



NOTICE D'INFORMATION

UNIM Prévoyance



À retenir

Pour faciliter votre lecture, les pictos suivants vous aideront à repérer les informations utiles.



À retenir



Bon à savoir

Merci de votre confiance

Tout au long de votre adhésion, les équipes d'Assurances Médicales se mobiliseront pour répondre à vos attentes.

Votre contrat se compose de plusieurs documents :

- **la présente Notice d'information.** Elle définit vos garanties et précise les conditions et modalités de fonctionnement de votre adhésion ;
- **votre Certificat d'adhésion.** Il reprend vos déclarations personnelles, indique la date d'effet de vos garanties et précise toutes les spécificités et options que vous avez choisies ainsi que votre tarif. En cas de contradiction, votre Certificat d'adhésion prime toujours sur votre Notice d'information ;
- **vos éventuels avenants ultérieurs** venant modifier vos informations, vos garanties ou vos choix. En cas de contradiction, un avenant prime toujours sur la Notice d'information, le Certificat d'adhésion et les avenants antérieurs.

1

Quelles sont les garanties et options que nous vous proposons ?

UNIM Prévoyance est une offre complète qui s'adapte à vos besoins avec de nombreuses combinaisons de garanties et options possibles.

Vous trouverez à la suite du sommaire la synthèse des garanties et options proposées.

2

Que faire en cas de sinistre ?

Vous trouverez dans le chapitre « Que faire en cas de sinistre ? » le détail des documents à fournir pour bénéficier des prestations prévues dans votre contrat.

Les documents sont à adresser à :
Assurances Médicales - Équipe Prestations Prévoyance et Emprunteur -
4 rue des Messageries - 57000 Metz.

3

Quels services propose votre espace personnel ?

Vous trouverez dans votre espace personnel du site UNIM (www.unim.asso.fr) les principales informations de votre adhésion et les adresses pour communiquer avec l'UNIM.



Sommaire

Tableau de synthèse des garanties et options	3
Principales définitions	4
Les conditions d'adhésion	5
I. Le Contrat UNIM Prévoyance	5
II. L'objet du Contrat	5
III. Les conditions liées à l'adhérent ou à l'assuré	6
IV. Les formalités d'adhésion	7
V. Le début et la fin de votre adhésion et de vos garanties et options	8
Le détail des garanties et options à votre disposition	10
I. Les limitations générales et exclusions	10
II. La couverture des sports à risque	12
III. La garantie Décès toutes causes	12
IV. La garantie Capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes	13
V. La garantie Capital décès accident	13
VI. La garantie Capital décès mobilité	13
VII. La garantie Capital décès mobilité professionnelle	13
VIII. La garantie Capital décès attentat/agression	13
IX. La garantie Capital double effet familial	14
X. La garantie Rente de conjoint	14
XI. La garantie Rente éducation	15
XII. La garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale	16
XIII. La garantie Rente d'invalidité permanente	19
XIV. La garantie Indemnités journalières frais professionnels	22
XV. La garantie Capital équipement invalidité	23
XVI. La garantie Capital Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD)	24
XVII. La garantie Capital Infirmité Permanente Accidentelle (IPA)	24
XVIII. Les options Renfort Psy et Renfort Dos	25
Que faire en cas de sinistre ?	26
I. Les pièces justificatives à nous fournir	26
II. Le délai de déclaration à respecter	27
III. Le contrôle médical	27
Qui bénéficie des prestations ?	28
I. La clause bénéficiaire en cas de décès	28
II. La revalorisation des capitaux décès	28
III. Les capitaux non réclamés	29



Vos cotisations d'assurance -----	30
I. Le calcul de vos cotisations d'assurance	30
II. L'évolution des cotisations d'assurance dans le temps	30
III. Le versement des cotisations d'assurance	31
L'évolution de vos garanties -----	32
I. L'évolution de vos risques non médicaux	32
II. La modification des garanties à votre demande	32
III. L'indexation et la revalorisation	33
Les informations générales -----	34
I. La faculté de renonciation	34
II. Votre espace personnel	34
III. L'information sur les évolutions contractuelles	35
IV. Les demandes d'information et réclamations	35
V. La protection des données personnelles	35
VI. Votre droit d'opposition au démarchage téléphonique	37
VII. La prescription des actions dérivant du contrat d'assurance	38
VIII. La subrogation	39
IX. La lutte contre le blanchiment	39
X. La solvabilité et la situation financière de l'assureur	39
XI. L'autorité de contrôle et les règles régissant le Contrat	39
XII. L'identifiant unique (IDU) ADEME	39
Annexe 1 : barème professionnel médical – groupe 1 -----	40
Annexe 2 : barème professionnel médical – groupe 2 -----	44
Annexe 3 : barème professionnel paramédical -----	48
Annexe 4 : barème professionnel infirmité permanente accidentelle -----	52
Lexique -----	54



Tableau de synthèse des garanties et options

Voici la synthèse des garanties et options que vous pouvez choisir au moment de votre adhésion :

Garanties et options	Type de garantie	Éligible Madelin	Âge limite d'adhésion	Jour limite de garantie : le 31 décembre qui suit les	Page de la Notice
Garanties en cas de décès					
– Garantie Décès toutes causes	●	Oui	74 ans	75 ans	page 12
– Capital PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) toutes causes	◐	Non	59 ans	60 ans	page 13
– Capital décès accident	◐	Non	74 ans	75 ans	page 13
– Capital décès mobilité	◐	Non	74 ans	75 ans	page 13
– Capital décès mobilité professionnelle	◐	Non	74 ans	75 ans	page 13
– Capital décès attentat/agression	◐	Non	74 ans	75 ans	page 13
– Capital double effet familial	◐	Non	74 ans	75 ans	page 14
– Rente de conjoint	◐	Oui	74 ans	75 ans	page 14
– Rente éducation	◐	Oui	74 ans	75 ans	page 15
Garanties en cas d'incapacité					
– Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale (avec ses options « Renfort Pic d'activité » et « Renfort Incapacité temporaire partielle »)	○	Oui	74 ans	75 ans	page 16
– Indemnités journalières frais professionnels	○	Non	74 ans	75 ans	page 22
Garanties en cas d'invalidité					
– Rente d'invalidité permanente (avec son option « Barème professionnel en invalidité »)	○	Oui	66 ans	67 ans	page 19
– Capital équipement invalidité	○	Non	66 ans	67 ans	page 23
– Capital IPAD (Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive)	○	Non	66 ans	67 ans	page 24
– Capital IPA (Infirmitté Permanente Accidentelle)	○	Non	69 ans	70 ans	page 24
Options					
– Couverture des sports à risque	◐	(1)	(2)	(2)	page 12
– Renfort Psy	○	(1)	(2)	(2)	page 25
– Renfort Dos	○	(1)	(2)	(2)	page 25

Les conditions d'âge limite des garanties sont précisées dans le chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition ».

Légende

● : Garanties obligatoires.

◐ : Garanties et options facultatives, pour l'ensemble des adhérents et de leurs conjoints.

○ : Garanties et options facultatives, dont l'accès est conditionné (comme indiqué au chapitre « Les conditions d'adhésion », paragraphe IV.1).

(1) La déductibilité Madelin de cette option est celle de la garantie à laquelle l'option est associée, garantie par garantie.

(2) Les âges et dates limites de cette option sont ceux de la garantie à laquelle l'option est associée, garantie par garantie.



Principales définitions

Vous

L'adhérent.

Nous

Allianz Vie et le gestionnaire de l'adhésion, Assurances Médicales S.A.

Conjoint

Est considéré comme conjoint, la personne non séparée de corps avec laquelle vous êtes marié.

Concubin

Est considérée comme concubin, la personne vivant maritalement avec vous sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- que vous soyez tous deux libres de tout lien matrimonial ;
- que vous n'ayez pas conclu de PACS ;
- que vous ayez déclaré votre concubinage lors de votre adhésion, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à votre date d'adhésion, avec production d'un justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif (exemple : quittance de loyer aux deux noms).

Lorsque, au sens de la Notice d'information, votre concubin est concerné par une prestation, il est, le cas échéant, expressément visé.

Partenaire (de PACS)

Est considérée comme partenaire, la personne qui vous est liée par un Pacte Civil de Solidarité au sens de l'article 515-1 du Code civil. Lorsque, au sens de la Notice d'information, votre partenaire est concerné par une prestation, il est, le cas échéant, expressément visé.

Enfants

Toute référence aux enfants concerne les enfants âgés de moins de 18 ans, ou de moins de 29 ans s'ils poursuivent leurs études à temps complet, qui sont fiscalement à votre charge au moment de la survenance du sinistre.

Les enfants considérés comme fiscalement à votre charge sont ceux :

- pris en compte pour le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- ou recevant de votre part une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- ou adoptés ou reconnus par vous, s'ils sont fiscalement à charge de votre concubin.

Régime obligatoire

Régime légal d'assurances sociales auquel vous êtes obligatoirement ou volontairement assujetti.

Retrouvez les autres définitions dans le lexique en fin de document.



Les conditions d'adhésion

I. Le Contrat UNIM Prévoyance

UNIM Prévoyance correspond à deux contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrits auprès d'Allianz Vie par l'association **Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine (UNIM)**, au profit de ses adhérents.

Les deux contrats, régis par le Code des assurances et le droit français, sont :

- le contrat n° **693.210/300** souscrit dans le cadre du dispositif exclusivement réservé aux travailleurs non salariés non agricoles (TNSNA) dénommé « Loi Madelin » (article L144-1 du Code des assurances) ;
- le contrat n° **693.210/200** souscrit pour l'ensemble des adhérents de l'association.

Sauf mention explicite désignant l'un des deux contrats, ces deux contrats sont par la suite dénommés collectivement « le Contrat ».

1. Le souscripteur

L'**Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine (UNIM)** est le souscripteur des contrats. Il s'agit d'une association à but non lucratif régie par la loi du 19 avril 1908, enregistrée au registre des associations du tribunal judiciaire de Metz. Son siège social est situé : 4 rue des Messageries – 57000 Metz.



Vous pouvez consulter les statuts et toutes les informations concernant l'association sur le site www.unim.asso.fr.

L'UNIM représente et défend vos intérêts. Elle a pour objet :

- d'étudier, d'organiser et de promouvoir toute forme de prévoyance (décès, invalidité, incapacité, maladie, retraite) pour les membres des professions de santé et leur famille, ainsi que pour leur personnel ;
- d'effectuer toutes études et recherches visant à éclairer ses membres quant aux possibilités de crédit offertes sur le marché en matière de financement d'installations mobilières et immobilières par la réalisation notamment d'enquêtes de satisfaction ;
- de discuter avec tous organismes compétents des conditions les plus aptes à donner satisfaction à ses adhérents ;
- plus généralement, d'assister et conseiller ses membres lors des démarches de toute nature qu'ils auraient à accomplir dans ces perspectives, à l'exclusion de toute activité commerciale ou de prestations libérales ;
- de permettre à ses membres d'adhérer à des contrats d'assurance de groupe que l'association a souscrits ;
- d'informer ses adhérents de l'évolution des contrats d'assurance qu'elle a souscrits.

2. L'assureur

L'ensemble des garanties et options du Contrat UNIM Prévoyance est assuré par Allianz Vie (branche 20 Vie-décès, branche 1 Accident, branche 2 Maladie et branche 21 Nuptialité/natalité au sens de l'article 321-1 du Code des assurances), société anonyme au capital de 681 879 255 euros dont le siège social se situe 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex (340 234 962 RCS Nanterre).

La gestion de votre adhésion est par ailleurs confiée à Assurances Médicales S.A. (n° Siren 349896522, n° ORIAS 07006128), au capital social de 76 224,51 euros, dont le siège se situe 4 rue des Messageries – 57000 Metz.

3. Modification ou résiliation du Contrat d'assurance de groupe

Ce Contrat a pris effet le 1^{er} juillet 2023. Il se renouvelle chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation adressée par lettre recommandée par l'une des parties avant le 1^{er} juillet de l'année en cours.

En cas de modification du Contrat portant sur vos droits et obligations, l'UNIM vous en informera par écrit, dans un délai de 3 mois au minimum avant la date prévue de son entrée en vigueur, en application de l'article L141-4 du Code des assurances. À la suite de ces modifications, vous pourrez résilier votre adhésion si vous le souhaitez.

En cas de résiliation du Contrat, vous en serez informé au minimum dans un délai de trois mois avant la date d'effet de la résiliation. Vous continuez à être adhérent de l'UNIM et à être assuré par Allianz Vie. Vous bénéficiez donc des garanties et options souscrites jusqu'à la date de cessation de votre adhésion, moyennant le paiement des cotisations d'assurance et des cotisations associatives.

En cas de dissolution ou de liquidation de l'UNIM, l'assureur s'engage à proposer l'adhésion à un autre contrat d'assurance de groupe, souscrit par une association répondant aux exigences du dispositif réservé aux travailleurs non salariés.

II. L'objet du Contrat

Le Contrat a pour objet de vous garantir, selon votre choix, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité et d'invalidité, à la suite d'une maladie ou d'un accident.



III. Les conditions liées à l'adhérent ou à l'assuré

Lorsque vous adhérez au Contrat, vous devenez adhérent à l'association UNIM et disposez d'un droit de vote à l'Assemblée Générale, participant ainsi à la vie de l'association. Le Contrat est réservé aux seuls membres de l'association UNIM à jour de leur cotisation annuelle à l'association. Cette cotisation :

- peut être révisée chaque année par l'association, conformément à ses statuts ;
- est prélevée automatiquement avec la première cotisation de votre adhésion au Contrat.

Le non-paiement de cette cotisation entraîne la perte de la qualité d'adhérent à l'UNIM.

1. Votre situation

Pour adhérer à ce Contrat, vous devez remplir l'ensemble des conditions suivantes :

- être âgé de moins de 75 ans ;
- exercer à titre libéral ou salarié une des professions suivantes :
 - professions médicales au sens du Contrat : allergologue, anesthésiste, angiologue, assistant en chirurgie, biologiste, cardiologue, chirurgien, chirurgien-dentiste, dermatologue, directeur de laboratoire, endocrinologue, gastro-entérologue, gynécologue, interne des hôpitaux, médecin, médecin généraliste, médecin hospitalier, neurologue, ophtalmologue, opticien, orthodontiste, oto-rhino-laryngologiste (ORL), pédiatre, pharmacien, phlébologue, phtisiologue, pneumologue, psychiatre, radiologue, rhumatologue, sage-femme, stomatologue, urologue, vétérinaire ;
 - professions paramédicales au sens du Contrat : aide-soignant, ambulancier, audioprothésiste, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, esthéticien, étio-pathe, infirmier, laborantin, manipulateur d'électroradiologie, masseur-kinésithérapeute, orthopédiste, orthophoniste, orthoprothésiste, orthoptiste, ostéopathe, pédicure, permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM), podologue, préparateur en pharmacie, prothésiste, prothésiste dentaire, psychologue, psychomotricien, psychorééducateur, psychothérapeute, puériculteur, rééducateur, salarié de cabinet médical, salarié de cabinet paramédical, sophrologue.
- être installé en France métropolitaine ou en Outremer⁽¹⁾ ;
- exercer son activité en France métropolitaine ou en Outremer ;
- être titulaire d'un diplôme d'état français ou reconnu par l'État français comme tel ;
- être à jour de vos cotisations au titre des régimes obligatoires.

2. Votre état de santé

Pour l'étude de votre dossier d'adhésion comme pour l'étude d'une augmentation ultérieure de vos garanties, vous devez vous soumettre aux éventuelles formalités médicales fixées conjointement par l'UNIM et nous. Des informations médicales complémentaires pourront vous être demandées en fonction des éléments médicaux que vous aurez déclarés.



Les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles que nous fixons sont à notre charge sauf si vous ne donnez pas suite à la demande d'adhésion pour des raisons non liées aux conditions d'acceptation que nous avons fixées. Ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations médicales complémentaires de notre part sont à votre charge. Si vous adhérez au Contrat, ces frais vous seront remboursés à votre demande.

3. Votre fiscalité

Par défaut, votre adhésion intervient dans le cadre du contrat d'assurance de groupe n° 693.210/200. Cependant, si vous souhaitez bénéficier du dispositif fiscal de l'article 154 bis du Code général des impôts réservé aux travailleurs non salariés non agricoles dit fiscalité Madelin, votre adhésion intervient alors dans le cadre du contrat d'assurance de groupe n° 693.210/300. Pour bénéficier de ce dispositif fiscal, vous devez être à jour du paiement de vos cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Si, en cours d'adhésion, vous perdez votre statut de travailleur non salarié non agricole, vous devez nous en informer dans un délai de trente jours à compter de la survenance de ce changement, par lettre recommandée avec avis de réception. Votre adhésion au contrat n° 693.210/300 ne pouvant être maintenue, elle sera résiliée à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette lettre recommandée. Durant ce délai d'un mois, l'ensemble de vos garanties reste maintenu mais vous ne pouvez en revanche pas bénéficier du dispositif fiscal lié au statut de travailleur non salarié non agricole. Nous pourrions vous proposer un autre contrat adapté à votre nouvelle situation.

(1) Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Martinique, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française.



IV. Les formalités d'adhésion

Afin de bénéficier des garanties prévues au Contrat, vous devez nous faire parvenir l'ensemble des pièces suivantes :

- le bulletin individuel d'adhésion complété, daté et signé par vous-même ;
- un mandat de prélèvement SEPA, complété et signé, accompagné d'un RIB ;
- le questionnaire médical dûment rempli et signé par vous-même au moment de l'adhésion.

Vous êtes tenu de nous déclarer tous les éléments d'appréciation du risque, sans exception, et renseigner les éléments demandés sur le bulletin individuel d'adhésion et sur les documents médicaux relatifs à l'état de santé. Selon vos déclarations, nous pourrions vous demander de fournir des documents complémentaires.

Après étude de votre dossier, nous pouvons accepter l'adhésion avec ou sans conditions particulières de tarif et/ou de garanties, y compris avec des exclusions, ou refuser l'adhésion. Vous devez donner votre accord sur les conditions particulières proposées en les retournant signées dans un délai maximal de 2 mois suivant leur date d'envoi. À défaut de réception de votre accord écrit dans ce délai, nous considérons que vous refusez l'adhésion au Contrat. Lorsque nous acceptons de vous couvrir, vous recevez un Certificat d'adhésion qu'il conviendra de nous retourner signé.

1. Le cas des adhérents salariés

Si vous êtes salarié et que vous exercez une profession médicale au sens du Contrat, vous pouvez bénéficier de l'ensemble des garanties au Contrat à l'exception de la garantie Indemnités journalières frais professionnels.

Sinon, si vous êtes uniquement salarié, seules les garanties en cas de décès et la garantie Capital infirmité permanente accidentelle peuvent être accordées.

2. L'extension à votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin

Votre conjoint, ou à défaut partenaire de PACS ou à défaut concubin (tels que définis dans le lexique), est également admissible à l'adhésion au Contrat sous réserve des dispositions suivantes :

- seules les garanties en cas de décès peuvent être accordées ;
- le montant des garanties en capital choisi par votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin est limité à 150 000 euros. De même, le montant annuel de la rente de conjoint est limité à 15 000 euros et celui de la rente éducation est limité à 22 500 euros. De plus, pour chaque garantie au Contrat, le montant de la garantie de votre conjoint ne peut dépasser le montant de votre propre garantie.

Bien que n'étant pas adhérent à l'UNIM, votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin doit remplir un bulletin individuel d'adhésion séparé comme tout nouvel adhérent, avec mention éventuelle de votre propre numéro d'adhérent à l'UNIM si vous n'avez pas adhéré en même temps. Il doit également effectuer des formalités médicales. Il est à noter que cette adhésion donnera lieu à un appel de cotisation distinct du vôtre.

