu'à l'issue de la période de franchise décomptée à partir de la date de la constatation médicale de l'incapacité réalisée en France métropolitaine ou dans un DROM.

L'indemnisation d'une invalidité survenue à l'étranger débutera dès la constatation médicale de l'état d'invalidité réalisée en France métropolitaine ou dans un DROM.

#### Article 10

##### Objet des garanties

**Garanties de Prévoyance : Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente.**

**Garanties en CAPITAUX: Décès, PTIA et Invalidité Accidentelle.**

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente peuvent permettre de compenser la perte de revenu de l'adhérent. **Il ne pourra donc bénéficier d'indemnités supérieures aux ressources dont il dispose en période d'activité rémunérée compte tenu des prestations versées par le régime obligatoire de sécurité sociale ou tout autre organisme assureur.** Un contrôle de cohérence sera effectué avec les justificatifs ayant permis d'établir la rémunération de l'adhérent lors de l'adhésion et lors du sinistre (procès verbal de l'assemblée générale approuvant la rémunération, déclaration commune de revenus des indépendants, avis d'imposition...).

**L'adhérent est tenu d'informer l'UNMI de tout changement d'activité professionnelle ou de statut dans les 30 jours qui suivent et d'adapter ses garanties à sa nouvelle situation. En cas de baisse des revenus de son activité, l'adhérent doit également en informer l'UNMI et adapter ses garanties à sa nouvelle situation.**

**Les garanties souscrites et leurs montants sont précisés sur la demande d'adhésion et repris aux Conditions Particulières.**

En conséquence, l'Adhérent n'est concerné par les clauses qui suivent que pour la (ou les) garantie(s) qu'il a choisie(s).

L'adhérent opte, sur sa demande d'adhésion, pour l'une des deux formules suivantes : « Formule toutes causes » ou « Formule accident ».

#### Article 10.1

##### Garantie Décès ou PTIA (obligatoire)

L'adhérent peut choisir entre :

La « Formule toutes causes »

En cas de décès de l'adhérent quelle que soit la cause, l'UNMI verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) conformément à l'article 11, le capital fixé aux conditions particulières.

**En cas de PTIA, le versement du capital Décès par anticipation à l'adhérent met fin à cette garantie.**

**Dans la « Formule toutes cause », aucune autre garantie ne peut être souscrite sans la garantie Décès ou PTIA toutes causes.**

La « Formule accident »

Cette garantie permet le versement de capitaux, fixés sur les conditions particulières, en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent résultant d'un accident.

Le décès ou la PTIA doivent survenir dans les 365 jours suivant l'accident et en être la conséquence directe. Il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou la reconnaissance de la PTIA.

En cas de décès de l'adhérent, les capitaux sont versés au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) conformément à l'article 11.

**En cas de PTIA « accidentels », le versement du capital Décès « accidentel » par anticipation à l'adhérent met fin à cette garantie.**

**Dans la « Formule accident », aucune autre garantie ne peut être souscrite sans la garantie Décès ou PTIA accident.**

#### Article 10.2

##### Garantie doublement Décès ou PTIA « accidentels » (optionnelle)

Cette garantie ne peut être souscrite que dans le cadre de la « Formule toutes causes ».

Elle permet le versement d'un capital supplémentaire, fixé sur les conditions particulières, en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent résultant d'un accident. Le capital supplémentaire est versé aux mêmes bénéficiaires que celui de la Garantie Décès ou PTIA toutes causes.

Le décès ou la PTIA doivent survenir dans les 365 jours suivant l'accident et en être la conséquence directe. Il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou la reconnaissance de la PTIA.

**En cas de PTIA « accidentel », le versement du capital Décès « accidentel » par anticipation à l'adhérent met fin à cette garantie.**

#### Article 10.3

##### Garantie triplement Décès ou PTIA « accident de la circulation » (optionnelle)

Cette garantie ne peut être souscrite que dans le cadre de la « Formule toutes causes ».

Elle permet le versement d'un capital supplémentaire, fixé sur les conditions particulières, en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent résultant d'un accident de la circulation. Le capital supplémentaire est versé aux mêmes bénéficiaires que celui de la Garantie Décès ou PTIA toutes causes.

