

TRAVAILLEURS NON SALARIÉS (TNS)



PRISME

DOSSIER D'ADHÉSION

Prévoyance

unmi
L'avenir est affaire de Prévoyance

PRÉVOYANCE COLLECTIVE À ADHÉSION FACULTATIVE ET INDIVIDUELLE

Document d'information sur le produit d'assurance

Contrat assuré par : UNMI – Union Nationale Mutualiste et Interprofessionnelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée en France sous le SIREN 784 718 207 – Agréée en branches n° 1, 2, 20 et 21

Produit : PRISME

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. Le montant ou le niveau des prestations est précisé dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit de prévoyance collective à adhésion facultative et individuelle est destiné aux adhérents ayant le statut de « Travailleur non salarié ». Il a pour objet de compléter les prestations versées par la Sécurité sociale en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire de travail, ainsi qu'en cas d'invalidité permanente.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ Décès – Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : Versement d'un capital en cas de décès de l'adhérent. La garantie PTIA permet le versement par anticipation du capital décès.
- ✓ Majoration accident : Versement d'un capital supplémentaire correspond au double du capital décès, en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent consécutif(ve) à un accident.
- ✓ Double effet : Versement d'un deuxième capital en cas de décès du conjoint ou du concubin, simultanément ou postérieurement dans un délai de 365 jours, au décès de l'adhérent.

Les garanties optionnelles

- ✓ Rente éducation : Versement d'une rente aux enfants à charge, en cas de décès de l'adhérent.
- ✓ Rente de conjoint : Versement d'une rente viagère, au conjoint ou au concubin en cas de décès de l'adhérent.
- ✓ Incapacité temporaire de travail : Versement d'indemnités journalières à l'issue d'une franchise lorsque l'adhérent est en arrêt de travail.
- ✓ Invalidité : Versement d'une rente lorsque l'adhérent est reconnu par la Sécurité sociale en état d'invalidité suite à un accident ou une maladie.
- ✓ Aménagement du cadre de vie : Remboursement des frais d'aménagement de la résidence de l'adhérent atteint d'une invalidité de 2ème ou 3ème catégorie.
- ✓ Invalidité permanente partielle : Versement d'un capital lorsque l'adhérent est reconnu par la Sécurité sociale en état d'invalidité, avec un taux supérieur à 10%, suite à un accident ou à une maladie.
- ✓ Frais généraux permanents : Versement d'une indemnité pour couvrir les frais liés au fonctionnement de l'activité professionnelle de l'adhérent, en cas d'arrêt de travail de celui-ci.
- ✓ L'allocation juridique et fiscale : Versement d'une allocation pour couvrir les honoraires d'un avocat fiscaliste en cas de contrôle fiscal « sur place » survenu pendant l'arrêt de travail de l'adhérent d'une durée de 60 jours minimum.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- × Décès-PTIA, incapacité temporaire de travail, invalidité survenus en dehors de la période de validité de l'adhésion au contrat.
- × Décès-PTIA, incapacité temporaire de travail, invalidité survenus pendant les délais de carence prévus au Contrat.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions

- ! Meurtre de l'adhérent par l'un des bénéficiaires dès lors qu'il a été condamné ;
- ! Faits intentionnellement causés ou provoqués par l'adhérent ou le bénéficiaire ;
- ! Risque résultant d'un état d'alcoolémie, d'un usage abusif de stupéfiants ou de médicaments sans prescription médicale ;
- ! Bagarre, rixes, ou attentats auxquels participe l'adhérent.

Principales restrictions

- ! Ne sont pas considérés comme un accident : 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 ;
- ! En cas de maladie, prise d'effet de la garantie Décès PTIA, au jour indiqué sur les conditions particulières ;
- ! En cas de maladie, prise d'effet des garanties ITT et invalidité permanente, après l'application d'un délai de carence :
 - 12 mois pour les maladies psychiatriques et troubles du psychisme y compris réactionnels ;
 - 9 mois pour les grossesses pathologiques ;
 - 3 mois dans les autres cas.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine ou dans un DROM (Département et Région d'Outre-Mer) ;
- ✓ Dans le monde entier, si le séjour n'excède pas trois mois.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion du contrat :

- Etre membre de l'association souscriptrice du contrat ;
- Etre membre d'une mutuelle adhérente à l'UNMI ;
- Remplir et signer la demande d'adhésion ;
- Verser la première cotisation ;
- Joindre les attestations délivrées par les caisses maladie et de vieillesse ;
- Remplir avec exactitude et signer un questionnaire médical.

En cours d'adhésion :

- Fournir le règlement de la cotisation mentionnée dans l'appel de cotisation ;
- Transmettre les demandes de prestations accompagnées des pièces nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Transmettre annuellement les attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;
- Notifier tout changement d'activité professionnelle ou de statut dans les 30 jours suivant l'événement ;
- Notifier toute baisse de revenu de l'activité et adapter ses garanties à sa nouvelle situation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
- Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion au contrat est indiquée sur les conditions particulières. L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année chaque 1er janvier. L'adhésion au contrat prend fin :

- En cas de résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées dans le contrat ;
- En cas de défaut de paiement des cotisations.

Prise d'effet des garanties : A la date de prise d'effet de l'adhésion sous réserve des délais de carence.

Cessation des garanties :

• Pour toutes les garanties :

- A la date à laquelle l'adhérent n'est plus affilié à une caisse obligatoire d'assurance vieillesse des non salariés ;
- A la date à laquelle l'adhérent ne transmet plus annuellement l'attestation délivrée par le régime obligatoire d'assurance maladie et de vieillesse ;
- En cas de cessation de son activité professionnelle ;
- A la date à laquelle l'adhérent n'exerce plus la profession déclarée à l'adhésion ;
- En cas de résiliation du contrat ;
- En cas de perte de la qualité de membre de l'association ;
- En cas de refus de l'adhérent des décisions prises par le Conseil d'administration ;
- A la date du versement du capital décès ou PTIA ;
- A la date à laquelle l'adhérent a atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse ;
- A la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 62 ans pour la garantie PTIA ;
- A la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 67 ans pour les autres garanties.

