



Notice d'information

UNIM

Prévoyance des Paramédicaux

Contrat collectif d'assurance de groupe souscrit
par l'UNIM auprès de l'Assureur sous les
N° 693.111/000 (hors Loi Madelin)
N° 693.111/100 (Loi Madelin)

www.allianz.fr

Avec vous de A à Z

Allianz 



Union Nationale pour
les intérêts de la Médecine

www.unim.asso.fr

Important :

La notice d'information de votre adhésion est un document juridique essentiel.

Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants. Un lexique des définitions des principales notions de ce document est à votre disposition (pages 7 à 9).

Les termes accompagnés d'un astérisque trouvent leur définition au lexique.

Ces termes apparaissent accompagnés d'un astérisque* dans le corps du texte.

1 - Présentation du contrat collectif	11
1 - 1 Objet du contrat de prévoyance	11
1 - 2 Personnes concernées	12
1 - 3 Bénéficiaires	12
1 - 4 Territorialité des garanties	13
1 - 5 Formalités d'adhésion	13
1 - 6 Date d'effet et durée	14
2 - Les engagements de l'Assureur	15 à 18
2 - 1 Limites de garanties	15
2 - 2 Au titre de la garantie immédiate	16
2 - 3 Au titre des garanties obligatoires	16
2 - 4 Au titre des garanties facultatives	17
2 - 5 Indexation des montants garantis et revalorisation des prestations	18
2 - 6 Changement de classe ou d'option en cours d'adhésion	18
3 - Le détail des garanties	19 à 28
Garanties obligatoires	19
3 - 1 Garantie Décès toutes causes (ne pouvant pas être souscrite dans le cadre de la loi Madelin)	19
communes au contrat non Madelin et au contrat Madelin	
Garanties facultatives	20
3 - 2 Garantie : Incapacité de Travail et Invalidité (pouvant être souscrite dans le cadre de la loi Madelin)	20
3 - 3 Garantie : Rente éducation (pouvant être souscrite dans le cadre de la loi Madelin)	23
3 - 4 Garantie : Rente de conjoint (pouvant être souscrite dans le cadre de la loi Madelin)	24
3 - 5 Garantie: Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD) (ne pouvant pas être souscrite dans le cadre de la loi Madelin)	26
3 - 6 Garantie: Infirmitté Permanente Accidentelle (IPA) (ne pouvant pas être souscrite dans le cadre de la loi Madelin)	26
3 - 7 Garantie: Relais Incapacité de Travail (pouvant être souscrite dans le cadre de la loi Madelin)	26
3 - 8 Garantie: Frais professionnels (pouvant être souscrite dans le cadre des articles 39 et 93 du Code général des Impôts)	27
3 - 9 Risques exclus	27
4 - Les engagements de l'Assuré	29
5 - Le fonctionnement de l'adhésion	31 à 36
5 - 1 Les cotisations	31
5 - 2 La déclaration des sinistres	32
5 - 3 L'indemnisation	32
5 - 4 La reprise du travail et la rechute	34
5 - 5 Les demandes d'information / Réclamations	34

5 - 6 Les évolutions des régimes de prévoyance / L'information des assurés	34
5 - 7 La résiliation	34
5 - 8 Les dispositions légales	35
- Les règles qui régissent le contrat	
- La loi Informatique et libertés	
- Le droit de l'adhérent à renoncer à son adhésion	
- Le contrôle de l'Assureur	
5 - 9 La prescription des actions dérivant du contrat d'assurance	35
5 - 10 La subrogation	36
5 - 11 La lutte contre le blanchiment	36

6 - Annexes **37 à 41**

Annexe 1 : Barème professionnel paramédical **37**

- Affections neurologiques	37
- Nerfs crâniens	38
- Cranio-facial	38
- Cardio-vasculaire	38
- Thoraco-pulmonaire	38
- Rénal - Génito-urinaire	38
- Membres supérieurs	38
- Mains	39
- Membres inférieurs	39
- Rachis	40
- Bassin	40
- Divers	40

Annexe 2 : Barème professionnel IPA (Infirmité Permanente Accident) **41**

- Infirmité permanente totale	41
- Infirmité permanente partielle	41

Statuts de l'UNIM

Article 1^{er}

Sous la dénomination de "Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine", par abréviation UNIM, les membres fondateurs, tous de nationalité française, ont formé une Association conformément à la loi.

Article 2 - But

Cette Association a pour but :

- 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 enquêtes et recherches visant à informer ses membres quant aux possibilités de crédit qui leur sont offertes en matière de financement de leurs installations mobilières et immobilières,
- de discuter avec tous organismes compétents des conditions les plus aptes à donner satisfaction à ses adhérents,
- et 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.

Article 3 - Siège

Son siège est à METZ - 1, rue Lançon.

Son transfert obéira aux règles prévues par l'Article 18 des présents statuts.

Article 4 - Durée

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5 - Composition

L'Association se compose :

- des membres fondateurs, c'est-à-dire de ceux dont le groupement a donné naissance à la présente Association,
- de membres d'honneur, dispensés de tous versements et de toutes prestations en nature. Ces membres d'honneur sont ceux qui ont rendu des services signalés à l'Association,
- de membres bienfaiteurs,
- de membres actifs. Sont considérés comme tels ceux qui se sont acquittés du droit d'entrée dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale.

A l'issue de la première année d'adhésion, les membres actifs s'obligent à verser une cotisation annuelle de même montant que le droit d'entrée.

Article 6 - Adhésion

Les adhésions sont formulées par écrit, signées par celui qui demande à faire partie de l'Association, et soumises à l'agrément du Président ou d'un Vice-président.

Ces personnes statuent souverainement sans avoir de motif à donner.

Article 7 - Radiation

La qualité de membre se perd par :

- la démission : celle-ci prendra effet le 31 décembre suivant, avec préavis de 2 mois,
- le décès,
- la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infraction aux présents statuts ou pour motif grave, l'intéressé ayant été, dans ce cas, invité au préalable par lettre recommandée, à fournir des explications, soit écrites, soit orales,
- l'exclusion prononcée par le Conseil d'Administration pour un non paiement de la cotisation annuelle,
- l'exclusion de l'assurance par suite de déchéance,
- la résiliation de l'adhésion au contrat de prévoyance par décision de l'Adhérent, à effet du 31 décembre suivant cette demande.

Article 8 - Ressources

Les ressources de l'Association se composent du montant des droits d'entrée et des cotisations annuelles.

Article 9 - Conseil d'Administration

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de douze membres maximum appartenant tous aux professions de santé. Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour six ans par l'Assemblée Générale à la majorité des membres présents, représentés, ou votant par correspondance.

Les membres élus sont rééligibles et renouvelables par tiers tous les deux ans.

Le Conseil d'Administration est dûment habilité à procéder, lors d'une de ses plus prochaines séances et au plus tard lors de la tenue du Conseil d'Administration appelé à arrêter les comptes de l'exercice, à la désignation de ceux de ses administrateurs élus dont les mandats devront être soumis à réélection en vue de permettre l'application dans le temps du renouvellement par tiers. Le règlement intérieur tel que modifié par l'Assemblée Générale Extraordinaire du 6 juin 1981 est appelé à déterminer les règles à appliquer à cet effet.

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Bureau composé de :

- un Président,
- un ou plusieurs Vice-Présidents,
- un Secrétaire Général,
- un Secrétaire Général Adjoint,
- un Trésorier,
- un Trésorier Adjoint.

En cas de vacance, le Conseil d'Administration pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale.

Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Au Conseil d'Administration est adjoint un Conseil de Gestion.