3. Les conséquences d'une fausse déclaration

Vous devez apporter le plus grand soin aux formalités d'adhésion.

Attention : en cas de fausse déclaration, votre adhésion au Contrat peut être annulée ou vos prestations réduites.

Toute fausse déclaration ou omission d'informations nous permettant d'apprécier le risque, que ce soit au moment de l'adhésion ou lors d'une modification de vos garanties, entraîne l'application des sanctions suivantes prévues par le Code des assurances :

- si la fausse déclaration ou l'omission est intentionnelle (article L113-8 du Code des assurances), nous annulons votre adhésion. Dans ce cas, nous conservons les cotisations que vous avez payées ;
- si la déclaration inexacte ou l'omission n'est pas intentionnelle (article L113-9 du Code des assurances), vous vous exposez :
 - avant le sinistre : à une augmentation de votre cotisation, à une exclusion ou à la résiliation de votre adhésion 10 jours après la notification de notre décision par lettre recommandée, cette résiliation conduisant à restituer la portion de la cotisation associée à la période où vous n'êtes plus couvert ;
 - après le sinistre : à la réduction de vos prestations en proportion du rapport entre la cotisation que vous avez réglée et celle que vous auriez dû régler si vos déclarations avaient été exactes.

Dans tous les cas, les cotisations d'adhésion à l'UNIM ne vous seront pas remboursées.



V. Le début et la fin de votre adhésion et de vos garanties et options

1. Prise d'effet de votre adhésion

Les garanties acceptées prennent effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Cette date constitue également le point de départ des cotisations.

Effets différés

Lors de votre adhésion, vous choisissez la date de prise d'effet de vos garanties et elle est indiquée sur le bulletin individuel d'adhésion que vous signez. Cette date de prise d'effet ne peut toutefois pas dépasser de plus de 12 mois la date de signature de votre bulletin individuel d'adhésion.

2. Durée de l'adhésion

L'adhésion au Contrat est conclue à partir de la date indiquée dans le Certificat d'adhésion et jusqu'au 31 décembre de la même année. L'échéance principale de l'adhésion est le 1^{er} janvier de chaque année. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque échéance principale de l'adhésion, pour une durée d'un an, sauf en cas de résiliation dans les conditions prévues au présent chapitre, paragraphe V.4, ou au terme de toutes les garanties choisies.

3. Garantie immédiate

La couverture des seuls risques accidentels est accordée à compter du lendemain, zéro heure, qui suit la date où nous recevons le bulletin individuel d'adhésion. Par risques accidentels, il faut entendre les risques en cas d'accident tels que définis dans le lexique, sous réserve des exclusions prévues au Contrat.

Toutefois, cette garantie, accordée pendant la période d'examen du bulletin individuel d'adhésion, cesse en cas de refus médical ou de dossier non complété et, au plus tard, 90 jours à compter de la date de signature du bulletin individuel d'adhésion.

Si l'adhésion n'a pu prendre effet pour l'une des causes suivantes :

- nous n'avons pu statuer faute de renseignements médicaux ;
- vous annulez votre adhésion ou ne donnez pas suite à votre demande d'adhésion ;
- le prélèvement des cotisations n'a pu être effectué ;

alors la couverture immédiate des risques accidentels ne pourra pas être acquise dans le cadre d'une nouvelle demande d'adhésion et les garanties prendront effet uniquement comme indiqué au présent chapitre, paragraphe V.1.

4. Résiliation de l'adhésion

Vous avez la possibilité de résilier votre adhésion selon les modalités ci-après :

	Quand faire votre demande ?	Comment faire votre demande ?	Quand votre adhésion est-elle résiliée ?	Référence au Code des assurances
À l'échéance (annuelle)	2 mois avant la date d'échéance de votre adhésion.	Par l'espace personnel (chapitre « Les informations générales », paragraphe II), lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou tout autre support durable.	À sa date d'échéance.	Article L113-12.
Perte de votre statut de TNS non agricole (chapitre « Les conditions d'adhésion », paragraphe III.3)	Dès que vous changez de statut et dans un délai de 30 jours.	Par l'espace personnel (chapitre « Les informations générales », paragraphe II), lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou tout autre support durable.	À la fin du trimestre suivant la radiation du régime obligatoire. Seule est résiliée votre adhésion au Contrat d'assurance de groupe n° 693.210/300.	
Modification du Contrat (chapitre « Les conditions d'adhésion », paragraphe I.3)	Dès réception de l'information envoyée par l'UNIM et au plus tard à la date d'application des modifications du Contrat.	Par l'espace personnel (chapitre « Les informations générales », paragraphe II), lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou tout autre support durable.	Au plus tard à la date d'application des modifications du Contrat.	Article L141-4.



Par ailleurs, nous pouvons résilier votre adhésion selon les modalités ci-dessous :

	Quand nous informons-vous ?	Comment nous informons-vous ?	Quand votre adhésion est-elle résiliée ?	Référence au Code des assurances
À l'échéance (annuelle), pendant les 2 premières années de l'adhésion	2 mois avant la date d'échéance de votre adhésion.	Par courrier recommandé.	À sa date d'échéance.	
Non-paiement des cotisations d'assurance (chapitre « Vos cotisations d'assurance », paragraphe III.2)	10 jours après l'échéance de votre ou vos cotisations.	Par l'envoi d'une lettre de mise en demeure recommandée.	40 jours après l'envoi de la lettre si vous n'avez pas payé votre cotisation.	Article L113-3.
Si vous avez commis une fraude ou une tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre		Par courrier recommandé.	Dix jours après l'envoi de la lettre recommandée par nos services	

Nous pouvons également résilier votre adhésion en cas de fausse déclaration de votre part, dans les conditions précisées au présent chapitre, paragraphe IV.3.

Pour les garanties donnant droit à des indemnités journalières ou une rente, il est précisé que toute cessation d'assurance ne met pas fin au versement des prestations dues au titre d'un sinistre survenu antérieurement à la date de cessation d'assurance.

5. Cessation de l'adhésion

Hors cas de résiliation, votre adhésion et l'ensemble des garanties cessent :

- en cas de mise en jeu des garanties en cas de décès ou de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie ;
- au plus tard le 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.

Les conditions de cessation propres à chaque garantie ou option sont décrites au chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition ».



Le détail des garanties et options à votre disposition

Nous détaillons dans ce chapitre le fonctionnement des garanties et options et nos conditions de prise en charge.

Seule la garantie Décès toutes causes est obligatoire : toutes les autres garanties sont facultatives. De plus, les garanties Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale et Rente d'invalidité permanente ne peuvent être choisies l'une sans l'autre.

Important :

- Vous ne bénéficiez que des garanties et options indiquées dans le Certificat d'adhésion et modifiées par vos éventuels avenants ultérieurs (un avenant pouvant ajouter, modifier ou supprimer des garanties et/ou options de votre adhésion).
- Sauf mention contractuelle spécifique (comme, par exemple, pour la garantie Capital décès mobilité professionnelle), **les garanties sont acquises en vie privée et professionnelle.**

I. Les limitations générales et exclusions

1. Territorialité des garanties

Le risque décès est couvert dans tous les pays du monde sous réserve que la preuve de votre décès soit fournie au moyen d'un certificat de décès émanant de la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Cette démarche ne concerne pas les sinistres survenus en France (France métropolitaine, Outremer⁽¹⁾ et Monaco).

Pour les garanties d'Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale et d'Indemnités journalières frais professionnels, les sinistres survenus hors de France (France métropolitaine, Outremer et Monaco) pourront être couverts selon les dispositions prévues par ce Contrat, à condition qu'ils donnent lieu à une hospitalisation à l'étranger dans un établissement de soins public ou privé placé sous contrôle médical. Il incombera alors à l'assuré d'apporter la preuve de son hospitalisation au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française du lieu. À défaut, la prise en charge de ces garanties en cas d'incapacité temporaire totale sera suspendue jusqu'au retour en France (France métropolitaine, Outremer et Monaco) et à la constatation médicale de votre état de santé.

Les risques autres que le décès et l'incapacité sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que leur constat soit établi au moyen de documents émanant de l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de notre part dans les conditions prévues au chapitre « Que faire en cas de sinistre ? », paragraphe III.1.

À défaut de documents spécifiques visés ci-avant permettant de justifier l'état de santé de l'assuré, le droit aux prestations sera suspendu jusqu'au jour du retour France (France métropolitaine, Outremer et Monaco).

Les documents spécifiques visés ci-dessus ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine.

2. Risques de guerre et/ou missions humanitaires

Si vous effectuez un déplacement ou séjour temporaire sur une zone de conflits et/ou lors d'une mission humanitaire encadrée, **vous devez nous en informer avant votre départ.** Nous étudierons la possibilité d'accepter la garantie ou de la limiter ou bien encore de prévoir une éventuelle surprime.

3. Exclusions communes à toutes les garanties

a. Risque de suicide

Conformément à l'article L132-7 du Code des assurances, le suicide n'est couvert que si, au jour de votre décès, vous étiez assuré en cas de décès par votre adhésion depuis au moins un an.

Si le décès survient en cas de suicide au cours de la première année qui suit une augmentation des garanties, les bénéficiaires percevront les prestations prévues antérieurement à l'augmentation de la garantie ainsi que la fraction de cotisation correspondant à l'augmentation de garantie.

(1) Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Martinique, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française.



b. Risques conséquents au fait volontaire de l'assuré

Sont exclus les maladies et accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré de la garantie prévue par l'adhésion. Sont également exclus les maladies et accidents résultant de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire de l'assuré.

c. Risques de guerre

Sont exclues les conséquences de guerres (civiles ou étrangères), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotages, attentats, émeutes, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que vous y prenez une part active, que vous agissiez ou non dans le cadre de votre activité professionnelle.

d. Risques conséquents à la transmutation du noyau de l'atome

Sont exclus les maladies et accidents dus à la transmutation du noyau de l'atome, sauf ceux des personnels médicaux et paramédicaux exposés dans le cadre de leur activité professionnelle.

e. Risques de navigation aérienne

En cas de pratique de la navigation aérienne, sont exclus les matches, paris, courses, acrobaties, records, tentatives de records ou essais préparatoires, ainsi que les essais de réception.

En dehors de ces cas, nous couvrons, sans avis préalable, en temps de paix seulement, les risques de décès résultant d'un accident de navigation aérienne lorsqu'un certificat valable de navigabilité a été délivré pour l'appareil et que le pilote est titulaire d'un brevet et/ou d'une licence non périmée, ce pilote pouvant être vous-même. Dans ce dernier cas, vous ne devez pas exercer cette activité à titre professionnel et/ou permanent.

4. Exclusions complémentaires en cas d'accident

Les exclusions indiquées ici concernent l'ensemble des garanties du Contrat. Sont exclus :

- les accidents consécutifs à votre état d'ivresse, constaté médicalement par un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur, ou consécutifs à votre usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale ;
- les accidents survenus lors de la conduite sans permis ou certificat en état de validité d'un véhicule l'exigeant ;
- les accidents consécutifs à des paris, courses et matches comportant l'utilisation de véhicules à moteur ;
- votre participation à des rixes, sauf le cas de légitime défense ;
- les accidents occasionnés par la pratique, à titre professionnel, du pilotage d'engins motorisés et du parachutisme.

5. Exclusions complémentaires en cas de maladie

Sont concernées ici les garanties Décès toutes causes, Capital PTIA toutes causes, Capital double effet familial, Rente de conjoint, Rente éducation, Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale, Rente d'invalidité permanente, Indemnités journalières frais professionnels, Capital équipement invalidité et Capital IPAD.

Sont exclues :

- les maladies consécutives à l'alcoolisme ou résultant de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale ;

les conséquences médicales d'accidents non consolidés, les maladies ou infirmités à caractère évolutif, antérieurs à la date de votre adhésion, sauf s'ils ont fait l'objet d'une déclaration au moment de l'adhésion.

Si l'option Renfort Dos n'a pas été retenue à l'adhésion, alors, pour les seules garanties Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale, Rente d'invalidité permanente, Indemnités journalières frais professionnels et Capital équipement invalidité, sont exclus les sinistres résultant d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, défilé thoraco-brachial, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.



6. Exclusions complémentaires en cas d'incapacité

Les exclusions indiquées ici concernent les garanties Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale et Indemnités journalières frais professionnels.

Sont exclues :

- les incapacités dues à des séjours en cure thermale ;
- les périodes de congé de maternité ou paternité, tels que définies aux articles L1225-17 et suivants et L1225-35 du Code du travail, que vous y soyez assujetti ou pas.

II. La couverture des sports à risque

1. Les sports pratiqués en tant qu'amateur ou amateur rémunéré

Les sports pratiqués non qualifiés de « sports à risque » sont couverts dans le cadre de vos garanties sans conditions particulières.

En revanche, certains sports, qualifiés de « sports à risque », présentent des risques particuliers d'accident (voir liste ci-dessous). Nous vous garantissons sans majoration tarifaire uniquement en cas de pratique occasionnelle, c'est-à-dire dans le cadre d'un baptême, d'une initiation ou d'un stage d'une durée maximum d'une semaine par an, et s'il est établi que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié appartenant à une structure habilitée à la pratique de l'activité.

En dehors de ce cadre, les sports à risque listés ci-dessous sont par défaut exclus.

À votre demande expresse lors de votre adhésion au Contrat, la totalité ou une partie de ces sports peut être couverte moyennant une tarification spéciale.

Liste des « sports à risque »

1. Alpinisme et varappe : trekking et randonnées pédestres sans guide entre 3 500 et 5 000 mètres, alpinisme jusqu'à 5 000 mètres, paralpinisme avec voile, escalade ou varappe sans piton de sécurité, via ferrata sans moniteur.
2. Automobile et motocyclisme : sports mécaniques et/ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre (sauf motocross, trial, stock car, enduro, quad sans compétition et karting sans compétition).
3. Aviation de loisir : activités de type parapente, deltaplane, aile delta, parachutisme en chute libre ou à ouverture retardée, paramoteur, vol à voile, planeur, ULM, autogire, gyrocoptère.
4. Plongée à plus de 20 mètres de profondeur et spéléologie.
5. Sports nautiques : yachting à plus de 60 miles d'un abri côtier, régates et courses au large.
6. Exploit, tentative de record, base jump, saut à l'élastique, expédition extrême ou alpinisme à plus de 5 000 mètres, autres sports extrêmes (tels que définis dans le lexique).

2. Les sports pratiqués à titre professionnel

Les sports pratiqués à titre professionnel doivent faire l'objet d'une déclaration spécifique lors de votre demande d'adhésion au Contrat. Après notre analyse ces sports feront l'objet d'une tarification adaptée. Nous pourrions, le cas échéant, refuser de couvrir tout ou partie des garanties.

III. La garantie Décès toutes causes

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion. Elle est par ailleurs éligible à la fiscalité Madelin.

Au moment de l'adhésion, vous devez choisir le montant de la prestation en cas de décès : il doit être compris entre 15 000 et 1 200 000 euros. Ce montant évoluera par la suite conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1.

Si vous décédez à la suite d'une maladie ou d'un accident, nous versons la prestation aux bénéficiaires désignés dans le Certificat d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur :

- sous forme de rente viagère si vous avez opté pour la fiscalité Madelin ; dans ce cas, les bénéficiaires désignés doivent être des personnes physiques. Le montant de rente annuelle versée évolue alors conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.2 ;
- sous forme de capital dans les autres cas.

Le règlement de la prestation met alors fin à l'adhésion.

Cette garantie cesse au jour de la fin de l'adhésion et au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.



IV. La garantie Capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 60 ans lors de leur adhésion. Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Vous êtes reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) lorsque, avant le 31 décembre qui suit votre 60e anniversaire, par suite de maladie ou d'accident corporel survenu postérieurement à votre adhésion :

- vous êtes devenu définitivement incapable de vous livrer à n'importe quelle occupation ou travail vous procurant gain ou profit ;
- et vous êtes, en plus, mis dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (au sens de la 3^e catégorie Sécurité sociale) et vous justifiez d'un taux d'invalidité égal à 100 %, tel que défini dans la garantie Rente d'invalidité permanente sans tenir compte de l'option « Barème professionnel en invalidité » propre à la seule garantie de Rente d'invalidité permanente.

Si vous êtes reconnu en état de PTIA, nous vous versons par anticipation le montant de la garantie Décès toutes causes sous forme de capital. La mise en jeu de cette garantie met fin à l'adhésion.

Cette garantie cesse au jour de la fin de l'adhésion et au plus tard au 31 décembre qui suit votre 60^e anniversaire.

V. La garantie Capital décès accident

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion. Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Si vous décédez à la suite d'un accident dans les six mois suivant la date de sa survenance, nous versons aux bénéficiaires désignés dans le Certificat d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur un capital dont le montant est égal à celui de la garantie Décès toutes causes, en complément des autres capitaux versés.

Cette garantie cesse au jour de la fin de l'adhésion et au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.



La définition de l'accident est précisée dans le lexique en fin de document.

VI. La garantie Capital décès mobilité

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion. Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Si vous décédez à la suite d'un accident de la circulation dans les six mois suivant la date de sa survenance, nous versons aux bénéficiaires désignés dans le Certificat d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur un capital dont le montant est égal à celui de la garantie Décès toutes causes, en complément des autres capitaux versés.

Cette garantie cesse au jour de la fin de l'adhésion et au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.



La définition d'accident de la circulation est précisée dans le lexique en fin de document.

VII. La garantie Capital décès mobilité professionnelle

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion. Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Si vous décédez à la suite d'un accident de la circulation survenu dans l'exercice de votre activité professionnelle, dans les six mois suivant la date de sa survenance, nous versons aux bénéficiaires désignés dans le Certificat d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur un capital dont le montant est égal à celui de la garantie Décès toutes causes, en complément des autres capitaux versés.

Cette garantie cesse :

- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite (sauf si vous êtes en cumul emploi-retraite) ;
- au jour de votre arrêt définitif de toute activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ;
- au jour de la fin de l'adhésion ;
- au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.



La définition d'accident de la circulation est précisée dans le lexique en fin de document.

VIII. La garantie Capital décès attentat/agression

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion. Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Si vous êtes victime d'un attentat ou d'une agression (coups et blessures volontaires infligés à l'assuré ou attaque portant atteinte à l'intégrité physique) entraînant votre décès dans les six mois suivant la date de sa survenance, nous



versions aux bénéficiaires désignés dans le Certificat d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur un capital dont le montant est égal à celui de la garantie Décès toutes causes en complément des autres capitaux versés.

Cette garantie cesse au jour de la fin de l'adhésion et au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.

IX. La garantie Capital double effet familial

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion et elle concerne les adhérents ayant un conjoint et des enfants à charge, tels que définis par le lexique.

Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Par « conjoint », il faut entendre pour cette garantie « conjoint, partenaire de PACS ou concubin », tels que définis par le lexique.

Si, simultanément ou postérieurement à votre décès, votre conjoint décède avant l'âge de 70 ans en laissant un ou plusieurs enfants à charge au sens fiscal, nous versons par parts égales au profit de ceux-ci un capital d'un montant égal à celui de la garantie Décès toutes causes.

Cette garantie cesse au premier de ces événements :

- au jour du remariage, du nouveau PACS ou du nouveau concubinage de votre conjoint postérieurement à votre décès ;
- au jour où vous n'avez plus d'enfants à charge ;
- au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire, si vous êtes toujours en vie ;
- au jour du 70^e anniversaire de votre conjoint, si vous êtes décédé auparavant ;
- au jour de cessation de l'adhésion, si vous êtes toujours en vie.

X. La garantie Rente de conjoint

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion. Elle est éligible à la fiscalité Madelin.

Par « conjoint », il faut entendre pour cette garantie « conjoint, partenaire de PACS ou concubin », tels que définis par le lexique.