• Pour la garantie incapacité temporaire de travail :

- Avec la fin de l'état d'incapacité temporaire de travail ;
- Au 1 095ème jour d'arrêt continu de travail plus tard ;
- Lors de la reconnaissance à l'état d'invalidité permanente.

• Pour la garantie invalidité permanente :

- Avec la fin de l'état d'invalidité permanente.



Comment puis-je résilier l'adhésion au contrat ?

- Vous pouvez mettre fin à votre adhésion au contrat annuellement par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'assureur deux mois avant l'échéance annuelle du contrat soit au plus tard le 31 octobre.

**PRISME
Professionnel Indépendant
à Statuts Multiples
dont Eirl**

Un contrat
conçu
spécialement
pour les
Professionnels
Indépendants et
leurs conjoints

NATURE DU CONTRAT

PRISME est un contrat destiné au Professionnel Indépendant (et à son conjoint collaborateur le cas échéant) quel que soit le régime dont relève son statut : RSI, CNAVPL qu'il bénéficie ou non des dispositions de déductibilité fiscale offertes par la loi Madelin.

CONDITIONS D'ADHÉSION

Le TNS doit compléter avec exactitude le questionnaire médical. Ce dernier est valable 6 mois.

Absence d'exclusion pour les arrêts occasionnés par des sciatalgies, lombalgies, dorsalgies, cervicalgies ou rachialgies.

La souscription est possible jusqu'à 62 ans.

CINQ MODULES DE GARANTIES ET OPTIONS

Garanties	Option 1 20000€/30000€	Option 2 35000€/46750€	Option 3 50000€/57250€	Option 4 75000€/93750€	Option 5 100000€/122250€	Option 6 150000€/180000€
Capital Décès/PTIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doublement accident	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Double effet	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Rente éducation	(5%, 7,5%, 10%)		(7,5%, 10%, 12,5%)		(10%, 15%, 20%)	
Rente conjoint	(0,25% x BDG* x (67-X))		(0,5% x BDG x (67-X))		(1% x BDG x (67-X))	
Incapacité 1/365 ^e de la BDG	0j accident 0j hospitalisation 15j maladie	3j accident 3j hospitalisation 15j maladie	1j accident 1j hospitalisation 30j maladie	3j accident 3j hospitalisation 30j maladie	30j accident 30j hospitalisation 30j maladie	3j accident 3j hospitalisation 90j maladie
Invalidité 1 ^{re} catégorie, 2 ^e et 3 ^e catégorie	45% 75%	48% 80%	51% 85%	54% 90%	57% 95%	60% 100%
Capital IPP < 10% > 33%	De 0,2% à 1% du PASS par Taux d'Invalidité Permanente Partielle - Indemnité limitée à 32%					
Frais généraux (limité à 6000€)	Prise en charge : 12 mois		Prise en charge : 18 mois		Prise en charge : 24 mois	
Assistance juridique et fiscale	Montant 3500€ maximum					

La garantie «Capital Décès» est obligatoire pour la souscription du contrat PRISME, la garantie «Frais généraux» ne peut donc pas être souscrite seule. Les prestations décès peuvent être versées par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Dans ce cas le capital est majoré selon indications portées au Bulletin d'Adhésion.

En cas d'invalidité permanente partielle supérieure à 10%, l'option Capital IPP > 10% < 33% permet à l'adhérent de percevoir une indemnité par point d'IPP limitée dans tous les cas à 32%.

L'assistance juridique et fiscale est destinée à couvrir les frais d'un avocat spécialisé en cas de contrôle sur place de l'administration fiscale. Ce contrôle doit s'être exercé en partie pendant la période d'arrêt de travail (même s'il a débuté avant) ou dans un délai maximum de 3 mois après la reprise de l'activité.

*BDG : Base de Garantie

ÉVOLUTION ET CESSATION DES GARANTIES

Les garanties évoluent chaque année avec le plafond mensuel ou annuel de la Sécurité sociale.

Les garanties cessent lorsque l'adhérent atteint l'âge de 62 ans pour le risque de PTIA et 67 ans pour tous les autres risques.

COTISATION

La cotisation est calculée chaque année en fonction de l'âge de l'adhérent.

Il existe 5 tranches d'âge : moins de 35 ans, de 35 à 45 ans, de 46 à 54 ans, de 55 à 60 ans, de 61 à 67 ans. L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de souscription et l'année de naissance.

Selon les risques souscrits, la cotisation peut être forfaitaire ou indexée soit sur la BDG soit sur le montant du PASS**.

Capital Décès	Forfaitaire
Rente Éducation et Rente de Conjoint	Indexée sur la BDG
Incapacité	Indexée sur la BDG
Invalidité	Indexée sur la BDG
Capital IPP > 10% < 33%	Forfaitaire
Frais Généraux Permanents	Forfaitaire
Assistance juridique et fiscale	Forfaitaire

AVANTAGES FISCAUX

Les cotisations affectées au financement des garanties :

- indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- indemnités journalières professionnelles pour compenser les frais généraux ;
- rente d'invalidité en cas d'incapacité de travail ;

peuvent si les conditions sont réunies, être déductibles du bénéfice imposable à hauteur de 3,75% du bénéfice imposable + 7% du PASS (maximum 3% de 8 PASS).

MODIFICATION DU CONTRAT A LA HAUSSE

Après la souscription, l'adhérent de moins de 62 ans reste libre de modifier les garanties du contrat et leurs montants en fonction de l'évolution de sa situation professionnelle et familiale.

Toute augmentation des garanties est considérée comme une nouvelle adhésion et entraîne la rédaction d'un nouveau questionnaire médical.

**PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, dont le montant pour 2018 est de 39 732 €

Module rente de conjoint en pourcentage de la base de garantie (BDG)
(maximum : revenus et dividendes déclarés)

Garantie	Option 1	Option 2	Option 3
Rente viagère <i>X désignant l'âge de l'assuré au moment de son décès</i>	<input type="checkbox"/> (0,25 % x BDG x (67-X))	<input type="checkbox"/> (0,5 % x BDG x (67-X))	<input type="checkbox"/> (1 % x BDG x (67-X))

Tarif annuel par tranche d'âge atteint en pourcentage de la BDG (revenus et dividendes déclarés)

Tarif	- 35 ans	35 - 45 ans	46 - 54 ans	55 - 60 ans	61 - 67 ans
Option 1	0,23 %	0,28 %	0,35 %	0,38 %	0,41 %
Option 2	0,44 %	0,55 %	0,71 %	0,77 %	0,83 %
Option 3	0,88 %	1,10 %	1,41 %	1,52 %	1,65 %

BDG € Cotisation € Déduction Madelin €

Module incapacité / invalidité / capital IPP

Garantie	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5	Option 6
	0j accident 0j hospi 15j maladie	3j accident 3j hospi 15j maladie	1j accident 1j hospi 30j maladie	3j accident 3j hospi 30j maladie	30j accident 30j hospi 30j maladie	3j accident 3j hospi 90j maladie
Incapacité 1/365° de la BDG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité- Rente annuelle	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5	Option 6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 ^{re} catégorie	45 %	48 %	51 %	54 %	57 %	60 %
2 ^e et 3 ^e catégorie Capital aménagement cadre de vie 4000€	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %

Garantie	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
Capital IPP 10% < Taux IPP < 33%	<input type="checkbox"/> 0,2% du PASS* x Taux IPP	<input type="checkbox"/> 0,4% du PASS x Taux IPP	<input type="checkbox"/> 0,6% du PASS x Taux IPP	<input type="checkbox"/> 0,8% du PASS x Taux IPP	<input type="checkbox"/> 1% du PASS x Taux IPP

*PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, dont le montant pour 2017 est de 39 228 €

Tarif annuel par tranche d'âge atteint en pourcentage de la BDG (maximum : revenus et dividendes déclarés)

Tarif Incapacité	- 35 ans	35 - 45 ans	46 - 54 ans	55 - 60 ans	61 - 67 ans
Option 1	1,74 %	2,11 %	2,89 %	3,66 %	4,55 %
Option 2	1,57 %	1,90 %	2,61 %	3,30 %	4,11 %
Option 3	1,40 %	1,71 %	2,34 %	2,97 %	3,69 %
Option 4	1,28 %	1,55 %	2,13 %	2,70 %	3,36 %
Option 5	1,06 %	1,29 %	1,76 %	2,23 %	2,78 %
Option 6	0,88 %	1,07 %	1,47 %	1,86 %	2,31 %

Sous-total % BDG € Cotisation €

Tarif Invalidité et Capital aménagement cadre de vie	- 35 ans	35 - 45 ans	46 - 54 ans	55 - 60 ans	61 - 67 ans
Option 1	0,50%	0,68 %	1,13 %	1,44 %	1,75 %
Option 2	0,53%	0,72 %	1,20 %	1,54 %	1,86 %
Option 3	0,56%	0,77 %	1,28 %	1,63 %	1,98 %
Option 4	0,59%	0,81 %	1,35 %	1,73 %	2,10 %
Option 5	0,63%	0,86 %	1,42 %	1,83 %	2,21 %
Option 6	0,66%	0,90 %	1,50 %	1,92 %	2,32 %

Sous-total % BDG € Cotisation €

Tarif annuel en euros

Tarif Capital IPP 10% < Taux IPP < 33%	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
	0,96€	1,92€	2,88€	3,84€	4,80€

Cotisation €

Total du module Cotisation € Déduction Madelin €

Module frais généraux permanents et assistance juridique et fiscale

(module commun à toutes les options)

Garantie limitée à 6 000 € mensuels par pas de 1000 € - Déductions Madelin facultatives

Durée de Prise en charge	12 mois	18 mois	24 mois
Franchise			
3j accident / 3j hospi / 15j maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3j accident / 3j hospi / 30j maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30j accident / 30j hospi / 30j maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3j accident / 3j hospi / 90j maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assistance
juridique et fiscale
Allocation maximum
de 3500 € incluse

Tarif annuel par tranche d'âge atteint en euros

Cotisation annuelle en euros par tranche d'âge	- 35 ans	35 - 45 ans	46 - 54 ans	55 - 60 ans	61 - 67 ans
Frais professionnels pour 1000 € d'indemnisation mensuelle					
Prise en charge 12 mois					
Franchise 3/3/15	152,40 €	184,92 €	254,04 €	321,84 €	400,56 €
Franchise 3/3/30	115,80 €	140,40 €	192,96 €	244,32 €	304,08 €
Franchise 30/30/30	95,76 €	116,28 €	159,72 €	202,32 €	251,76 €
Franchise 3/3/90	64,68 €	78,48 €	107,88 €	136,56 €	170,04 €
Prise en charge 18 mois					
Franchise 3/3/15	159,12 €	193,20 €	265,32 €	336,12 €	418,20 €
Franchise 3/3/30	123,00 €	149,28 €	205,08 €	259,80 €	323,28 €
Franchise 30/30/30	101,88 €	123,60 €	169,80 €	215,04 €	267,60 €
Franchise 3/3/90	73,20 €	88,80 €	121,92 €	154,44 €	192,12 €
Prise en charge 24 mois					
Franchise 3/3/15	166,32 €	201,96 €	277,32 €	351,36 €	437,28 €
Franchise 3/3/30	131,16 €	159,24 €	218,76 €	276,96 €	344,76 €
Franchise 30/30/30	108,60 €	131,88 €	181,08 €	229,32 €	285,36 €
Franchise 3/3/90	84,36 €	102,36 €	140,64 €	178,08 €	221,64 €

Total du module Cotisation € Déduction Madelin €

Budget annuel :

Décès/PTIA €
 Rente éducation €
 Rente conjoint €
 Incap/Inva/Cap IPP €
 Frais généraux permanents €
Total contrat Prisme €

Périodicité de paiement de la cotisation (lors de l'adhésion, règlement par chèque bancaire ou postal à l'ordre de l'UNMI d'un acompte représentant au minimum un trimestre de cotisation, quelle que soit la périodicité choisie)

trimestrielle semestrielle annuelle avec règlement par chèque ou prélèvement au choix.

mensuelle avec prélèvement obligatoire. Joindre le mandat de prélèvement SEPA complété et signé, accompagné d'un RIB, RIP, RICE.