Le décès ou la PTIA doivent survenir dans les 365 jours suivant l'accident de la circulation et en être la conséquence directe. Il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de l'accident de la circulation et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou la reconnaissance de la PTIA.

**En cas de PTIA « accident de la circulation », le versement du capital Décès « accident de la circulation » par anticipation à l'adhérent met fin à cette garantie.**

#### Article 10.4

##### Incapacité Temporaire Totale de travail (optionnelle)

La « Formule toutes causes »

Lorsque l'adhérent se trouve en état d'incapacité temporaire totale de travail, cette garantie prévoit le versement d'une indemnité journalière dont le montant est fixé sur les conditions particulières, à l'expiration d'un

délai de franchise précisé aux conditions particulières.

**La garantie incapacité temporaire totale de travail ne peut être souscrite sans la garantie invalidité permanente.**

La « Formule accident »

Lorsque l'adhérent se trouve en état d'incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, cette garantie prévoit le versement d'une indemnité journalière dont le montant est fixé sur les conditions particulières, à l'expiration d'un délai de franchise précisé aux conditions particulières.

Il appartient à l'adhérent d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et l'état d'incapacité temporaire totale.

Quelle que soit la Formule choisie, la prestation cesse :

- avec la fin de l'état d'incapacité temporaire totale de travail ;
- au 1095<sup>e</sup> jour d'arrêt continu de travail au plus tard. En cas d'arrêts de travail successifs, cette durée maximale d'indemnisation se reconstitue si entre deux arrêts la reprise de travail est au moins égale à six mois. Dans le cas contraire, les arrêts se cumulent dans la limite maximum de 1095 jours ;
- lors de la reconnaissance à l'état d'invalidité permanente ;
- lorsque l'état de santé de l'adhérent est consolidé ;
- lorsque l'adhérent remplit les conditions nécessaires à la liquidation d'une pension de vieillesse du régime obligatoire de sécurité sociale des indépendants.

#### Article 10.5

##### Rente d'invalidité permanente

Cette garantie ne peut être souscrite que dans le cadre de la « Formule toutes causes » et sans la garantie Incapacité temporaire totale de travail

À l'expiration de la période de paiement de l'indemnité d'incapacité temporaire totale, cette garantie prévoit le versement d'une rente à l'adhérent dont le montant est fixé sur les conditions particulières, s'il est en état d'invalidité permanente.

Pour qu'il y ait invalidité permanente, il est nécessaire de produire la décision d'un organisme de base reconnaissant l'état d'invalidité totale et définitive, ou que l'état de santé de l'adhérent soit consolidé, c'est-à-dire que les lésions soient stabilisées en un état définitif de séquelles permanentes.

Le taux d'invalidité permanente est déterminé par un médecin expert désigné par l'UNMI, qui fixe ce taux à partir de deux critères d'incapacité :

- l'incapacité fonctionnelle ;
- l'incapacité professionnelle.

Selon le tableau en annexe 1.

Le taux d'incapacité fonctionnelle (IF) est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, en s'inspirant des critères d'évaluation en droit commun. Il varie de 0 à 100 %.

Le taux d'incapacité professionnelle (IP) est apprécié en fonction de la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont

elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normal, des possibilités d'exercice restantes, des possibilités de reclassement dans une profession socialement équivalente. Il varie de 0 à 100 %.

Le montant de la rente annuelle est égale à :

- 365 fois le montant de l'indemnité journalière choisie pour les adhérents dont le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 % ;
- 50 % de ce montant pour ceux dont le taux d'invalidité est compris entre 33 % et 65 % inclus.

Aucune rente n'est versée si le taux d'invalidité est inférieur à 33 %.

Les prestations versées par l'UNMI (trimestriellement à terme échu) peuvent être révisées ou arrêtées en cas d'évolution de l'état de santé de l'adhérent.

Cette prestation cesse :

- avec la fin de l'état d'invalidité permanente ;
- lorsque l'adhérent remplit les conditions nécessaires à la liquidation d'une pension de vieillesse du régime obligatoire de sécurité sociale des indépendants.