Si vous décédez, nous versons à votre conjoint survivant une rente selon l'option que vous avez choisie à l'adhésion :

- **temporaire** : la rente est versée jusqu'au 31 décembre qui suit le 65^e anniversaire de votre conjoint ;
- **viagère** : la rente est versée durant toute la vie de votre conjoint.

Si vous êtes reconnu en état de PTIA au sens précisé dans la garantie Capital PTIA toutes causes avant le 31 décembre qui suit votre 60^e anniversaire, nous versons alors la rente à votre conjoint selon les modalités indiquées ci-après et nous cessons de percevoir les cotisations au titre de cette garantie. Dans ce cas, nous pouvons vous demander, à tout moment, de fournir la preuve de la persistance de votre PTIA au moyen d'un certificat médical fourni par votre médecin traitant. Si vous ne pouvez fournir la preuve de la persistance de votre invalidité, le paiement de la rente prend alors fin.

Si vous décédez en état de PTIA alors que la rente est en cours de versement, le service de la rente de conjoint se poursuit selon la modalité de l'option choisie à l'adhésion.

Cette garantie cesse au jour de la fin de l'adhésion et au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.

1. Montant de la rente

Vous pouvez choisir votre montant de rente annuelle entre 1 500 et 30 000 euros. Ce montant évoluera par la suite conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1.

Pour déterminer le montant de rente annuelle versée, un coefficient de minoration ou de majoration est appliqué au montant de la rente annuelle. Le coefficient est déterminé par application du tableau suivant selon la différence d'âge (calculée par différence de millésimes) entre vous et votre conjoint.

Différence d'âge	Conjoint plus jeune, la rente est minorée de	Conjoint plus âgé, la rente est majorée de
10 ans et moins	0 %	0 %
11 à 20 ans	25 %	50 %
21 ans et plus	50 %	100 %

Ce montant de rente annuelle versée évolue ensuite conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.2.



2. Réversion de la rente

La rente de conjoint est réversible au profit de vos enfants au sens du Contrat au moment du décès de votre conjoint, dans les cas suivants :

- si votre conjoint décède alors qu'il percevait la rente de conjoint ;
- si votre conjoint et vous-même décédez du fait d'un même événement.

La rente est réversible au profit de vos enfants à charge, à hauteur du montant dû au conjoint. S'il y a au moins deux enfants à charge, la rente de conjoint est réversible par parts égales entre chaque enfant.

3. Modalités de règlement de la rente

La rente est payable trimestriellement, à terme échu.

Le premier versement de la rente a lieu à la fin du trimestre civil au cours duquel est survenu :

- votre décès ;
- la reconnaissance de votre état de PTIA ;
- le décès de votre conjoint, s'il survient en même temps que le vôtre.

En l'absence de réversion de la rente au profit de vos enfants à charge, le dernier versement de la rente a lieu à la première des dates suivantes :

- la date du décès de votre conjoint ;
- le 31 décembre qui suit le 65^e anniversaire de votre conjoint pour l'option temporaire.

En cas de réversion de la rente au profit de vos enfants à charge, le dernier versement de la rente de chaque enfant a lieu à la date à laquelle celui-ci atteint son 18^e anniversaire. Cette limite d'âge est portée au 29^e anniversaire sous réserve de poursuite d'études de cet enfant.

Le montant du premier et du dernier versement de la rente sont calculés au prorata temporis.

Lorsque le bénéficiaire de la rente est un enfant, la rente est versée :

- à son représentant légal, jusqu'à la majorité de l'enfant ou si l'enfant est un majeur protégé ;
- ou à l'enfant lui-même sinon.

XI. La garantie Rente éducation

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion. Elle est éligible à la fiscalité Madelin.

Si vous décédez ou si vous êtes reconnu en état de PTIA au sens précisé dans la garantie Capital PTIA toutes causes, nous versons à chacun de vos enfants, tels que définis dans le lexique, une rente éducation. Dans la pratique, la rente éducation de l'enfant est versée :

- à son représentant légal, jusqu'à la majorité de l'enfant ou si l'enfant est un majeur protégé ;
- ou à l'enfant lui-même sinon.

À partir du moment où l'enfant atteint l'âge de 19 ans, le versement de la rente n'est possible que si l'enfant poursuit des études.

Dans le cas où vous êtes reconnu en état de PTIA, nous pouvons vous demander, à tout moment, de fournir la preuve de la persistance de votre PTIA au moyen d'un certificat médical fourni par votre médecin traitant. Si vous ne pouvez fournir la preuve de la persistance de votre invalidité, le paiement de la rente éducation prend alors fin.

Cette garantie cesse au jour de la fin de l'adhésion et au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.

1. Montant de la rente

Vous pouvez choisir votre montant de rente annuelle entre 1 500 et 27 000 euros. Ce montant évoluera par la suite conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1.

Le montant de la rente versée est fixé en pourcentage du montant de la garantie atteint au moment du décès ou de la reconnaissance de la PTIA. Ce pourcentage est fixé à :

- 33,33 % jusqu'à 11 ans inclus ;
- 66,66 % de 12 à 18 ans inclus ;
- 100 % de 19 à 28 ans inclus.

Le changement du pourcentage intervient à compter du 1^{er} jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant. Par ailleurs, le montant de la rente versée est doublé lorsque l'enfant est orphelin de ses deux parents :

- soit à la suite de votre décès ;
- soit à la suite du décès du deuxième parent, âgé de moins de 65 ans, survenant après le vôtre.



Indépendamment des évolutions du montant de rente versée dues à l'augmentation d'âge ou à l'évolution de la situation de l'enfant, le montant de rente annuelle versée évolue conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.2.

2. Modalités de règlement

La rente est payable trimestriellement à terme échu.

Le premier versement de la rente a lieu à la fin du trimestre civil au cours duquel est survenu :

- votre décès ;
- la reconnaissance de votre état de PTIA.

Le dernier versement de la rente a lieu à la date à laquelle chaque enfant à charge atteint son 19^e anniversaire. Cette limite d'âge est portée au 29^e anniversaire sous réserve de poursuite d'études par cet enfant.

Le montant du premier et du dernier versement de la rente sont calculés au prorata temporis.

XII. La garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale

Cette garantie est indissociable de la garantie Rente d'invalidité permanente. **Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion et justifiant alors de l'exercice effectif d'une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée.** Elle est éligible à la fiscalité Madelin.

Lors de l'adhésion, vous choisissez trois montants de paliers d'indemnités journalières :

- celui appliqué après mise en jeu de votre franchise contractuelle jusqu'au 90^e jour de votre incapacité temporaire totale, sous réserve que votre franchise soit inférieure à 90 jours (si vous êtes « hospitalier salarié », vous ne pourrez prétendre à ce premier palier que pour un montant correspondant à vos gardes et astreintes quotidiennes, ce montant devant être inférieur ou égal d'une part à celui de vos autres paliers et d'autre part à 150 euros) ;
- celui appliqué du 91^e au 365^e jour de votre incapacité temporaire totale, sous réserve que votre franchise soit inférieure à 365 jours ;
- celui appliqué du 366^e au 1 095^e jour de votre incapacité temporaire totale.

Ces différents montants doivent être compris entre 15 et 600 euros. Selon les montants choisis et votre régime obligatoire, nous pourrions vous demander des justificatifs de revenus.

À ce choix s'ajoute celui des franchises et des options décrites ci-après.

Si vous êtes reconnu en état d'incapacité temporaire totale et continue d'exercer votre activité professionnelle à la suite d'un accident ou une maladie, nous vous versons des indemnités journalières forfaitaires :

- leur montant figure dans le Certificat d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur ;
- ce montant dépend de la durée déjà écoulée de votre incapacité temporaire totale ;
- ces indemnités journalières sont versées au maximum jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt continu total de travail.

Pour bénéficier des prestations de cette garantie, vous devez, à la date de début de votre incapacité temporaire totale :

- être couvert au titre de cette garantie ;
- exercer une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée.

La garantie cesse :

- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite (sauf si vous êtes en cumul emploi-retraite, auquel cas la garantie reste en cours sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat) ;
- au jour de votre arrêt définitif de toute activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ;
- au jour de la prise en charge au titre de la garantie Rente d'invalidité permanente en cas de maladie ou d'accident, dans le cadre d'une invalidité totale ;
- au jour de la cessation de l'adhésion ;
- au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.

1. Franchise et hospitalisation

La franchise est une période de temps pendant laquelle vous ne pouvez percevoir votre indemnité journalière : elle est exprimée en nombre de jours d'arrêt de travail continu. Elle commence au 1^{er} jour de l'arrêt continu total de travail.

La durée maximale de versement de l'indemnité journalière est donc de 1 095 jours moins le nombre de jours de la franchise.

Lors de l'adhésion, vous devez sélectionner :

- soit une des franchises toutes causes de durée invariable quelle que soit la cause de l'arrêt de travail ;
- soit une des franchises réduites en cas d'hospitalisation ou d'accident.



Dans tous les cas, aucune franchise n'est appliquée en cas d'attentat ou d'agression : le versement des indemnités journalières commence dès le 1^{er} jour d'arrêt.

Les franchises toutes causes

Dans ce cas, vous choisissez une franchise de durée unique :

- maladie, accident, hospitalisation : 30, 60, 90, 180 ou 365 jours.

Les franchises réduites en cas d'hospitalisation ou d'accident

Dans ce cas, vous choisissez la durée de votre franchise en cas de maladie et une franchise plus courte en cas d'accident.

Ces franchises réduites sont les suivantes :

- maladie : 7, 15 ou 30 jours selon votre choix ;
- accident : 3 ou 5 jours selon votre choix. La franchise de 3 jours en cas d'accident ne peut être choisie qu'avec une franchise de 7 jours en cas de maladie ;
- hospitalisation et actes chirurgicaux lourds : les règles spécifiques et définitions sont données ci-dessous.

Un acte chirurgical lourd correspond à une intervention chirurgicale avec un acte technique lourd, engendrant une exonération du ticket modérateur et la participation forfaitaire de 24 euros. Dans ce cas particulier, l'indemnité journalière vous est versée dès le 1^{er} jour d'hospitalisation, que vous soyez hospitalisé ou pris en charge en ambulatoire.

Pour les autres cas, l'hospitalisation est prise en compte uniquement si elle est d'une durée supérieure à 24 heures continues. Deux cas sont ici possibles :

- en cas d'hospitalisation d'une durée de 2 jours, l'indemnité journalière vous est versée pendant la durée de l'hospitalisation. Une fois l'hospitalisation terminée, si vous êtes toujours en arrêt de travail, l'indemnisation :
 - se prolonge dès la sortie de l'hôpital si l'arrêt est lié à un accident,
 - reprendra après expiration du délai de franchise choisi à l'adhésion si l'arrêt est lié à une maladie ;
- en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 3 jours, l'indemnité journalière vous est versée dès le 1^{er} jour d'hospitalisation et pendant toute la durée de l'arrêt de travail dans la limite de 1 095 jours, peu importe la cause de cet arrêt.

Le jour d'entrée et le jour de sortie sont pris en compte pour le calcul du nombre de jours d'hospitalisation.

2. Limitations de la garantie

a. Limitation pour certaines affections

Les incapacités de travail motivées par une dépression, un syndrome anxio-dépressif, des troubles anxieux, une anxiété généralisée, un trouble panique, une névrose traumatique, une névrose hystérique, une psychose, une schizophrénie, une paranoïa, un trouble bipolaire, une personnalité borderline, des troubles du comportement alimentaire, une hyperactivité, un syndrome de Gilles de la Tourette, une démence, une spasmophilie, un syndrome de fatigue chronique, une fibromyalgie, un burn-out ou épuisement professionnel sont indemnisées après application des franchises contractuelles et pour une durée maximale d'un an, rechutes comprises, toutes affections énumérées ci-dessus confondues, pendant toute la durée de la couverture d'assurance. Cette limitation est annulée si vous choisissez l'option Renfort Psy.

Seule la Commission Médicale Paritaire pourra examiner les cas particulièrement graves et proroger au maximum l'indemnisation pendant 6 mois supplémentaires à hauteur d'une demi-indemnité journalière.

b. Limitation lors de la poursuite de votre activité au-delà du 31 décembre qui suit votre 67^e anniversaire

Si vous êtes reconnu en état d'incapacité temporaire totale et continue d'exercer votre activité professionnelle à la suite d'un accident ou une maladie qui surviennent après le 31 décembre qui suit votre 67^e anniversaire, la durée maximale de versement des indemnités journalières passe de 1 095 jours à 365 jours, déduction faite de la durée de la franchise.

3. Paiement des indemnités journalières

Les indemnités journalières sont payables mensuellement et à terme échu.

Elles sont fixées en fonction du montant souscrit et atteint au moment de la survenance du sinistre en application de l'indexation définie au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1. En cours de service, elles peuvent être revalorisées comme indiqué au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.2.

Le paiement des indemnités journalières cesse au plus tard à la date de première réalisation d'un des événements suivants :

- au jour de votre reprise totale d'une quelconque activité professionnelle ou à temps partiel non indemnisé au titre du Contrat ;



- à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Rente d'invalidité permanente (pour un même sinistre) ;
- 1 095 jours après la date de début de l'arrêt de travail ;
- 365 jours après la date de début de l'arrêt de travail en cas d'arrêt de travail débutant après le 31 décembre qui suit votre 67^e anniversaire ;
- 365 jours après le 31 décembre suivant votre 67^e anniversaire pour tout arrêt de travail commençant avant cette date et donnant toujours lieu à indemnités journalières après cette date ;
- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite ou en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ces deux derniers cas, nous continuons de verser les indemnités journalières au titre de cette garantie sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat ;
- au jour de votre décès ;
- au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.

Nous devons être informés dès que vous reprenez votre activité professionnelle après un arrêt de travail, même de manière partielle.

4. Rechutes ou arrêts multiples

Une rechute est un arrêt de travail, diagnostiqué médicalement comme provenant de la même cause :

- soit dans les 60 jours suivant la fin d'une période d'arrêt de travail qui a donné lieu à indemnités journalières ;
- soit du fait d'une même maladie grave ou pathologie lourde (voir lexique) qui a déjà donné lieu à indemnités journalières et qui nécessite une hospitalisation de plus de 24 heures continues.

Si vous faites une telle rechute, il n'y a pas de nouvelle application de la franchise et le nombre de jours d'indemnités déjà versées au titre de cette incapacité est décompté de la durée maximum de prise en charge possible.

Dans les autres cas, le délai de franchise contractuel choisi à l'adhésion sera de nouveau appliqué.

Quel que soit le nombre de rechutes, la durée totale d'indemnisation ne peut excéder la durée maximale d'indemnisation prévue au Contrat.

5. Prestations complémentaires aux indemnités journalières

a. Allocation naissance et adoption

Si vous respectez les trois conditions suivantes :

- vous êtes assuré au titre du présent Contrat pour la présente garantie depuis au moins 12 mois au moment de la naissance ou de l'adoption ;
- vous exercez votre activité à titre libéral exclusivement ;
- et vous venez de devenir parent d'un enfant ;

nous vous versons alors une allocation : son montant représente au maximum 30 fois celui du montant du palier d'indemnités journalières le plus faible et non nul, plafonné à 50 euros, soit au maximum 1 500 euros. Cette allocation est versée pour chaque naissance ou adoption plénière. Dans le cas d'une naissance multiple, l'allocation n'est versée qu'une fois.

Le montant de l'allocation ne peut être cumulé par application de plusieurs contrats de l'UNIM. Si l'adhérent dispose de plusieurs contrats de l'UNIM où il a opté pour la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale proposant cette allocation, le montant versé est alors celui du contrat qui donne le montant d'allocation le plus élevé. De même, si les deux parents sont adhérents et disposent d'un ou de plusieurs contrats de l'UNIM où ils ont opté pour la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale proposant cette allocation, le montant versé est alors celui au titre d'une seule des deux adhésions pour un unique contrat : celle qui donne le montant d'allocation le plus élevé.

Cette garantie est accordée sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant, d'une attestation d'affiliation au Régime Obligatoire et d'une attestation sur l'honneur d'exercice à titre libéral exclusivement. La demande de versement doit être effectuée dans un délai de 6 mois suivant la naissance ou l'adoption de l'enfant.

b. Soutien psychologique pour attentat / agression

En cas d'arrêt de travail consécutif à un attentat ou une agression donnant lieu à une prise en charge au titre de cette garantie, nous prenons en charge les consultations de soutien psychologique médicalement prescrites, à concurrence d'un montant forfaitaire de 1 500 euros, dans la limite des frais restant à votre charge.



c. Exonération

Après application de la franchise et après au moins 30 jours d'arrêt de travail total et continu, le versement des indemnités journalières vous fait bénéficier d'une exonération des cotisations qui s'applique selon le principe suivant :

- votre cotisation globale continue d'être appelée ;
- en contrepartie, vos indemnités journalières sont augmentées de 2,5 %.

Si vous êtes en état d'invalidité partielle (taux inférieur à 66 %) et que vous percevez des indemnités journalières au titre de cette garantie, vous bénéficiez de l'exonération des cotisations.

L'exonération cesse en cas de résiliation de l'adhésion et en cas de cessation de la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale.

6. Incapacité temporaire partielle de travail

Si vous êtes reconnu en état d'incapacité temporaire partielle et continue d'exercer votre activité professionnelle et que vous reprenez votre activité professionnelle à temps partiel pour motif thérapeutique, nous vous versons la moitié de l'indemnité journalière garantie pendant une durée de 180 jours maximum. Le versement ne peut avoir lieu qu'à réception d'un certificat médical.

7. Options

a. Renfort Pic d'activité

Lors de l'adhésion, vous pouvez choisir cette option afin de compléter le montant de vos indemnités journalières dues au titre de la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale sur la période de l'année où votre activité professionnelle est la plus importante. Vous choisissez alors :

- la période concernée qui doit être constituée de 1 jusqu'à 4 mois entiers consécutifs ;
- le montant journalier complémentaire. Selon votre régime obligatoire et les montants choisis pour cette option ainsi que pour votre garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale, nous pourrions vous demander des justificatifs de revenus. Ce montant est indexé conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1. En cours de prestation, ce montant peut être revalorisé comme indiqué au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.2.

Ce renfort pour pic d'activité est versé sur les seuls jours de la période concernée dès lors que vous percevez les indemnités journalières de la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale.

Si vous percevez la moitié des indemnités journalières au titre de l'incapacité temporaire partielle sur la période concernée, vous percevrez également la moitié du montant journalier complémentaire.

b. Renfort Psy et Renfort Dos

Cette garantie est éligible à l'option Renfort Psy et à l'option Renfort Dos décrites en fin de ce chapitre.

c. Renfort incapacité temporaire partielle

Le choix de cette option à l'adhésion vous permet de faire passer la durée maximum de versement des indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire partielle de 180 à 365 jours.

XIII. La garantie Rente d'invalidité permanente

Cette garantie est indissociable de la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale sauf dans le cas des assurés poursuivant leur activité après le 31 décembre qui suit leur 67^e anniversaire. **Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 67 ans lors de leur adhésion et justifiant alors de l'exercice effectif d'une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée.** Cette garantie est éligible à la fiscalité Madelin.

Lors de l'adhésion, vous choisissez :

- le montant maximum de la rente annuelle versée, valant au plus 125 % du montant annualisé de l'indemnité journalière du troisième palier au titre de la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale. Ce montant est ensuite indexé conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1 ;
- le taux d'invalidité déclencheur, c'est-à-dire le taux d'invalidité à partir duquel la rente peut vous être versée. Deux choix sont possibles : 10 % ou 33 %.