Déclaration

L'adhésion prend effet le 01 sous réserve des délais précisés dans la notice d'information.

Je soussigné(e) déclare adhérer et souhaite bénéficier du, ou des contrats(s) d'assurance groupe conclu(s) par l'Association Initiative Indépendants auprès de l'UNMI. Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information Prévoyance TNS PRISME valant conditions générales. Je certifie que l'indemnité journalière et la rente d'invalidité ne me procureront pas un revenu supérieur à mon revenu professionnel actuel.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement de mon adhésion. Elles feront l'objet d'un traitement automatisé à l'UNMI pour la gestion de mes garanties. Conformément à la Loi Informatique et Libertés, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, de toute information me concernant figurant sur vos fichiers, en m'adressant par écrit au siège social de l'UNMI. Sauf opposition écrite de ma part, ces informations pourront être communiquées aux partenaires de l'UNMI dont la liste me sera transmise sur simple demande.

Je certifie l'exactitude des informations recueillies dans le cadre de cette demande d'adhésion.

Je dispose de 30 jours de réflexion à compter du jour où j'ai été informé que l'adhésion a pris effet pour exercer mon droit de renonciation.

Il me suffit d'adresser dans ce délai au siège de l'UNMI une lettre recommandée avec avis de réception, avec la mention: « Je soussigné(e), (prénom, nom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à l'adhésion de mon contrat Prévoyance TNS PRISME numéro et demande le remboursement de la cotisation versée le JJ/MM/AAAA d'un montant de €, dans le délai de 30 jours. Je reconnais que de ce fait mon adhésion est annulée. Effectuée le JJ/MM/AAAA Signature ».

Fait à

le .

en 4 exemplaires

Signature de l'adhérent

(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Nous vous remercions de compléter la présente déclaration d'état de santé uniquement si vous remplissez l'une des conditions suivantes, dans le cas contraire vous devez compléter le questionnaire médical :

- vous êtes âgé(e)s de 18 à 45 ans et souhaitez vous assurer pour un capital compris entre 15 000 et 150 000 € et 150 € d'indemnités journalières ;
- vous êtes âgé(e)s de 46 à 55 ans et souhaitez vous assurer pour un capital compris entre 15 000 et 100 000 € et 100 € d'indemnités journalières ;
- vous êtes âgé(e)s de 56 à moins de 62 ans et souhaitez vous assurer pour un capital compris entre 15 000 et 50 000 € et 50 € d'indemnités journalières.

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent.

Cette déclaration d'état de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin conseil de l'UNMI. 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.

Je, (Prénom) (Nom)
déclare, ce jour,

	Oui	Non
• être âgé(e) de moins de 62 ans		
• ne pas être actuellement en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé		
• ne pas prendre régulièrement un ou plusieurs médicaments, ni faire l'objet d'une surveillance médicale (hors contraception)		
• ne pas avoir interrompu mon travail pour raison de santé pendant plus de 21 jours au cours des 5 dernières années (sauf maternité)		
• ne pas avoir suivi un ou plusieurs traitements médicaux pendant plus de 21 jours au cours des 5 dernières années		
• ne pas avoir été hospitalisé(e) plus de 24 heures en hôpital, clinique, maison de repos, maison de santé ou établissement thermal au cours des 10 dernières années (hors maternité)		
• ne pas devoir être hospitalisé(e) (avec ou sans intervention chirurgicale), ni devoir subir des analyses ou des examens dans les 12 prochains mois (hors analyses ou examens de prévention)		
• ne présenter aucune infirmité		
• ne pas bénéficier d'une pension d'invalidité		
• ne pas avoir un écart taille (en cm) - poids (en kg) supérieur à 20		
Taille en cm		
Poids en kg		
Écart		

Si vous avez répondu par la négative à une des affirmations ci-dessus, vous devez compléter le questionnaire médical.

Je certifie l'exactitude des informations recueillies dans le cadre de cette déclaration. Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Fait à

le [][][][][][][][][][] .

Signature de l'adhérent
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

La présente déclaration est valable 6 mois à compter de la date de signature. Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, au responsable du traitement, au souscripteur ainsi qu'à leurs partenaires externes et internes éventuels. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de :

UNMI - Bâtiment B Les Oriels - 289 Boulevard DUHAMEL DU MONCEAU - CS 90662 - 45166 OLIVET CEDEX 01

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 :

Gérant majoritaire Activité de l'entreprise

Caractéristiques du Contrat

Type de risque : Décès PTIA Capital [.....] Invalidité

Indemnités journalières Délai de la franchise IJ [.....]

Frais généraux et permanents Délai de la franchise [.....]

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 :

.....

	QUESTIONS	Répondre par OUI ou NON	SI OUI, PRÉCISIONS DEMANDÉES <i>(utiliser si nécessaire une feuille annexe)</i>
1	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
2	Suivez-vous un traitement régulier ou faites-vous l'objet d'une surveillance médicale ?	.....	Lesquels Pour quelle affection Depuis quelle date
3	Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du Ticket Modérateur (prise en charge à 100 %) ?	.....	Quand Pour quel motif
4	Êtes-vous atteint d'une myopie dont la correction dépasse 5 dioptries ?	.....	Nombre de dioptries OG OD Traitement
5	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
6	Votre profession comporte-t-elle des activités particulières ou dangereuses ?	.....	Lesquels
7	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>
8	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
9	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 »)*

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT SEPA

A retourner dûment rempli et signé à :
UNMI Centre de gestion
Bâtiment B Les Oriels
289 boulevard Duhamel du Monceau
CS 90662
45166 Olivet Cedex 1

IMPORTANT

Veuillez remplir cet imprimé et le retourner en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire ou de Caisse d'Épargne.