Les membres du Conseil de Gestion doivent être convoqués à toutes les séances du Conseil d'Administration et y assistent de plein droit. Ont seules droit à siéger en qualité de membres du Conseil de Gestion, les personnes qui seront cooptées par les membres du Conseil de Gestion suite à une vacance de poste. La durée de fonction des membres éventuellement cooptés sera fixée par la décision qui les nommera.

A défaut, elle sera indéterminée. Elle cessera par démission, décès ou révocation prononcée à la majorité des autres membres du Conseil de Gestion.

Le Conseil de Gestion n'a pas voix délibérative aux séances du Conseil d'Administration. Son rôle est de préparer, de conseiller et d'exécuter les décisions du Conseil d'Administration.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration et de membre du Conseil de Gestion sont bénévoles. Cependant, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration pourra décider de les indemniser de leurs frais et de leur allouer une vacation dont il fixera la quotité chaque fois qu'ils seront amenés à effectuer des déplacements impliquant interruption de leurs activités professionnelles.

Article 10 - Réunion du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit une fois au moins tous les six mois sur convocation du Président ou sur la demande du quart de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du Président, ou en son absence celle du Président délégué, est prépondérante.

Tout membre du Conseil d'Administration qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives, pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 11 - Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer l'Association.

Le Conseil d'Administration peut, par délégation de l'Assemblée Générale, pour une durée de 18 mois, autoriser le Président à signer tout avenant aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association.

Le Conseil d'Administration élit son Président.

Article 12 - Pouvoirs du Président

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par le Président ; il dispose, à cet effet, des pouvoirs nécessaires, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Article 13 - Assemblée Générale Ordinaire

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'Association. Elle se réunit annuellement dans les six mois suivant la clôture de l'exercice sur convocation du Président qui fixe l'ordre du jour de la réunion.

Le Président, assisté des membres du Conseil d'Administration, préside l'Assemblée Générale et expose la situation morale de l'Association.

Le Trésorier ou le Trésorier Adjoint rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'Assemblée Générale.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement des membres sortants du Conseil d'Administration. Ne devront être traitées lors de l'Assemblée Générale que les questions soumises à l'ordre du jour.

Le Conseil d'Administration est chargé d'établir un rapport annuel sur le fonctionnement du ou des contrats d'assurance. Ce rapport est tenu à la disposition des membres.

L'Assemblée Générale Ordinaire donne délégation au Conseil d'Administration, pour une durée de 18 mois maximum renouvelable, pour négocier et signer tout avenant aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance.

Les délibérations sont constatées par des procès-verbaux signés par le Président et par le Secrétaire et consultables par les membres, au siège de l'Association.

13.1 Convocation

Les adhérents sont convoqués individuellement, soit par lettre simple avec leur avis d'échéance, soit par convocation insérée dans la revue UNIM Info, ainsi que par voie d'insertion dans un Journal d'Annonces Légales.

La convocation mentionne l'ordre du jour et est accompagnée des projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que des projets proposés par cent membres au moins et portés à la connaissance du Conseil d'Administration quarante-cinq jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Elle est envoyée au moins trente jours avant la date de l'Assemblée Générale.

Le lieu de l'Assemblée Générale est fixé à la diligence du Conseil d'Administration.

13.2 Modalités de vote

Chaque membre détient une voix aux Assemblées Générales.

Le droit de vote peut être exercé soit en participant à l'Assemblée Générale, soit en s'y faisant représenter par son conjoint ou par un autre membre.

Nul ne pourra être porteur de plus de dix mandats, à l'exception du Président, qui ne pourra détenir plus de 5 % des droits de vote.

13.3 Quorum

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille ou un trentième des membres au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée ; elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses membres présents, représentés ou votant par correspondance.

Article 14 - Assemblée Générale Extraordinaire

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale en formation Extraordinaire suivant les formalités prévues par l'Article 13, si l'intérêt de l'Association l'exige ou à la demande de 10 % au moins des membres de l'Association.

Article 15 - Commissaire aux comptes

L'Assemblée Générale procède à la nomination d'un Commissaire aux Comptes qui est désigné pour une durée de trois ans.

Sa mission est de vérifier et certifier les comptes et d'établir un rapport à présenter lors de l'Assemblée Générale.

Sa rémunération est fixée par le Conseil d'Administration.

Article 16 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'Administration qui le fait alors approuver par l'Assemblée Générale.

Le règlement est destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'Association.

Article 17 - Responsabilité

Conformément au droit commun, le patrimoine de l'Association répondra seul des engagements contractés en son nom, sans qu'aucun membre de l'Association ne puisse être tenu personnellement pour responsable.

Article 18 - Modification des statuts

Toute modification devra être approuvée par les trois quarts des membres présents ou représentés.

Article 19 - Dissolution

La dissolution de l'Association pourra être prononcée dans les mêmes conditions.

L'Assemblée Générale nommera alors une Commission chargée de la liquidation des biens et indiquera les conditions de cette liquidation.

Définition du vocabulaire ou des termes les plus utilisés dans l'adhésion

Accident

Atteinte corporelle, indépendante de la volonté de la victime, et due à l'action soudaine, irrépressible et imprévisible d'une cause extérieure.

Sont assimilés à un accident :

- les conséquences de l'asphyxie, noyade ou hydrocution,
- l'intoxication, l'empoisonnement ou les brûlures causés par des gaz ou vapeurs, par des substances vénéneuses ou corrosives, par des aliments avariés absorbés par erreur, ou dus à l'action d'un tiers,
- les conséquences de piqûres d'insectes ou de morsures d'animaux,
- les conséquences d'actes d'agression contre l'Assuré* (attentat, hold-up, prise d'otage ou rapt),
- les atteintes corporelles occasionnées par les brûlures, l'électrocution, la chute de la foudre,
- les piqûres infectieuses et leurs conséquences,
- les entorses non répétitives, consécutives à une distorsion brusque,
- les ruptures tendineuses consécutives à un choc subit et démontré.

Accident du travail (pour un adhérent* salarié).

Accident survenu pendant toute la durée de la mission confiée au salarié.

Accident de la circulation.

Tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime, constituant la cause d'un dommage corporel, provoqué par :

- un véhicule quelconque, un animal ou un piéton, lorsque l'Assuré* circule à pied sur une voie publique ou privée,
- l'usage comme conducteur ou passager d'un moyen de transport (public ou privé) par voie de terre ou de fer,
- l'usage comme conducteur ou passager d'un moyen de transport (public ou privé) soit aérien, soit par voie d'eau,

Il est précisé que les événements :

- survenus à la suite d'une intervention chirurgicale,
- dus à un infarctus du myocarde, à des affections coronariennes ainsi que ceux consécutifs à une pathologie soudaine, à un choc émotif ou à un surmenage,

ne sont pas considérés comme consécutifs à un accident.

Acte authentique

Ecrit établi par un officier public, notamment par un notaire

Acte sous seing privé

Acte écrit rédigé par un particulier et comportant la signature manuscrite des parties

Adhérent

La personne physique ou morale nommément désignée au certificat d'adhésion*, membre de l'Association, 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 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.

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

Support matérialisant la modification de l'adhésion*.

Bénéficiaire

La personne physique ou morale désignée au Bulletin individuel d'adhésion* par l'Adhérent*, qui reçoit les prestations en cas de décès de ce dernier.

Sauf mention contraire au Bulletin individuel d'adhésion, il s'agit du conjoint de l'adhérent non séparé de corps, à défaut ses enfants légitimes, reconnus ou adoptifs par parts égales entre eux, à défaut son père et sa mère, par parts égales, ou le survivant d'entre eux, à défaut ses ayants droit. Si le bénéficiaire du capital décès est un enfant mineur, la demande de versement doit être présentée par son représentant légal, ou à défaut, par le juge du Tribunal d'Instance. Dans ce cas, le capital décès est versé sur un compte ouvert au nom du mineur.