Dès consolidation de votre état de santé, lorsque le médecin conseil de l'UNIM reconnaît votre invalidité, à la suite d'un accident ou d'une maladie et au plus tard 3 ans après le début de votre arrêt de travail, nous vous versons une rente temporaire d'invalidité en fonction du taux d'invalidité constaté et sous réserve que cet état d'invalidité entraîne une diminution inévitable totale ou partielle de votre capacité de gain. **Le versement de cette rente se substitue à l'éventuelle indemnité journalière que vous pourriez percevoir au titre du même fait générateur. La rente d'invalidité ne peut pas être versée si elle fait suite à une période d'incapacité temporaire totale, faisant suite à un accident ou une maladie, que nous avons refusé d'indemniser.**



Cette garantie cesse :

- au jour où vous êtes reconnu en invalidité permanente totale ;
- à l'arrêt définitif de toute activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ;
- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre activité professionnelle sauf en cas de cumul emploi-retraite ou en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ces deux derniers cas, la garantie reste en cours sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat ;
- au jour de la cessation de l'adhésion ;
- au plus tard au 31 décembre qui suit votre 67^e anniversaire.

1. Taux d'invalidité

Le taux d'invalidité ouvrant droit au service de la rente d'invalidité est déterminé par voie d'expertise en fonction :

- du taux d'invalidité professionnelle uniquement, si vous avez choisi cette option à l'adhésion ;
- des taux d'invalidité fonctionnelle et d'invalidité professionnelle sinon.

Ces taux d'invalidité sont évalués de la façon suivante :

- le taux d'invalidité fonctionnelle est apprécié en se basant sur le guide utilisé en matière d'accidents du travail, à savoir le Barème des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles ;
- le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en appliquant le barème figurant en annexe 1, 2 ou 3 selon votre profession, celui-ci étant rappelé dans votre Certificat d'adhésion. Il est en particulier déterminé en tenant compte de l'importance et de la nature de l'inaptitude professionnelle par rapport aux activités professionnelles que vous exercez avant l'accident ou la maladie, sans tenir compte de vos possibilités de reclassement professionnel.

Les taux d'invalidité fonctionnelle et d'invalidité professionnelle varient de 0 % à 100 %. Ils peuvent être révisés à la suite d'une expertise ou sur avis motivé de la Commission Médicale Paritaire, composée de trois médecins administrateurs ou représentant de l'UNIM et de trois de nos médecins conseil.

Le tableau à double entrée suivant donne des exemples (non exhaustifs) de détermination du taux d'invalidité dans le cas où il est fonction des taux d'invalidité fonctionnelle et d'invalidité professionnelle. Ainsi, un taux d'invalidité fonctionnelle de 30 % associé à un taux d'invalidité professionnelle de 15 % correspond à un taux d'invalidité de 23,81 %.

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle										
	10	15	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10,00	13,10	15,87	20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
15	11,45	15,00	18,17	23,81	28,84	33,47	37,80	41,89	45,79	49,53	53,13
20	12,60	16,51	20,00	26,21	31,75	36,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	14,42	18,90	22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	15,87	20,80	25,20	33,02	40,00	46,42	52,41	58,09	63,50	68,68	73,68
50	17,10	22,41	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	18,17	23,81	28,84	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,68	78,62	84,34
70	19,13	25,07	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,77	88,79
80	20,28	26,44	31,60	40,99	49,57	57,25	64,28	70,83	77,00	83,15	89,14
90	21,45	27,74	32,83	42,16	50,74	58,37	65,40	71,97	78,00	84,15	90,14
100	22,62	29,00	34,00	43,33	51,91	59,54	66,57	73,14	79,17	85,20	91,17

Dans le cas particulier où votre taux d'invalidité professionnelle, mesuré par le barème professionnel en annexe 1, 2 ou 3 selon votre profession (celui-ci étant rappelé dans votre Certificat d'adhésion), est de 100 %, vous bénéficiez alors automatiquement de la rente totale, sous réserve de la cessation de toute activité professionnelle médicale ou paramédicale.

2. Montant de la rente

Une fois l'invalidité reconnue, la rente vous est versée dès lors que le taux d'invalidité est supérieur ou égal au taux déclencheur que vous avez choisi, aux conditions suivantes :

- si le taux d'invalidité est compris entre 10 % et 32 % et que votre taux déclencheur est de 10 %, le montant annuel de la rente est multiplié par le taux d'invalidité ;
- si le taux d'invalidité est compris entre 33 % et 65 %, le montant annuel de la rente est multiplié par le taux d'invalidité puis divisé par 66 % ;
- si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %, l'invalidité permanente est considérée comme totale et le montant annuel de la rente d'invalidité souscrite est versé en totalité, sous condition de cessation de votre activité médicale ou paramédicale.



Le tableau suivant résume ces règles :

Taux d'invalidité (en%)	Taux appliqué à la rente maximum (en%)	Taux d'invalidité (en%)	Taux appliqué à la rente maximum (en%)	Taux d'invalidité (en%)	Taux appliqué à la rente maximum (en%)
10	10	29	29	48	72,73
11	11	30	30	49	74,24
12	12	31	31	50	75,76
13	13	32	32	51	77,27
14	14	33	50,00	52	78,79
15	15	34	51,52	53	80,30
16	16	35	53,03	54	81,82
17	17	36	54,55	55	83,33
18	18	37	56,06	56	84,85
19	19	38	57,58	57	86,36
20	20	39	59,09	58	87,88
21	21	40	60,61	59	89,39
22	22	41	62,12	60	90,91
23	23	42	63,64	61	92,42
24	24	43	65,15	62	93,94
25	25	44	66,67	63	95,45
26	26	45	68,18	64	96,97
27	27	46	69,70	65	98,48
28	28	47	71,21	66 et plus	100

3. Limitation de la garantie pour certaines affections

Les dépressions, syndromes anxio-dépressifs, troubles anxieux, anxietés généralisées, troubles panique, névroses traumatiques, névroses hystériques, psychoses, schizophrénies, paranoïas, troubles bipolaires, personnalités borderline, troubles du comportement alimentaire, hyperactivités, syndromes de Gilles de la Tourette, démences, spasmophilies, syndromes de fatigue chronique, fibromyalgies, burn-out ou épuisements professionnels ne donnent pas droit à une invalidité partielle ou totale. Cette limitation est annulée si vous choisissez l'option Renfort Psy.

4. Paiement de la rente

La rente d'invalidité est due à compter de la date de consolidation de l'invalidité permanente (ouvrant droit à prestation) sous réserve que votre taux d'invalidité soit supérieur ou égal au taux d'invalidité déclencheur. La rente est payable trimestriellement, à terme échu. Le premier versement de la rente est calculé au prorata temporis en tenant compte de la date de la consolidation de l'invalidité permanente.

Le versement de la rente cesse à la première réalisation d'un des événements suivants :

- au jour de la réévaluation de votre taux d'invalidité dans le cas où celui-ci devient inférieur au taux d'invalidité déclencheur ;
- au jour de la liquidation totale de vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite ou en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ces deux derniers cas, nous continuons le paiement de la rente sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat ;
- au 31 décembre qui suit votre 67^e anniversaire ;
- au jour de votre décès.

Dans tous ces cas, le dernier versement de la rente est calculé au prorata temporis en tenant compte de la date de l'événement mettant fin à la prestation.

Le montant de la rente est revalorisé chaque année selon les modalités décrites au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.2.



5. Prestations complémentaires à la rente d'invalidité

Exonération

Après application de la franchise de la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale et après au moins 30 jours, le versement de la rente invalidité pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 % vous fait bénéficier d'une exonération des cotisations qui s'applique selon le principe suivant :

- votre cotisation globale continue d'être appelée ;
- en contrepartie, votre rente invalidité est augmentée de 2,5 %.

L'exonération cesse en cas de résiliation de l'adhésion et en cas de cessation de la garantie Rente d'invalidité permanente.

6. Non cumul de la rente d'invalidité et de l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale

Un taux d'invalidité d'au moins 66 % met fin aux garanties Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale et Rente d'invalidité permanente mais les prestations en cours au titre de ces garanties restent dues sous réserve que les conditions de versement des prestations soient respectées.

Si vous percevez déjà la rente invalidité pour une invalidité permanente partielle comprise entre 10 % et 66 %, alors en cas d'arrêt de travail, vous percevrez également des indemnités journalières. Ces indemnités journalières dues au titre de l'incapacité temporaire de travail s'ajouteront à la rente versée en appliquant la règle suivante : le montant journalier ajouté à la rente sera égal à la différence entre le montant de l'indemnité journalière garantie et 1/365^e de la rente annuelle versée.

7. Les options

Différentes options sont disponibles pour cette garantie.

a. Barème professionnel en invalidité

Le choix de cette option à l'adhésion permet de définir le taux d'invalidité comme égal au taux d'invalidité professionnelle, sans tenir compte du taux d'invalidité fonctionnelle.

b. Renfort Psy et Renfort Dos

Cette garantie est éligible à l'option Renfort Psy et à l'option Renfort Dos décrites en fin de ce chapitre.

XIV. La garantie Indemnités journalières frais professionnels

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 75 ans lors de leur adhésion. Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Lors de l'adhésion, vous choisissez :

- le montant d'indemnités journalières : il doit être compris entre 15 et 750 euros. Cependant, l'indemnité choisie ne peut être supérieure, une fois annualisée, au montant des frais professionnels fixes déclarés à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent, majorés au maximum de 20 % pour tenir compte le cas échéant d'une éventuelle variation des frais professionnels au moment du sinistre. Le montant d'indemnités journalières évolue par la suite conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1 ;
- une franchise de durée unique : 15 ou 30 jours que l'arrêt de travail soit dû à une maladie, un accident ou une hospitalisation. Dans le cas particulier de l'hospitalisation, le jour d'entrée et le jour de sortie sont pris en compte pour le calcul du nombre de jours d'hospitalisation.

Si vous êtes reconnu en état d'incapacité temporaire totale et continue d'exercer votre activité professionnelle à la suite d'un accident ou une maladie, nous vous versons des indemnités journalières forfaitaires frais professionnels :

- leur montant figure dans le Certificat d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur ;
- ces indemnités journalières sont versées au maximum jusqu'au 365^e jour d'arrêt continu total de travail.

Par « frais professionnels fixes » sont désignés les frais généraux permanents fiscalement déductibles que vous indiquez sur votre déclaration annuelle de revenus à l'administration fiscale au titre de l'exercice civil précédant celui de votre date d'arrêt de travail.

La garantie cesse :

- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite (sauf si vous êtes en cumul emploi-retraite, auquel cas la garantie reste en cours sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat) ;
- au jour de votre arrêt définitif de toute activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ;
- au jour de la cessation de l'adhésion ;
- au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.



1. Limitation de la garantie pour certaines affections

Les incapacités de travail motivées par une dépression, un syndrome anxio-dépressif, des troubles anxieux, une anxiété généralisée, un trouble panique, une névrose traumatique, une névrose hystérique, une psychose, une schizophrénie, une paranoïa, un trouble bipolaire, une personnalité borderline, des troubles du comportement alimentaire, une hyperactivité, un syndrome de Gilles de la Tourette, une démence, une spasmophilie, un syndrome de fatigue chronique, une fibromyalgie, un burn-out ou épuisement professionnel sont indemnisées après application des franchises contractuelles et pour une durée maximale d'un an, rechutes comprises, toutes affections énumérées ci-dessus confondues, pendant toute la durée de la couverture d'assurance.

2. Paiement des indemnités journalières

Les indemnités journalières sont payables mensuellement et à terme échu :

- du 1^{er} jour au 365^e jour d'arrêt continu total de travail en cas d'attentat ou d'agression ;
- du 16^e ou 31^e jour, selon la franchise souscrite, au 365^e jour d'arrêt continu total de travail en cas de maladie, accident ou hospitalisation.

Le paiement des indemnités journalières cesse à l'arrêt définitif de toute activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée, et au plus tard, à la date de première réalisation d'un des événements suivants :

- au jour de votre reprise totale d'une quelconque activité professionnelle ou à temps partiel non indemnisé au titre du Contrat ;
- 365 jours après la date de début de l'arrêt de travail ;
- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite ou en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ces deux derniers cas, nous continuons de verser les indemnités journalières au titre de cette garantie sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat ;
- au jour de votre décès ;
- au plus tard au 31 décembre qui suit votre 75^e anniversaire.

Nous devons être informés dès que vous reprenez votre activité professionnelle après un arrêt de travail, même de manière partielle.

3. Rechutes ou arrêts multiples

Les cas de rechute sont traités en suivant les mêmes règles que celles indiquées pour la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale.

4. Incapacité temporaire partielle de travail

Si vous êtes reconnu en état d'incapacité temporaire partielle et continue d'exercer votre activité professionnelle et que vous reprenez votre activité professionnelle à temps partiel pour motif thérapeutique, nous vous versons la moitié de l'indemnité journalière garantie pendant une durée de 180 jours maximum. Le versement ne peut avoir lieu qu'à réception d'un certificat médical.

5. Les options

Une unique option est disponible pour cette garantie.

Renfort Dos

Cette garantie est éligible à l'option Renfort Dos décrite en fin de ce chapitre.

XV. La garantie Capital équipement invalidité

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 67 ans lors de leur adhésion. Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Au moment de l'adhésion, vous choisissez le montant du capital équipement invalidité : il doit être égal à 10 000, 20 000, 30 000, 40 000 ou 50 000 euros. Ce montant évolue par la suite conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1.

Dès consolidation de votre état de santé, à condition que votre invalidité soit constatée médicalement, à la suite d'un accident ou d'une maladie et au plus tard 3 ans après le début de votre arrêt de travail et à condition que vous soyez également reconnu avoir un taux d'invalidité fonctionnelle (tel que défini dans la garantie Rente d'invalidité permanente) supérieur ou égal à 66 %, nous vous versons le capital équipement invalidité.

Cette garantie cesse :

- au jour du versement du capital équipement invalidité ;



- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite ou en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ces deux derniers cas, la garantie reste en cours sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat ;
- au jour de la cessation de l'adhésion ;
- au plus tard au 31 décembre qui suit votre 67^e anniversaire.

1. Limitation de la garantie pour certaines affections

Les dépressions, syndromes anxio-dépressifs, troubles anxieux, anxiétés généralisées, troubles panique, névroses traumatiques, névroses hystériques, psychoses, schizophrénies, paranoïas, troubles bipolaires, personnalités borderline, troubles du comportement alimentaire, hyperactivités, syndromes de Gilles de la Tourette, démences, spasmophilies, syndromes de fatigue chronique, fibromyalgies, burn-out ou épuisements professionnels ne donnent pas droit au versement du capital. Cette limitation est annulée si vous choisissez l'option Renfort Psy.

2. Les options

Différentes options sont disponibles pour cette garantie.

Renfort Psy et Renfort Dos

Cette garantie est éligible à l'option Renfort Psy et à l'option Renfort Dos décrites en fin de ce chapitre.

XVI. La garantie Capital Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD)

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 67 ans lors de leur adhésion. Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Au moment de l'adhésion, vous choisissez le montant du capital en cas d'Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD) : il doit être compris entre 15 000 et 600 000 euros. Ce montant évolue par la suite conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1.

Si vous êtes reconnu en état d'IPAD, nous vous versons le capital IPAD.

Vous êtes considéré en état d'IPAD lorsque vous êtes devenu définitivement incapable de vous livrer à n'importe quelle activité dans votre profession vous procurant gain ou profit et que votre état de santé est consolidé. Cet état définitif doit être la conséquence d'une maladie (hors une dépression, un syndrome anxio-dépressif, des troubles anxieux, une anxiété généralisée, un trouble panique, une névrose traumatique, une névrose hystérique, une psychose, une schizophrénie, une paranoïa, un trouble bipolaire, une personnalité borderline, des troubles du comportement alimentaire, une hyperactivité, un syndrome de Gilles de la Tourette, une démence, une spasmophilie, un syndrome de fatigue chronique, une fibromyalgie, un burn-out ou épuisement professionnel) ou d'un accident, survenus postérieurement à votre adhésion.

Votre état d'IPAD sera apprécié par le médecin conseil de l'UNIM en application du barème d'invalidité professionnelle figurant dans l'annexe 1, 2 ou 3 selon votre profession (celui-ci étant rappelé dans votre Certificat d'adhésion). Seul un état de santé correspondant à un taux d'invalidité professionnel de 100 % est considéré comme un état d'IPAD.

Nous vous versons le capital après une période de 12 mois suivant le constat de cette invalidité, sous réserve que vous soyez en vie au moment du règlement.

En cas de contestation, la Commission Médicale Paritaire sera saisie du dossier et statuera.

Cette garantie cesse :

- au jour du versement du capital IPAD ;
- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite. Dans ce cas, la garantie reste en cours sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat ;
- au jour de la cessation de l'adhésion ;
- au plus tard au 31 décembre qui suit votre 67^e anniversaire.

XVII. La garantie Capital Infirmité Permanente Accidentelle (IPA)

Cette garantie ne peut être souscrite que par les adhérents âgés de moins de 70 ans lors de leur adhésion. Elle n'est pas éligible à la fiscalité Madelin.

Au moment de l'adhésion, vous choisissez le montant du capital en cas d'Infirmité Permanente Accidentelle (IPA) : il doit être compris entre 15 000 et 450 000 euros. Ce montant évolue par la suite conformément au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1.

Si vous êtes reconnu en état d'infirmité permanente totale ou partielle consécutive à un accident, nous vous versons un capital selon le principe décrit ci-après. Le taux d'infirmité est déterminé d'après le barème mentionné en annexe 4, en



comparaison avec la capacité définie à l'adhésion sur la base des formalités médicales. La règle d'indemnisation est alors la suivante :

- si le taux d'infirmité est strictement inférieur à 15 %, il n'y a pas d'indemnisation ;
- si le taux d'infirmité est supérieur ou égal à 15 % pour la première fois, le montant du capital versé est le produit du taux d'infirmité par le montant du capital IPA ;
- si le taux d'infirmité est supérieur ou égal à 15 % et que vous avez déjà reçu un capital au titre de cette garantie, le montant du capital versé est le produit de la variation du taux d'infirmité par le montant du capital IPA. La variation du taux d'infirmité est la différence entre votre nouveau taux d'infirmité et le taux d'infirmité retenu lors du versement précédent du capital.

Dans tous les cas, l'atteinte corporelle doit être constatée dans un délai de six mois à compter du jour de l'accident. Si la consolidation n'est pas intervenue dans un délai de deux ans, votre état de santé sera apprécié au plus tard à l'expiration de ce délai.

Le capital vous est versé sous réserve que vous soyez en vie au moment de son règlement.

Cette garantie cesse :

- au jour où vous êtes reconnu avoir un taux d'infirmité permanente accidentelle de 100 % ;
- au jour de la cessation de l'adhésion ;
- au plus tard au 31 décembre qui suit votre 70^e anniversaire.

XVIII. Les options Renfort Psy et Renfort Dos

Chacune de ces deux options peut être choisie séparément à l'adhésion. Elles s'appliquent aux garanties Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale, Rente d'invalidité permanente et Capital équipement invalidité. L'option Renfort Dos s'applique également à la garantie Indemnités journalières frais professionnels.

1. Renfort Psy

Le choix de cette option à l'adhésion vous permet de lever la limitation de cette garantie liée aux arrêts de travail et invalidités motivés par une dépression, un syndrome anxio-dépressif, des troubles anxieux, une anxiété généralisée, un trouble panique, une névrose traumatique, une névrose hystérique, une psychose, une schizophrénie, une paranoïa, un trouble bipolaire, une personnalité borderline, des troubles du comportement alimentaire, une hyperactivité, un syndrome de Gilles de la Tourette, une démence, une spasmophilie, un syndrome de fatigue chronique, une fibromyalgie, un burn-out ou épuisement professionnel.

Certaines exclusions peuvent toutefois être précisées dans le document « Conditions particulières – Bon pour Accord » que vous avez signé. Ces exclusions s'appliqueront même si vous choisissez le Renfort Psy.