TITULAIRE DU COMPTE

NOM
(ou dénomination social du débiteur)
PRÉNOM
ADRESSE
CODE POSTAL [] [] [] [] [] []
VILLE
PAYS

IDENTIFIANT INTERNATIONAL DE COMPTE BANCAIRE

IBAN (International Bank Account Number)

[] []

BIC (Bank Identifier Code)

[] []

DÉCLARATION

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'UNMI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'UNMI. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

FAIT À

le []

Signature

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

ORGANISME CRÉANCIER

UNMI (Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle) - 50 avenue Daumesnil - 75012 Paris - France

RUM* []

IDENTIFIANT ICS FR94ZZZ428707

*La Référence Unique de Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire du compte à débiter.

NOTICE D'INFORMATION

PRISME : PROFESSIONNEL INDÉPENDANT À STATUT MULTIPLES DONT EIRL

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ - FRAIS GÉNÉRAUX ET PERMANENTS - RENTE DE CONJOINT - RENTE EDUCATION - DÉCÈS ET PTIA

Cette notice d'information est relative au contrat d'assurance groupe souscrit par l'Association Initiative Indépendants auprès de l'UNMI en vue de la mise en place d'un régime de prévoyance complémentaire.

Le contrat a pour objet d'accorder aux adhérents des garanties incapacité de travail, rente d'invalidité, rente de conjoint, rente éducation, frais généraux et permanents pour lesquelles les cotisations peuvent ouvrir droit au bénéfice de l'article 154 bis du Code général des Impôts concernant la prévoyance des entrepreneurs individuels, ainsi que des garanties en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

LEXIQUE

Travailleur Non Salarié (TNS)

Pour bénéficier de ces garanties, l'adhérent doit avoir le statut de « Travailleur Non Salarié », donc être exclu du régime général des salariés et rattaché obligatoirement au régime social des employeurs et travailleurs indépendants (TNS).

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.

Base des garanties (BDG)

Montant des revenus et Dividendes de l'année précédant la souscription.

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'adhérent, est né de cette union ;
- il existe lors du sinistre un pacte civil de solidarité (Pacsé).

Enfants à charge

- enfants de moins de 18 ans ou de 26 ans poursuivant des études, y compris enfants du conjoint ou du partenaire de PACS admis par l'administration fiscale pour déterminer le quotient familial applicable pour le calcul de l'impôt sur le revenu de l'adhérent, y compris l'enfant né viable dans les 300 jours suivant le décès ;
- enfants bénéficiaires d'une pension alimentaire déduite des revenus de l'adhérent ;
- enfants handicapés de moins de 26 ans : l'enfant est considéré handicapé s'il présente un pourcentage d'incapacité permanente supérieur ou égal 50% lui permettant de bénéficier, avant son 20ème anniversaire, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

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'UNMI. 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 tant qu'il n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, selon les dispositions de l'article L351-1 du code de la Sécurité sociale.

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 n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, selon les dispositions de l'article L351-1 du code de la Sécurité sociale. L'état de PTIA est constaté par le service médical de l'UNMI.

Article 1**Conditions d'adhésion**

Les conditions à remplir sont les suivantes :

- avoir le statut de « Travailleur Non Salarié » ;
- adhérer à l'Association Initiative Indépendants ;
- être âgé(e) de moins de 62 ans lors de l'adhésion ;
- 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 ;
- ne pas être en arrêt de travail ; le congé de maternité n'est pas assimilé à un arrêt de travail ;
- être à jour du versement des cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;
- 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.

L'adhésion est également ouverte sauf pour les garanties incapacité temporaire totale et invalidité au conjoint ou au partenaire lié par un PACS collaborateur du travailleur non salarié déjà adhérent à condition qu'il :

- déclare, avec l'exploitant, collaborer effectivement à l'activité professionnelle de celui-ci sans être rémunéré et sans avoir la qualité d'associé ;
- adhère obligatoirement et à titre personnel au régime de retraite de son conjoint chef d'entreprise ou professionnel libéral ;
- répond aux dispositions du Code de commerce.

Article 2**Droit d'adhésion à l'Association Initiative Indépendants**

L'Association Initiative Indépendants est sise 21 rue Laffitte Paris cedex 09. Elle a pour objet de promouvoir la protection sociale des professions non-salariées non-agricoles, notamment en souscrivant, au profit de ses membres, des contrats d'assurance de groupe dans le cadre de l'article 41 de la loi n°94-126 du 11 février 1994 et du décret n°94-775 du 5 septembre 1994, relevant désormais de l'article L144-1 du Code des assurances.

En vue de la réalisation de son objet, l'Association pourra conclure avec tous les organismes qualifiés tous accords, contrats ou conventions, qui lui paraîtront nécessaires pour faciliter les rapports de ses membres adhérents avec les organismes et améliorer les avantages collectifs et individuels dont pourront bénéficier ses adhérents.

Un droit annuel est fixé pour adhérer à l'Association. Il est appelé par la Mutuelle en même temps que la cotisation régulière et reversé à l'Association. Il est dû tant que durera l'adhésion de l'adhérent au contrat.

L'Association reste responsable devant les adhérents de tous contacts, litiges ou renseignements relatifs à ce droit d'adhésion.

La cotisation à l'Association n'entre pas dans le cadre de la déductibilité fiscale issue de l'article 41 de la loi n°94-126 du 11 février 1994 et du décret n° 94-775 du 5

septembre 1994 (Loi Madelin).

Article 3**Formalités d'adhésion**

Elles sont obligatoires pour tous les adhérents :

- remplir et signer la demande d'adhésion ;
- verser la première cotisation ;
- remplir avec exactitude et signer un questionnaire médical a retourné sous pli cacheté à l'attention du médecin conseil de l'UNMI ;
- joindre les attestations délivrées par les caisses Maladie et Vieillesse.

La décision de l'UNMI pourra être soit :

- acceptation de l'adhésion aux conditions standards ;
- acceptation de l'adhésion avec des restrictions de garanties ;
- acceptation de l'adhésion avec une cotisation supérieure ;
- acceptation de l'adhésion avec des restrictions de garanties et 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 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.

