

TRAVAILLEURS NON SALARIÉS (TNS)



prevoyance  
tns

NOTICE D'INFORMATION

Prévoyance

unmi  
MUTUELLEMENT PLUS FORTS

**« Prévoyance TNS » EST UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE À ADHESION FACULTATIVE ET INDIVIDUELLE.**

**Objet du Contrat**

Le Contrat a pour objet de garantir, en cas de Maladie ou d'Accident, le versement d'un capital en cas de décès ou d'Invalidité absolue et définitive de l'Adhérent, le versement d'une rente d'éducation ou de Conjoint ou de Concubin, le versement d'indemnités journalières et d'une indemnité relative à la couverture des frais généraux permanents en cas d'Incapacité temporaire totale de travail de l'Adhérent ainsi que le versement d'une rente ou d'un capital lorsque l'Adhérent se trouve en état d'Invalidité permanente.

**Faculté de rachat**

Le Contrat ne comporte pas de faculté de rachat.

**Participation aux excédents**

Le Contrat ne prévoit pas de participation aux excédents.

**Les frais**

- Frais à l'entrée : Aucun.
- Frais en cours de vie du contrat (Taux de commissions et de chargement) : 26 % maximum intégrés dans le montant de la cotisation à payer.
- Frais de sortie : Aucun.
- Autres frais : Aucun.

**Durée de l'adhésion au Contrat**

La durée de l'adhésion recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale de l'Adhérent, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur, et des caractéristiques du Contrat choisi. L'Adhérent est invité à demander conseil auprès de son Assureur.

**Désignation d'un Bénéficiaire**

L'Adhérent peut désigner le ou les Bénéficiaire(s) du capital décès au moment de son adhésion au Contrat ou ultérieurement en complétant un nouveau formulaire de « Désignation de Bénéficiaire(s) » ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. La désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le(s) Bénéficiaire(s). Les modalités de désignation du ou des Bénéficiaire(s) sont précisées dans la Notice d'information.

**Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention de l'Adhérent sur certaines dispositions essentielles du Contrat. Il est important que l'Adhérent lise intégralement la Notice d'information et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer la demande d'adhésion.**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LEXIQUE .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>ARTICLE 1 - NATURE ET OBJET DU CONTRAT .....</b>                                       | <b>8</b>  |
| <b>ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHESION .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>ARTICLE 3 - FORMALITES D'ADHESION .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION .....</b>                                      | <b>9</b>  |
| <b>ARTICLE 5 - DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION .....</b>                            | <b>9</b>  |
| <b>ARTICLE 6 - OBLIGATION D'INFORMATION EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION .....</b>       | <b>10</b> |
| <b>ARTICLE 7 - FACULTE DE RENONCIATION .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>ARTICLE 8 - FIN DE L'ADHESION .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>ARTICLE 9 - OBJET DES GARANTIES.....</b>   | <b>11</b> |
| <b>9.1 Capital décès ou Invalidité absolue et définitive (Garantie obligatoire) .....</b> | <b>11</b> |
| <b>9.2 Majoration « Accident » .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>9.3 Double effet .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>9.4 Rente d'éducation (Garantie optionnelle).....</b>                                  | <b>11</b> |
| <b>9.5 Rente de Conjoint ou de Concubin (Garantie optionnelle).....</b>                   | <b>12</b> |
| <b>9.6 Incapacité temporaire totale de travail (Garantie optionnelle) .....</b>           | <b>12</b> |
| <b>9.7 « Frais généraux permanents » (option) .....</b>                                   | <b>13</b> |
| <b>9.8 Invalidité permanente .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>9.9 Capital Invalidité permanente partielle (Garantie optionnelle) .....</b>           | <b>14</b> |
| <b>9.10 Soutien Psychologique (STIMULUS Care Services) .....</b>                          | <b>14</b> |
| <b>ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES ET DELAIS DE CARENCE ....</b>                 | <b>15</b> |
| <b>ARTICLE 11 - MODIFICATIONS DES GARANTIES A L'INITIATIVE DE L'ADHERENT.....</b>         | <b>15</b> |
| <b>ARTICLE 12 - CESSATION DES GARANTIES .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>ARTICLE 13 - DISPOSITIF LOI MADELIN .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>ARTICLE 14 - DEMANDE DE PRESTATION .....</b>   | <b>16</b> |
| <b>ARTICLE 15 - CONTROLE MEDICAL .....</b>  | <b>16</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ARTICLE 16 - BENEFICIAIRE DU CAPITAL DECES.....</b>                                     | <b>17</b> |
| <b>16.1 En cas de décès.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>16.2 En cas d'IAD.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>ARTICLE 17 - DELAI DE VERSEMENT DU CAPITAL DECES .....</b>                              | <b>17</b> |
| <b>ARTICLE 18 - CONTRATS EN DESHERENCE .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>ARTICLE 19 -REVALORISATION DES PRESTATIONS.....</b>                                     | <b>18</b> |
| <b>19.1 Revalorisation du capital décès .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>19.2 Revalorisation des rentes et des indemnités journalières complémentaires .....</b> | <b>18</b> |
| <b>ARTICLE 20 - TERRITORIALITE .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>ARTICLE 21 -EXCLUSIONS .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>21.1 Professions exclues .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>21.2 Risques exclus .....</b>   | <b>19</b> |
| <b>ARTICLE 22 – COTISATIONS AU TITRE DU CONTRAT PREVOYANCE TNS ..</b>                      | <b>21</b> |
| <b>22.1 Principe de cotisation .....</b>   | <b>21</b> |
| <b>22.2 Modalités de détermination des cotisations .....</b>                               | <b>21</b> |
| <b>22.3 Modalités de paiement des cotisations .....</b>                                    | <b>21</b> |
| <b>22.4 Défaut de paiement des cotisations.....</b>  | <b>21</b> |
| <b>22.5 Exonération des cotisations.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>ARTICLE 23 – COTISATION AU TITRE DE L'ADHESION A L'ASSOCIATION</b>                      | <b>21</b> |
| <b>ARTICLE 24 - FAUSSE DECLARATION .....</b>   | <b>21</b> |
| <b>24.1 Fausse déclaration intentionnelle.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>24.2 Fausse déclaration non intentionnelle.....</b>                                     | <b>22</b> |
| <b>ARTICLE 25 – PRESCRIPTION.....</b>  | <b>22</b> |
| <b>ARTICLE 26 - SUBROGATION.....</b>   | <b>23</b> |
| <b>ARTICLE 27 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL.....</b>                      | <b>23</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>27.1 Recueil des informations .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>27.2 Conservation et portabilité des données .....</b>   | <b>23</b> |
| <b>27.3 Droits de l'Adhérent.....</b>   | <b>23</b> |
| <b>ARTICLE 28 - RECLAMATION – MEDIATION .....</b>   | <b>24</b> |
| <b>ARTICLE 29 – VIGILANCE FINANCIERE – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT<br/>– LUTTE CONTRE LA FRAUDE .....</b> | <b>24</b> |
| <b>ARTICLE 30 - ORGANISME DE CONTROLE.....</b>  | <b>24</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>   | <b>25</b> |

## LEXIQUE

**Adhérent** : Travailleur Non Salarié, personne physique, membre de l'Association et de la Mutuelle, qui adhère au Contrat et s'engage à payer les cotisations auprès de l'Assureur.

**Accident** : Toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'Adhérent.

**Ne sont pas considérés comme Accident : le suicide, toute affection vasculaire et/ou circulatoire (notamment l'accident cérébral, l'accident cardiaque et l'accident vasculaire cérébral), et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.**

**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.

**Association** : Accompagnement et Conseil pour les Travailleurs Indépendants (ACTI), association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé 70 boulevard de Courcelles 75017 Paris.

**Assureur** : Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI), union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 784 718 207, dont le siège social est situé 70 boulevard de Courcelles 75017 Paris.