2. Renfort Dos

Le choix de cette option à l'adhésion vous permet de lever l'exclusion portant sur les arrêts de travail et invalidités motivés par une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, défilé thoraco-brachial, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie.

Certaines exclusions peuvent toutefois être précisées dans le document « Conditions particulières – Bon pour Accord » que vous avez signé. Ces exclusions s'appliqueront même si vous choisissez le Renfort Dos.



Que faire en cas de sinistre ?

I. Les pièces justificatives à nous fournir

Retrouvez, ci-dessous, l'ensemble des documents et justificatifs à nous envoyer selon votre situation. Des documents complémentaires pourront vous être demandés, en particulier pour des éléments médicaux.

Vous serez entièrement déchu de tout droit à garantie pour le sinistre en cause :

- si vous faites une fausse déclaration sur la nature, les causes, les circonstances, ou les conséquences du sinistre ;
- ou si vous produisez des documents falsifiés ou frauduleux.

1. En cas de décès

Vos proches doivent nous faire parvenir dans les plus brefs délais :

- votre acte de décès ;
- un certificat médical sur formulaire que nous fournissons, adressé sous pli confidentiel à l'attention de notre Médecin conseil ;
- la dévolution successorale ou l'acte de notoriété ;
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie en cas de décès accidentel, s'il en a été dressé un ;
- un justificatif de l'état civil (carte nationale d'identité, passeport) et de la qualité de bénéficiaire (livret de famille...).

Dans le cas de la **garantie Capital décès attentat/agression**, s'ajoutent les pièces suivantes :

- les justificatifs de dépôt de plainte ;
- le procès-verbal de police ou de gendarmerie.

Dans le cas de la **garantie Rente de conjoint**, s'ajoutent les pièces suivantes :

- pour le conjoint, l'original d'un extrait d'acte de naissance. L'envoi de cet extrait de naissance doit être fait une fois par an ;
- pour le concubin, un justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif (exemple : quittance de loyer aux deux noms) ;
- pour les enfants, un extrait d'acte de naissance et un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans. L'envoi de ce certificat, à jour, doit être fait une fois par an.

Dans le cas de la **garantie Rente éducation**, s'ajoutent les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de naissance de chacun des enfants ;
- un certificat de scolarité pour les enfants ayant plus de 18 ans. L'envoi de ce certificat, à jour, doit être fait une fois par an ;
- le jugement de tutelle en cas d'enfant mineur dont les deux parents sont décédés ;
- une copie du dernier avis d'imposition.

2. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Doit nous être remis :

- un certificat médical descriptif attestant que vous êtes en état de perte totale et irréversible d'autonomie nécessitant l'assistance d'une tierce personne adressé sous pli confidentiel à l'attention de notre Médecin conseil.

3. En cas d'incapacité ou d'invalidité

Doivent nous être remis :

- le formulaire de déclaration d'arrêt de travail que vous aurez rempli ;
- le certificat du médecin traitant, adressé sous pli confidentiel à l'attention de notre Médecin conseil ;
- le bulletin d'hospitalisation éventuel ;
- le certificat de prolongation éventuelle d'arrêt de travail ;
- le certificat de reprise de travail à temps complet ou à temps partiel, adressé sous pli confidentiel à l'attention de notre Médecin conseil ;
- le dernier avis d'imposition, si nous le jugeons nécessaire ;
- en cas d'attentat ou d'agression, le dépôt de plainte et le procès-verbal de gendarmerie.

Toute modification de votre état de santé et toute prolongation accordée par votre médecin traitant doivent être signalées dans les délais les plus brefs sinon vous serez considéré comme guéri à l'expiration des certificats précédemment remis.



Dans le cas de **la garantie Capital Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD)**, s'ajoute la pièce suivante :

- le certificat médical apportant les précisions nécessaires sur le type de maladie ou d'accident corporel ayant entraîné l'état d'invalidité professionnelle, adressé sous pli confidentiel à l'attention de notre Médecin conseil.

Dans le cas de **la garantie Indemnités journalières frais professionnels**, s'ajoute la pièce suivante :

- le dernier avis d'imposition, si nous le jugeons nécessaire.

4. En cas d'Infirmité Permanente Accidentelle (IPA)

Doivent nous être remis :

- la déclaration de sinistre indiquant la date et le lieu de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit ;
- un certificat médical comportant une description détaillée des blessures ainsi que les conséquences qui peuvent éventuellement en découler, adressé sous pli confidentiel à l'attention de notre Médecin conseil ;
- dès consolidation de votre état, la preuve de votre infirmité totale ou partielle établie au moyen de certificats émanant du médecin traitant et de toutes pièces de nature à nous permettre une exacte appréciation de votre état et la détermination du taux d'infirmité à retenir, adressés sous pli confidentiel à l'attention de notre Médecin conseil.

II. Le délai de déclaration à respecter

En cas d'incapacité de travail, les sinistres doivent nous être déclarés, sauf cas de force majeure, dans un délai maximum de 30 jours (article L113-2 du Code des assurances), sinon ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration. Les sinistres qui, sauf cas de force majeure, sont déclarés après un délai de six mois ne sont pas garantis.

Toute modification de votre état de santé et toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent nous être signalées dans les délais les plus brefs, sinon vous êtes considéré comme n'ayant plus droit à la prestation à l'expiration des certificats médicaux précédemment remis.

III. Le contrôle médical

1. Contrôle

Vous devez fournir toute pièce justificative et vous prêter à toute expertise ou à tout examen que nous demandons. Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts que nous désignons doivent pouvoir constater votre état de santé. En cas de refus de vous soumettre à un examen médical ou une expertise ou de transmettre les documents demandés, le versement des prestations sera suspendu.

Nous attirons votre attention sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'incapacité et l'invalidité, et nos décisions dans les mêmes domaines. Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé nous sont inopposables.

Si vous êtes résident hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale ou invalidité, le contrôle médical et les expertises éventuelles ultérieures devront s'effectuer en France (France métropolitaine, Outremer⁽¹⁾ et Monaco). Les frais de déplacement que vous engagerez pour vous y rendre resteront à votre charge.

2. Arbitrage

En cas de désaccord entre le médecin d'Allianz Vie et votre médecin, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le tribunal compétent, éventuellement par voie de référé.

Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du troisième médecin et, s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

(1) Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Martinique, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française.



Qui bénéficie des prestations ?

Le texte des différentes garanties précise systématiquement qui bénéficie des prestations de ces garanties. Toutefois, un cas est ici précisé : celui des bénéficiaires des capitaux versés si vous décédez car ce point est très important juridiquement. Nous vous précisons par ailleurs les principes légaux s'appliquant sur ces capitaux décès.

I. La clause bénéficiaire en cas de décès

L'adhérent désigne le ou les bénéficiaires en cas de décès lors de l'adhésion au Contrat. Sauf mention contraire indiquée dans le Certificat d'adhésion, la clause bénéficiaire type est la suivante : « au conjoint non séparé de corps de l'assuré(e), à défaut au partenaire lié à l'assuré par un PACS, à défaut aux enfants nés ou à naître de l'assuré(e), par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants aux héritiers de l'assuré(e) ».

À tout moment, vous pouvez modifier la désignation bénéficiaire figurant dans la clause type ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de votre choix, lors de l'adhésion ou ultérieurement par acte sous seing privé (écrit rédigé et signé entre les parties, sans l'intervention d'un officier ministériel), ou sur le document fourni par l'UNIM « déclaration de changement de bénéficiaire », ou par un acte authentique (acte faisant intervenir une personne spécialement habilitée par la loi, un notaire par exemple). Dans le cas particulier où vous optez pour la fiscalité Madelin, vous ne pouvez désigner que des personnes physiques.

Les changements de bénéficiaires doivent être portés à notre connaissance, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Lorsque vous désignez nommément le ou les bénéficiaires, vous devez indiquer dans la clause leurs noms, prénoms, dates de naissance, lieux de naissance, noms de naissance, coordonnées et parts attribuées à chacun. Ces informations, utilisées en cas de décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche des bénéficiaires.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause bénéficiaire type mentionnée ci-dessus est applicable.

Acceptation de la désignation – Modalités d'acceptation

De votre vivant, au terme du délai de renonciation de 30 jours prévu au chapitre « Les informations générales », paragraphe I, l'acceptation du bénéfice de l'adhésion au Contrat à titre gratuit s'effectue par écrit selon les modalités décrites à l'article L132-9 du Code des assurances :

- soit par un avenant à l'adhésion (signé par vous, le bénéficiaire et nous) ;
- soit par un acte authentique ou sous seing privé signé par vous et le bénéficiaire, et qui devra nous être notifié.

Après votre décès, l'acceptation est libre.

Effet de l'acceptation

En cas d'acceptation par le bénéficiaire, la désignation devient irrévocable.

Cas des enfants mineurs

Si le bénéficiaire du capital décès est un enfant mineur, la demande de versement doit être présentée par son représentant légal. Dans ce cas, le capital décès est versé sur un compte ouvert au nom du mineur.

II. La revalorisation des capitaux décès

En application de l'article L132-5 du Code des assurances, les capitaux décès dus à des bénéficiaires personnes physiques donnent lieu à une revalorisation annuelle, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est calculée prorata temporis à compter du décès et jusqu'au jour du règlement du capital.

Le règlement des capitaux aux bénéficiaires désignés est réalisé dans les meilleurs délais, en tout état de cause sous un mois maximum à compter de la réception de l'ensemble des pièces. Par ailleurs, le décès de l'assuré met fin à l'adhésion.



III. Les capitaux non réclamés

Conformément à l'article L132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital sont déposées à la **Caisse des Dépôts et Consignations** à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'assureur informe les bénéficiaires par tout moyen de ce transfert.

Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'État.



Vos cotisations d'assurance

Les garanties et options du présent Contrat sont accordées moyennant le versement de cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

Vous pouvez nous demander à tout moment la communication des tarifs qui vous seront appliqués.

I. Le calcul de vos cotisations d'assurance

Vos cotisations sont fixées à l'adhésion, selon le tarif en vigueur, en prenant en compte :

- votre âge à l'adhésion ;
- votre statut professionnel ou celui de votre conjoint (si vous adhérez par le biais de votre conjoint) ;
- le fait que vous êtes fumeur ou pas. Est considérée comme fumeur toute personne qui a fumé, y compris des cigarettes électroniques, au cours des 24 derniers mois précédant la date de signature de son adhésion, ou qui a cessé de fumer pour des raisons médicales au cours des 5 dernières années précédant la date de signature de son adhésion ;
- vos choix de couverture (montants des garanties, modalités et options retenues) ;
- les résultats de vos formalités d'adhésion.

L'âge est notamment déterminé par différence entre l'année d'assurance et l'année de naissance.

Par ailleurs, la cotisation annuelle d'adhésion à l'association UNIM vient s'ajouter à vos cotisations d'assurance.

II. L'évolution des cotisations d'assurance dans le temps

À chaque échéance principale annuelle, vos cotisations peuvent évoluer pour différents motifs : le changement de tranche d'âge, l'indexation de vos garanties, la révision tarifaire et les évolutions réglementaires.

1. Les tranches d'âge

Vos cotisations d'assurance évoluent si vous changez de tranche d'âge à l'échéance principale. Cette évolution est traitée garantie par garantie, les tranches d'âge variant pour les différentes garanties :

Garanties	Tranches d'âges								
Décès toutes causes, Capital PTIA toutes causes, Capital décès accident, Capital double effet familial	Jusqu'à 34 ans	de 35 à 49 ans	de 50 à 54 ans	de 55 à 59 ans	de 60 à 64 ans	de 65 à 70 ans	de 71 à 75 ans		
Rente de conjoint	Jusqu'à 34 ans	de 35 à 39 ans	de 40 à 44 ans	de 45 à 49 ans	de 50 à 54 ans	de 55 à 60 ans	de 61 à 65 ans	de 66 à 70 ans	de 71 à 75 ans
Capital décès accident mobilité, Capital décès accident mobilité professionnelle, Capital décès attentat/agression, Rente éducation	Jusqu'à 75 ans								
Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale et Rente d'invalidité permanente	Jusqu'à 34 ans	de 35 à 49 ans	de 50 à 54 ans	de 55 à 59 ans	de 60 à 65 ans	de 66 à 67 ans	de 68 à 75 ans (Rente d'invalidité permanente exclue sur cette tranche)		
Indemnités journalières frais professionnels	Jusqu'à 29 ans	de 30 à 49 ans	de 50 à 54 ans	de 55 à 59 ans	de 60 à 65 ans	de 66 à 67 ans	de 68 à 75 ans		
Capital équipement invalidité	Jusqu'à 54 ans	de 55 à 67 ans							
Capital Infirmité Permanente Accidentelle	Jusqu'à 54 ans	de 55 à 70 ans							
Capital Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive	Jusqu'à 54 ans	de 55 à 60 ans	de 61 à 65 ans	de 66 à 67 ans					



2. L'indexation de vos garanties

Vos cotisations d'assurance peuvent évoluer si un taux d'indexation est appliqué à vos garanties, comme indiqué au chapitre « L'évolution de vos garanties », paragraphe III.1.

Vous en êtes informé 3 mois avant l'entrée en vigueur de celle-ci. À la suite de cette information, vous pouvez résilier votre adhésion dans les conditions prévues à l'article L141-4 du Code des assurances. Dans cette hypothèse, vous devez vous acquitter des cotisations restant à payer jusqu'à la prise d'effet de votre résiliation, sur la base de la cotisation antérieure à la mesure d'indexation.

3. La révision tarifaire

Vos cotisations peuvent être révisées pour des motifs techniques à l'échéance principale de l'adhésion après accord entre l'UNIM et nous. Vous en êtes informé dans un délai de 3 mois avant l'entrée en vigueur de cette révision tarifaire.

Exactement comme pour le motif « L'indexation de vos garanties » ci-dessus, vous pouvez résilier votre adhésion avec les mêmes formalités.

4. Les évolutions réglementaires

Vos cotisations peuvent aussi évoluer pour des motifs de réglementation et de fiscalité. Contrairement aux motifs vus aux paragraphes précédents, ces motifs peuvent intervenir même hors échéance principale, en application de la loi. En particulier, toute nouvelle taxe ou modification des taxes applicables au Contrat est répercutée immédiatement sur les cotisations.

III. Le versement des cotisations d'assurance

En contrepartie de nos engagements, vous vous engagez à verser vos cotisations.

1. Paiement des cotisations d'assurance

La cotisation est exigible annuellement et elle nous est payable d'avance à la date d'effet au moment de l'adhésion et au 1^{er} janvier de chaque année ensuite.

Pour toute adhésion en cours d'année civile, la cotisation globale que vous nous devez correspond au prorata des mois restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Un paiement fractionné peut également être accordé selon mention figurant sur le Certificat d'adhésion.

Dans ce cas, vous nous réglez la première fraction de cotisation au titre de la période allant de la date d'effet de votre adhésion au premier jour du mois, trimestre ou semestre suivant. Le fractionnement se poursuit ensuite normalement aux dates convenues dans le Certificat d'adhésion.

2. Non-paiement des cotisations d'assurance

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, nous vous adressons une lettre recommandée de mise en demeure, vous invitant à vous acquitter du montant dû.

Conformément à l'article L113-3 du Code des assurances, si les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après cet envoi, vos garanties sont suspendues. À défaut de paiement, votre adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité, 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours.

La résiliation met fin à l'adhésion et à toutes les garanties.



L'évolution de vos garanties

En cours d'adhésion, vos garanties peuvent évoluer pour différents motifs. Ces motifs sont détaillés dans ce chapitre.

I. L'évolution de vos risques non médicaux

En cours d'adhésion, vous vous engagez à nous signaler par lettre recommandée avec avis de réception toute circonstance nouvelle, dans les 30 jours qui suivent sa survenance, qui pourrait entraîner une modification du risque (ou de son appréciation) que nous couvrons.

Ces circonstances nouvelles sont les suivantes :

- fumer, même occasionnellement, si l'assuré avait déclaré être non-fumeur à l'adhésion ;
- changer de profession ou de statut professionnel ;
- cesser votre activité ou faire valoir vos droits à la retraite, même partiellement, si tel n'était pas le cas à l'adhésion ;
- reprendre votre activité professionnelle après un arrêt de travail, même de manière partielle ;
- souscrire ou adhérer à d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'incapacité ou d'invalidité ;
- faire un séjour à l'étranger de plus de 90 jours ;
- changer de domicile. Si ce changement de domicile est un départ définitif à l'étranger, votre adhésion prend fin.

Si l'absence ou le retard de déclaration nous cause un préjudice, nous pourrions invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnités prévues (article L113-2 du Code des assurances).

Nous tiendrons compte de ce changement à l'échéance de cotisation qui suit la réception de votre lettre recommandée.

En cas d'aggravation du risque couvert, nous pourrions :

- soit accepter cette modification à de nouvelles conditions, si vous acceptez le nouveau tarif ;
- soit exclure la nouvelle situation constituant l'aggravation du risque ;
- soit résilier votre adhésion.

En cas de diminution du risque, nous vous proposerons une diminution de cotisation.

Pour une bonne gestion de votre adhésion, pensez à nous signaler tout changement de vos coordonnées bancaires.

II. La modification des garanties à votre demande

Vous avez la possibilité de changer vos garanties en cours d'adhésion. Cette modification :

- n'entraîne aucune formalité médicale si elle se traduit par une diminution de vos garanties ;
- entraîne des formalités médicales, comme toute nouvelle adhésion, si elle se traduit par une augmentation de vos garanties.

1. Diminution de vos garanties

La date d'effet de la modification est fixée au 1^{er} janvier de l'année civile suivant la date de réception par nos services de votre demande de modification.

2. Augmentation de vos garanties

La date d'effet de la modification est fixée à la date où nous acceptons de couvrir les risques et, au plus tôt, au 1^{er} jour du trimestre civil suivant la date où nous recevons la demande de modification, étant précisé que la couverture des risques accidentels est à nouveau accordée pour le supplément de garanties, selon les clauses et conditions fixées au chapitre « Les conditions d'adhésion », paragraphe V.3.

3. Cas particuliers

Nous acceptons sans formalités médicales toute demande d'augmentation de montant de garantie :

- de 15 000 euros pour un capital ;
- de 5 500 euros pour un montant de rente invalidité ;
- de 1 500 euros pour un montant de rente éducation (au titre du montant servi après 18 ans) ;
- de 1 500 euros pour un montant de rente de conjoint ;
- de 15 euros pour un montant d'indemnités journalières ;



sous réserve que celle-ci soit motivée par un accroissement de vos charges de famille (mariage, naissance ou adoption d'un enfant) et à condition :

- qu'elle soit présentée dans un délai maximum de trois mois après l'événement ayant entraîné la modification de la situation de famille ;
- que vous ne soyez pas en arrêt de travail ou ne bénéficiiez pas d'une rente d'invalidité totale ou partielle.

En cas d'acceptation, la date d'effet de la modification sera fixée au 1^{er} jour du trimestre civil suivant la date où nous recevrons la demande de modification.

III. L'indexation et la revalorisation

1. Indexation des montants garantis

Le montant des garanties peut être indexé par accord entre l'UNIM et nous. Cette indexation peut intervenir à l'occasion de l'échéance annuelle de votre adhésion au Contrat afin de préserver la valeur réelle des garanties que vous avez choisies.

Ce calcul tient alors compte des évolutions économiques constatées sur la période des 12 mois antérieurs au 1^{er} octobre de l'année précédant l'indexation.

L'indexation de vos garanties impacte proportionnellement vos cotisations. Aussi, toute indexation est portée à votre connaissance au moins trois mois avant l'entrée en vigueur de celle-ci. À la suite de cette information, vous pouvez résilier votre adhésion dans les conditions prévues à l'article L141-4 du Code des assurances. Dans cette hypothèse, vous devez vous acquitter des cotisations restant à payer jusqu'à la prise d'effet de votre résiliation, sur la base de la cotisation antérieure à la mesure d'indexation.

2. Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations en cours de service suivantes peuvent être revalorisées par accord entre l'UNIM et nous :

- pour la garantie Indemnités journalières d'incapacité temporaire totale, son option Renfort pic d'activité et la garantie Rente d'invalidité permanente, les prestations sont revalorisées ainsi :
 - la première revalorisation intervient au plus tôt à compter du 1^{er} anniversaire de la date d'arrêt de travail ou de la date de reconnaissance de l'invalidité permanente,
 - les revalorisations suivantes se font chaque 1^{er} janvier ;
- pour les garanties Décès toutes causes (versée sous forme de rente viagère), Rente éducation et Rente de conjoint, les prestations sont revalorisées ainsi :
 - la première revalorisation intervient le 1^{er} janvier qui suit la date du décès ou de la reconnaissance de la PTIA,
 - les revalorisations suivantes se font chaque 1^{er} janvier.



Les informations générales

I. La faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au Contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle nous vous informons que cette adhésion est conclue. Cette date correspond à la date à laquelle vous signez le Certificat d'adhésion et, au plus tard, à la date de présentation de la lettre recommandée avec avis de réception que nous vous envoyons si nous n'avons pas reçu votre Certificat d'adhésion signé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'adresse suivante :

Assurances Médicales S.A.

Département Prévoyance Individuelle
4 rue des Messageries
57000 Metz

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre proposé ci-dessous. À réception de votre lettre recommandée, nous mettons fin à votre adhésion et toutes ses garanties et options.

Nous vous remboursons alors la cotisation versée dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de votre lettre, déduction faite de la part de cotisation correspondant à la période du risque assuré pour les garanties de prévoyance.

Modèle de lettre type de renonciation

« Je soussigné(e) M..... demeurant..... renonce à mon adhésion n°..... au contrat dénommé UNIM Prévoyance souscrit auprès d'Allianz Vie et demande le remboursement des sommes versées, déduction faite de la part du versement correspondant à la période durant laquelle le risque a couru.

Date..... Signature..... »

En outre, si l'adhésion au Contrat se fait à la suite d'un démarchage à domicile, vous avez également la possibilité d'y renoncer en application des dispositions issues de l'article L112-9 du Code des assurances, en respectant le formalisme du modèle de lettre prévu ci-dessus.

II. Votre espace personnel

1. Vos informations dans votre espace personnel

En adhérant à l'UNIM et en adhérant à ce Contrat d'assurance vous bénéficiez d'un espace personnel accessible via le site de l'association. Cet espace vous permet d'accéder aux principales informations de votre adhésion au Contrat.

2. Les définitions des termes utiles

Espace personnel : c'est votre espace personnel sur www.unim.asso.fr. Cet espace vous permet de consulter les principales informations de votre adhésion au Contrat et de communiquer avec nous. Pour vous y rendre, il suffit de vous connecter au site www.unim.asso.fr, puis de saisir votre identifiant personnel et votre code confidentiel dont vous êtes réputé être le seul titulaire. L'utilisation de l'un et l'autre prouvent que la connexion à l'espace personnel et l'utilisation du service sont réalisés par vous-même ; vous les utilisez sous votre contrôle et responsabilité.

3. Comment fonctionne votre espace personnel ?

Votre espace vous offre la possibilité de consulter, télécharger, sauvegarder et imprimer des informations liées à votre adhésion au Contrat. L'accès à votre espace personnel nécessite des logiciels de navigation sur internet à jour, installés sur votre ordinateur, tablette ou smartphone.

4. Pendant combien de temps avez-vous accès à votre espace personnel ?

Vous pouvez utiliser votre espace personnel pendant toute la durée de votre adhésion. Les informations contenues dans votre espace personnel sont consultables pendant toute la durée de votre adhésion.

Suivant la résiliation de votre adhésion au Contrat UNIM Prévoyance, vous bénéficierez d'un accès à vos documents pendant un délai de cinq ans afin que vous puissiez les récupérer. Dans tous les cas, nous vous conseillons de sauvegarder et/ou imprimer les informations de votre adhésion au Contrat que vous souhaiteriez conserver au moment de votre résiliation.



5. Le stockage de vos informations

Toutes les informations liées à votre adhésion au Contrat sont conservées dans les systèmes informatiques hébergés auprès d'Assurances Médicales S.A. – 4 rue des Messageries – 57000 Metz.

III. L'information sur les évolutions contractuelles

En dehors des contraintes réglementaires, UNIM Prévoyance peut faire l'objet de modifications à chaque renouvellement annuel, par accord entre l'UNIM et nous.

Vous êtes informé par écrit, notamment par le biais des supports ci-après :

- **UNIM INFO.** Pour toute évolution du Contrat, une information est faite avec ce document à destination des adhérents dans les 3 mois qui précèdent l'entrée en vigueur de la modification ;
- **l'échéancier de cotisation** de votre adhésion, auquel est joint à chaque renouvellement annuel le bulletin d'actualisation des garanties ;
- **l'appel de cotisation annuelle** de l'UNIM.

Vous pouvez alors résilier votre adhésion sans préavis à la suite de notre appel de cotisation annonçant lesdites modifications. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées votées en Assemblée Générale.

IV. Les demandes d'information et réclamations

1. Demande d'information

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du Contrat, notamment à l'adhésion ou en cas de sinistre, vous devez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel auprès de l'UNIM, qui est en mesure d'étudier toutes vos demandes.

2. Réclamation et médiation

Votre réclamation doit nous être adressée par écrit (courrier postal ou courriel) à moins que la réclamation que vous avez formulée par oral ou via une messagerie instantanée n'ait été résolue entièrement et immédiatement.

En cas de difficultés, nous vous invitons à consulter d'abord votre interlocuteur commercial habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit :

- d'effectuer votre réclamation directement sur le site www.allianz.fr ;
- ou d'adresser un courrier à Allianz Relations Clients - Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Nous accuserons réception de votre réclamation écrite dans les 10 jours ouvrables à compter de son envoi et nous vous apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de 2 mois.

Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite :

- par voie électronique : www.mediation-assurance.org ;
- par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de votre première réclamation écrite auprès de nos services.

Vous avez toujours la possibilité d'intenter toute action en justice.

En cas de souscription de votre contrat d'assurance en ligne, vous avez la possibilité en qualité de consommateur de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission européenne en utilisant le lien suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>.

V. La protection des données personnelles

1. Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes prospect, adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre adhésion au Contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre adhésion au Contrat et respecter nos obligations légales

En toute logique, vos données personnelles sont indispensables lorsque nous concluons ensemble une adhésion au Contrat et que nous la gérons pour sa bonne exécution. Elles nous servent à vous identifier, à évaluer le risque assuré,



à déterminer vos préjudices et indemnités, à contrôler la sinistralité et lutter contre la fraude. Elles sont également nécessaires à l'association souscriptrice, l'UNIM, pour la gestion de votre adhésion à cette dernière.

Vos données de santé font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment.

Mieux vous connaître... et vous servir

En nous permettant de mieux vous connaître, vos données nous aident à vous présenter et/ou vous proposer des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation...

Avec votre accord exprès, vos données peuvent servir également un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Si vous adhérez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit notre décision, vous pouvez demander des explications à l'adresse indiquée au présent chapitre, paragraphe V.8.

2. Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz, l'UNIM (pour les données afférentes à la gestion de l'adhésion à l'association), votre intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre adhésion au Contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des dispositions spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces dispositions, écrivez-nous à l'adresse indiquée au présent chapitre, paragraphe V.8.

3. Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou nous n'avons pas pu conclure une adhésion au Contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans maximum après le dernier contact entre vous et votre intermédiaire ;
- médicales : 5 ans maximum à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre adhésion au Contrat. À son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

4. Pourquoi utilisons-nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de connexion sont reconnues. Et vos pages sont plus rapidement chargées.

5. Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- **le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle**, y compris le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit d'accès à vos données personnelles et aux traitements ;
- le droit de rectification ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la portabilité, c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre décès. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.



Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site www.allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au présent chapitre, paragraphe V.6.

Enfin, le site de la CNIL vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles : www.cnil.fr.

6. Qui est responsable de vos données ?

Allianz Vie pour les risques qu'elle couvre :

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 681 879 255 euros
340 234 962 RCS Nanterre

1 cours Michelet
CS 30051
92076 Paris La Défense Cedex

www.allianz.fr

Assurances Médicales S.A. pour la gestion de l'adhésion :

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 76 224 euros
349 896 522 RCS Metz

Immeuble Platinum
4, rue des Messageries
57000 Metz

Le cas échéant, votre **courtier** pour vos informations en tant que client.

UNIM, pour la gestion des adhésions à l'association et les activités en lien avec l'objet de l'association :

Association régie par la loi de 1908
4 rue des Messageries
57000 Metz

www.unim.asso.fr

7. Comment exercer vos droits ?

Pour exercer vos droits (voir au présent chapitre, paragraphe V.5), vous pouvez nous solliciter directement ou écrire à notre Délégué à la Protection des Données Personnelles (DPO) ou, le cas échéant, à votre courtier. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au présent chapitre, paragraphe V.8.

En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la CNIL.

8. Vos contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, voici la marche à suivre.

- **Si votre adhésion a été effectuée auprès d'un agent général ou d'un conseiller Allianz Expertise et Conseil**, il vous suffit de nous écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr ;
- par courrier à l'adresse :

Allianz
Informatique et libertés
Case courrier S1805
1 cours Michelet
CS 30051
92076 Paris La Défense Cedex.

- **Si votre adhésion a été effectuée auprès d'un courtier, écrivez directement à votre courtier.**

Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

VI. Votre droit d'opposition au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (Bloctel) <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est-à-dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle.



VII. La prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L125-1 du Code des assurances, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, 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'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré 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'assuré.

Article L114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.



En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.



Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr.

VIII. La subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au Contrat.

IX. La lutte contre le blanchiment

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou des justificatifs, y compris sur l'acquisition des biens assurés.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

X. La solvabilité et la situation financière de l'assureur

Les entreprises d'assurance publient annuellement un rapport sur leur solvabilité et leur situation financière (article L355-5 du Code des assurances). En cas d'événement majeur affectant significativement la pertinence des informations contenues dans ce rapport, les entreprises d'assurance publient les informations relatives à la nature et aux effets de cet événement.

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière de l'assureur est accessible sur le site internet www.allianz.fr.

XI. L'autorité de contrôle et les règles régissant le Contrat

Allianz Vie et l'association souscriptrice UNIM sont contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Le Contrat est régi par la loi française. Il relève des branches 1 et 2 (pour la couverture des risques accident et/ou maladie), 20 (pour la couverture du risque décès) et 21 (pour la couverture du risque nuptialité/natalité) de l'article R321-1 du Code des assurances.

XII. L'identifiant unique (IDU) ADEME

Notre IDU est le suivant : FR232391_03MUXG.



Annexe 1 : barème professionnel médical – groupe 1

Ce barème est réservé aux professions suivantes : **allergologue, anesthésiste, angiologue, assistant en chirurgie, biologiste, cardiologue, chirurgien, chirurgien-dentiste, dermatologue, directeur de laboratoire, endocrinologue, gastro-entérologue, gynécologue, interne des hôpitaux, médecin, médecin généraliste, médecin hospitalier, neurologue, ophtalmologue, orthodontiste, oto-rhino-laryngologiste (ORL), pédiatre, phlébologue, phtisiologue, pneumologue, psychiatre, radiologue, rhumatologue, sage-femme, stomatologue, urologue, vétérinaire.**

Il vous appartient d'apporter la preuve que vous entrez dans le cadre de ce barème. Vous devez déclarer votre côté dominant (droitier ou gaucher).

Les cas d'incapacité dont le caractère invalidant ne figure pas dans ce barème seront soumis de la Commission Médicale Paritaire. Elle statuera dans les conditions suivantes :

- elle tiendra compte des possibilités de rééducation, de réadaptation ou d'appareillage ;
- elle raisonnera par analogie et assimilation pour les affections qui n'y figurent pas ;
- en cas d'affections simultanées, elle fixera un taux global d'invalidité.

Cas particulier : les adhérents exerçant leur activité en tant que salarié à temps complet devront justifier de la reconnaissance de leur état d'invalidité permanente ouvrant droit au versement de la rente maximale, avec classification en 2^e ou 3^e catégorie au regard de leur régime de Sécurité sociale.

I. Affections neurologiques

- Démence organique déficitaire irréversible, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne..... 100 %
- Séquelles d'hémiplégie irréversible, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne..... 100 %
- Paraplégie flasque, complète et définitive avec perte de toute fonction de locomotion, sujet confiné au fauteuil avec troubles sphinctériens incontrôlables, escarres et altération de l'état général, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne..... 100 %
- Comitialité incontrôlée, avec crises fréquentes, nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité..... 100 %
- Syndrome frontal avec troubles très importants, avec apragmatisme, désintérêt, trouble des conduites instinctives et euphorie, et lésions objectives à l'imagerie médicale, nécessitant une tierce personne en permanence 100 %
- Neuropathies de système (SEP), sclérose latérale amyotrophique, totalement invalidantes, nécessitant une tierce personne en permanence 100 %
- Brown-Sequard extrêmement important, pur, complet, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne..... 100 %
- Syndrome de la queue de cheval avec séquelles très importantes, c'est-à-dire paraplégie flasque et troubles sphinctériens majeurs nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Oblitération artérielle cérébrale avec complications neurologiques telles que tétraplégie, paraplégie, hémiplégie complète, cécité totale, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne..... 100 %
- État grabataire végétatif chronique, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne..... 100 %
- Aphasie complète définitive et incurable, avec troubles importants de compréhension du langage oral, alexie et jargonaphasie..... 100 %
- Aliénation totale et incurable..... 100 %
- Aphonie non améliorable consécutive à une laryngectomie totale ou trachéotomie permanente..... 100 %
- Épilepsie post-traumatique (confirmée par E.E.G) 20 à 100 %
- Troubles graves de l'équilibration (confirmés par examens objectifs) 30 à 80 %
- Fracture du crâne et séquelles fonctionnelles..... 10 à 50 %
- Hémiplégie incomplète avec aphasie..... 80 à 100 %

II. Nerfs crâniens

- Cécité complète..... 100 %
- Hémianopsie bilatérale avec, en outre, perte de la vision centrale 100 %
- Surdité bilatérale absolue, non appareillable et non curable 100 %
- Surdité totale unilatérale avec déficit de 50% de l'autre oreille, non curable, non appareillable..... 50 à 100 %
- Hypoacousie unilatérale selon l'audiogramme..... 10 à 50 %
- Perte totale d'un œil..... 25 à 50 %
- Diplopie..... 25 à 50 %
- Rétrécissement du champ visuel..... 25 à 50 %



III. Cranio-facial

- Amputation du tiers inférieur de la face..... 100%
- Écrasement du tiers latéral avec atteinte frontale orbitaire (perte de l'œil) du maxillaire supérieur et fracas mandibulaire 100%
- Laryngectomie totale non appareillable 100%
- Perte du maxillaire supérieur (selon la rupture de l'arc mandibulaire) 50 à 80%
- Perte de la mâchoire inférieure 50 à 90%
- Sténose laryngée bilatérale et selon retentissement 10 à 30%
- Anosmie incurable..... 5 à 20%
- Amputation totale de la langue..... 50 à 100%

IV. Cardio-vasculaire

- Artériopathie des membres inférieurs stade IV de Lerich et Fontaine, définitive et incurable 100%
- Insuffisance cardiaque majeure, non améliorable par le traitement, stade IV de la classification NYHA 100%

V. Thoraco-pulmonaire

- Cœur pulmonaire chronique décompensé non améliorable, avec hypoxie et hypercapnie, et avec signes électro-cardiographiques d'hypertension pulmonaire et retentissement ventriculaire droit 100%
- Rétrécissement laryngotrachéal important et inopérable ou séquelles thoraciques bilatérales laissant une dyspnée permanente avec cyanose et retentissement cardiaque stade IV de la classification NYHA..... 100%
- Syndrome respiratoire obstructif ou restrictif très grave invalidant confirmé par les épreuves fonctionnelles respiratoires, avec hypoxie et hypercapnie, et amputation de plus de 60 % des capacités ventilatoires..... 100%

VI. Rénal - Génito-urinaire

- Insuffisance rénale grave non opérable avec hémodialyse mal tolérée donc sujet grabataire confiné à la chambre, ne pouvant reprendre une activité professionnelle, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne..... 100%
- Néphrectomie unilatérale (selon taux d'azotémie) 20 à 50%
- Incontinence ou cystite chronique 10 à 30%
- Rétrécissement de l'urètre 10 à 30%
- Splénectomie selon l'examen sanguin..... 10 à 20%

VII. Membres supérieurs

- Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet 100%
 - Ankylose radio-cubitale, main fixée en supination complète 100%
 - Ankylose totale et irréversible d'une épaule 100%
 - Ankylose du coude en position défavorable (flexion complète ou extension complète) 100%
 - Plexus brachial: paralysie complète 100%
 - Perte d'un membre supérieur par amputation sous l'épaule ou par désarticulation de l'épaule 100%
 - Paralysie totale et définitive d'un membre supérieur, entraînée par une atteinte vasculaire ou cérébrale ou par une lésion du plexus brachial ou du nerf médian au bras 100%
 - Perte de l'usage des deux membres supérieurs, non appareillables 100%
- | (en tenant compte du côté dominant) | Côté dominant | Côté non dominant |
|--|---------------|-------------------|
| – Désarticulation de l'épaule | 30 à 100% | 30 à 100% |
| – Ankylose de l'épaule | 40 à 100% | 30 à 100% |
| – Ankylose du coude | 25 à 100% | 20 à 100% |
| – Ankylose du poignet | 35 à 70% | 30 à 60% |
| – Plexus brachial: paralysie complète du circonflexe | 25 à 80% | 20 à 80% |
| – Plexus brachial: paralysie supérieure | 35 à 100% | 30 à 100% |
| – Plexus brachial: paralysie inférieure | 40 à 100% | 35 à 100% |
| – Nerf radial: paralysie au-dessus du triceps | 35 à 100% | 20 à 90% |
| – Nerf radial: paralysie en dessous du triceps | 20 à 80% | 15 à 65% |



	Côté dominant	Côté non dominant
– Nerf cubital : paralysie au coude	25 à 80 %	20 à 70 %
– Nerf cubital : paralysie au poignet	20 à 60 %	15 à 50 %
– Fracture de l'omoplate	10 à 80 %	10 à 60 %
– Fracture du scaphoïde	5 à 40 %	5 à 20 %
– Fracture des autres os du carpe	5 à 20 %	5 à 15 %

VIII. Mains

– Amputation totale du pouce avec désarticulation MCP, ou perte totale de l'usage	100%
– Amputation totale de l'index avec désarticulation MCP, ou perte totale de l'usage	100%
– Amputation totale du médus avec désarticulation MCP, ou perte totale de l'usage	100%
– Amputation simultanée de l'annulaire et de l'auriculaire	100%
– Perte de l'usage du pouce par ankylose en position défavorable ne permettant pas l'opposition avec les autres doigts	100%
– Amputation associant index et médus avec désarticulation MCP	100%
– Raideur digitale (index et médus) en extension complète ou en crochet	100%
– Syndrome de Volkmann avec perte totale et définitive de la fonction de la main	100%
– Paralysie radiale totale du membre d'usage	100%
– Perte totale et définitive de la main ou de son usage avec désarticulation radio-carpienne	100%
– Amputation de la phalange unguéale du pouce avec ankylose métacarpophalangienne	100%
– Perte totale des deux mains (par Amputation) avec désarticulation radio-carpienne	100%
(en tenant compte du côté dominant)	
	Côté dominant
	Côté non dominant
– Amputation ou perte complète de l'usage de la phalange unguéale du pouce (sans désarticulation MCP)	15 à 100%
	15 à 100%
– Amputation ou perte complète de l'usage de la phalange unguéale de l'index (sans désarticulation MCP)	10 à 80%
	10 à 60%