L'adhésion est nulle en cas d'omission, de déclaration inexacte, de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, quand celle-ci change l'objet du risque ou en diminue l'appréciation pour l'UNMI, même si le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur le sinistre (Code de la Mutualité, article L. 221-14). Toutes les cotisations encaissées restent acquises à l'UNMI.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion mais, si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après notification à l'adhérent par lettre recommandée. La mutuelle 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 4**Prise d'effet et durée de l'adhésion**

La date d'effet de l'adhésion est précisée sur les Conditions Particulières du contrat adressé 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 ne pouvant être antérieure à la date de réception par l'UNMI de cette demande ;
- d'acceptation avec exclusions, restriction de garanties ou majoration de cotisation, elle correspond au 1er 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 ;
- de défaut de paiement de la 1ère cotisation, la date d'effet de l'adhésion est reportée à la date effective de l'encaissement de celle-ci ;
- de refus de l'adhésion par l'UNMI, la cotisation est intégralement remboursée ;
- d'accident survenant entre la date d'effet indiquée sur la demande d'adhésion et l'envoi soit des Conditions Particulières, soit de la décision de refus, l'UNMI indemnise le demandeur pour les risques figurant sur la demande d'adhésion, conformément aux présentes Conditions Générales. Dans tous les cas, 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 1er janvier par tacite reconduction.

L'adhérent s'engage à remettre annuellement à l'UNMI, les attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Article 5

Prise d'effet des garanties et délais de carences

En cas d'accident, les garanties prennent effet au jour de la date d'effet de l'adhésion (cf Article 4 supra).

En cas de maladie, les garanties Décès et PTIA prennent effet au jour indiqué sur les Conditions Particulières envoyées par l'UNMI.

Pour les garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente la date d'effet est ainsi fixé :

- 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 ou pendant ces délais (3, 9 ou 12 mois) restent exclues.

Ces délais de carence 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 6

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 1er

novembre précédent ;

- à la date indiquée sur la lettre recommandée adressée par l'UNMI en cas de défaut de paiement des cotisations ;
- 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 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 les garanties incapacité temporaire et invalidité permanente ;
- au delà de ces 2 premières années, lorsque l'adhérent atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, selon les dispositions de l'article L351-1 du code de la Sécurité sociale.

Article 7

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 8

Objet des garanties

Les garanties de Prévoyance Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente peuvent bénéficier du régime fiscal issu de l'article 41 de la loi n°9 4-126 du 11 février 1994 et du décret n° 94-775 du 5 septembre 1994 (Loi Madelin).

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.** Un contrôle de cohérence sera effectué avec les justificatifs ayant permis d'établir la rémunération du gérant majoritaire lors de l'adhésion (procès verbal de l'assemblée générale approuvant la rémunération, déclaration commune de revenus des indépendants, avis d'imposition...).

En cas de baisse des revenus de son activité, l'adhérent doit en informer l'UNMI et adapter ses garanties à sa nouvelle situation. Les indemnités journalières seront limitées aux montants déclarés à l'adhésion à l'occasion du renouvellement du contrat.

Les garanties en Capitaux (Décès-PTIA) sont hors du dispositif prévu pour la déductibilité Madelin.

Toutes ces garanties correspondent aux branches 1-2 et 20 de l'article R 211-2 du Code de la mutualité.

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

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

Garantie Décès ou PTIA toutes causes (obligatoire)

En cas de décès de l'adhérent quelle que soit la cause (sauf exclusions prévues à l'article 12), l'UNMI verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) le capital fixé aux Conditions Particulières.

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

Cette désignation peut être effectuée par un acte sous seing privé ou un acte authentique. Dans ce cas, il appartient à l'adhérent d'informer l'UNMI de l'existence de cette désignation particulière.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'adhérent peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier 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 doit alors être notifiée à l'UNMI par écrit. L'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du jour où l'adhérent est informé que le contrat d'assurance est conclu.

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, non séparé de corps par jugement définitif ;
- à la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité ;
- aux enfants de l'adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés part parts égales entre eux ;
- aux ascendants de l'adhérent à charge par parts égales entre eux ;
- aux héritiers de l'adhérent.

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

Aucune autre garantie ne peut être souscrite sans la garantie Décès ou PTIA toutes causes.

Garantie « double effet »

Cette garantie prévoit le versement d'un capital décès supplémentaire dont le montant figure aux Conditions Particulières en cas de décès du conjoint, du concubin ou du pacsé survenant simultanément ou dans les 365 jours qui suit celui de l'adhérent.

Le deuxième capital n'est accordé que si au jour du deuxième décès, il reste un enfant à charge de ce conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.

Les bénéficiaires du deuxième capital sont obligatoirement les enfants à charge. Ce capital est réparti par parts égales entre eux.

Garantie décès ou PTIA « accidentels »

Cette garantie permet le versement de capitaux en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent résultant d'un accident. Sauf désignation expresse des bénéficiaires, l'ordre de priorité se fait sur le même principe que ci-dessus.

Le décès ou la PTIA doivent survenir dans les 365 jours suivant l'accident et en être la conséquence directe.

Garantie Rente de Conjoint

En cas de décès de l'adhérent, cette garantie prévoit le versement d'une rente viagère au conjoint (ou concubin ou pacsé) composée d'une partie viagère. Cette dernière partie n'est plus versée dès que le conjoint remplit les conditions d'âge qui lui permettraient de bénéficier de la réversibilité des droits du régime de bas de l'adhérent.

Elle est versée trimestriellement à terme échu, et débute le jour du décès de l'adhérent, au prorata de la période restant à courir pour le trimestre.

Le service de la rente cesse à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire décède, se remarie ou contracte un nouveau PACS.

Garantie Rente Éducation

En cas de décès de l'adhérent, il est prévu le versement d'une rente éducation au(x) enfant(s) à charge.

Elle est versée trimestriellement à terme échu, et débute le jour du décès de l'adhérent, au prorata de la période restant à courir pour le trimestre, directement aux enfants majeurs et capables ou sinon à leur représentant légal.

Toutefois, lorsque la demande est formulée plus de 6 mois après le décès de l'adhérent, elle sera due à compter du 1er jour du mois suivant la demande.

La rente sera versée dans un délai qui ne peut excéder 1 mois à compter de la réception des pièces nécessaires au paiement.

Le service de la rente cesse à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire décède, cesse ses études ou n'est plus considéré comme enfant à charge.