**Base des garanties (BDG)** : Montant des revenus et dividendes de l'année précédant la souscription.

**Bénéficiaire(s)** : La ou les personne(s) qui perçoit/perçoivent les prestations prévues au Contrat.

**Carence** : Période qui suit la date d'effet du contrat d'assurance au cours de laquelle toute maladie (ainsi que ses suites, conséquences, rechutes et récurrences) survenue et pour laquelle un diagnostic a été posé médicalement ne peut donner lieu à indemnisation.

**Concubin** : Personne vivant en concubinage avec l'Adhérent au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

**Conjoint** : Personne avec laquelle l'Adhérent est marié, non divorcé, ni séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut, personne avec laquelle l'Adhérent est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du code civil.

**Contrat** : Contrat collectif facultatif à adhésion individuelle souscrit par l'Association auprès de l'Assureur.

**Enfant à charge fiscale** : Enfant fiscalement à charge de l'Adhérent et de son Conjoint ou de son Concubin, qu'il soit légitime, naturel, adoptif, reconnu ou recueilli :

- Jusqu'à son 18ème anniversaire, sans condition ;
- Jusqu'à son 26ème anniversaire et sous condition, soit :
  - Qu'il poursuit des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
  - Qu'il soit en apprentissage ;
  - Qu'il poursuit une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en

entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;

- Qu'il soit, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrit auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi ou stagiaire de la formation professionnelle ;
  - Qu'il soit employé dans un Etablissement ou une Structure d'Aide par le Travail (ESAT) en tant que travailleur handicapé.
- Quel que soit son âge, s'il est infirme et titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant son 26ème anniversaire, justifié par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé.

**Franchise** : Période comprise entre la date de l'arrêt de travail et celle de commencement de l'indemnisation par l'Assureur pendant laquelle aucune prestation n'est versée.

**Grossesse pathologique** : L'assureur garantit la pris en charge de l'ITT consécutive à une grossesse pathologique lorsqu'elle est justifiée par l'obligation médicale d'un repos à domicile ou à l'hôpital notamment consécutive à :

- un cerclage ;
- une menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement par béta 2 mimétique, un traitement progestatif ou des traitements médicaux équivalents
- un décollement placentaire authentifié par échographie,
- une souffrance foetale ;
- des métrorragies ;
- une pathologie du placenta ;
- une môle hémorragique, un choriocarcinome ;
- une pathologie du liquide amniotique.

**Hospitalisation** : tout séjour dans un établissement hospitalier, à l'exclusion des structures de soins telles que centres de convalescence, de rééducation et de cures thermales, d'une durée supérieure à 24h ou si inférieure à 24h, ayant nécessité la réalisation d'un acte chirurgical nécessitant une anesthésie générale.

**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 résultant d'une Maladie ou d'un Accident. L'état d'ITT est constaté par un arrêt de travail.

**Invalidité absolue et définitive (IAD)** : État dans lequel se trouve un Adhérent si, suite à une Maladie ou à un Accident 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 L.351-1 du code de la Sécurité sociale. L'état d'IAD est constaté par le service médical de l'Assureur.

**Invalidité permanente (IP)** : 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 résultant d'une Maladie ou d'un Accident. L'état d'IP est constaté par le service médical de l'Assureur.

**Maladie** : Toute altération de la santé de l'Adhérent constatée par une autorité médicale.

**Mutuelle** : Personne morale adhérente à l'Assureur.

**Notice d'information :** La présente notice d'information qui définit les droits et obligations de l'Assureur et des Adhérents découlant du Contrat.

**Rechute :** Le nouvel arrêt de travail survenu dans les 60 jours à compter de la date de reprise d'activité qui suit le terme du précédent arrêt lié à la même pathologie ou ayant la même origine.

**Travailleur Non Salarié (TNS) :** Personne physique qui exerce 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. Elle doit être rattachée obligatoirement au régime social des employeurs et travailleurs indépendants et être exclue du régime général des salariés.

## ARTICLE 1 - NATURE ET OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance collective « Prévoyance TNS » (ci-après « Contrat ») est souscrit par l'Association ACTI en vue de la mise en place d'un régime de prévoyance complémentaire au profit de ses membres ayant la qualité de Travailleur Non Salarié. Le Contrat est assuré par l'Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI), union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 784 718 207 dont le siège social est sis 70 boulevard de Courcelles 75017 Paris.

Il a pour objet le versement, en cas de Maladie ou d'Accident, d'un capital en cas de décès ou d'Invalidité absolue et définitive, de rente d'éducation ou de Conjoint ou de Concubin, d'indemnités journalières et d'une indemnité relative à la couverture des frais généraux en cas d'Incapacité temporaire totale de travail ainsi que le versement d'une rente ou d'un capital en cas d'Invalidité permanente de l'Adhérent.

La présente Notice d'information, régie par le code de la mutualité, définit et fixe les droits et obligations réciproques existants entre l'Assureur et chaque Adhérent à cette opération d'assurance collective à adhésion facultative et individuelle.

Les dispositions du Contrat peuvent être modifiées par les Parties signataires. Les Adhérents sont informés des modifications par l'Assureur.

L'ensemble de la documentation contractuelle est notifié à l'Adhérent par voie dématérialisée sauf demande contraire faite par ce dernier à l'adresse suivante : *UNMI - CENTRE DE GESTION - BATIMENT B LES ORIELS - 289 BOULEVARD DUHAMEL DU MONCEAU - CS 90662 45166 OLIVET CEDEX 01* ou par courriel à l'adresse suivante : [souscriptions@unmi.eu](mailto:souscriptions@unmi.eu).

## ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHESION

Pour adhérer au Contrat, l'Adhérent doit remplir les conditions suivantes :

- Avoir le statut de Travailleur Non Salarié ;
- Être membre de la Mutuelle ;
- Être adhérent à l'Association ;
- Être âgé de plus de 18 ans, à la date de la demande d'adhésion ;
- Ne pas avoir, à la date de la demande d'adhésion, atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse du régime de base des Travailleurs Non Salariés ;
- Exercer une activité non salariée, non agricole, rémunérée, normale et effective dont le régime d'imposition relève de la catégorie des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices industriels et commerciaux ;
- Ne pas être en arrêt de travail à la date de la demande d'adhésion. Le congé de maternité et de paternité ne sont pas assimilés à un arrêt de travail ;
- Être à jour du versement des cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;
- Avoir sa résidence principale en France métropolitaine ou dans un Département et Région Ultramarin (DROM) ;
- Exercer son activité en France métropolitaine, dans un DROM, dans un pays de l'Union Européenne ou en Suisse, dès lors qu'il est affilié à un régime de base des Travailleurs Non Salariés français.

L'adhésion est également ouverte **sauf pour les garanties Incapacité temporaire totale de travail, Invalidité permanente et Frais généraux permanents** au Conjoint 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 3 - FORMALITES D'ADHESION

Elles sont obligatoires pour tous les Adhérents :

- Remplir et signer la demande d'adhésion ;
- Joindre la photocopie de sa carte d'identité en cours de validité ;

- Joindre un justificatif de l'existence de l'entreprise (extrait K-bis de moins de 3 mois, registre des métiers, CFE, ...) ;
- Joindre un justificatif de domicile de moins de 3 mois ;
- Joindre un justificatif des revenus ;
- 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 ;
- Remplir avec exactitude et signer la déclaration d'état de santé ;
- Le cas échéant, remplir avec exactitude et signer un questionnaire médical, fournir si nécessaire les rapports et résultats des examens médicaux (à retourner sous pli cacheté et confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur).

La décision de l'Assureur 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 ;
- Ajournement de votre demande. La demande pourra être représentée pour une nouvelle étude à une date ultérieure fixé par le service médical en fonction de votre pathologie ;
- Refus de l'adhésion.

La décision de l'Assureur sera notifiée à l'Adhérent. Si l'adhésion est acceptée moyennant des exclusions médicales et/ou des restrictions de garanties, et/ou une cotisation supérieure, l'Adhérent doit donner son accord écrit sur celle(s)-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'Assureur s'engage à prendre toutes les dispositions nécessaires pour préserver la confidentialité des informations transmises.