#### Article 10.6

##### Capital Invalidité « accidentelle » (optionnelle)

Cette garantie ne peut être souscrite que dans le cadre de la « Formule accident ».

Si, suite à un accident, l'adhérent se trouve en invalidité permanente avec un taux supérieur à 10 %, cette garantie prévoit le versement d'un capital dont le montant est déterminé en multipliant le capital mentionné sur les conditions particulières par le taux d'invalidité.

Il appartient à l'adhérent d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et l'état d'invalidité permanente.

#### Article 11

##### Désignation des bénéficiaires des garanties Décès

L'adhérent est libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix au moment de son adhésion ou ultérieurement, sauf acceptation.

La désignation du(des) bénéficiaire(s) s'effectue sur la demande d'adhésion et est reprise sur les conditions particulières. Elle peut également (de même que les modifications ultérieures) être effectuée par modification des conditions particulières, par acte sous seing privé, par acte authentique ou en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil. Dans ces derniers cas, il appartient à l'adhérent d'informer l'UNMI de l'existence de cette désignation.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de pré-décès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part lui (leur) revenant sera répartie entre les autres bénéficiaires, au prorata de leur part respective.

Lorsque le(les) bénéficiaire(s) est(sont) nommément désigné(s), l'adhérent peut mentionner les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par l'UNMI en cas de décès de l'adhérent.

La clause bénéficiaire peut être modifiée à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation de celle-ci par le bénéficiaire. L'acceptation est faite soit par un avenant signé de l'UNMI, de l'adhérent et du bénéficiaire, soit par un acte

authentique, ou sous seing privé signé de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard de l'UNMI que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet. Après le décès de l'adhérent, l'acceptation est libre.

À défaut de désignation expresse de bénéficiaires par l'adhérent ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint de l'adhérent ou à la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité ; à défaut, au concubin de l'adhérent ;
- aux enfants de l'adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant ;
- aux ascendants de l'adhérent fiscalement à charge par parts égales entre eux ;
- aux héritiers de l'adhérent.

#### Article 12

##### Cessation des garanties

Les garanties et le versement des prestations cessent lorsque l'adhérent remplit les conditions nécessaires à la liquidation d'une pension de vieillesse du régime obligatoire de Sécurité sociale des indépendants.

En outre, les garanties cessent :

- lorsque l'adhérent n'est plus affilié à une caisse obligatoire d'assurance vieillesse des non salariés non agricole ;
- lorsque l'adhérent cesse son activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'adhérent n'exerce plus la profession déclarée à l'adhésion des présentes garanties. **Tout changement d'activité professionnelle ou de statut non signalé à l'UNMI dans les 30 jours qui suivent, entraîne la suspension des garanties du contrat ;**
- à la date de résiliation de l'adhésion ;
- au jour du versement du capital PTIA ou décès.

#### Article 13

##### Comment obtenir les prestations

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'adhérent ou du bénéficiaire qui présente, à l'appui de sa demande, les justificatifs nécessaires.

Il incombe à l'adhérent ou au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et l'incapacité temporaire totale, l'invalidité permanente, la PTIA ou le décès et ce, par tous moyens, notamment procès-verbal de gendarmerie, rapport de police.

Pour les garanties PTIA, invalidité permanente, incapacité temporaire totale (y compris accidentelle) et capital Invalidité « accidentelle », l'UNMI, par l'intermédiaire de son médecin conseil, se réserve la faculté de faire réaliser tout contrôle médical auprès de l'adhérent et notamment de le faire examiner par un médecin désigné et rétribué par ses soins, afin de s'assurer du bien fondé de sa demande ou de justifier le versement des prestations.

Si la décision qui en découle est contestée par l'adhérent, son médecin et le médecin choisi par l'UNMI doivent désigner un confrère chargé de procéder à un nouvel examen. Dans ce cas, chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du troisième seront à la charge de la partie perdante, l'adhérent en faisant l'avance.