Bulletin individuel d'adhésion

Document rempli et signé par l'Adhérent*, 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, l'Assureur* ou son représentant remet à l'Adhérent* une confirmation d'adhésion appelée Certificat d'adhésion, numérotée (numéro du contrat et numéro d'adhérent) fixant la nature et le montant des garanties.

Concubin

Personne non mariée mais vivant maritalement:

- a) en union libre sous forme de concubinage notoire attesté par :
 - soit un certificat délivré par le maire de la commune de résidence ou par un officier ministériel, lorsqu'il est encore délivré,
 - soit des justificatifs de vie commune récents.
- b) en partenaire sous contrat, conformément aux dispositions des articles 515-1 et suivants du Code civil relatif au Pacte Civil de Solidarité

Conjoint

Epoux non séparé de corps.

Consolidation

Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré* ne peut plus s'améliorer ou à laquelle les conséquences d'un accident* sont permanentes et permettent un diagnostic définitif.

Elle est fixée par expertise médicale.

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 sur la vie, Allianz Vie

Cotisations

Sommes versées à l'Assureur pour garantir le versement des prestations. L'assuré n'est couvert que dans la mesure où les cotisations sont réglées

Date d'effet

Elle fixe le moment à partir duquel les risques sont garantis

Déclaration de sinistre

Elle se présente sous forme d'une liasse que l'Assuré doit compléter et faire remplir par son 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 Totale Temporaire, 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 la charge de l'Adhérent* ou de l'Assuré* si ces derniers n'ont pas été mis dans l'impossibilité d'agir par cas de force majeure.

Délai de carence / Délai d'attente

Période immédiatement consécutive à la souscription du contrat pendant laquelle la garantie n'est pas appelée à jouer au titre de l'événement proprement dit comme pour ses suites, conséquences, ou aggravations.

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 1er janvier de chaque année.

Enfants

Enfants sont définis comme tels les enfants âgés de moins de 18 ans, ou de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études à temps complet.

légitimes, naturels, reconnus ou adoptés :

- rattachés au foyer fiscal de l'Adhérent*,
- ou nés de l'Adhérent* ou adoptés, auxquels ce dernier verse une pension alimentaire en application d'une décision de justice.

Franchise

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail : période fixée contractuellement pendant laquelle aucune indemnité n'est due.

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 pris en charge par l'Assureur,* l'Assuré* poursuit sans interruption à domicile, les soins nécessités par son état de santé, en accord avec la Sécurité sociale ou le Régime Obligatoire et sous contrôle médical.

Incapacité Temporaire Totale de Travail

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

Invalidité Permanente

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

IPA (Infirmité Permanente Accidentelle)

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

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Etat 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 3e cat. Sécurité sociale) et justifier d'un degré d'invalidité égal à 100 %.

Maladie

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

Il est précisé que 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.

Les affections psychiatriques, la spasmophilie, le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie bénéficient d'une prise en charge limitée dans le temps (cf. Dispositions contractuelles au § 3.2.1).

Maladies graves / pathologies lourdes

Toutes les altérations de la santé, chroniques, potentiellement invalidantes, à traitement lourd, nécessitant des soins constants.

En cas de contestation, l'Adhérent peut solliciter la Commission Médicale Paritaire.

Régime obligatoire

Régime légal d'assurances sociales auxquels l'Assuré* est obligatoirement ou volontairement assujetti.

Retraite

Liquidation des droits de l'Adhérent* au titre du Régime Obligatoire de Retraite dont il relève :

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

Souscripteur

L'UNIM, association régie par la Loi du 19 avril 1908 est enregistrée au Tribunal de Metz.

Son siège social est : 1, rue Lançon - 57000 Metz

1 - Présentation du contrat de groupe

UNIM Prévoyance est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative établi

- sous le n° **693.111/000** correspondant à la version UNIM Prévoyance des Paramédicaux non Madelin,
- sous le n° **693.111/100** correspondant à la version UNIM Prévoyance des Paramédicaux Madelin.

et dénommé le Contrat.

Il est souscrit à effet du 1er janvier 2009

- par l'Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine (UNIM), - association régie par la Loi du 19 avril 1908, et dont le siège social se situe 1, rue de Lançon – 57000 Metz, dénommée, le Souscripteur
- auprès d'Allianz Vie, entreprise d'assurance, régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 643 054 425 € dont le siège social se situe 87, rue de Richelieu – 75002 Paris, accordant les garanties, dénommée l'Assureur. Et à compter du 01.01.2016, nouveau siège social : 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex - 340 234 962 RCS Nanterre

« UNIM Prévoyance des Paramédicaux », est régi par le droit français. **Seuls peuvent y adhérer les membres de l'Association UNIM** à jour de leur cotisation d'adhésion à l'Association.

Le Contrat prend effet le 1er janvier 2009.

Il se renouvelle ensuite chaque 1er janvier, par tacite reconduction sauf résiliation adressée par lettre recommandée par l'une des parties avant le 1er novembre de l'année en cours.

- En cas de **modification** du Contrat, le souscripteur informera les adhérents par écrit, dans un délai de 3 mois au minimum avant la date prévue de son entrée en vigueur, en application de l'article L 141 – 4 du Code des assurances.
A la suite de ces modifications, les adhérents qui le souhaitent peuvent résilier leur adhésion.
- En cas de **résiliation** du Contrat, les adhérents en seront informés moyennant un préavis de 2 mois.
Les adhésions en cours à la date de la résiliation du Contrat continueront à être gérées par l'Assureur conformément aux dernières dispositions en vigueur à la date de la résiliation.
Les prestations en cours de service restent maintenues en cas de résiliation du contrat.
- En application de l'article L 141-6 du Code des assurances, en cas de dissolution ou de liquidation de l'Association UNIM, les engagements se poursuivent de plein droit entre l'Assureur et les personnes antérieurement adhérentes.
Les prestations en cours de service restent maintenues en cas de résiliation du contrat

Les caractéristiques et le fonctionnement du Contrat " UNIM Prévoyance des Paramédicaux" sont définies dans la présente Notice d'information.

1-1 Objet du contrat de prévoyance

L' UNIM Prévoyance des Paramédicaux a pour objet de couvrir les Assurés* pour tout ou partie des garanties suivantes, selon le choix écrit des adhérents effectué lors de leur demande d'adhésion* (ou par la suite en cours d'adhésion) .

Les garanties sont acquises en VIE PRIVÉE et/ou PROFESSIONNELLE, y compris, pour les Adhérents* en activité :

- pour les périodes de garde (avec ou sans vacances, à bord ou non d'un aéronef) au niveau d'une antenne médicale de collectivité territoriale,
- au cours des périodes militaires de réserve en tant que membre statutaire, sous contrat ESR, du corps médical et de santé,
- en cas de réquisition,
- au cours de missions humanitaires encadrées, telles que définies au § 1-4 ci dessous " Territorialité des garanties "

Garanties obligatoires : Décès toutes causes

- Capital en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (PTIA),
- Doublement du capital en cas de Décès Accidentel,
- Triplement du capital en cas d'accident de la circulation,
- Double Effet Familial.

Pour les Assurés* célibataires, veufs, divorcés, sans enfant à charge, les garanties "Doublement-Triplement du capital" visées ci-dessus sont remplacées par le capital dû en cas d'Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive, équivalent au capital Décès défini au titre des garanties obligatoires § 2-3 du chapitre « Les engagements de l'Assureur ».