## **ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION**

Sous réserve de la réception par l'Assureur de la demande d'adhésion complétée, signée, et accompagnée des pièces justificatives demandées, l'adhésion prend effet à la date précisée sur le certificat d'adhésion adressé par l'Assureur :

- En cas d'acceptation simple de la demande d'adhésion par l'Assureur, elle correspond à la date d'effet indiquée sur cette demande, et au plus tôt le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'adhésion ;
- En cas d'acceptation avec exclusions médicales, restrictions de garanties ou majoration de cotisation, elle correspond au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'Assureur a reçu l'accord écrit de l'Adhérent sur les conditions d'acceptation qui lui auront été notifiées.

En cas d'Accident survenant entre la date de prise d'effet de l'adhésion et la date d'envoi par l'Assureur du certificat d'adhésion ou de la décision de refus, l'Assureur ne verse l'indemnisation que pour les risques figurant sur la demande d'adhésion et conformément aux dispositions du Contrat.

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

## **ARTICLE 5 - DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION**

**L'adhésion au Contrat est annuelle et expire le 31 décembre de l'année d'adhésion.**

**Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à l'échéance principale fixée au 1er janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation dans les conditions prévues à l'article 8 de la Notice d'information.**

## ARTICLE 6 - OBLIGATION D'INFORMATION EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

L'Adhérent s'engage à informer l'Assureur, dans le mois suivant l'événement, de tout changement de statut, domicile, situation personnelle, familiale ou professionnelle, ainsi que tout changement pouvant impacter les garanties prévues dans la Notice d'information et mentionnées sur son certificat d'adhésion et d'adapter en conséquence ses garanties à sa nouvelle situation.

En cas de baisse des revenus de son activité, l'Adhérent doit également en informer l'Assureur et adapter ses garanties à sa nouvelle situation.

## ARTICLE 7 - FACULTE DE RENONCIATION

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion, pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation peut être notifiée selon son choix :

- Soit par lettre ou tout autre support durable à l'adresse suivante :

UNMI - CENTRE DE GESTION  
BATIMENT B LES ORIELS  
289 BOULEVARD DUHAMEL DU MONCEAU  
CS 90662  
45166 OLIVET CEDEX 01

- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit par mail à [souscriptions@unmi.eu](mailto:souscriptions@unmi.eu).

Ce courrier peut être rédigé comme suit « *Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat « Prévoyance TNS » n°... et demande le remboursement de la cotisation versée le ... d'un montant de ..., dans le délai de 30 jours (relevé d'identité bancaire joint). Je reconnais que de ce fait mon adhésion est annulée. Date ... Signature ...* ».

La renonciation entraîne la restitution, par l'Assureur, de l'intégralité des sommes versées par l'Adhérent, dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant 2 mois, puis à l'expiration de ce délai de 2 mois, au double du taux légal. Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées par l'Assureur, 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.

## ARTICLE 8 - FIN DE L'ADHESION

L'adhésion prend fin :

- A la date d'échéance annuelle du 31 décembre, en cas de résiliation par l'Adhérent notifiée à l'Assureur au plus tard le 31 octobre précédent, selon son choix ;
  - Soit par lettre ou tout autre support durable ;
  - Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ;
  - Soit par acte extrajudiciaire ;
  - Soit par mail à [souscriptions@unmi.eu](mailto:souscriptions@unmi.eu).
- En cas de modifications apportées aux droits et obligations de l'Adhérent, celui-ci dispose d'un délai d'un mois à compter de la notification de la Notice d'Information pour dénoncer son adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée à l'Assureur ;
- À la date à laquelle l'Adhérent a effectué la liquidation de ses droits à retraite auprès du Régime Général ;
- À la date indiquée sur la lettre recommandée adressée à l'Adhérent en cas de défaut de paiement des cotisations, conformément à l'article 22.4 de la Notice d'information ;
- A la date à laquelle l'Adhérent perd la qualité de membre de la Mutuelle ;
- A la date à laquelle l'Adhérent perd la qualité de Travailleur Non Salarié ;

- A la date à laquelle l'Adhérent perd la qualité de membre de l'Association ;
- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Adhérent atteint l'âge légal de départ à la retraite à taux plein ;
- A la date à laquelle l'Adhérent est en invalidité absolue et définitive ;
- A la date à laquelle l'Adhérent décède ;
- En tout état de cause en cas de résiliation du Contrat conclu entre l'Assureur et l'Association.

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties.

## **ARTICLE 9 - OBJET DES GARANTIES**

**La garantie décès ou IAD toutes causes est obligatoire, aucune autre garantie ne peut être souscrite sans cette garantie. Les autres garanties sont optionnelles, en conséquence, l'Adhérent n'est concerné par les clauses qui suivent que pour la (ou les) garantie(s) qu'il a choisie(s) sur sa demande d'adhésion et mentionnées sur son certificat d'adhésion.**

### **9.1 Capital décès ou Invalidité absolue et définitive (Garantie obligatoire)**

En cas de décès de l'Adhérent quelle que soit la cause, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) le capital mentionné sur le certificat d'adhésion.

En cas d'Invalidité absolue et définitive de l'Adhérent, l'Assureur verse le capital inscrit sur le certificat d'adhésion. **Le versement du capital IAD à l'Adhérent par anticipation met fin à la garantie décès.**

### **9.2 Majoration « Accident »**

En cas de décès ou d'IAD de l'Adhérent d'origine accidentelle, l'Assureur verse un capital supplémentaire correspondant au double du capital décès dont le montant est mentionné sur le certificat d'adhésion.

Le capital supplémentaire est versé au(x) même(s) Bénéficiaire(s) que celui du capital décès ou IAD toutes causes.

Le décès ou l'IAD 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 l'IAD.

**En cas d'IAD d'origine accidentelle, le versement du capital décès par anticipation à l'Adhérent met fin à cette garantie.**

### **9.3 Double effet**

En sus du capital garanti au titre de l'article 9.1, l'Assureur verse un deuxième capital décès dont le montant est mentionné sur le certificat d'adhésion, et selon les conditions d'attribution suivantes :

- Le décès du Conjoint ou du Concubin doit survenir simultanément à celui de l'Adhérent ou dans les 365 jours suivant, calculé de date à date ;
- Le deuxième capital ne sera accordé que si, au jour du décès du Conjoint ou du Concubin, il reste au moins un Enfant à charge ;
- Les Bénéficiaires du deuxième capital sont obligatoirement les Enfants à charge.

L'Assureur verse en une seule fois, à réception des justificatifs, le capital aux Enfants à charge par parts égales entre eux. Si l'Enfant à charge est mineur non émancipé ou majeur protégé, le capital est servi à son représentant légal pour le compte du Bénéficiaire et sur un compte ouvert au nom du Bénéficiaire.

### **9.4 Rente d'éducation (Garantie optionnelle)**

En cas de décès ou d'Invalidité absolue et définitive de l'Adhérent, l'Assureur verse une rente d'éducation à chaque Enfant à charge dont le montant annuel est mentionné sur le certificat d'adhésion.

Le montant de la rente est progressif par palier en fonction de l'âge de l'Enfant à charge. Un palier court du lendemain de la date du décès ou de l'IAD de l'Adhérent ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la veille du jour où l'Enfant à charge atteint l'âge limite indiqué sur le certificat d'adhésion.

La rente est versée trimestriellement à terme échu et débute au 1er jour du mois civil qui suit celui au cours duquel est survenu le décès ou l'IAD de l'Adhérent, au prorata de la période restant à couvrir pour le trimestre civil. Elle est versée directement aux Enfants à charge ou 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 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande.

Elle cesse d'être versée à l'expiration du trimestre civil au cours duquel :

- L'Enfant n'est plus considéré comme « Enfant à charge » ;
- L'Enfant décède.

## 9.5 Rente de Conjoint ou de Concubin (Garantie optionnelle)

En cas de décès de l'Adhérent, l'Assureur verse une rente viagère au Conjoint ou au Concubin dont le montant est mentionné sur le certificat d'adhésion.