Les documents contenant des informations relatives à l'état de santé doivent être adressés sous pli confidentiel au médecin conseil de l'UNMI en rappelant le nom et prénom de l'adhérent son adresse et son numéro d'adhérent à l'adresse suivante :

UNMI  
Médecin conseil  
Bâtiment B Les Oriels  
289 boulevard Duhamel du Monceau  
CS 90662  
45166 Olivet Cedex

##### En cas d'incapacité temporaire totale (y compris accidentelle)

La demande de prestations doit être adressée à l'UNMI dans les 5 jours après le début de l'arrêt sauf cas de force majeure. Elle doit être accompagnée des pièces suivantes :

- certificat médical délivré par le médecin traitant qui atteste que l'adhérent est dans l'obligation d'être en arrêt total et qui précise la cause, la date de la cessation d'activité et la durée de l'arrêt de travail ;
- en cas d'hospitalisation, un bulletin de situation avec la date d'entrée et la date de sortie de l'hôpital, accompagné d'un certificat médical précisant la date, la cause et la durée de l'arrêt ;
- le justificatif incapacité-invalidité fourni par le Régime Obligatoire si celui-ci en délivre un ;
- le relevé d'identité bancaire de l'adhérent ;
- toutes pièces complémentaires que l'UNMI jugerait nécessaires.

En outre, pour la garantie Incapacité temporaire totale « accidentelle », la demande devra être accompagnée de toutes pièces justifiant de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité temporaire totale, par exemple procès-verbal de gendarmerie, rapport de police, ou toutes autres pièces administratives ou médicales.

##### En cas d'invalidité permanente ou pour le capital Invalidité « accidentelle »

La demande doit être présentée dans les 6 mois suivant la date du début de l'invalidité avec :

- un certificat médical délivré par le médecin traitant qui atteste que l'adhérent est atteint d'une invalidité permanente et qui en précise la cause et la date de survenance ;
- le justificatif incapacité-invalidité fourni par le Régime Obligatoire si celui-ci en délivre un ;
- si l'adhérent est salarié par ailleurs, le document produit par la Sécurité sociale reconnaissant son taux d'incapacité ou la catégorie d'invalidité ;
- le relevé d'identité bancaire de l'adhérent ;
- toutes pièces complémentaires que l'UNMI jugerait nécessaires.

En outre, pour la garantie Capital Invalidité « acci-

dentelle », la demande devra être accompagnée de toutes pièces justifiant de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'invalidité par exemple procès-verbal de gendarmerie, rapport de police, ou toutes autres pièces administratives ou médicales.

#### En cas de décès

La demande doit être présentée dans les 6 mois suivant le décès avec :

- l'extrait d'acte de décès de l'adhérent ;
- un certificat médical constatant le décès et précisant s'il est dû ou non à une cause naturelle ;
- toute pièce administrative justifiant de la qualité du ou des bénéficiaire(s) ;
- toutes pièces, notamment procès-verbal de gendarmerie, rapport de police et autres pièces administratives ou médicales, justifiant de la relation directe de cause à effet entre l'accident (ou accident de la circulation) et le décès ;
- le(s) relevé(s) d'identité bancaire des bénéficiaires ;
- toutes pièces complémentaires que l'UNMI jugerait nécessaires.

#### En cas de PTIA

La demande doit être présentée dans les 6 mois suivant la consolidation de l'état de PTIA avec :

- un certificat médical délivré par le médecin traitant qui atteste que l'adhérent est dans l'incapacité définitive d'exercer une profession quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et que son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, tels qu'entendu au sens de l'article L.355-1 du Code de la sécurité sociale et qui précise la cause de la PTIA ;
- la décision de reconnaissance de la PTIA par le Régime Obligatoire de l'adhérent ;
- toutes pièces, notamment procès-verbal de gendarmerie, rapport de police et autres pièces administratives ou médicales, justifiant de la relation directe de cause à effet entre l'accident (ou accident de la circulation) et l'état de PTIA ;
- le relevé d'identité bancaire de l'adhérent ;
- toutes pièces complémentaires que l'UNMI jugerait nécessaires.