IX. Membres inférieurs

– Paralysie totale et absolue d'un membre inférieur	100 %
– Perte de l'usage des deux membres inférieurs, définitif et non appareillables	100 %
– Ankylose de la hanche en position défavorable, non appareillable, ni opérable	100 %
– Pseudarthrose lâche de la hanche, non appareillable, ni opérable	00 %
– Pseudarthrose lâche d'une cuisse ou d'une jambe, non opérable, ni appareillable	100 %
– Désarticulation de la hanche	100 %
– Amputation de la cuisse au 1/3 supérieur non appareillable	100 %
– Désarticulation du genou	40 à 80 %
– Amputation de la cuisse au 1/3 inférieur	60 à 100 %
– Amputation de la jambe au 1/3 moyen	40 à 70 %
– Amputation de syme ou tibio-tarsienne	30 à 70 %
– Amputation du pied selon niveau	25 à 60 %
– Amputation des 5 orteils	10 à 40 %
– Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe	30 à 100 %
– Ankylose de la hanche en mauvaise position	60 à 100 %
– Ankylose de la hanche en position favorable (rectitude)	40 à 75 %
– Ankylose complète du genou en position défavorable	30 à 70 %
– Ankylose du genou en rectitude.....	25 à 60 %
– Ankylose de la cheville	10 à 30 %
– Fracture de la rotule	15 à 50 %
– Patellectomie.....	20 à 40 %
– Raccourcissement de 2 à 10 cm	15 à 45 %
– Fracture du calcanéum.....	10 à 50 %
– Fracture de l'astragale.....	10 à 40 %



– Paralysie sciatique complète.....	15 à 60%
– Paralysie sciatique poplitée externe.....	15 à 40%
– Paralysie sciatique poplitée interne.....	10 à 30%
– Paralysie du nerf crural.....	15 à 50%
– Paralysie du nerf tibial postérieur.....	10 à 40%

X. Rachis

1. Cervical

– Séquelles de fracture de l'atlas ou de l'axis.....	10 à 50%
– Fracture d'une vertèbre cervicale ou luxation.....	10 à 35%
– Entorse cervicale grave nécessitant le port constant d'une minerve.....	20 à 50%

2. Dorso-lombaire

– Fracture d'un corps vertébral selon les séquelles neurologiques.....	10 à 100%
– Fracture d'une apophyse avec lumbago chronique d'origine traumatique.....	10 à 35%
– Lésions discales traumatiques selon séquelles en limitation des mouvements du rachis.....	10 à 50%
– Fracture de côtes, selon séquelles douloureuses et pleuro-pulmonaires.....	10 à 50%

XI. Bassin

– Séquelles de fractures du bassin type Malgaigne.....	15 à 75%
– Séquelles de fracture du cotyle.....	15 à 70%
– Séquelles de fracture complète du sacrum.....	15 à 40%

XII. Divers

– Diabète insulino-dépendant avec complications graves, associant rétinopathie et néphropathie sévères, et artérite des membres inférieurs (stade IV), définitive et incurable.....	100%
---	------



Annexe 2 : barème professionnel médical – groupe 2

Ce barème est réservé aux professions suivantes : **opticien, pharmacien.**

Il vous appartient d'apporter la preuve que vous entrez dans le cadre de ce barème. Vous devez déclarer votre côté dominant (droitier ou gaucher).

Les cas d'incapacité dont le caractère invalidant ne figure pas dans ce barème seront soumis de la Commission Médicale Paritaire. Elle statuera dans les conditions suivantes :

- elle tiendra compte des possibilités de rééducation, de réadaptation ou d'appareillage ;
- elle raisonnera par analogie et assimilation pour les affections qui n'y figurent pas ;
- en cas d'affections simultanées, elle fixera un taux global d'invalidité.

Cas particulier : les adhérents exerçant leur activité en tant que salarié à temps complet devront justifier de la reconnaissance de leur état d'invalidité permanente ouvrant droit au versement de la rente maximale, avec classification en 2^e ou 3^e catégorie au regard de leur régime de Sécurité sociale.

I. Affections neurologiques

- Démence organique déficitaire irréversible, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Séquelles d'hémiplégie irréversible, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Paraplégie flasque, complète et définitive avec perte de toute fonction de locomotion, sujet confiné au fauteuil avec troubles sphinctériens incontrôlables, escarres et altération de l'état général, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Comitialité incontrôlée, avec crises fréquentes, nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité 100 %
- Syndrome frontal avec troubles très importants, avec apragmatisme, désintérêt, trouble des conduites instinctives et euphorie, et lésions objectives à l'imagerie médicale, nécessitant une tierce personne en permanence 100 %
- Neuropathies de système (SEP), sclérose latérale amyotrophique, totalement invalidantes, nécessitant une tierce personne en permanence 100 %
- Brown-Sequard extrêmement important, pur, complet, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Syndrome de la queue de cheval avec séquelles très importantes, c'est-à-dire paraplégie flasque et troubles sphinctériens majeurs nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Oblitération artérielle cérébrale avec complications neurologiques telles que tétraplégie, paraplégie, hémiplégie complète, cécité totale, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- État grabataire végétatif chronique, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Aphasie complète définitive et incurable, avec troubles importants de compréhension du langage oral, alexie et jargonaphasie 100 %
- Aliénation totale et incurable 100 %
- Aphonie non améliorable consécutive à une laryngectomie totale ou trachéotomie permanente 100 %
- Épilepsie post-traumatique (confirmée par E.E.G) 20 à 100 %
- Troubles graves de l'équilibration (confirmés par examens objectifs) 30 à 80 %
- Fracture du crâne et séquelles fonctionnelles 10 à 50 %
- Hémiplégie incomplète avec aphasie 80 à 100 %

II. Nerfs crâniens

- Cécité complète 100 %
- Hémianopsie bilatérale avec, en outre, perte de la vision centrale 100 %
- Surdité bilatérale absolue, non appareillable et non curable 100 %
- Surdité totale unilatérale avec déficit de 50 % de l'autre oreille, non curable, non appareillable 50 à 100 %
- Hypoacousie unilatérale selon l'audiogramme 10 à 50 %
- Perte totale d'un œil 25 à 50 %
- Diplopie 25 à 50 %
- Rétrécissement du champ visuel 25 à 50 %



III. Cranio-facial

- Amputation du tiers inférieur de la face 100%
- Écrasement du tiers latéral avec atteinte frontale orbitaire (perte de l'œil) du maxillaire supérieur et fracas mandibulaire 100%
- Laryngectomie totale non appareillable 100%
- Perte du maxillaire supérieur (selon la rupture de l'arc mandibulaire) 50 à 80%
- Perte de la mâchoire inférieure 50 à 90%
- Sténose laryngée bilatérale et selon retentissement 10 à 30%
- Anosmie incurable 5 à 20%
- Amputation totale de la langue 50 à 100%

IV. Cardio-vasculaire

- Artériopathie des membres inférieurs stade IV de Lerich et Fontaine, définitive et incurable 100%
- Insuffisance cardiaque majeure, non améliorée par le traitement, stade IV de la classification NYHA 100%

V. Thoraco-pulmonaire

- Cœur pulmonaire chronique décompensé non amélioré, avec hypoxie et hypercapnie, et avec signes électro-cardiographiques d'hypertension pulmonaire et retentissement ventriculaire droit 100%
- Rétrécissement laryngotrachéal important et inopérable ou séquelles thoraciques bilatérales laissant une dyspnée permanente avec cyanose et retentissement cardiaque stade IV de la classification NYHA 100%
- Syndrome respiratoire obstructif ou restrictif très grave invalidant confirmé par les épreuves fonctionnelles respiratoires, avec hypoxie et hypercapnie, et amputation de plus de 60% des capacités ventilatoires 100%

VI. Rénal - Génito-urinaire

- Insuffisance rénale grave non opérable avec hémodialyse mal tolérée donc sujet grabataire confiné à la chambre, ne pouvant reprendre une activité professionnelle, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100%
- Néphrectomie unilatérale (selon taux d'azotémie) 20 à 50%
- Incontinence ou cystite chronique 10 à 30%
- Rétrécissement de l'urètre 10 à 30%
- Splénectomie selon l'examen sanguin 10 à 20%

VII. Membres supérieurs

- Ankylose totale et irréversible d'une épaule 100%
 - Perte d'un membre supérieur par amputation sous l'épaule ou par désarticulation de l'épaule 100%
 - Paralyse totale et définitive d'un membre supérieur, entraînée par une atteinte vasculaire ou cérébrale ou par une lésion du plexus brachial ou du nerf médian au bras 100%
 - Perte de l'usage des deux membres supérieurs, non appareillables 100%
- | (en tenant compte du côté dominant) | Côté dominant | Côté non dominant |
|--|---------------|-------------------|
| – Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet 100% | 100% | 60 à 100% |
| – Ankylose de l'épaule 40 à 100% | 40 à 100% | 30 à 100% |
| – Ankylose du coude 25 à 100% | 25 à 100% | 20 à 100% |
| – Ankylose du poignet 35 à 70% | 35 à 70% | 30 à 60% |
| – Plexus brachial : paralysie complète du circonflexe 25 à 80% | 25 à 80% | 20 à 80% |
| – Plexus brachial : paralysie supérieure 35 à 100% | 35 à 100% | 30 à 100% |
| – Plexus brachial : paralysie inférieure 40 à 100% | 40 à 100% | 35 à 100% |
| – Nerf radial : paralysie au-dessus du triceps 35 à 100% | 35 à 100% | 20 à 90% |
| – Nerf radial : paralysie en dessous du triceps 20 à 80% | 20 à 80% | 15 à 65% |
| – Nerf cubital : paralysie au coude 25 à 80% | 25 à 80% | 20 à 70% |
| – Nerf cubital : paralysie au poignet 20 à 60% | 20 à 60% | 15 à 50% |
| – Fracture de l'omoplate 10 à 80% | 10 à 80% | 10 à 60% |
| – Fracture du scaphoïde 5 à 40% | 5 à 40% | 5 à 20% |
| – Fracture des autres os du carpe 5 à 20% | 5 à 20% | 5 à 15% |



VIII. Mains

(en tenant compte du côté dominant)	Côté dominant	Côté non dominant
Amputation ou perte complète de l'usage		
– de la main	60 à 100 %	50 à 100 %
– du pouce	25 à 100 %	20 à 100 %
– de l'index	25 à 100 %	25 à 100 %
– du médus	20 à 80 %	15 à 60 %
– de l'annulaire	10 à 40 %	5 à 30 %
– de l'auriculaire	10 à 30 %	5 à 20 %
– de la phalange unguéale du pouce	15 à 100 %	15 à 100 %
– de la phalange unguéale de l'index	10 à 80 %	10 à 60 %

IX. Membres inférieurs

– Paralyse totale et absolue d'un membre inférieur	100 %
– Perte de l'usage des deux membres inférieurs, définitif et non appareillables	100 %
– Ankylose de la hanche en position défavorable, non appareillable, ni opérable	100 %
– Pseudarthrose lâche de la hanche, non appareillable, ni opérable	100 %
– Pseudarthrose lâche d'une cuisse ou d'une jambe, non opérable, ni appareillable	100 %
– Désarticulation de la hanche	100 %
– Amputation de la cuisse au 1/3 supérieur non appareillable	100 %
– Désarticulation du genou	40 à 80 %
– Amputation de la cuisse au 1/3 inférieur	60 à 100 %
– Amputation de la jambe au 1/3 moyen	40 à 70 %
– Amputation de syme ou tibio-tarsienne	30 à 70 %
– Amputation du pied selon niveau	25 à 60 %
– Amputation des 5 orteils	10 à 40 %
– Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe	30 à 100 %
– Ankylose de la hanche en mauvaise position	60 à 100 %
– Ankylose de la hanche en position favorable (rectitude)	40 à 75 %
– Ankylose complète du genou en position défavorable	30 à 70 %
– Ankylose du genou en rectitude	25 à 60 %
– Ankylose de la cheville	10 à 30 %
– Fracture de la rotule	15 à 50 %
– Patellectomie	20 à 40 %
– Raccourcissement de 2 à 10 cm	15 à 45 %
– Fracture du calcanéum	10 à 50 %
– Fracture de l'astragale	10 à 40 %
– Paralyse sciatique complète	15 à 60 %
– Paralyse sciatique poplitée externe	15 à 40 %
– Paralyse sciatique poplitée interne	10 à 30 %
– Paralyse du nerf crural	15 à 50 %
– Paralyse du nerf tibial postérieur	10 à 40 %

X. Rachis

1. Cervical

– Séquelles de fracture de l'atlas ou de l'axis	10 à 50 %
– Fracture d'une vertèbre cervicale ou luxation	10 à 35 %
– Entorse cervicale grave nécessitant le port constant d'une minerve	20 à 50 %



2. Dorso-lombaire

- Fracture d'un corps vertébral selon les séquelles neurologiques 10 à 100%
- Fracture d'une apophyse avec lumbago chronique d'origine traumatique 10 à 35%
- Lésions discales traumatiques selon séquelles en limitation des mouvements du rachis 10 à 50%
- Fracture de côtes, selon séquelles douloureuses et pleuro-pulmonaires 10 à 50%

XI. Bassin

- Séquelles de fractures du bassin type Malgaigne 15 à 75%
- Séquelles de fracture du cotyle 15 à 70%
- Séquelles de fracture complète du sacrum 15 à 40%

XII. Divers

- Diabète insulino-dépendant avec complications graves, associant rétinopathie et néphropathie sévères, et artérite des membres inférieurs (stade IV), définitive et incurable..... 100%



Annexe 3 : barème professionnel paramédical

Ce barème est réservé aux professions suivantes : **aide-soignant, ambulancier, audioprothésiste, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, esthéticien, étiope, infirmier, laborantin, manipulateur d'électroradiologie, masseur-kinésithérapeute, orthopédiste, orthophoniste, orthoprothésiste, orthoptiste, ostéopathe, pédicure, permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM), podologue, préparateur en pharmacie, prothésiste, prothésiste dentaire, psychologue, psychomotricien, psychorééducateur, psychothérapeute, puériculteur, rééducateur, salarié de cabinet médical, salarié de cabinet paramédical, sophrologue.**

Il vous appartient d'apporter la preuve que vous entrez dans le cadre de ce barème. Vous devez déclarer votre côté dominant (droitier ou gaucher).

Les cas d'incapacité dont le caractère invalidant ne figure pas dans ce barème seront soumis de la Commission Médicale Paritaire. Elle statuera dans les conditions suivantes :

- elle tiendra compte des possibilités de rééducation, de réadaptation ou d'appareillage ;
- elle raisonnera par analogie et assimilation pour les affections qui n'y figurent pas ;
- en cas d'affections simultanées, elle fixera un taux global d'invalidité.

Cas particulier : les adhérents exerçant leur activité en tant que salarié à temps complet devront justifier de la reconnaissance de leur état d'invalidité permanente ouvrant droit au versement de la rente maximale, avec classification en 2^e ou 3^e catégorie au regard de leur régime de Sécurité sociale.

I. Affections neurologiques

- Démence organique déficitaire irréversible, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Séquelles d'hémiplégie irréversible, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Paraplégie flasque, complète et définitive avec perte de toute fonction de locomotion, sujet confiné au fauteuil avec troubles sphinctériens incontrôlables, escarres et altération de l'état général, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Comitialité incontrôlée, avec crises fréquentes, nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité 100 %
- Syndrome frontal avec troubles très importants, avec apragmatisme, désintérêt, trouble des conduites instinctives et euphorie, et lésions objectives à l'imagerie médicale, nécessitant une tierce personne en permanence 100 %
- Neuropathies de système (SEP), sclérose latérale amyotrophique, totalement invalidantes, nécessitant une tierce personne en permanence 100 %
- Brown-Sequard extrêmement important, pur, complet, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Syndrome de la queue de cheval avec séquelles très importantes, c'est-à-dire paraplégie flasque et troubles sphinctériens majeurs nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Oblitération artérielle cérébrale avec complications neurologiques telles que tétraplégie, paraplégie, hémiplégie complète, cécité totale, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- État grabataire végétatif chronique, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100 %
- Aphasie complète définitive et incurable, avec troubles importants de compréhension du langage oral, alexie et jargonaphasie 100 %
- Aliénation totale et incurable 100 %
- Aphonie non améliorable consécutive à une laryngectomie totale ou trachéotomie permanente 100 %
- Épilepsie post-traumatique (confirmée par E.E.G) 20 à 100 %
- Troubles graves de l'équilibration (confirmés par examens objectifs) 30 à 80 %
- Fracture du crâne et séquelles fonctionnelles 10 à 50 %
- Hémiplégie incomplète avec aphasie 80 à 100 %

II. Nerfs crâniens

- Cécité complète 100 %
- Hémianopsie bilatérale avec, en outre, perte de la vision centrale 100 %
- Surdité bilatérale absolue, non appareillable et non curable 100 %
- Surdité totale unilatérale avec déficit de 50% de l'autre oreille, non curable, non appareillable 50 à 100 %
- Hypoacousie unilatérale selon l'audiogramme 10 à 50 %
- Perte totale d'un œil 25 à 50 %
- Diplopie 25 à 50 %
- Rétrécissement du champ visuel 25 à 50 %



III. Cranio-facial

- Amputation du tiers inférieur de la face 100%
- Écrasement du tiers latéral avec atteinte frontale orbitaire (perte de l'œil) du maxillaire supérieur et fracas mandibulaire 100%
- Laryngectomie totale non appareillable 100%
- Perte du maxillaire supérieur (selon la rupture de l'arc mandibulaire) 50 à 80%
- Perte de la mâchoire inférieure 50 à 90%
- Sténose laryngée bilatérale et selon retentissement 10 à 30%
- Anosmie incurable 5 à 20%
- Amputation totale de la langue 50 à 100%

IV. Cardio-vasculaire

- Artériopathie des membres inférieurs stade IV de Lerich et Fontaine, définitive et incurable 100%
- Insuffisance cardiaque majeure, non améliorable par le traitement, stade IV de la classification NYHA 100%

V. Thoraco-pulmonaire

- Cœur pulmonaire chronique décompensé non améliorable, avec hypoxie et hypercapnie, et avec signes électro-cardiographiques d'hypertension pulmonaire et retentissement ventriculaire droit 100%
- Rétrécissement laryngotrachéal important et inopérable ou séquelles thoraciques bilatérales laissant une dyspnée permanente avec cyanose et retentissement cardiaque stade IV de la classification NYHA 100%
- Syndrome respiratoire obstructif ou restrictif très grave invalidant confirmé par les épreuves fonctionnelles respiratoires, avec hypoxie et hypercapnie, et amputation de plus de 60% des capacités ventilatoires 100%

VI. Rénal - Génito-urinaire

- Insuffisance rénale grave non opérable avec hémodialyse mal tolérée donc sujet grabataire confiné à la chambre, ne pouvant reprendre une activité professionnelle, nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne 100%
- Néphrectomie unilatérale (selon taux d'azotémie) 20 à 50%
- Incontinence ou cystite chronique 10 à 30%
- Rétrécissement de l'urètre 10 à 30%
- Splénectomie selon l'examen sanguin 10 à 20%