Le Concubin survivant doit, en se référant notamment à la pratique fiscale et sociale, apporter la preuve qu'il répond à la définition de « Concubin » telle que prévue dans la Notice d'information, et que ni l'Adhérent, ni lui-même n'étaient, par ailleurs, mariés ni PACSES.

La rente est versée trimestriellement à terme échu et débute au 1er jour du mois civil qui suit celui au cours duquel est survenu le décès ou l'IAD de l'Adhérent, au prorata de la période restant à couvrir pour le trimestre civil.

Le versement de la rente cesse à la fin du trimestre civil au cours duquel le Conjoint ou le Concubin bénéficiaire de la rente :

- Se (re)marie ;
- Vit (à nouveau) en concubinage ;
- Contracte (à nouveau) un PACS ;
- Décède.

## 9.6 Incapacité temporaire totale de travail (Garantie optionnelle)

**La garantie Incapacité temporaire totale de travail ne peut être souscrite sans la garantie Invalidité permanente.**

Lorsque la garantie a été souscrite par l'Adhérent et qu'il se trouve en état d'Incapacité temporaire totale de travail, l'Assureur verse à celui-ci des indemnités journalières dont le montant est prévu sur le certificat d'adhésion.

Les indemnités journalières sont versées mensuellement à terme échu à l'expiration du délai de Franchise mentionné sur le certificat d'adhésion. Les incapacités d'une durée inférieure à la Franchise susvisée ne donnent lieu à aucune prise en charge. En revanche, les incapacités d'une durée supérieure au délai de Franchise seront indemnisées à compter de l'expiration dudit délai.

En cas de nouvel arrêt de travail survenu dans les 60 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.

La garantie Incapacité temporaire totale de travail peut permettre de compenser la perte de revenu de l'Adhérent.

**En aucun cas, le montant des prestations versées par l'Assureur ne pourra excéder, compte tenu d'autres prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme d'assurance, la rémunération qu'aurait perçue l'Adhérent s'il avait exercé normalement son activité professionnelle. 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 (bulletins de salaire, avis d'imposition...).**

Le versement des indemnités journalières 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 6 mois. Dans le cas contraire, les arrêts se cumulent dans la limite maximum de 1095 jours (incluant l'éventuelle période de franchise) ;
- A la date à laquelle l'Adhérent est reconnu en état d'Invalidité permanente ;
- A la date à laquelle l'état de santé de l'Adhérent est consolidé ;

- A la date de reprise d'une quelconque activité professionnelle autre que celle déclarée lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion ;
- A la survenance d'un des événements prévus à l'article 12 de la Notice d'information.

## 9.7 « Frais généraux permanents » (option)

**Pour pouvoir bénéficier de la déductibilité de la cotisation afférente à la garantie « Frais généraux permanents » au titre du dispositif Madelin, l'Adhérent doit souscrire à la garantie Incapacité temporaire totale de travail assurée au titre du Contrat.**

La garantie assure la continuité de l'activité contre les conséquences de l'incapacité temporaire totale de l'Adhérent.

Lorsque la garantie a été souscrite, l'Assureur verse à l'Adhérent une indemnité forfaitaire dont le plafond est précisé sur la demande d'adhésion. Le versement de l'indemnité au titre des « Frais généraux » débute à l'expiration de la franchise sur les conditions particulières. L'indemnité est versée chaque mois dans la limite de 12 mois d'indemnisation par période continue d'incapacité temporaire totale.

En cas de périodes non continues d'arrêts de travail, avec un intervalle de reprise d'activité au moins égal à 6 mois, la durée maximale d'indemnisation de la garantie frais généraux se reconstitue. Dans le cas d'une reprise d'activité inférieure à 6 mois, les périodes d'indemnisation se cumulent dans la limite maximale de 12 mois (incluant l'éventuelle période de franchise).

Outre la prise en charge de la recherche du remplaçant de l'Adhérent qui va permettre la continuité de l'activité, les Frais généraux permanents comprennent à titre d'exemple :

- 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.

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.

## 9.8 Invalidité permanente

**La garantie Invalidité permanente ne peut être souscrite sans la garantie Incapacité temporaire totale de travail.**

### Rente

Lorsque la garantie a été souscrite par l'Adhérent et lorsqu'il se trouve en état d'Invalidité permanente, l'Assureur verse à celui-ci, une rente dont le montant est mentionné sur le certificat d'adhésion ou les conditions particulières.

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 ou partielle 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 (selon le tableau en annexe 2) est déterminé par un médecin expert désigné par l'Assureur, qui fixe ce taux à partir de 2 critères d'incapacité :

- L'incapacité fonctionnelle ;
- L'incapacité professionnelle.
- Le montant de rente annuel est égal à :
  - 100 % de ce montant 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%.

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 %.

Les prestations sont versées par l'Assureur trimestriellement à terme échu. Elles 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 ;
- A la survenance d'un des événements prévus à l'article 12 de la Notice d'information.

La garantie Invalidité permanente peut permettre de compenser la perte de revenu de l'Adhérent.

**En aucun cas, le montant des prestations versées par l'Assureur ne pourra excéder, compte tenu d'autres prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme d'assurance, la rémunération qu'aurait perçue l'Adhérent s'il avait exercé normalement son activité professionnelle. 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 (bulletins de salaire, avis d'imposition...).**

#### **Capital pour l'aménagement du cadre de vie**

Les frais d'aménagement de la résidence de l'Adhérent atteint d'une invalidité avec un taux supérieur ou égal à 66% sont remboursés contre justificatifs dans la limite de 4 000 €.

### **9.9 Capital Invalidité permanente partielle (Garantie optionnelle)**

**La garantie Invalidité permanente partielle ne peut être souscrite sans les garanties Incapacité temporaire totale de travail et Invalidité permanente.**

Lorsque la garantie a été souscrite par l'Adhérent et qu'il se trouve dans un état d'Invalidité permanente partielle suite à une Maladie ou un Accident, avec un taux d'invalidité compris entre 11% et 32%, l'Assureur lui verse un capital proportionnel au taux d'invalidité retenu par le médecin conseil. L'indemnisation est limitée à un taux à 32% même dans le cas d'un taux d'invalidité plus important.

### **9.10 Soutien Psychologique (STIMULUS Care Services)**

L'Adhérent qui a subi un choc émotionnel et/ou qui a dû faire face à un ou plusieurs événements tels que la maladie, un Accident, une hospitalisation, un divorce, un conflit professionnel ou familial, peut bénéficier du service d'écoute psychologique prodigué par la société Stimulus, Prévention et gestion des risques psychosociaux, ayant son siège social 28, rue de Mogador 75009 Paris (ci-après « Stimulus »).

Le service de médiation téléphonique prodigué par Stimulus consiste à offrir une écoute professionnelle, non orientée, non compatissante, et non interventionniste en gardant une distance et une neutralité bienveillantes.

Peuvent bénéficier du service de médiation téléphonique l'Adhérent et/ou ses ayants droits, dans la limite de 5 séances par an, par événement et par personne. Les Adhérents et/ou ses ayants droits ont la possibilité de poursuivre la démarche sous forme de consultations avec un psychologue du réseau Stimulus, par téléphone ou face à face. La durée moyenne des consultations est de 45 minutes

chacune et le nombre de consultations prises en charge par l'Assureur est de 5 par an et par personne. Le service de médiation téléphonique est accessible 24h/24, 365 jours par an au 0 800 502 076.

Dans le cadre de l'exécution de ses engagements, Stimulus est soumise à une obligation de moyens. En tout état de cause, la responsabilité de Stimulus et/ou de l'Assureur ne saurait être recherchée pour les conséquences qui pourraient découler des prestations rendues dans le cadre de la présente garantie comme en cas d'auto-agression, de suicide ou tentative de suicide pendant, ou après la réalisation des prestations par Stimulus.

Le tarif de la garantie est inclus dans le montant de la cotisation totale.