Incapacité Temporaire Totale

Lorsque l'adhérent se trouve en état d'incapacité temporaire totale, cette garantie prévoit le versement d'une indemnité journalière, à l'expiration d'un délai de franchise précisé aux Conditions Particulières.

Cette prestation cesse

- avec la fin de l'état d'incapacité temporaire ;
- au 1095e jour d'arrêt continu de travail au plus tard ;
- lors de la reconnaissance à l'état d'invalidité permanente ;
- lorsque l'adhérent atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, selon les dispositions de l'article L351-1 du code de la Sécurité sociale.

Les indemnités journalières sont versées par quinzaine à terme échu.

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.

La garantie incapacité temporaire totale ne peut être

souscrite sans la garantie invalidité permanente.

Invalidité permanente

• Rente

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, 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 :

- 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 % ;
- 60 % 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 atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, selon les dispositions de l'article L351-1 du code de la Sécurité sociale.

• Capital pour l'aménagement du cadre de vie

Les frais d'aménagement de la résidence de l'adhérent atteint d'une invalidité de 2ème ou 3ème catégorie sont remboursés contre justificatifs dans la limite de 4 000 €.

Capital Invalidité Permanente Partielle <10>>33%

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident n'entrant pas dans le cadre des exclusions de l'article 12, l'adhérent se trouve en IPP avec un taux supérieur à 10 %, il percevra un capital proportionnel au taux

d'invalidité retenu par le Médecin conseil selon l'option choisie au bulletin d'adhésion.

L'indemnisation est limitée à 32% même dans le cas d'un taux d'IPP plus important.

Frais Généraux Permanents

Le paiement des frais est conditionné à la présentation de justificatifs des frais engagés. En pratique une attestation du comptable récapitulant les montants des dépenses subies par l'entreprise, suffit.

Allocation assistance juridique

Cette garantie est destinée à offrir une assistance juridique à l'entrepreneur quand un contrôle fiscal « sur place » survient alors qu'il se trouve diminué du fait d'une affection le contraignant (ou l'ayant contraint) à l'arrêt de travail d'une durée de 60 jours minimum. La participation aux frais d'avocat fiscaliste correspond aux dépenses engagées avec une limite de 3 500 €.

Pour que la garantie puisse être mise en oeuvre, les conditions suivantes sont exigées :

- **il doit s'agir d'un contrôle sur place de la comptabilité de l'entreprise par l'administration fiscale ;**
- **le contrôle doit porter sur l'entreprise ou le dirigeant lui-même ;**
- **le contrôle doit s'être exercé en partie pendant la période d'arrêt de travail (même s'il a débuté avant) ou dans un délai maximum de 3 mois après la reprise de l'activité.**

Article 9

Cessation des garanties

Les garanties et le versement des prestations cessent lorsque l'adhérent a atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, selon les dispositions de l'article L351-1 du code de la Sécurité sociale.

En outre, les garanties cessent :

- lorsque l'adhérent n'est plus affilié, à une caisse obligatoire vieillesse des non salariés ;
- lorsque l'adhérent ne peut plus transmettre annuellement l'attestation délivrée par le régime obligatoire prouvant qu'il est à jour de ses cotisations ;
- lorsque l'adhérent cesse son activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'assuré 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 du présent contrat collectif souscrit par l'Association Initiative Indépendants ;
- à la fin du trimestre civil suivant la perte de la qualité de membre de l'Association Initiative Indépendants ;
- au jour du versement du capital PTIA ou Décès ;
- en cas de refus par l'adhérent des décisions prises par le Conseil d'administration de l'UNMI, dans les 30 jours après qu'il en ait eu connaissance.

Article 10

Comment obtenir les prestations

Les garanties sont mises en oeuvre à l'initiative de l'adhérent ou du bénéficiaire qui présente, à l'appui de

sa demande, les justificatifs nécessaires.

Pour les garanties PTIA, invalidité permanente et incapacité temporaire totale, 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.

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.

En cas d'incapacité temporaire totale, ou d'hospitalisation

La demande de prestations doit être adressée à la Mutuelle 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.

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'invalidité permanente

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 sa catégorie d'invalidité.

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) ;
- le cas échéant, le rapport de police et autres pièces administratives justifiant du rapport de cause à effet entre l'accident et le décès.

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 ;
- la décision de reconnaissance de la PTIA par le Régime Obligatoire de l'adhérent ;
- le cas échéant, le rapport de police et autres pièces administratives justifiant du rapport de cause à effet entre l'accident et l'état de PTIA.

Pour la rente de conjoint

En complément des pièces réclamées, suite au décès de l'adhérent, les pièces justificatives suivantes sont à fournir dans les 6 mois suivant le décès de l'adhérent :

- les pièces justifiant la qualité du bénéficiaire : livret de famille, contrat de PACS... ;
- copie de l'avis d'imposition du bénéficiaire.

Ces documents doivent par la suite être fournis chaque 1er janvier ; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.

Pour la rente éducation

En complément des pièces réclamées, suite au décès de l'adhérent, les pièces justificatives suivantes sont à fournir dans les 6 mois suivant le décès de l'adhérent :

- copie de l'avis d'imposition de l'adhérent et des bénéficiaires au titre de l'année précédant le décès ;
- pour les enfants âgés de plus de 18 et de moins de 26 ans, un certificat de scolarité délivré par un établissement agréé ;
- pour les enfants infirmes et titulaires d'une carte d'invalidité, la copie de cette carte.

En outre, chaque 1er janvier, les enfants bénéficiaires du versement de la rente devront transmettre :

- pour les enfants ayant plus de 18 et de moins de 26 ans, un certificat de scolarité attestant de la poursuite d'études supérieures et de l'appartenance à un régime de Sécurité sociale étudiant ;
- pour les enfants infirmes et titulaires d'une carte d'invalidité, la copie de cette carte.

Pour les Frais Généraux et Permanents de l'entreprise

Cette garantie assure l'entreprise contre les conséquences de l'arrêt de travail du chef d'entreprise ou d'un salarié exerçant une activité professionnelle au sein de cette dernière.