A partir de 60 ans, la garantie IPAD se transforme à nouveau en garantie doublement ou triplement du capital

Garanties facultatives

- Indemnités et Rente d'Invalidité en cas d'Incapacité de Travail,
- Rente de Conjoint* viagère ou temporaire,
- Rente Education,
- Capital en cas d'Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD) pour les Assurés* célibataires, veufs ou divorcés avec enfant(s)* à charge, ainsi que pour les Assurés* mariés ou concubins,
- Capital en cas d'Infirmitté Permanente Accidentelle (IPA),
- Indemnités Relais Incapacité de Travail,
- Remboursement des Frais Professionnels.

1-2 Personnes concernées

L'adhésion au Contrat est réservée aux membres de l'Association qui exercent à titre libéral ou salarié les professions suivantes :

- Aide soignant(e), audioprothésiste, chiropracteur, diététicien(ne), ergothérapeute, esthéticien(ne), étio-pathe, infirmier(e), laborantin(e), manipulateur(trice) d'électroradiologie médicale, masseur kinésithérapeute, orthopédiste, orthophoniste, orthoptiste, pédicure, podologue, préparateur(trice) en pharmacie, prothésiste, psychologue, psychomotricien(ne), psychorééducateur(trice), psychothérapeute, puériculteur (trice), ostéopathe, sophrologue.

Dispositions spécifiques pour les paramédicaux, les aides soignants(es), et les laborantins(tines), ayant un statut de salariés : seules les garanties Décès, Rente Education, Rente de conjoint et IPA peuvent être souscrites.

Sont admissibles à l'Assurance les personnes exerçant les professions indiquées ci-dessus,

- âgées de moins de 65 ans,
- installées et exerçant en France ou dans les Départements et Régions d'Outre-mer et dans les collectivités Outre-mer (DOM-ROM et COM),
- de nationalité française, frontaliers ou installées et exerçant dans les pays européens limitrophes à la France,
- titulaires d'un diplôme d'Etat français ou reconnu par l'Etat français comme tel.

Elles doivent en outre être à jour de leurs cotisations au titre des régimes légaux obligatoires.

1-3 Bénéficiaires*

1 - En cas de décès de l'Assuré*, le capital est versé conformément à ce qui suit :

Au conjoint* de l'adhérent non séparé de corps, à défaut ses enfants légitimes, reconnus ou adoptifs par parts égales entre eux, à défaut son père et sa mère, par parts égales, ou le survivant d'entre eux, à défaut ses ayants droit.

A tout moment, l'Adhérent peut modifier la désignation « bénéficiaire » figurant dans la clause type ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de son choix, lors de l'adhésion au présent contrat ou ultérieurement par acte sous seing privé (écrit rédigé et signé entre les parties, sans l'intervention d'un officier ministériel), ou sur document fourni par l'UNIM « déclaration de changement de bénéficiaire », ou par un acte authentique (acte établi devant notaire).

Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Assureur ou de son représentant, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Lorsque l'Adhérent désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), il doit indiquer dans la clause leurs noms, prénoms, dates de naissance, lieux de naissance, noms de jeune fille et coordonnées et part attribuée à chacun.

Ces informations, utilisées par l'assureur en cas de décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche du(des) bénéficiaire(s).

La désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.

L'acceptation peut intervenir par voie d'avenant à l'adhésion (signé par l'Adhérent et le bénéficiaire). Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé (signé par l'Adhérent et par le bénéficiaire et devra être notifiée à l'assureur pour prendre effet).

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause bénéficiaire type du § 1-3 est applicable.

Un accusé de réception destiné à l'Adhérent* est alors délivré par l'Assureur* ou son représentant.

Les capitaux décès réglés à des personnes physiques sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 132-5 du code des assurances.

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 le(s) bénéficiaire(s) 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'Etat.

2 - En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (PTIA) de l'Assuré*,

le capital souscrit en cas de décès est versé à l'Assuré. L'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (PTIA) permet de verser le capital décès par anticipation.

Le versement du capital met fin à l'adhésion.

3 - En cas de pluralité des bénéficiaires,

le paiement du capital est indivisible à l'égard de l'Assureur qui règle sur quittance conjointe des bénéficiaires désignés.

4 - En cas de « Cession individuelle de Garantie » du capital payable en cas de décès,

il appartient à l'adhérent d'informer l'organisme prêteur de la hauteur du capital garanti, des modifications de celui-ci ou de la résiliation du contrat Prévoyance.

1-4 Territorialité des garanties

Le risque décès est couvert dans tous les pays du monde sous réserve que la preuve du 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 métropolitaine, Nouvelle-Calédonie, les DOM ROM et COM et à Monaco.

Les indemnités ou prestations sont mentionnées au Bulletin individuel d'adhésion*, toujours payées en € auprès d'un établissement bancaire sous forme de chèque tiré sur un établissement bancaire français ou de virement.

Au titre de la garantie Incapacité de travail, c'est la date de première constatation médicale (arrêt de travail établi par un médecin) en France qui sert de point de départ à l'éventuelle mise en jeu de la garantie.

Séjours hors de la métropole :

En cas d'arrêt de travail motivé par une maladie* contractée ou un accident* survenu hors du territoire de la France métropolitaine, les prestations ne sont dues que si l'Assuré* a été rapatrié en France métropolitaine dans les SIX MOIS suivant son arrêt de travail, l'état ouvrant droit aux prestations étant considéré comme ayant pris naissance à la date où il aura été constaté en France métropolitaine.

En cas d'arrêt de travail motivé par une maladie* contractée ou un accident* survenu dans les DOM-ROM et COM, l'un des pays membres de l'Union Européenne ou les Etats Unis d'Amérique ou le Canada, les dispositions du précédent alinéa ne s'appliquent pas.

En cas d'incapacité Temporaire Totale, les sinistres ayant donné lieu à une hospitalisation à l'étranger dans un établissement de soins public ou privé placé sous contrôle médical pourront aussi être couverts. Il conviendra alors à l'assuré d'apporter la preuve de son hospitalisation au moyen de documents établis par l'autorité médicale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française du lieu. A défaut de preuve, la garantie en cas d'incapacité temporaire totale sera suspendue jusqu'au retour en France.

Risques de guerre et/ou missions humanitaires

Tout adhérent qui effectue un déplacement ou séjour temporaire sur une zone de conflits et/ou lors d'une mission humanitaire encadrée **doit en informer l'Assureur* avant son départ.**

Celui-ci étudiera la possibilité d'accepter la garantie, de la limiter et/ou de prévoir une éventuelle surprime.

1-5 Formalités d'adhésion

Documents d'adhésion

En vue de bénéficier des garanties prévues au Contrat "UNIM Prévoyance des Paramédicaux", tout membre admissible doit faire parvenir à l'Assureur* par l'intermédiaire de son représentant, les pièces nécessaires suivantes :

- une demande écrite d'adhésion*, sur formulaire fourni par l'Assureur*, signée par l'Assuré, appelé Bulletin Individuel d'Adhésion
- un mandat de prélèvement SEPA, de l'Assuré, complété et signé, accompagné d'un RIB
- le questionnaire médical dûment rempli et signé par l'Assuré au moment de la souscription et adressé sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur.

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à la demande d'adhésion ou en cours d'adhésion entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

Si l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle, l'Assureur, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances, peut invoquer la nullité de l'adhésion et conserver les cotisations versées au titre des dommages et intérêts.

Si l'omission ou l'inexactitude n'est pas intentionnelle (article L 113-9 du Code des assurances) :

- **après un sinistre, les prestations sont réduites en proportion des cotisations payées par rapport à celles qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés,**
- **avant la réalisation du sinistre, l'Assureur peut, soit maintenir le contrat en cours, moyennant éventuellement une augmentation des cotisations et éventuellement une exclusion, soit résilier le contrat.**

Lorsque les garanties demandées à l'adhésion ou en cours d'adhésion (augmentation des garanties), et l'âge de l'Assuré* nécessitent des examens médicaux, l'Assuré est tenu de s'y soumettre.