## **ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES ET DELAIS DE CARENCE**

**Sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, les garanties prennent effet :**

- **En cas d'Accident :** à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le certificat d'adhésion. La preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès, la reconnaissance de l'IAD, ou l'état en Incapacité temporaire totale de travail ou en Invalidité permanente incombe à l'Adhérent ou au(x) Bénéficiaire(s) en cas de décès de l'Adhérent.
- **En cas de Maladie :**
  - Les garanties décès et IAD prennent effet à la date d'adhésion indiquée sur le certificat d'adhésion ;
  - Les garanties Incapacité temporaire totale de travail, Invalidité permanente, Invalidité permanente partielle et Frais généraux permanents prennent effet après l'application des délais de Carence suivants :
    - **12 mois** pour les pathologies psychologiques et psychiatriques, les états dépressifs, les névroses, les psychoses, la spasmophilie, la tétanie, les états de stress, de surmenage et les troubles anxieux et apparentés, la fibromyalgie et les syndromes de fatigue chronique et/ou asthénie ;
    - **9 mois** pour les grossesses pathologiques ;
    - **3 mois** dans les autres cas.

**Toutes les conséquences ultérieures des affections ou maladies (ainsi que ses suites, conséquences, rechutes et récurrences 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'Assureur ou survenues médicalement 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 11 - MODIFICATIONS DES GARANTIES A L'INITIATIVE DE L'ADHERENT**

Sous réserve de ne pas avoir atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse du régime de base des Travailleurs Non Salariés, l'Adhérent peut demander, en cours d'adhésion, une modification ou une suppression de garanties (**à l'exception de la garantie décès/IAD qui reste obligatoire**).

**L'Adhérent ne peut pas demander une modification de ses garanties s'il se trouve en arrêt de travail pour Maladie ou Accident.**

Toute modification de garanties devra faire l'objet d'un avenant à la demande d'adhésion. Toute augmentation des garanties est considérée comme une nouvelle adhésion au Contrat. En cas de refus de l'Assureur, l'Adhérent conserve sa garantie initiale.

## **ARTICLE 12 - CESSATION DES GARANTIES**

Les garanties et le versement des prestations cessent :

- A la date à laquelle l'Adhérent procède à la liquidation de ses droits à pension dans un régime de base d'assurance vieillesse ;
- A la date à laquelle l'Adhérent n'est plus affilié à une caisse obligatoire d'assurance vieillesse des Travailleurs Non Salariés ;

- Lorsque l'Adhérent ne peut plus transmettre annuellement l'attestation délivrée par le régime de base d'assurance maladie et de vieillesse prouvant qu'il est à jour de ses cotisations ;
- A la date à laquelle l'Adhérent cesse son activité professionnelle, sauf si cette cessation est due à une maladie ou l'accident qui donne lieu à versement d'une rente d'invalidité ou en cas d'incapacité totale de travail ;
- À la date à laquelle l'Adhérent n'exerce plus la profession déclarée à l'adhésion des présentes garanties ;
- Au jour du versement du capital décès ou IAD ;
- A la survenance d'un des événements prévus à l'article 8 de la Notice d'information ;
- Au plus tard, pour la garantie IAD, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Adhérent atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse auprès du régime de base des Travailleurs Non-Salariés ;
- Au plus tard, pour les autres garanties, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Adhérent atteint l'âge légal de départ à la retraite à taux plein.

## ARTICLE 13 - DISPOSITIF LOI MADELIN

Les garanties peuvent, le cas échéant, bénéficier du régime mis en place au titre du dispositif dit « loi Madelin » issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 et du décret d'application n°94-775 du 5 septembre 1994, relevant désormais de l'article L.144-1 du code des assurances auquel renvoie l'article L.223-25-1 du code de la mutualité. Le régime fiscal est fixé par l'article 154 bis du code général des impôts.

## ARTICLE 14 - DEMANDE DE PRESTATION

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'Adhérent ou du Bénéficiaire qui présente, à l'appui de sa demande de prestation, les justificatifs nécessaires mentionnés en annexe de la Notice d'information.

**En cas de décès ou d'IAD**, la demande de prestation accompagnée des pièces justificatives nécessaires doit être présentée dans les **6 mois** suivant le décès ou la consolidation de l'état d'IAD.

**En cas d'Incapacité temporaire totale de travail**, la demande de prestation accompagnée des pièces justificatives doit être adressée à l'Assureur dans les **15 jours** calendaires à compter du 1er jour d'arrêt de travail. Si les délais précités ne sont pas respectés, et sauf en cas de force majeure à justifier auprès de l'Assureur, l'incapacité temporaire totale de travail sera considérée comme ayant commencé au plus tôt le lendemain de cette déclaration.

**En cas d'Invalidité permanente (partielle ou non)**, la demande de prestations accompagnée des pièces justificatives doit être adressée à l'Assureur dans les **6 mois** suivant la date du début de l'invalidité.

La demande de prestation ainsi que les pièces justificatives doivent être envoyées, par écrit à l'adresse suivante :

UNMI - CENTRE DE GESTION  
BAT B LES ORIELS  
289 BOULEVARD DUHAMEL DU MONCEAU  
CS 90662  
45166 OLIVET CEDEX 01

## ARTICLE 15 - CONTROLE MEDICAL

Lors d'une demande de prestation ou ultérieurement, l'Assureur peut procéder à un contrôle médical et se réserve le droit de réviser les conditions de versement des prestations.

L'Adhérent doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandé par l'Assureur, lesquels auront lieu en France métropolitaine (ou dans les DROM-COM si l'Adhérent y réside de façon permanente). L'Assureur peut suspendre- ou refuser le paiement des prestations dans l'attente de la fourniture des pièces demandées ou du résultat du contrôle médical. Le paiement des prestations reprend ou commence à l'issue du contrôle si l'état en Incapacité temporaire totale de travail ou l'Invalidité permanente est justifiée.

En cas de refus de l'Adhérent de se soumettre à un contrôle médical et/ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations est refusé.

En cas de régularisation de la situation, le paiement des prestations reprend ou débute sans effet rétroactif à la date de la régularisation.

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions du médecin conseil sont notifiées à l'Adhérent par courrier simple. L'Adhérent peut en contester le bienfondé, dans les dix jours suivant l'envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée au médecin conseil de l'Assureur par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'Adhérent, il peut être procédé à une expertise amiable. Il appartient à l'Adhérent et à son médecin de choisir conjointement, sur une liste communiquée par le médecin conseil de l'Assureur, un médecin expert. La décision rendue par le médecin expert est définitive.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du médecin expert 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'Assureur en rappelant son nom, prénom, adresse et numéro d'Adhérent à l'adresse suivante :

UNMI – MEDECIN CONSEIL  
BAT B LES ORIELS  
289 BOULEVARD DUHAMEL DU MONCEAU  
CS 90662  
45166 OLIVET CEDEX 0

## **ARTICLE 16 - BENEFICIAIRE DU CAPITAL DECES**

### **16.1 En cas de décès**

L'Adhérent désigne le(s) Bénéficiaire(s) du capital décès de son choix lors de l'adhésion à l'aide du formulaire « Désignation de Bénéficiaire(s) » remis par l'Assureur, ou, ultérieurement sous réserve des dispositions prévues ci-après en cas d'acceptation du Bénéficiaire. La désignation de Bénéficiaire(s) peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

A défaut de désignation nominative de Bénéficiaire, le capital est versé en application de la clause standard suivante : « *A mon Conjoint ; à défaut à mon Concubin ; à défaut, à mes enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ; à défaut, à mes ascendants à charge par parts égales entre eux ; à défaut, à mes héritiers* ».

En cas de désignation multiple et à défaut de précision de la part attribuée en %, le capital dû est réparti par parts égales entre Bénéficiaires désignés. L'Adhérent peut modifier la désignation de Bénéficiaire(s) lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toute nouvelle désignation annule et remplace la désignation antérieure. Afin de permettre la recherche du Bénéficiaire désigné nominativement, l'Adhérent doit indiquer les coordonnées de chaque Bénéficiaire (nom, prénom, code postal de naissance, le lien existant avec l'Adhérent etc.), celles-ci seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Adhérent.