Outre la prise en charge de la recherche du remplaçant du titulaire en arrêt qui va permettre la continuité de l'activité, les Frais Généraux Permanents comprennent à titre d'exemples :

- les dépenses d'eau, de gaz, d'électricité, de

- chauffage, de téléphone, d'internet ;
- les loyers, charges, factures d'entretien et réparations de locaux professionnels ;
- les salaires (charges incluses) des salariés de l'adhérent ;
- les taxes et impôts professionnels ;
- les cotisations d'assurance ;
- les honoraires du cabinet ou de l'association comptable ;
- les frais de véhicules professionnels ;
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels ;
- le coût du crédit-bail ;
- les pertes par dépréciation des matières consommables ;
- les amortissements d'équipements ;
- les agios sur découverts bancaires ;
- les frais de voyages et déplacements ;
- les cotisations syndicales et professionnelles ;
- les cotisations sociales et personnelles obligatoires ;
- le petit outillage ;
- les frais de fourniture de bureau, les frais de documentation, de correspondance et de téléphone, les annonces, insertions et publicité ;
- les coûts de remplacement correspondant aux frais supplémentaires d'exploitation liés au remplacement de l'assuré par du personnel étranger à l'entreprise.

Pour l'assistance juridique

Doivent être transmises au service de gestion dans les 6 mois suivant le contrôle de l'administration fiscale :

- les pièces justifiant du contrôle sur place par l'administration fiscale ;
- les notes de frais de l'avocat fiscaliste ou autre conseil.

Article 11

Subrogation

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la Mutualité, l'UNMI dispose d'un recours subrogatoire contre la personne responsable d'un accident ou de son assureur pour le remboursement des prestations payées au titre des risques Incapacité et Invalidité

Article 12

Exclusions

Professions exclues :

- la lutte contre l'incendie et autres catastrophes ;
- le maintien de l'ordre (surveillance, garde du corps, ...)
- les travaux forestiers (bûcheron, débardeur, exploitant forestier, élagueur, ...)
- la manipulation d'explosifs ;
- la mer (marins pêcheurs, travaux sous-marins,...)
- la montagne (moniteur de ski, guide de haute montagne,...)
- les sportifs professionnels ;
- les professeurs de sport, et entraîneurs sportifs ;
- les cascadeurs ;
- les dockers ;

- les arrimeurs ;
- les attractions foraines ;
- les pilotes de prototype ;
- les professions du cirque ;
- les chauffeurs de poids lourds et de matières dangereuses ;
- les reporters.

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 ;
- 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, raids, acrobaties ou 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.

Au titre de la garantie Décès ou PTIA « accidentels » et Capital Invalidité Accidentelle sont exclus :

- d'un état 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), l'alcoolisation aiguë ou l'éthylisme chronique ;
- d'un usage abusif de stupéfiants ou de médicaments sans prescription médicale dès lors qu'ils sont la cause directe des dommages subis, ainsi que leurs suites et conséquences.

Au titre de l'incapacité de travail, outre les exclusions ci-dessus, restent exclus :

- 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 du contrat ;

- 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 du contrat ;
- 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.

Article 13

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.

En application de l'article L 221-8 § 2 du Code de la mutualité, si l'adhérent ne règle pas sa cotisation dans les 10 jours d'échéance, une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception lui est envoyée. En cas de nonpaiement, le contrat est résilié 40 jours après l'envoi du courrier de mise en demeure.

Le montant des cotisations peut être modifié en fonction de la réglementation et des coûts des régimes. Il évolue chaque année en fonction du PASS et de l'âge de l'adhérent.

La cotisation est déterminée et évolue en cours de contrat suivant l'âge de l'adhérent. Le montant est revu suivant les tranches d'âge prévues au bulletin d'adhésion. L'âge atteint est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance. Le changement de tranche de cotisation intervient dès le 1er janvier.

La cotisation relative aux garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente fera l'objet d'une attestation permettant de bénéficier du régime fiscal issu de l'article 41 de la loi n°94-126 du 11 février 1994 et du décret n° 94-775 du 5 septembre 1994 (Loi Madelin).

En cas de résiliation du contrat collectif liant l'Association Initiative Indépendants et l'UNMI, aucune nouvelle cotisation au contrat ne sera acceptée.

Article 14

Exonération des cotisations

L'adhérent est 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 33 %. Il est exonéré totalement du paiement de sa cotisation pour l'ensemble des garanties, ce dès le premier jour d'indemnisation.

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

Article 15

Modification des garanties

Les garanties et leurs montants peuvent être modifiés en cours de contrat si l'adhérent a moins de 62 ans. 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.

A tout moment l'adhérent peut demander la suppression de garanties ou des montants de garanties inférieurs ; toutefois, la garantie décès/PTIA reste obligatoire.

Article 16

Revalorisation des prestations

Les prestations servies en incapacité temporaire totale, invalidité permanente, rente de conjoint et rente éducation sont revalorisables chaque 1er juillet par une décision du conseil d'administration de l'UNMI.

En cas de résiliation du contrat collectif liant l'Association Initiative Indépendants et l'UNMI ou en cas de résiliation de l'adhésion, les prestations en cours de service continueront à être servies sans droit à revalorisation ultérieure.

Article 17

Prescription

Conformément à l'article L 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions ou réclamations dérivant du présent contrat sont prescrites à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas :

- de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- de réalisation du risque, que du jour où l es intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription peut notamment être interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 18

Faculté de renonciation

En application des dispositions de l'article L 223-8 du Code de la mutualité, l'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant 30 jours à compter du jour où il a été informé de la prise d'effet de son adhésion.

Les sommes versées lui sont alors intégralement remboursées dans le délai d'un mois suivant la réception de sa demande.

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 l'adhésion de mon contrat UNMI Prévoyance TNS « PRISME » n° ... et demande le remboursement de la cotisation versée le ... d'un montant de ..., dans le délai de 30 jours.

Je reconnais que de ce fait mon adhésion est annulée.

Date ... Signature ... ».

Article 19

Renseignements, réclamations

Les réclamations relatives à la formation, à l'exécution ou au dénouement du contrat sont à adresser au siège social de l'UNMI qui, après examen, établira une réponse écrite.

Article 20

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 21

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 75009 Paris.

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