Les frais occasionnés par ces formalités médicales demandées par l'Assureur* sont pris en charge par ce dernier, sauf si le postulant ne donne pas suite à sa demande de garantie pour des raisons non liées aux conditions d'acceptation fixées par l'Assureur.

En tout état de cause, l'Assureur* peut exclure ou refuser tout ou partie des garanties :

a) Lors de la demande d'adhésion :

le candidat à l'assurance est tenu de déclarer à l'Assureur* tous les éléments d'appréciation du risque, sans exception, ainsi que ceux mentionnés sur le Bulletin individuel d'adhésion* et sur les documents médicaux relatifs à l'état de santé. Lorsque l'Assureur accepte de couvrir l'Assuré, celui-ci reçoit un certificat d'adhésion.

b) En cours d'adhésion :

l'Assuré* doit aviser l'Assureur* par lettre recommandée dans les 15 jours où il en a eu connaissance, d'une modification importante du risque nouveau et/ou aggravant. Le risque évoqué n'étant pas lié à l'état de santé.

Extension au conjoint* ou concubin*

Est également admissible à l'adhésion au Contrat, le conjoint* ou le concubin*(tels que définis dans le lexique), d'un Adhérent* assuré, sous réserve des dispositions suivantes :

a) Garanties :

seules les garanties Décès sont accordées

b) Base de l'assurance :

la classe choisie par le conjoint* ou le concubin* doit être au plus égale à la classe retenue par l'Adhérent* et limitée à la classe 10.

c) Formalités d'adhésion* :

le conjoint* ou le concubin* de l'Adhérent* doit remplir une Demande d'adhésion* séparée comme tout nouvel Adhérent*, avec mention éventuelle du numéro d'adhésion* de l'Adhérent* si le couple n'a pas adhéré en même temps et des formalités médicales propres.

d) Cotisation :

les taux de cotisation sont ceux prévus au contrat, étant précisé qu'un appel de cotisation distinct de celui de l'Adhérent* sera effectué.

1-6 Date d'effet et durée

Documents d'adhésion

La (les) garantie(s) acceptée(s) prend (prennent) alors effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

2 - Les engagements de l'Assureur

2-1 Limites des garanties

L'ensemble des garanties décrites ci-dessous, si elles ont été souscrites et acceptées par l'Assureur, ne pourront donner lieu au versement des prestations prévues que si l'accident ou la maladie intervient en cours d'adhésion et au plus tard :

Avant la date de liquidation des droits au titre du Régime Obligatoire de retraite* dont relève l'Assuré* et au plus tard aux échéances figurant dans les tableaux ci-dessous,

GARANTIE	En cas de décès	En cas de PTIA
• Décès, Décès accidentel, Double effet familial	Le 31/12 qui suit le 70 ^{ème} anniversaire de naissance	Le 1 ^{er} jour du trimestre civil qui suit le 60 ^{ème} anniversaire
• Rente Education	Le 31/12 qui suit le 70 ^{ème} anniversaire de naissance	Le 1 ^{er} jour du trimestre civil qui suit le 60 ^{ème} anniversaire
• Rente de conjoint viagère	Le 31/12 qui suit le 70 ^{ème} anniversaire de naissance	Le 1 ^{er} jour du trimestre civil qui suit le 60 ^{ème} anniversaire
temporaire	Le 31/12 qui suit le 65 ^{ème} anniversaire de naissance	Le 1 ^{er} jour du trimestre civil qui suit le 60 ^{ème} anniversaire

GARANTIE	Fin de la garantie
Incapacité de travail	- Le 31/12 qui suit le 65 ^{ème} anniversaire de naissance - Le 31/12 qui suit le 70 ^{ème} anniversaire de naissance si poursuite de l'activité professionnelle au delà de 65 ans
Invalidité	Le 31/12 qui suit le 65 ^{ème} anniversaire de naissance
IPAD	Le 31/12 qui suit le 60 ^{ème} anniversaire de naissance
IPA	- Le 31/12 qui suit le 65 ^{ème} anniversaire de naissance - Le 31/12 qui suit le 70 ^{ème} anniversaire de naissance si poursuite de l'activité professionnelle au delà de 65 ans
Relais	- Le 31/12 qui suit le 65 ^{ème} anniversaire de naissance - Le 31/12 qui suit le 70 ^{ème} anniversaire de naissance si poursuite de l'activité professionnelle au delà de 65 ans
Frais Professionnels	- Le 31/12 qui suit le 65 ^{ème} anniversaire de naissance - Le 31/12 qui suit le 70 ^{ème} anniversaire de naissance si poursuite de l'activité professionnelle

La garantie IPAD applicable jusqu'au 31 décembre qui suit le 60^{ème} anniversaire de naissance se transforme en garantie doublement du capital et triplement du capital, **pour un adhérent célibataire, veuf, divorcé, sans enfant.**

2-2 Au titre de la garantie immédiate

Couverture accident* :

La couverture des seuls risques accidentels est accordée à compter du lendemain, zéro heure, qui suit la date de réception de la Demande d'adhésion* par l'Assureur* ou son représentant

Il est toutefois précisé que cette garantie, accordée pendant la période d'examen de la Demande 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 de la Demande d'adhésion.

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

- l'Assureur* n'a pu statuer faute de renseignements médicaux,
- l'Adhérent* annule ou ne donne pas suite à sa demande d'adhésion,
- le prélèvement des cotisations n'a pu être effectué,

la couverture des risques accidentels ne pourra pas être acquise dans le cadre d'une nouvelle demande et les garanties prendront effet comme il est dit au paragraphe précédent.

Par "risques accidentels", il faut entendre les risques tels que définis comme "Accident" dans le lexique.

Prise d'effet des garanties :

En cas d'acceptation de l'adhésion* dans le délai de trois mois, la couverture de l'ensemble des risques par l'Assureur* et le point de départ des cotisations prennent effet au 1er jour du mois civil le plus proche de la date de réception de la Demande d'adhésion* par l'Assureur* ou son représentant.

Si l'adhésion* n'a pu prendre effet dans le délai de trois mois, la couverture (et, en conséquence, le point de départ de cotisations) prend effet le premier jour du mois civil le plus proche de la date qui suit l'acceptation du risque par l'Assureur*.

Effets différés :

Toutefois, il est possible d'avoir une date d'effet différé pour tout ou partie des garanties. L'éventuelle date d'effet différé est indiquée au certificat d'adhésion.

2-3 Au titre des garanties obligatoires

Base de l'assurance et choix des niveaux des garanties

Lors de la demande d'adhésion*, les adhérents * choisissent une des classes ci-dessous en vue de déterminer le montant des prestations garanties et des cotisations afférentes :

LES GARANTIES	la classe choisie doit être comprise entre
"Décès" / "Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (PTIA) "	Les classes 1 et 50

Une classe correspond à 15 000 €.