En présence d'un Bénéficiaire acceptant, sa désignation devient irrévocable pendant la durée de l'adhésion au Contrat et son accord sera nécessaire pour modifier la clause bénéficiaire établie. L'acceptation ne peut intervenir que 30 jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé de l'adhésion au Contrat. L'acceptation est faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du Bénéficiaire.

Lorsque le Bénéficiaire est un opérateur de prestations funéraires, il ne peut en aucun cas être acceptant. Le montant de la prestation ne peut, en aucun cas, excéder les frais réellement engagés. L'éventuel différentiel sera réparti entre les autres Bénéficiaires, soit nommément désignés, soit selon la dévolution prévue au Contrat.

### **16.2 En cas d'IAD**

Le capital décès est versé, par anticipation et à sa demande, à l'Adhérent.

## **ARTICLE 17 - DELAI DE VERSEMENT DU CAPITAL DECES**

L'Assureur dispose d'un délai de quinze jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du(des) Bénéficiaire(s) afin de demander au(x) Bénéficiaire(s) des garanties décès de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement du capital décès. Au-

delà du délai de quinze jours, le capital produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal.

Le capital est versé dans un délai d'un mois à réception des pièces justificatives et sous réserve, le cas échéant du contrôle médical. Au-delà du délai d'un mois à compter de la réception des pièces, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Si, au-delà du délai de quinze jours mentionné au premier alinéa, l'Assureur a omis de demander aux Bénéficiaires l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement d'un mois.

## **ARTICLE 18 - CONTRATS EN DESHERENCE**

Les sommes dues en cas de décès qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par l'Assureur du décès de l'Adhérent. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Le dépôt des sommes à la Caisse des dépôts et consignations est libératoire de toute obligation pour l'Assureur. Ce caractère libératoire n'emporte cependant pas exonération de responsabilité pour les manquements commis antérieurement à ce dépôt.

Six mois avant l'expiration du délai de dix ans précité, l'Assureur informe les Bénéficiaires du Contrat, par tout moyen, de la mise en œuvre des présentes dispositions.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations en application du présent article et qui n'ont pas été réclamées par les Bénéficiaires sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

## **ARTICLE 19 - REVALORISATION DES PRESTATIONS**

### **19.1 Revalorisation du capital décès**

L'Assureur revalorise le capital garanti à compter du décès de l'Adhérent jusqu'à la réception des pièces nécessaires pour le versement du capital décès ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 223-25-4 du code de la mutualité.

La revalorisation du capital décès est calculée sur la base d'un taux d'intérêt, net de frais, égal pour chaque année civile, au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

### **19.2 Revalorisation des rentes et des indemnités journalières complémentaires**

Les rentes et les indemnités journalières complémentaires sont revalorisées chaque 1er janvier par une décision du conseil d'administration de l'Assureur.

La revalorisation cesse à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au Contrat.

## **ARTICLE 20 - TERRITORIALITE**

**Les garanties ne sont acquises qu'à l'Adhérent ayant sa résidence principale en France métropolitaine ou dans un DROM et exerçant son activité professionnelle en France métropolitaine, dans un DROM, dans un pays de l'Union Européenne ou en Suisse, dès lors qu'il est affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale française.**

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.**

En cas d'Incapacité temporaire totale de travail survenue dans un pays étranger, 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 ou dans un DROM.

En cas d'Invalidité permanente survenue dans un pays étranger, l'indemnisation débutera dès la constatation médicale de l'état d'invalidité réalisée en France ou dans un DROM.

## **ARTICLE 21 -EXCLUSIONS**

### **21.1 Professions exclues**

- Professions liées au secours ;
- Professions liées au maintien de l'ordre et de la sécurité (à titre d'exemple : surveillance, garde du corps, ...)
- Professions liées à l'activité forestière (à titre d'exemple : bûcheron, débardeur, exploitant forestier, élagueur, ...)
- Professions liées à la manipulation d'explosifs (à titre d'exemple : artificier, pyrotechnicien...)
- Professions liées à la mer (à titre d'exemple : docker, arrimeur, marin pêcheurs...)
- Professions liées aux activités de montagne (à titre d'exemple : moniteur de ski, guide de haute montagne...)
- Professions liées au sport (à titre d'exemple : sportif professionnel, coach sportif certifié, professeur de sport, et entraîneur sportif...)
- Professions du cirque (à titre d'exemple : acrobate, jongleur, clown, costumier, cracheur de feu...)
- Professions liées au transport et à la logistique (à titre d'exemple : chauffeurs de poids lourds et de matières dangereuses...)
- Profession de journaliste reporter.

### **21.2 Risques exclus**

Le présent contrat cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'adhérent. Le capital décès doit être versé par l'assureur aux bénéficiaires de second rang à moins qu'ils ne soient condamnés comme auteurs ou complices de l'homicide volontaire de l'adhérent. En cas d'absence de bénéficiaire de second rang, le capital décès respectera les règles relatives à la dévolution successorale.

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

- toute maladie (ainsi que ses suites, conséquences, rechutes et récurrences) survenue pendant le délai de carence et pour laquelle un diagnostic a été posé médicalement ;
- accidents ou Maladies (et leurs conséquences) survenus dans l'exercice d'une profession différente de celle indiquée sur la demande d'adhésion ou déclarée en cours d'adhésion ;
- toutes les conséquences ultérieures des affections ou Maladies (ainsi que ses suites, conséquences, rechutes et récurrences) 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'Assureur ;
- suicide de l'Adhérent dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet de l'adhésion ;
- suicide de l'Adhérent dans les 12 mois qui suivent une augmentation des garanties décès. Le bénéficiaire ne perçoit pas la part majorée ;
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Adhérent ;
- de toute tentative dans le but de se mutiler sans intention de se donner la mort, du refus de se soigner au sens de l'article L.324-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- de toute cure de toute nature notamment marine, de rajeunissement ou d'amaigrissement. Par dérogation et après accord du médecin-conseil de l'Assureur, peuvent être indemnisés :
  - les cures de désintoxication suivies dans le cadre du traitement de l'alcoolisme ;
  - les séjours en établissement de repos ou de convalescence intervenant dans la continuité de l'arrêt de travail qui a justifié le versement des indemnités journalières.
- de tout traitement à but esthétique (sauf s'ils sont la conséquence d'un Accident garanti) ;
- de la pratique de tout sport aérien sur appareil non homologué ;
- de la participation à des compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ; de la participation à des courses, matches, des paris, défis, tentatives de records, essais et

entraînements à l'exception des compétitions sportives effectuées par des personnes titulaires d'une licence au titre de l'activité pratiquée ;

- de la pratique non encadrée par une personne reconnue par la fédération française de l'une des disciplines suivantes : alpinisme, spéléologie, rafting, canyoning, bobsleigh, plongée avec équipement autonome, ski hors piste ou acrobatique, tous types de boxes ;
- de la pratique des sports suivants : ULM (ou tout engin assimilé), Deltaplane, vol à voile, parachutisme, saut en parachute non motivé par une raison de sécurité, parapente, saut à l'élastique ;
- du risque de navigation aérienne si la personne assurée se trouve à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valide, ce pilote pouvant être la personne assurée elle-même. Les paris, courses, acrobaties ou voltiges aériennes, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols sur prototype ou essais préparatoires ainsi que les essais de réceptions sont exclus des garanties ;
- de la manipulation d'armes à feu, d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- de la transmutation du noyau de l'atome ;
- des conséquences de tous cataclysmes tels que notamment un cyclone, un tremblement de terre, une éruption volcanique, une inondation, un raz de marée ou autres cataclysmes ;
- de l'imprégnation alcoolique (taux supérieur ou égal au taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné par le code de la route au jour du sinistre) au jour de l'accident ;
- d'alcoolisation aiguë ou d'éthylisme chronique ;
- d'usage de stupéfiants ou d'usage de médicaments en dehors de la dose usuelle recommandée et/ou prescrite ;
- de tout risques survenus dans les régions et pays formellement déconseillés par le ministère des affaires étrangères ;
- de tout fait de guerre civile ou étrangère, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- d'émeute, d'insurrection, d'attentat, d'acte de terrorisme, de rixe quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Adhérent y prend une part active, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel.