#### Article 14

##### Subrogation

Conformément à l'article L.224-9, alinéa 3 du Code de la Mutualité, pour le paiement des indemnités journalières et des prestations d'invalidité, l'UNMI est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

#### Article 15

##### Exclusions

Ne sont pas garantis les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences :

- suicide de l'adhérent dans la première année de l'assurance ou dans les 12 mois qui suivent une augmentation des garanties décès ;
- meurtre de l'adhérent par l'un des bénéficiaires dès lors qu'il a été condamné. Toutefois, les garanties

restent acquises à l'égard des autres bénéficiaires ;

- faits intentionnellement causés ou provoqués par l'adhérent ou les bénéficiaires ;
- guerres civiles ou étrangères, attentats, émeutes, insurrections, actes de terrorisme, dès lors que l'adhérent y prend part ;
- bagarres, rixes sauf cas de légitime défense ou de force majeure ;
- démonstrations, acrobaties, raids, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- vols sur des appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas une licence ou un brevet valide ;
- vols sur « ailes volantes », ULM et pratique de parapente ;
- conduite d'engins à moteur sans permis lorsque celui-ci est obligatoire ;
- manipulation d'explosifs, travaux souterrains ou sous marins ;
- les cures de toute nature, sauf accord du médecin conseil de l'UNMI ;
- les traitements à but esthétique (sauf s'ils sont la conséquence d'un accident garanti) ;
- effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome ;
- accidents ou maladies (et leurs conséquences) survenus dans l'exercice d'une profession différente de celle indiquée aux conditions particulières ;
- les risques survenus dans les régions et pays formellement déconseillés par le ministère des affaires étrangères.

En outre, aucune prestation n'est due en cas d'imprégnation alcoolique (taux supérieur ou égal au taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné dans le Code de la route au jour du sinistre), d'alcoolisation aiguë ou d'éthylisme chronique ou en cas d'usage abusif de stupéfiants ou de médicaments sans prescription médicale.

Au titre des garanties Incapacité temporaire totale de travail et Invalidité permanente, outre les exclusions ci-dessus, sont exclus :

- les arrêts de travail suite à des sciatalgies, lombalgies, dorsalgies, cervicalgies, rachialgies sauf :
  - celles d'origine tumorale ou accidentelle, ou ayant entraîné une hospitalisation d'au moins deux nuits en chirurgie (tout arrêt antérieur à l'hospitalisation restant exclu) ;
  - les fractures vertébrales qui sont considérées comme accidentelles.
- les arrêts de travail résultants de maladies psychiatriques et trouble du psychisme y compris réactionnels dont la première constatation médicale est survenue dans les douze mois suivant la prise d'effet de l'adhésion ;
- les arrêts de travail résultant d'une grossesse pathologique dont la première constatation médicale est survenue dans les neuf mois suivant la prise d'effet de l'adhésion ;
- les arrêts de travail survenus pour maladie pendant les trois premiers mois après la prise d'effet de

l'adhésion ;

- les arrêts correspondant aux congés légaux en cas de maternité.

Enfin, toutes les conséquences ultérieures des affections ou maladies avant la prise d'effet de l'adhésion et ayant fait l'objet d'exclusions médicales mentionnées sur la lettre du médecin conseil de l'UNMI à laquelle font référence les conditions particulières ou pendant les délais de stage mentionnés à l'article 7 restent exclues.

#### Article 16

##### Cotisations

La cotisation est annuelle et payable d'avance ; elle peut faire l'objet d'un « fractionnement » dont la périodicité est définie aux conditions particulières. Elle est déterminée en fonction de l'âge de l'adhérent et des classes de risques de l'activité exercée.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'UNMI de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par l'UNMI à l'adhérent, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'UNMI a le droit de résilier l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation entraîne la résiliation de l'adhésion.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à l'UNMI la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Le montant des cotisations est revu périodiquement et peut être modifié en fonction de la réglementation et des résultats techniques du présent règlement mutualiste. En tout état de cause, il évolue en fonction des tranches d'âge. L'âge atteint est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance. Le changement de cotisation intervient dès le 1<sup>er</sup> janvier.

L'assemblée générale de l'UNMI peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations au Conseil d'administration de l'UNMI. Les adhérents sont informés des modifications par l'UNMI par lettre simple.

#### Article 17

##### Exonérations des cotisations

L'adhérent indemnisé au titre de l'incapacité temporaire totale ou de l'invalidité dans le cas où le taux d'invalidité reconnu par l'UNMI est égal ou supérieur à 66%, est

exonéré totalement du paiement de sa cotisation pour l'ensemble des garanties, ce dès le premier jour d'indemnisation.