2-4 Au titre des garanties facultatives

Les Adhérents* ont la faculté de choisir lors de l'adhésion*, en complément de la garantie obligatoire (- Assurance Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) - Décès Accident - Double Effet Familial), parmi 7 garanties facultatives

LES GARANTIES	la classe choisie doit être comprise entre	Cumul des classes maxi
Incapacité de Travail (a) Rente Invalidité = (IJ / RI)	Les classes 1 et 15 La classe IJ / RI ne peut être supérieure à + 3 classes / la garantie Décès Peut être inférieure à 1 classe / la garantie Relais	IJ / RI + Frais Professionnels + Frais généraux cabinet de groupe = classe 30
Rente Education (c)	Les classes 1 et 6 Libre choix de la classe	Décès + Rente Education + rente conjoint = classe 66 (b)
Rente de Conjoint* temporaire 65 ans viagère	Les classes 1 et 10 Libre choix de la classe	Décès + Rente Education + rente conjoint = classe 66 (b)
Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD) pour les Adhérents* chargés de famille	Les classes 1 et 20 Classe librement souscrite, dissociée de la classe Décès	NON
Infirmité Permanente par Accident* (IPA)	Les classes 1 et 15 Classe librement souscrite, dissociée de la classe Décès	NON
Relais Incapacité de Travail	Les classes 1 et 8 Peut être inférieure à la classe choisie pour la garantie IJ/RI Peut être supérieure à 1 classe / la garantie IJ/RI	NON
Frais Professionnels	Les classes 1 et 15	IJ / RI + Frais Professionnels + Frais généraux cabinet de groupe = classe 30

a) Pour la garantie "Incapacité de Travail*", l'Assureur accorde la classe 10 et les suivantes sur présentation d'une déclaration sur l'honneur quant au montant des revenus imposables au titre de l'exercice civil précédant celui de la demande d'adhésion*.

b) Le cumul des classes choisies pour les garanties "Décès", "Rente Éducation" et "Rente de Conjoint*" est limité à 66 classes; l'appréciation de ce cumul est faite :

- soit lors de l'adhésion* d'un nouvel Adhérent*,
- soit lors de la demande d'une augmentation des garanties (ajout d'options ou augmentation des classes des garanties déjà souscrites), pour les adhésions* en portefeuille, auquel cas les classes à cumuler seront ramenées sur la base de la classe 1 (ou du multiple correspondant) pour apprécier ce plafond.

c) Pour la garantie "Rente Éducation" le nombre d'enfant(s) n'intervient pas dans la règle des cumulés.

Pour les Assurés* non chargés de famille, célibataires, veufs, divorcés sans enfant à charge, les garanties Décès Accident et Double Effet Familial sont remplacées par la garantie Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD).

Les paramédicaux exerçant leur activité à titre salarié ne peuvent pas souscrire les garanties facultatives suivantes :

- Incapacité de Travail
- Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD) pour les Adhérents* chargés de famille
- Relais Incapacité de Travail
- Frais Professionnels

2-5 Indexation des montants garantis et revalorisation des prestations

Indexation des montants garantis

Le montant des classes de garanties choisies est susceptible d'être indexé par accord entre l'UNIM et l'Assureur. Cette indexation peut intervenir à l'occasion de l'échéance annuelle afin de tenir compte – notamment – de la variation de la lettre C du tarif de responsabilité "convention" de la Sécurité sociale et de l'indice INSEE des prix à la consommation (hors tabac).

L'UNIM et l'Assureur tiennent compte des évolutions de ces montants, constatées sur la période des 12 mois antérieurs au 1er octobre de l'année précédant l'indexation envisagée.

Toute indexation est portée à la connaissance de l'Assuré, au moins trois mois avant l'entrée en vigueur de celle-ci. Suite à cette information, l'Assuré peut résilier son adhésion au contrat dans les conditions prévues à l'article L141-4 du Code des assurances. Dans cette hypothèse, l'Assuré s'acquitte des cotisations restant à payer jusqu'à la prise d'effet de sa résiliation, sur la base de la cotisation antérieure à la mesure d'indexation.

Revalorisation des prestations en cours de service

- Les prestations dues en cas **d'incapacité temporaire complète de travail et d'invalidité permanente**, sont revalorisées conformément aux modalités suivantes :

La première revalorisation intervient au plus tôt à compter du premier anniversaire de la date d'arrêt de travail ou de la reconnaissance de l'invalidité permanente. Les revalorisations suivantes se font chaque 1er janvier, dans les limites des ressources du fonds de revalorisation constitué à cet effet.

- Pour les garanties **Rente Education et Rente Conjoint** la première revalorisation intervient le 1er janvier qui suit la date du décès ou de la reconnaissance de la PTIA. Les revalorisations suivantes se font chaque 1er janvier, dans les limites des ressources du fonds de revalorisation constitué à cet effet.

2-6 Changement de classe ou de garantie en cours d'adhésion*

La possibilité de changer de classe ou de garantie en cours d'adhésion* est offerte à chaque Adhérent*. La modification n'entraîne aucune formalité médicale si elle se traduit par une diminution des garanties. Elle donne lieu à sélection médicale, comme toute nouvelle adhésion*, si elle se traduit par une augmentation.

Dans le cas d'une diminution des garanties

La date d'effet de la modification est nécessairement fixée au premier janvier de l'année civile suivant la date de réception par l'Assureur* de la demande de modification sauf accord exceptionnel de ce dernier pour la ramener au 1er jour du trimestre civil suivant la date de réception de la demande de modification.

Dans le cas d'une augmentation des garanties

La date d'effet de la modification est nécessairement fixée à la date d'acceptation des risques par l'Assureur* et au plus tôt, au premier jour du trimestre civil suivant la date de réception de la demande de modification par ce dernier, étant précisé que la couverture des risques accidentels est à nouveau accordée pour le supplément de garanties, aux clauses et conditions fixées au § 2-2.

Cas particuliers

Toute demande de modification de classe immédiatement supérieure sera acceptée par l'Assureur* sans formalité médicale si elle est motivée par un accroissement des charges de famille de l'Adhérent* (mariage, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant) 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 l'Assuré* ne soit pas en arrêt de travail ou ne bénéficie pas d'une rente d'invalidité totale ou partielle.

En cas d'acceptation, la date d'effet de la nouvelle adhésion sera le premier jour du trimestre civil suivant la date de réception par l'Assureur* ou par son représentant de la demande de modification.

3 - Le détail des garanties

GARANTIE OBLIGATOIRE (ne peut pas être souscrite dans le cadre de la loi Madelin)

3-1 Décès toutes causes

3.1.1 Décès Maladie- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) *- Double effet familial

Capital "Décès Maladie"

Au décès de l'Assuré* à la suite d'une maladie, l'Assureur verse aux bénéficiaires désignés au Bulletin Individuel d'adhésion, le capital décès choisi par l'Assuré.

L'Assuré au moment de l'adhésion choisit sa garantie entre les classes 1 et 50.

Le montant du capital décès correspondant se situe entre 15 000 € et 750 000€.

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

Un Assuré* est considéré comme étant en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) * lorsque, avant qu'il ait atteint l'âge de 60 ans par suite de maladie* ou d'accident* corporel survenu postérieurement à son adhésion*, il est devenu définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ni à aucun travail lui procurant gain ou profit.

Il doit, en outre, être 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 cat. Sécurité sociale) et justifier d'un degré d'invalidité égal à 100 %, tel que défini dans la garantie "Invalidité permanente totale ou partielle".

Dès que l'Assuré* est considéré comme étant en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) * l'Assureur cesse de percevoir les cotisations et verse le capital selon les mêmes modalités que dans le cas du Décès par maladie. (L'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est assimilé à un décès).

Dès la constatation de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) * le versement par anticipation du capital garanti en cas de décès par maladie est effectué en une seule fois. Cela met fin à la garantie.

Double effet familial

Cette garantie s'applique exclusivement aux Adhérents* mariés et aux célibataires, veufs, divorcés, **avec enfant(s)* à charge**.

En cas de décès avant l'âge de 60 ans du conjoint* d'un Assuré* prédécédé, laissant un ou plusieurs enfants à charge* au sens fiscal, il est versé au profit de ceux-ci un capital d'un montant égal à celui de la classe garantie en cas de décès par maladie.

Le règlement ainsi effectué est indivisible à l'égard de l'Assureur*, qui est valablement libéré par l'acquit du représentant légal des enfants*.

Cette garantie cesse en cas de remariage du conjoint*.