Au titre des garanties Incapacité temporaire totale de travail, frais généraux permanents et Invalidité permanente, outre les risques précités, sont exclus :

- les arrêts de travail suite à une lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, rachialgie sauf celle 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 arrêts de travail résultants de pathologies psychologiques et psychiatriques, les états dépressifs, les névroses, les psychoses, la spasmophilie, la tétanie, les états de stress, de surmenage et les troubles anxieux et apparentés, la fibromyalgie et les syndromes de fatigue chronique et/ou asthénie, pour lesquels un diagnostic a été posé médicalement dans les 12 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 9 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion ;
- les arrêts de travail survenus pour maladie pour laquelle un diagnostic a été posé médicalement pendant les 3 premiers mois après la prise d'effet de l'adhésion ;
- les arrêts correspondant aux congés légaux en cas de maternité ou de paternité.

Toutes les conséquences ultérieures des affections ou Maladies (ainsi que ses suites, conséquences, rechutes et récurrences) survenues et pour lesquelles un diagnostic a été posé médicalement pendant les délais de Carence mentionnés à l'article 10 restent exclues.

## **ARTICLE 22 – COTISATIONS AU TITRE DU CONTRAT PREVOYANCE TNS**

### **22.1 Principe de cotisation**

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle peut faire l'objet d'un « fractionnement » dont la périodicité est choisie par l'Adhérent sur sa demande d'adhésion.

### **22.2 Modalités de détermination des cotisations**

La cotisation est déterminée en fonction de l'âge de l'Adhérent et du niveau de garanties. La cotisation évolue en cours d'adhésion au Contrat en fonction des tranches d'âge prévues par le Contrat. 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.

Le montant des cotisations est revu périodiquement et peut être modifié en fonction de la réglementation et des résultats techniques et financiers du Contrat. Les Adhérents sont informés des modifications. En cas de désaccord sur la nouvelle cotisation proposée, il est fait application des dispositions prévues à l'article 8 de la Notice d'information.

### **22.3 Modalités de paiement des cotisations**

Le paiement de la cotisation se fait par chèque ou prélèvement automatique sur un compte bancaire. Le paiement mensuel se fait obligatoirement par prélèvement automatique sur un compte bancaire.

### **22.4 Défaut de paiement des cotisations**

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 II du code de la mutualité, l'Adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du Contrat.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai précité de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation entraîne la résiliation de son adhésion.

### **22.5 Exonération des cotisations**

L'Adhérent indemnisé au titre de l'Incapacité temporaire totale ou de l'Invalidité permanente dans le cas où le taux d'invalidité reconnu par l'Assureur 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 supérieur à 33% et inférieur à 66%, 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 23 – COTISATION AU TITRE DE L'ADHESION A L'ASSOCIATION**

En signant la demande d'adhésion au Contrat, les Adhérents adhèrent à l'Association dont ils acceptent les dispositions des statuts. Ils s'engagent à s'acquitter de la cotisation annuelle due à l'Association qui est intégrée dans les appels de cotisations dues au titre du Contrat.

## **ARTICLE 24 - FAUSSE DECLARATION**

### **24.1 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'Assureur, 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'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**

**Toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la privation du droit aux prestations.**

## **24.2 Fausse déclaration non intentionnelle**

Conformément à l'article L.221-15 du code de la mutualité, 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 sur la demande d'adhésion mais, si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion au Contrat prend fin dix jours après notification à l'Adhérent par lettre recommandée. L'Assureur 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 25 – PRESCRIPTION**

En application de l'article L.221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement 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'Assureur 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'Assureur 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 ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Adhérent.

Conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité, 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Assureur 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'Assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption 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 d'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.

La prescription constitue une fin de non-recevoir (article 122 du code de procédure civile) à une action judiciaire et elle peut être soulevée à tous les stades de la procédure (article 123 du code de procédure civile), et même pour la première fois en appel.

La prescription permet à l'Adhérent ou à l'Assureur de se libérer de ses obligations.

## **ARTICLE 26 - SUBROGATION**

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du code de la mutualité, pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, l'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des Adhérents, des Bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Afin de permettre à l'Assureur de pouvoir exercer son droit de subrogation, l'Adhérent ou ses ayants droit s'engagent à lui déclarer, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victimes.

Lorsque du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Assureur n'a pu faire valoir ses droits, il dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

## **ARTICLE 27 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

L'Assureur s'engage à respecter toutes les obligations résultant de la législation applicable relative à la protection des données à caractère personnel et de la vie privée, en particulier leurs obligations découlant de l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

### **27.1 Recueil des informations**

Les informations fournies sur les Adhérents ou les Bénéficiaires sont strictement nécessaires à la gestion des garanties prévues au Contrat. Ces informations sont indispensables à la gestion desdites garanties et au paiement des prestations qui en découleraient en cas de sinistre.

Ces données sont également collectées et traitées au titre de l'exercice du recours à la gestion des réclamations et du contentieux.

Les informations recueillies permettront l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude ou à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

### **27.2 Conservation et portabilité des données**

Les données seront conservées pendant toute la durée de l'adhésion de l'Adhérent au Contrat et au maximum pendant dix (10) ans après son terme (en effet la durée de conservation des données est liée à celle de la prescription des garanties souscrites ou de celle de la transmission des capitaux décès à la caisse des dépôts et consignations).

Les destinataires des données des Adhérents ou des Bénéficiaires peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités du traitement : les personnels de l'Assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, et les souscripteurs du Contrat mais uniquement dans le cadre strict de la gestion et de l'exécution du Contrat.

Au terme de son adhésion au Contrat, l'Adhérent pourra demander à l'organisme assureur quitté, la portabilité des données collectées auprès du nouvel assureur dans les conditions prévues par la législation.

### **27.3 Droits de l'Adhérent**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, l'Adhérent ainsi que toute personne concernée bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations les concernant. Ces personnes peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données. Toutefois, les données indispensables à la gestion de l'adhésion telles que celles nécessaires à l'appel des cotisations et au paiement des prestations ne pourront donner lieu à suppression.

Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits en adressant leur demande au gestionnaire aux coordonnées suivantes :

UNMI – CENTRE DE GESTION  
BAT B LES ORIELS  
289 BOULEVARD DUHAMEL DU MONCEAU  
CS 90662  
45 166 OLIVET CEDEX 01

Les Adhérents et les Bénéficiaires disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Les personnes concernées disposent de la faculté de contacter le délégué à la protection des données aux coordonnées suivantes :

- Soit par courriel à : [dpo@unmi.eu](mailto:dpo@unmi.eu).
- Soit par téléphone à : 01.40.15.39.45

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'Adhérent ou, le cas échéant, aux ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique.

## **ARTICLE 28 - RECLAMATION – MEDIATION**

En cas de désaccord avec l'Assureur concernant l'exécution de l'adhésion au Contrat, l'Adhérent ou toute autre personne doit faire valoir sa contestation :

- Par courrier à l'adresse suivante :

UNMI – CENTRE DE GESTION  
BAT B LES ORIELS  
289 BOULEVARD DUHAMEL DU MONCEAU  
CS 90662  
45 166 OLIVET CEDEX 01

- Par internet : depuis le site internet [www.unmi.eu](http://www.unmi.eu), via le formulaire prévu à cet effet.

L'Assureur accuse réception de cette réclamation dans un délai de dix jours suivant sa date d'envoi, sauf si durant ce même délai il est en mesure d'apporter une réponse à l'Adhérent ou à toute autre personne. Par ailleurs, il dispose d'un délai de deux mois pour répondre à la réclamation envoyée par l'Adhérent ou par toute autre personne.