Dans le cas où le taux d'invalidité est compris entre 33% et 65%, l'exonération de la cotisation est de 50%.

L'adhérent doit l'intégralité de sa cotisation lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33%.

#### Article 18

##### Modification des garanties à l'initiative de l'adhérent

Les garanties et leurs montants peuvent être modifiés à chaque 1<sup>er</sup> janvier si l'adhérent n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir des droits à une pension de vieillesse du régime obligatoire de la sécurité sociale des indépendants. L'adhérent ne peut pas demander une modification à la hausse de ses garanties s'il se trouve en arrêt de travail pour maladie ou accident.

Toute augmentation des garanties est considérée comme une nouvelle adhésion. En cas de refus de l'UNMI, l'adhérent conserve sa garantie initiale.

En cas de baisse des revenus, l'adhérent peut demander à tout moment la suppression de garanties, à l'exception de la garantie décès / PTIA qui reste obligatoire (Article 10), ou des montants de garanties inférieurs.

Toute modification des garanties fait l'objet d'un avenant aux conditions particulières.

#### Article 19

##### Revalorisation des prestations

Les prestations servies en incapacité temporaire totale, invalidité permanente, sont revalorisables chaque 1<sup>er</sup> juillet par une décision du Conseil d'administration de l'UNMI.

#### Article 20

##### Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où l'UNMI en a eu connaissance ;

2. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'UNMI a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans pour les risques décès lorsque le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

Toutefois, pour les risques décès, nonobstant les dispositions du 2., les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'UNMI à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'UNMI, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

#### Article 21

##### Faculté de renonciation

L'adhérent peut pendant les 30 jours à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet, renoncer à son adhésion. Les cotisations versées lui sont alors intégralement remboursées dans le délai d'un mois suivant la réception de sa demande. Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées par l'UNMI, l'adhérent doit joindre à sa demande de renonciation, un chèque en remboursement desdites prestations. À défaut de remboursement, la demande de renonciation est refusée.

Il lui suffit d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception au siège social de l'UNMI selon le modèle suivant :

*« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste de l'UNMI PRÉVOYANCE DES AUTO-ENTREPRENEURS ET MICRO-ENTREPRISE n°..... et demande le remboursement de la cotisation versée le JJ/MM/AAAA d'un montant de ..... € dans le délai d'un mois. Je joins à la présente demande un chèque n°..... d'un montant de .....€ en remboursement des prestations versées par l'UNMI au titre de ladite adhésion.*

*Je reconnais que de ce fait mon adhésion est annulée.*

*Date JJ/MM/AAAA Signature. ».*

#### Article 22

##### Réclamations/Médiation

Toutes réclamations relatives à l'adhésion au présent règlement mutualiste sont à adresser au siège social de l'UNMI - 50 avenue Daumesnil - 75012 Paris, qui, après examen, établira une réponse écrite.

Si un différend persistait après la réponse de l'UNMI, il peut être fait appel à un médiateur. Cette démarche a pour but de faciliter la recherche d'une solution

favorable aux intérêts de l'adhérent et de l'UNMI. Les coordonnées du médiateur sont communiquées par l'UNMI sur simple demande.

#### Article 23

##### Informatique et libertés

Les informations recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification de toute information le concernant figurant sur les fichiers de l'UNMI. L'adhérent peut obtenir communication ou exercer son droit de rectification ou d'opposition par l'envoi d'un courrier à l'adresse suivante : UNMI - 50 avenue Daumesnil - 75012 Paris.

#### Article 24

##### Contrôle

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la mutualité, l'UNMI est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution qui se situe 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

## ANNEXE 1 BARÈME INVALIDITÉ

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10,00	15,87	20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	12,60	20,00	26,21	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	14,42	22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	15,87	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	17,10	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	18,17	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	19,13	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	20,00	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	20,80	33,02	43,27	54,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	21,54	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00



**TRAVAILLEURS  
NON SALARIÉS  
(TNS)**

PRÉVOYANCE



**L'avenir est affaire de Prévoyance**