3.1.2 Décès accidentel

Cette garantie s'applique exclusivement aux Assurés* mariés ou concubins* et aux célibataires, veufs, divorcés, **avec enfant(s)* à charge**.

En revanche dès l'instant où les Adhérents* célibataires, veufs, divorcés, sans enfant* à charge, se marient ou ont un enfant*, ils se voient substituer à l'assurance "Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive" (IPAD) (cf. § 3-1-3 ci après), l'assurance "Décès Accidentel".

Accident*

Dans le cas où un Assuré* décède des suites d'un accident*dans les six mois suivant la date de sa survenance, l'Assureur* verse au(x) bénéficiaire (s)* désigné(s) au Bulletin Individuel d'adhésion, un capital dont le montant est égal au double du capital prévu en cas de décès par maladie*. Ceci sous réserve des exclusions prévues au § 3-9 "Risques exclus".

Accident* de la circulation

Dans le cas où un Assuré* décède à la suite d'un accident* de la circulation (cf. lexique), l'Assureur* verse au(x) bénéficiaire(s)* désigné(s) au Bulletin Individuel d'adhésion, un capital dont le montant est égal au triple du capital prévu en cas de décès par maladie*. Ceci sous réserve des exclusions prévues au § 3-9 "Risques exclus".

3.1.3 Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD)

Cette garantie est réservée aux seuls Adhérents* célibataires, veufs, divorcés, **sans enfant* à charge**.

Elle cesse dès l'instant où ils se marient, vivent en concubinage* ou ont un enfant* et est immédiatement remplacée par les assurances "Décès Accidentel" et "Double Effet Familial".

Définition de la garantie

Un Assuré* est considéré comme étant en état d'Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive* (IPAD) lorsque par suite de maladie* (hors les affections psychiatriques, la spasmophilie, le syndrome de fatigue chronique, ainsi que la fibromyalgie) ou d'accident* corporel, survenu postérieurement à son adhésion, il est devenu définitivement incapable de se livrer à aucune activité dans sa profession lui procurant gain ou profit et que son état de santé est consolidé.

Seuls les Assurés* dont l'état de santé correspond à une invalidité de 100 % selon les barèmes professionnels en Annexe1, peuvent être considérés en Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive* (IPAD). Dans ce cas l'Assureur lui verse un capital.

Montant de la garantie

Le montant du capital est égal à 100% de la classe choisie en décès.

Il sera versé à l'Assuré* sous réserve qu'il soit en vie au moment du règlement du capital, après une période de douze mois suivant le constat de l'Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive.

Le capital sera fixé sur la base du montant atteint lors de la consolidation définitive, conformément au § 2-5 Indexation des montants garantis et revalorisation des prestations.

Le versement du capital met fin à la garantie "Décès Accidentel", à la garantie "IPAD" et à la garantie "Double Effet Familial".

GARANTIES FACULTATIVES

3-2 Garantie : Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente (pouvant être souscrite dans le cadre de la loi Madelin)

Les garanties "Incapacité Temporaire Totale de Travail" et "Invalidité Permanente" sont indissociables et réservées aux Assurés* exerçant une activité professionnelle, les prestations de ladite garantie n'étant dues que pour les seuls Assurés* exerçant leur activité à la date du sinistre.

3.2.1 Incapacité Temporaire Totale de Travail

Objet de la garantie

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail consécutive à un accident* ou une maladie*, l'Assureur* garantit le versement d'une indemnité journalière forfaitaire dont le montant figure au Certificat d'adhésion*.

Cette indemnité journalière est due au plus tard jusqu'au 1095^e jour d'arrêt continu total de travail.

Cette indemnité figurant sur le Bulletin Individuel d'adhésion*, sauf dispositions contraires figurant sur le Certificat d'adhésion* est payable, à compter du :

a) Arrêt avec hospitalisation > 24 H

CAUSE	Durée d'hospitalisation	Indemnité journalière
Accident	> 24 heures	versement dès le 1 ^{er} jour d'hospitalisation
Maladie	24 h < Hospi < 3 jours	versement dès le 1 ^{er} jour d'hospitalisation et pendant toute sa durée puis reprise des règlements dès le 8 ^{ème} , 16 ^{ème} , 31 ^{ème} jour d'arrêt continu total de travail (selon la franchise souscrite)
	Hospi ≥ 3 jours	versement dès le 1 ^{er} jour d'hospitalisation

b) Arrêt sans hospitalisation ou hospi ≤ 24 H

CAUSE	Sans hospitalisation	Indemnité journalière
Accident	sans hospi	versement dès le 6 ^{ème} jour d'arrêt continu total de travail
Maladie	sans hospi	versement dès le 8 ^{ème} , 16 ^{ème} , 31 ^{ème} jour d'arrêt continu total de travail (selon la franchise souscrite)

c) Cas particuliers

1/ **Attentat/agression** : Versement dès le 1er jour d'arrêt continu total de travail

2/ **Franchise 90 jours** : Versement dès le 91ème jour d'arrêt continu total de travail quelle que soit la cause de l'arrêt (maladie ou accident / avec ou sans hospi)

Rappel : prise en compte de l'hospitalisation uniquement si l'hospitalisation est d'une durée supérieure à 24 h.

Il est précisé que pour le calcul du nombre de jours d'hospitalisation, le jour d'entrée et le jour de sortie sont pris en compte.

Une allocation maternité est versée en cas d'accouchement.

Cet avantage concerne toutes les adhérentes de l'UNIM assurées au titre du présent contrat depuis au moins 12 mois et qui exercent leur activité à titre libéral exclusivement.

Il s'agit d'une allocation versée dans le cadre de la garantie Incapacité – Invalidité uniquement. Elle est fonction de l'Indemnité Journalière choisie.

Cette allocation représente au maximum 30 fois l'Indemnité journalière plafonnée à 50 €. Elle est égale au maximum à 30 fois 50 € soit 1 500 €. Elle est versée une seule fois en cas de grossesse multiple.

Cette garantie est accordée sur présentation d'une fiche d'Etat civil de l'enfant et d'une attestation d'affiliation au Régime Obligatoire.

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 conformément aux indexations définies au § 2 - 5 Indexation des montants garantis et revalorisation des prestations.

La première revalorisation intervient au plus tôt à compter du premier anniversaire de la date d'arrêt de travail.

Les revalorisations suivantes se font chaque 1er janvier.

Limitation de la garantie

Les incapacités de travail motivées par une affection psychiatrique, une spasmophilie, un syndrome de fatigue chronique ou une fibromyalgie sont indemnisées après application des franchises* contractuelles et pour une durée maximale d'un an, rechutes comprises, toutes causes énumérées ci-dessous confondues, pendant toute la durée de la couverture d'Assurance. Il est précisé en outre que ces affections ne donnent pas droit à une invalidité partielle ou totale.

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.

Cas de rechutes ou arrêts multiples

En cas de rechute dans les 60 jours suivant la fin de la période d'Arrêt de Travail, diagnostiquée médicalement comme provenant de la même cause, il n'y a pas de nouvelle application de la franchise*. Dans les autres cas (rechute après 60 jours ou nouvel accident* / maladie*), le délai de franchise* contractuel (7, 15, 30 ou 90 jours) sera de nouveau appliqué.

Adhérents poursuivant leur activité au-delà du 31 décembre qui suit leur 65ème anniversaire de naissance

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail consécutive à un accident ou une maladie, l'Assureur garantit le versement d'une indemnité journalière dont le montant figure au Certificat d'adhésion, indexé selon les modalités du paragraphe 2.5 et sauf conditions spéciales, après application des franchises figurant page 3.2.1 et au plus tard, jusqu'au 365ème jour d'arrêt total de travail.