L'Adhérent ou toute autre personne peut saisir, en langue française uniquement, le médiateur de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française  
FNMF  
255 RUE DE VAUGIRARD  
75719 PARIS CEDEX 15

- Soit par voie électronique sur le site du médiateur : [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr)

La proposition du médiateur ne préjuge pas des droits du réclamant et de l'Assureur d'intenter une action en justice. En application de l'article 2238 du code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

## **ARTICLE 29 – VIGILANCE FINANCIERE – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT – LUTTE CONTRE LA FRAUDE**

L'Assureur met en place des systèmes d'évaluation et de gestion des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme conformément au titre VI du Livre V du code monétaire et financier codifié aux articles L.561-1 et suivants dudit code.

## **ARTICLE 30 - ORGANISME DE CONTROLE**

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09.

## ANNEXES

### PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

| Documents à fournir  | Décès / Rente d'éducation, de Conjoint ou de Concubin | Double effet | IAD | Incapacité temporaire totale de travail | Invalidité permanente | Frais généraux permanents |
|--|---|--------------|-----|---|-----------------------|---------------------------|
| Demande de prestation  | ✓   | ✓            | ✓   | ✓                                       | ✓                     | ✓                         |
| Copie de la carte d'identité en cours de validité du ou des Bénéficiaire(s)  | ✓   | ✓            | ✓   | ✓                                       | ✓                     | ✓                         |
| Relevé d'identité bancaire du ou des Bénéficiaire(s)   | ✓   | ✓            | ✓   | ✓                                       | ✓                     | ✓                         |
| En cas d'Accident corporel ou d'un Accident de la circulation, un procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police justifiant de la relation directe de cause à effet entre l'Accident (Accident de la circulation) et le décès / l'état de l'IAD / l'incapacité temporaire totale de travail / l'Invalidité permanente   | ✓   |              | ✓   | ✓                                       | ✓                     |                           |
| Acte de décès  | ✓   | ✓            |     |   |                       |                           |
| Certificat médical à destination du médecin conseil de l'Assureur précisant la cause du décès  | ✓   | ✓            |     |   |                       |                           |
| Copie intégrale du livret de famille   | ✓   | ✓            |     |   |                       |                           |
| Acte de naissance de l'Adhérent et de chaque Bénéficiaire  | ✓   | ✓            |     |   |                       |                           |
| Attestation sur l'honneur de non séparation et de non divorce  | ✓(1)  | ✓            |     |   |                       |                           |
| Pour les Concubins : une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance loyer, d'électricité, téléphone aux noms des Concubins)   | ✓(1)  | ✓            |     |   |                       |                           |
| Pour tout Enfant à charge de 18 à 26 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>Un certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives de la scolarité (contrat d'apprentissage) ;</li> <li>Et/ou, une attestation de droits de l'Assurance Maladie en qualité d'ayant droit ;</li> <li>Et/ou, une attestation d'affiliation à la Sécurité étudiante ;</li> <li>Et/ou, une attestation de droits à la Protection universelle maladie ;</li> <li>Et/ou, une attestation de Pôle emploi ;</li> <li>Et/ou, un justificatif d'un salaire inférieur à 65% du SMIC en cas d'activité professionnelle.</li> </ul> | ✓(1)  | ✓            |     |   |                       |                           |
| Copie de la carte d'invalidité et/ou justificatifs de la perception de l'allocation enfant handicapé   | ✓(1)  | ✓            |     |   |                       |                           |
| Délibération du conseil de famille lorsque l'Enfant à charge est mineur et non placé sous l'administration légale du Conjoint ou Concubin survivant  | ✓(1)  | ✓            |     |   |                       |                           |
| Acte de notoriété ou attestation dévolutive successorale   | ✓   |              |     |   |                       |                           |
| Copie du dernier avis d'imposition de l'Adhérent et/ou des Bénéficiaires   | ✓(1)  |              |     |   |                       |                           |
| Certificat médical 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 l'IAD  |   |              | ✓   |   |                       |                           |
| Décision de reconnaissance de l'IAD par le régime obligatoire de Sécurité sociale  |   |              | ✓   |   |                       |                           |
| Certificat médical qui atteste que l'Adhérent est dans l'obligation d'être en arrêt de travail et qui précise la cause, la date de la cessation d'activité et la durée de l'arrêt  |   |              |     | ✓                                       |                       |                           |
| 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  |   |              |     | ✓                                       |                       |                           |
| Décompte du régime obligatoire de la Sécurité sociale portant l'indication des indemnités journalières versées depuis le premier jour d'arrêt de travail   |   |              |     | ✓                                       |                       |                           |
| Justificatif des revenus de l'Adhérent   |   |              |     | ✓                                       | ✓                     |                           |
| Certificat médical qui atteste que l'Adhérent est atteint d'une Invalidité permanente et qui en précise la cause et la date de survenance  |   |              |     |   | ✓                     |                           |
| Notification de l'attribution de la pension d'invalidité du régime obligatoire de la Sécurité sociale ou de la rente d'accident du travail   |   |              |     |   | ✓                     |                           |
| Décompte du régime obligatoire de la Sécurité sociale relatif au paiement des arrérages de la pension ou de la rente échus depuis l'entrée en jouissance   |   |              |     |   | ✓                     |                           |
| Si l'Adhérent est salarié : Document produit par la Sécurité sociale reconnaissant sa catégorie d'Invalidité permanente  |   |              |     |   | ✓                     |                           |
| Justificatifs des frais généraux permanents engagés  |   |              |     |   |                       | ✓                         |
| Toute pièce complémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire  | ✓   | ✓            | ✓   | ✓                                       | ✓                     | ✓                         |

(1) Dans le cadre d'une demande de rente d'éducation ou de Conjoint ou de Concubin, chaque année, le Bénéficiaire devra fournir la pièce ; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.

## BAREME INVALIDITE

| 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 | 52,42 | 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 |



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

En application de la clause standard, le capital décès est versé : « A mon Conjoint ; à défaut à mon Concubin ; à défaut, à mes enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ; à défaut, à mes héritiers ».

Si, et seulement si, vous ne souhaitez pas l'application de la clause standard, nous vous invitons à renseigner, de façon manuscrite, lisible et sans rature, le présent formulaire pour désigner expressément un ou plusieurs bénéficiaire(s) ci-après.

\*Tous les champs marqués d'un astérisque sont obligatoires. En cas de pluralité de bénéficiaires, les champs obligatoires doivent être remplis pour chaque bénéficiaire.

VOS COORDONNÉES

Form fields for beneficiary coordinates: M, Mme, NOM D'USAGE\*, NOM DE NAISSANCE\*, PRÉNOM(S)\*, N° de Sécurité sociale\*, ADRESSE\*, CODE POSTAL\*, VILLE\*, Téléphone\*, Email\*

VOS BÉNÉFICIAIRES

Form fields for beneficiary details (first): Bénéficiaire - Part attribuée en %, M, Mme, NOM D'USAGE\*, NOM DE NAISSANCE\*, PRÉNOM(S)\*, Date de naissance\*, Code postal de naissance\*, Lien de parenté\*, N° de Sécurité sociale\*, ADRESSE\*, CODE POSTAL\*, VILLE\*, Téléphone\*, Email\*

Form fields for beneficiary details (second): Bénéficiaire - Part attribuée en %, M, Mme, NOM D'USAGE\*, NOM DE NAISSANCE\*, PRÉNOM(S)\*, Date de naissance\*, Code postal de naissance\*, Lien de parenté\*, N° de Sécurité sociale\*, ADRESSE\*, CODE POSTAL\*, VILLE\*, Téléphone\*, Email\*

Form fields for beneficiary details (third): Bénéficiaire - Part attribuée en %, M, Mme, NOM D'USAGE\*, NOM DE NAISSANCE\*, PRÉNOM(S)\*, Date de naissance\*, Code postal de naissance\*, Lien de parenté\*, N° de Sécurité sociale\*, ADRESSE\*, CODE POSTAL\*, VILLE\*, Téléphone\*, Email\*



**TRAVAILLEURS  
NON SALARIÉS  
(TNS)**

PRÉVOYANCE



MUTUELLEMENT PLUS **FORTS**