VII. Membres supérieurs

- Ankylose totale et irréversible d'une épaule 100%
 - Perte d'un membre supérieur par amputation sous l'épaule ou par désarticulation de l'épaule 100%
 - Paralyse totale et définitive d'un membre supérieur, entraînée par une atteinte vasculaire ou cérébrale ou par une lésion du plexus brachial ou du nerf médian au bras 100%
 - Perte de l'usage des deux membres supérieurs, non appareillables 100%
- | (en tenant compte du côté dominant) | Côté dominant | Côté non dominant |
|--|---------------|-------------------|
| – Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet 100% | | 60 à 100% |
| – Ankylose de l'épaule 40 à 100% | | 30 à 100% |
| – Ankylose du coude 25 à 100% | | 20 à 100% |
| – Ankylose du poignet 35 à 70% | | 30 à 60% |
| – Plexus brachial : paralysie complète du circonflexe 25 à 80% | | 20 à 80% |
| – Plexus brachial : paralysie supérieure 35 à 100% | | 30 à 100% |
| – Plexus brachial : paralysie inférieure 40 à 100% | | 35 à 100% |
| – Nerf radial : paralysie au-dessus du triceps 35 à 100% | | 20 à 90% |
| – Nerf radial : paralysie en dessous du triceps 20 à 80% | | 15 à 65% |
| – Nerf cubital : paralysie au coude 25 à 80% | | 20 à 70% |
| – Nerf cubital : paralysie au poignet 20 à 60% | | 15 à 50% |



	Côté dominant	Côté non dominant
– Fracture de l'omoplate	10 à 80 %	10 à 60 %
– Fracture du scaphoïde	5 à 40 %	5 à 20 %
– Fracture des autres os du carpe	5 à 20 %	5 à 15 %

VIII. Mains

(en tenant compte du côté dominant)	Côté dominant	Côté non dominant
Amputation ou perte complète de l'usage :		
– de la main	60 à 100 %	50 à 100 %
– du pouce	25 à 100 %	20 à 100 %
– de l'index	25 à 100 %	25 à 100 %
– du médus	20 à 80 %	15 à 60 %
– de l'annulaire	10 à 40 %	5 à 30 %
– de l'auriculaire	10 à 30 %	5 à 20 %
– de la phalange unguéale du pouce	15 à 100 %	15 à 100 %
– de la phalange unguéale de l'index	10 à 80 %	10 à 60 %

IX. Membres inférieurs

– Paralyse totale et absolue d'un membre inférieur	100 %
– Perte de l'usage des deux membres inférieurs, définitif et non appareillables	100 %
– Ankylose de la hanche en position défavorable, non appareillable, ni opérable	100 %
– Pseudarthrose lâche de la hanche, non appareillable, ni opérable	100 %
– Pseudarthrose lâche d'une cuisse ou d'une jambe, non opérable, ni appareillable	100 %
– Désarticulation de la hanche	100 %
– Amputation de la cuisse au 1/3 supérieur non appareillable	100 %
– Désarticulation du genou	40 à 80 %
– Amputation de la cuisse au 1/3 inférieur	60 à 100 %
– Amputation de la jambe au 1/3 moyen	40 à 70 %
– Amputation de syme ou tibio-tarsienne	30 à 70 %
– Amputation du pied selon niveau	25 à 60 %
– Amputation des 5 orteils	10 à 40 %
– Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe	30 à 100 %
– Ankylose de la hanche en mauvaise position	60 à 100 %
– Ankylose de la hanche en position favorable (rectitude)	40 à 75 %
– Ankylose complète du genou en position défavorable	30 à 70 %
– Ankylose du genou en rectitude	25 à 60 %
– Ankylose de la cheville	10 à 30 %
– Fracture de la rotule	15 à 50 %
– Patellectomie	20 à 40 %
– Raccourcissement de 2 à 10 cm	15 à 45 %
– Fracture du calcanéum	10 à 50 %
– Fracture de l'astragale	10 à 40 %
– Paralyse sciatique complète	15 à 60 %
– Paralyse sciatique poplitée externe	15 à 40 %
– Paralyse sciatique poplitée interne	10 à 30 %
– Paralyse du nerf crural	15 à 50 %
– Paralyse du nerf tibial postérieur	10 à 40 %



X. Rachis

1. Cervical

- Séquelles de fracture de l'atlas ou de l'axis 10 à 50 %
- Fracture d'une vertèbre cervicale ou luxation 10 à 35 %
- Entorse cervicale grave nécessitant le port constant d'une minerve 20 à 50 %

2. Dorso-lombaire

- Fracture d'un corps vertébral selon les séquelles neurologiques 10 à 100 %
- Fracture d'une apophyse avec lumbago chronique d'origine traumatique 10 à 35 %
- Lésions discales traumatiques selon séquelles en limitation des mouvements du rachis 10 à 50 %
- Fracture de côtes, selon séquelles douloureuses et pleuro-pulmonaires 10 à 50 %

XI. Bassin

- Séquelles de fractures du bassin type Malgaigne 15 à 75 %
- Séquelles de fracture du cotyle 15 à 70 %
- Séquelles de fracture complète du sacrum 15 à 40 %

XII. Divers

- Diabète insulino-dépendant avec complications graves, associant rétinopathie et néphropathie sévères, et artérite des membres inférieurs (stade IV), définitive et incurable 100 %



Annexe 4: barème professionnel infirmité permanente accidentelle

Ce barème sert de base à la détermination du taux d'infirmité en cas de séquelle accidentelle.

Il vous appartient d'apporter la preuve que vous entrez dans le cadre de ce barème.

Les cas d'infirmité dont le caractère invalidant ne figure pas dans ce barème seront soumis à l'appréciation de la Commission Médicale Paritaire qui statuera en tenant compte des possibilités de rééducation, de réadaptation ou d'appareillage.

En cas d'infirmités multiples provenant soit d'un même accident, soit d'accidents successifs, il est tenu compte de l'infirmité ayant le taux le plus élevé.

Toute infirmité supplémentaire est alors évaluée par rapport à la capacité restante après application des taux d'infirmité précédents. En tout état de cause, la somme globale des infirmités partielles est limitée à 100 %.

Vous devez déclarer votre côté dominant (droitier ou gaucher). Si vous êtes gaucher, les taux prévus par le barème pour les différentes infirmités des membres supérieurs droits et des membres supérieurs gauches sont intervertis.

I. Infirmité permanente totale

– Cécité complète.....	100 %
– Surdité complète.....	100 %
– Perte d'un membre supérieur	100 %
– Désarticulation ��paule.....	100 %
– Désarticulation coude.....	100 %
– Désarticulation poignet	100 %
– Perte d'une main.....	100 %
– Perte du pouce droit.....	100 %
– Perte des deux membres inférieurs	100 %
– Paralysie totale d'un membre inférieur	100 %
– Amputation d'une cuisse non appareillable.....	100 %

II. Infirmité permanente partielle

1. Tête

– Perte d'un ��cil.....	50 %
– Surdité d'une oreille.....	50 %
Perte de substance du crâne dans toute son épaisseur	
– surface d'au moins 12 cm ²	50 %
– surface de 6 à 12 cm ²	30 %
– surface de 3 à 6 cm ²	16 %
– surface inférieure à 3 cm ²	maximum 10 %

2. Membres

2.1 Membres supérieurs

– Perte du pouce gauche	70 %		
(en tenant compte du côté dominant)	Côté dominant		Côté non dominant
– Perte de l'index.....	80 %		60 %
– Perte du médius.....	40 %		30 %
– Perte de l'annulaire ou de l'auriculaire.....	20 %		15 %
– Perte du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire	65 %		50 %
– Perte du médius, de l'annulaire ou de l'auriculaire	50 %		35 %
– Perte de l'annulaire et de l'auriculaire	30 %		25 %



2.2 Membres inférieurs

Perte totale du mouvement de la hanche

- Ankylose en rectitude.....50%
- Ankylose en position défavorable.....80%
- Amputation d'une cuisse appareillable.....75%

Ankylose d'un genou

- Ankylose en position favorable.....40%
- Ankylose en position défavorable.....70%
- Amputation des 5 orteils.....30%

3. Cas particuliers

Il ne sera pas fait application de la minoration pour le côté dominant ou non dominant, que l'assuré soit droitier ou gaucher, pour les assurés exerçant une des professions suivantes et à condition qu'ils aient une activité chirurgicale prépondérante : anesthésistes réanimateurs, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, gastroentérologues, gynécologues, néphrologues, obstétriciens, ophtalmologues, otorhinolaryngologistes, pneumo-phtisiologues, radiologues, stomatologues, urologues, vétérinaires.

De plus, pour ces assurés, les infirmités suivantes complètent le barème ci-dessus :

- Perte de la phalange terminale du pouce 100%
- Perte de la phalange terminale de l'index.....50%
- Perte de l'usage de l'index 100%



Lexique

(texte ayant valeur contractuelle)

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part ou de celle du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure à la victime.

Toutefois, ne sont pas considérées comme un accident :

- les lésions organiques qui peuvent se révéler avec soudaineté mais dont l'origine est interne, telles que, par exemple, les hernies, les éventrations, ruptures musculaires (autres que tendineuses), lumbagos, hernies discales, sciatiques, hémorragies cérébrales, infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, ruptures d'anévrisme, crises d'épilepsie ;
- les affections non organiques, c'est-à-dire les affections ne se traduisant pas par des signes objectifs révélés par examen clinique ou par des examens complémentaires qui aboutissent à les classer dans la catégorie des maladies caractérisées (par exemple, les chocs émotifs et les états dépressifs, même consécutifs à un accident) ;
- les lésions provoquées par l'usure d'un ou plusieurs organes due à la répétition d'actes habituels, en particulier d'actes professionnels ou sportifs, (par exemple, acouphènes, algies lombaires, traumatismes d'effort, fractures de fatigue, arthrose) ;
- les conséquences d'un acte médical ou chirurgical.

Vous ou vos bénéficiaires devez apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès, l'invalidité ou l'arrêt de travail.

Aucune autre définition de l'accident et/ou décision prise par tout organisme quant à l'événement dont vous sollicitez la prise en charge au titre d'un accident ne saurait nous être opposable.

Accident du travail (si vous êtes salarié)

Accident survenu pendant toute la durée de l'exécution de votre contrat de travail.

Accident de la circulation

Tout événement soudain, imprévu et extérieur provoqué par tous moyens de transport (public ou privé) routiers, ferroviaires, suspendus, maritimes, fluviaux, aériens, sur une voie publique ou privée.

Ledit événement peut également être causé par un animal ou un piéton.

En tant que victime de l'accident de la circulation, vous pouvez être soit non usager des moyens de transport et heurté, soit usager, conducteur, pilote ou passager des moyens de transport.

Vous ou vos bénéficiaires devez apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès, l'invalidité ou l'arrêt de travail.

Aucune autre définition de l'accident de la circulation et/ou décision prise par tout organisme quant à l'événement dont vous sollicitez la prise en charge au titre d'un accident ne saurait nous être opposable au titre du présent Contrat.

Acte authentique

Écrit établi par un officier public, notamment par un notaire.

Acte sous seing privé

Acte écrit établi et signé par les parties elles-mêmes ou par un tiers qu'elles ont constitué à cet effet.

Adhérent

La personne physique nommément désignée au Certificat d'adhésion, membre de l'UNIM, qui adhère au Contrat d'assurance de groupe.

L'adhérent s'engage à acquitter la cotisation et est responsable des déclarations faites à l'adhésion comme en cours de contrat. L'adhérent a la qualité d'assuré si la garantie repose sur sa tête et qu'il bénéficie des prestations.

Adhésion

Elle est concrétisée par :

- le Certificat d'adhésion ;
- la présente Notice d'information définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur.



Agression

Coups et blessures volontaires infligés à l'assuré, attaque portant atteinte à l'intégrité physique et entraînant le décès de l'assuré dans les six mois suivant la date de sa survenance.

Anniversaire

Sauf précision, la présente Notice considère toujours les anniversaires de naissance.

Assuré

La personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie, nominativement désignée au Certificat d'adhésion.

Assureur

Allianz Vie pour l'ensemble des garanties.

Avenant

Convention écrite qui modifie les conditions et/ou les modalités de l'adhésion initiale.

Bénéficiaire

La personne physique ou morale désignée dans le Certificat d'adhésion et qui reçoit les prestations en cas de survenance du risque assuré.

Bulletin individuel d'adhésion

Document que vous remplissez et signez, servant de base à la confirmation de l'adhésion. Il comporte la nature et le montant des garanties souscrites.

Certificat d'adhésion

Après réception du bulletin individuel d'adhésion et son acceptation, nous vous remettons une confirmation d'adhésion appelée Certificat d'adhésion, numérotée (numéro d'adhésion au Contrat et numéro d'adhérent) fixant la nature et le montant des garanties.

Concubin

Est considérée comme concubin, la personne vivant maritalement avec vous sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- que vous soyez tous deux libres de tout lien matrimonial ;
- que vous n'ayez pas conclu de PACS ;
- que vous ayez déclaré votre concubinage lors de votre adhésion, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à votre date d'adhésion, avec production d'un justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif (exemple : quittance de loyer aux deux noms).

Lorsque, au sens de la Notice d'information, votre concubin est concerné par une prestation, il est, le cas échéant, expressément visé.

Conjoint

Est considéré comme conjoint, la personne séparée de corps avec laquelle vous êtes marié.

Consolidation

Stabilisation de votre état de santé, in-susceptible d'évoluer à court ou moyen terme.

Contrat d'assurance de groupe

Contrat d'assurance régi par le Code des assurances, souscrit par l'association UNIM, auprès de la Compagnie d'assurances Allianz Vie.

Cotisations

Sommes que vous nous versez pour garantir le paiement des prestations. Vous n'êtes couvert que dans la mesure où les cotisations sont réglées.

Date d'effet des garanties

Moment à partir duquel les risques sont garantis.



Déclaration de sinistre

Elle se présente sous forme d'une liasse que vous devez compléter et faire remplir par votre médecin traitant au terme de l'examen médical. La déclaration de sinistre doit préciser avec exactitude les circonstances du sinistre : la nature, l'origine et la date de l'accident ou du début de la maladie, la durée estimée de l'incapacité temporaire totale, la constatation d'une invalidité définitive après consolidation.

Déchéance de garantie

Perte de tout droit à indemnisation à la suite de l'inexécution d'une obligation à votre charge si vous n'avez pas été mis dans l'impossibilité d'agir par cas de force majeure.

Échéance principale

Date qui marque le début de chaque période annuelle d'assurance quel que soit le fractionnement retenu de la cotisation, ce dernier n'étant qu'une facilité de paiement. Elle est fixée au 1^{er} janvier de chaque année.

Enfants

Toute référence aux enfants concerne les enfants âgés de moins de 18 ans, ou de moins de 29 ans s'ils poursuivent leurs études à temps complet, qui sont fiscalement à votre charge au moment de la survenance du sinistre.

Les enfants considérés comme fiscalement à votre charge, sont ceux :

- pris en compte pour le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- ou recevant de votre part une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- ou adoptés ou reconnus par vous, s'ils sont fiscalement à charge de votre concubin.

Franchise

Pour une incapacité temporaire totale, période fixée contractuellement pendant laquelle aucune indemnité n'est due.

Fumeur

Toute personne qui a fumé, y compris des cigarettes électroniques, au cours des 24 derniers mois précédant la date de signature de son adhésion, ou qui a cessé de fumer pour des raisons médicales au cours des 5 dernières années précédant la date de signature de son adhésion.

Hospitalisation

– Hospitalisation en établissement médicalisé

Tout séjour prescrit par une autorité médicale compétente dans un établissement public ou privé agréé (clinique ou hôpital, à l'exclusion des maisons de repos et de convalescence), pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical.

– Hospitalisation à domicile

Il y a hospitalisation à domicile lorsque, en continuation d'un séjour hospitalier que nous prenons en charge, vous poursuivez sans interruption à domicile, les soins nécessités par votre état de santé, en accord avec la Sécurité sociale ou le Régime obligatoire et sous contrôle médical.

Incapacité temporaire totale

Tout arrêt total de l'activité professionnelle déclarée consécutif à un accident garanti ou à une maladie garantie.

Infirmité Permanente Accidentelle (IPA)

Perte totale ou partielle d'un organe, d'un membre, d'un sens ou d'une fonction consécutive à un accident.

Invalidité permanente

Handicap réduisant de façon permanente et définitive, totalement ou partiellement, la capacité physique fonctionnelle et professionnelle de l'assuré.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Les incapacités dues à un infarctus du myocarde, à des affections coronariennes, ainsi que celles consécutives à une pathologie soudaine, à un choc émotif ou à un surmenage sont assimilées à des maladies et indemnisées comme telles.

Maladie grave et pathologie lourde

Toute altération de la santé, chronique, potentiellement invalidante, à traitement lourd, nécessitant des soins constants.

En cas de contestation, l'adhérent peut solliciter la Commission Médicale Paritaire qui statuera sur cette appréciation.



Nous

Allianz Vie et le gestionnaire de l'adhésion, Assurances Médicales S.A.

Partenaire (de PACS)

Est considérée comme partenaire, la personne qui vous est liée par un Pacte Civil de Solidarité au sens de l'article 515-1 du Code civil. Lorsque, au sens de la Notice d'information, votre partenaire est concerné par une prestation, il est, le cas échéant, expressément visé.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

État d'une personne qui, par suite de maladie ou d'accident postérieur à son adhésion, est devenue définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ni à aucun travail lui procurant gain ou profit. Elle doit, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (au sens de la 3^e catégorie Sécurité sociale) et justifier d'un taux d'invalidité égal à 100%, tel que défini dans la garantie Rente d'invalidité permanente sans tenir compte de l'option « Barème professionnel en invalidité », propre à la seule garantie de Rente d'invalidité permanente.

Profession médicale

Profession appartenant à la liste suivante : allergologue, anesthésiste, angiologue, assistant en chirurgie, biologiste, cardiologue, chirurgien, chirurgien-dentiste, dermatologue, directeur de laboratoire, endocrinologue, gastro-entérologue, gynécologue, interne des hôpitaux, médecin, médecin généraliste, médecin hospitalier, neurologue, ophtalmologue, opticien, orthodontiste, oto-rhino-laryngologiste (ORL), pédiatre, pharmacien, phlébologue, phthisiologue, pneumologue, psychiatre, radiologue, rhumatologue, sage-femme, stomatologue, urologue, vétérinaire.

Profession paramédicale

Profession appartenant à la liste suivante : aide-soignant, ambulancier, audioprothésiste, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, esthéticien, étio-pathe, infirmier, laborantin, manipulateur d'électroradiologie, masseur-kinésithérapeute, orthopédiste, orthophoniste, orthoprothésiste, orthoptiste, ostéopathe, pédicure, permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM), podologue, préparateur en pharmacie, prothésiste, prothésiste dentaire, psychologue, psychomotricien, psychorééducateur, psychothérapeute, puériculteur, rééducateur, salarié de cabinet médical, salarié de cabinet paramédical, sophrologue.

Régime obligatoire

Régime légal d'assurances sociales auquel vous êtes obligatoirement ou volontairement assujéti.

Retraite

Liquidation de vos droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez :

- d'office ;
- par anticipation (préretraite) ;
- par inaptitude au travail.

Souscripteur

L'UNIM, association régie par la Loi du 19 avril 1908 et enregistrée au Tribunal de Metz. Son siège social est : 4, rue des Messageries - 57000 Metz.

Sports extrêmes

BMX, bodyboard, campement à flanc de falaise, chien de traîneau aux pôles nord et sud, freeride VTT, freerun ou parkour, highline, plongeon de haut vol, ski pente raide, vol en wingsuit.

Vous

L'adhérent.



Pour de plus amples renseignements, votre interlocuteur Allianz est à votre disposition.



Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 681 879 255 €
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre

www.allianz.fr



Association Loi de 1908
Siège social : Immeuble Platinum
4, rue des messageries - 57000 Metz

www.unim.asso.fr