Attentats / Agressions

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, outre les indemnités prévues ci-dessus, l'Assureur prend en charge les consultations de soutien psychologique médicalement prescrites, à concurrence d'un montant forfaitaire de 10% de la classe 1 "Décès", dans la limite des frais restant à la charge de l'Assuré (la classe 1 valant 15 000€).

Exonération

Si la garantie "Incapacité de Travail / Invalidité" est choisie et donne lieu au versement des prestations, l'exonération du paiement des cotisations est remplacée par le dispositif suivant :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et d'invalidité permanente totale excédant obligatoirement les 30 premiers jours d'arrêt continu total de travail (ou 90 jours si cette franchise* a été choisie par l'Adhérent* lors de son adhésion*), la cotisation globale continue d'être appelée en contrepartie d'une majoration forfaitaire des prestations versées égale à 2,5%.

L'état d'invalidité partielle (taux inférieur à 66%) ne donne pas lieu à l'exonération de la cotisation.

L'exonération cesse en cas de résiliation de l'adhésion* et en cas de cessation de la garantie "Incapacité de Travail".

3.2.2 Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Objet de la garantie

Dès constatation médicale de la consolidation de l'état d'Invalidité* de l'Assuré, consécutif à un accident* ou une maladie* et au plus tard 3 ans après le début de l'arrêt de travail, **une rente d'invalidité est substituée à l'indemnité journalière** sous réserve que ledit état d'invalidité entraîne une diminution inévitable totale ou partielle de la capacité de gain, suivant le degré d'invalidité.

Cette garantie n'est pas accordée pour les assurés poursuivant leur activité après le 31 décembre qui suit leur 65ème anniversaire de naissance.

Définition du degré d'invalidité

a) l'invalidité de taux "n" ouvrant droit au service de la rente garantie est déterminée en fonction du degré d'invalidité fonctionnelle et du degré d'invalidité professionnelle évalués de la façon suivante :

- le degré d'invalidité fonctionnelle est apprécié en s'inspirant du guide utilisé en matière d'accidents du travail, à savoir le Barème des Accidents du Travail et Maladies Professionnelles,
- le degré d'invalidité professionnelle est apprécié en s'inspirant des barèmes établis par la Commission Médicale Paritaire (CMP cf. § b ci-après) et figurant en Annexe

Exemple

		FONCTIONNEL										
		10	15	20	30	40	50	60	70	80	90	100
PROFESSIONNEL	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	28,28	34,64	40,00	48,99	56,57	63,25	69,28	74,83	80,00	84,85	89,44
	90	30,00	36,74	42,43	51,96	60,00	67,08	73,48	79,37	84,85	90,00	94,87
100	31,62	38,73	44,72	54,77	63,25	70,71	77,46	83,67	89,44	94,87	100,00	

Les degrés d'invalidité fonctionnelle et professionnelle varient de 0 % à 100 % et peuvent être révisés d'un commun accord, soit par expertise contradictoire amiable, soit par arbitrage ou sur avis motivé de la Commission Médicale Paritaire à la demande des parties.

L'Expertise Contradictoire Amiable se déroule entre le médecin traitant et le médecin expert désigné par l'UNIM. Elle a pour but notamment de fixer les degrés d'invalidité fonctionnelle et les degrés d'invalidité professionnelle de l'assuré. En cas d'échec de l'expertise contradictoire amiable, l'assuré peut demander un arbitrage. L'Assuré choisit alors un arbitre parmi une liste de 3 noms proposés par l'expert de l'UNIM.

En cas de désaccord, l'Assuré peut alors demander que son dossier soit soumis à la Commission Médicale Paritaire

La Commission Médicale Paritaire

En cas de désaccord sur le taux d'invalidité "n" l'Assuré* peut demander auprès du représentant de l'Assureur* que son dossier soit soumis à la Commission Médicale Paritaire.

Cette dernière est composée de trois médecins administrateurs ou représentants de l'UNIM et de trois médecins experts de l'Assureur*. Ses décisions sont communiquées aux parties intéressées.

L'Adhérent* peut saisir à nouveau la Commission Médicale Paritaire en lui communiquant tout élément nouveau d'information justifiant sa demande.

b) Montant de la rente

Les Assurés, dont l'état de santé correspond à une invalidité de 100 % selon les barèmes contractuels définis en annexe, bénéficient de la rente totale sans faire référence au tableau figurant au paragraphe « définition de degré d'invalidité » (paragraphe 3-2-2 a).

La rente est versée pour les invalidités dont le degré est égal ou supérieur à 10 %, dans les conditions suivantes :

- Si le taux "n" est inférieur à 10 %, aucune rente ne sera versée.
- Si le taux "n" est supérieur ou égal à 10 % et inférieur ou égal à 50 %, le montant annuel de la rente sera multiplié par le taux "n" conformément au tableau ci-après,
- Si le taux "n" obtenu est supérieur à 50 % et inférieur à 66 %, le montant annuel de la rente sera multiplié par le taux $\frac{n-33}{33}$,
- Si le taux "n" obtenu est supérieur ou égal à 66 %, l'invalidité permanente est considérée comme totale (100%) et le montant annuel de la rente d'invalidité souscrite sera versé en totalité.

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

Païement de la rente

La rente est due à compter de la date de consolidation de l'Invalidité Permanente ouvrant droit à prestations. Elle est payable par trimestre civil échu. Elle est versée pour les invalidités dont le degré est égal ou supérieur à 10 %.

Le montant de la rente est revalorisé chaque année selon les modalités du § 2.5 Indexation des montants garantis et revalorisation des prestations.

Le montant maximum de la rente annuelle versée, quelle que soit la classe souscrite, est égal à 250 fois l'indemnité journalière.

Le paiement par l'Assureur* de la rente maximum en cas d'invalidité permanente totale supérieure ou égale à 66 % est conditionné par la cessation de toute activité paramédicale.

En cas de décès, le paiement de la rente d'invalidité est dû jusqu'au jour du décès de l'Assuré*, le dernier paiement étant calculé au prorata temporis.

Limitation des prestations

a) Le montant maximum de la rente annuelle versée en cas d'invalidité permanente est limité à la classe 15, cette limite subissant la même évolution que les classes de capitaux de base.

b) Cas particuliers

Selon les spécialités professionnelles, certaines infirmités définies par la Commission Médicale Paritaire et figurant dans les barèmes professionnels visés en Annexe, peuvent donner lieu à une reconnaissance d'invalidité permanente totale ouvrant droit au versement de la rente maximum, le versement de cette rente étant néanmoins conditionné par la cessation de toute activité professionnelle paramédicale.

Non cumul de la rente d'invalidité et de l'indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

a) Pour les Assurés* ayant cessé définitivement leur activité exercée à titre libéral, la réalisation du risque invalidité permanente au moins égale à 66 % met fin à l'assurance "Incapacité de Travail", "Invalidité Permanente".

b) Pour les Assurés* dont l'invalidité permanente partielle est comprise entre 10 % et 66 %, qui perçoivent déjà une rente à ce titre, ils percevront également des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Ces indemnités journalières dues au titre de l'incapacité complète de travail s'ajouteront à la rente versée.

Ce complément sera égal à la différence entre le montant de l'indemnité journalière garantie et 1/365 e de la rente annuelle versée.

3-3 Garantie : Rente éducation

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement au profit de chaque enfant bénéficiaire* d'une rente en cas de décès de l'Assuré*(cf. définition dans le lexique).

Cette rente est majorée lorsque l'enfant* bénéficiaire* est orphelin de père et de mère.

Au décès de l'Assuré :

- si l'enfant est mineur, la rente sera versée à son représentant légal,
- si l'enfant est majeur (entre 18 et 25 ans) et poursuit des études, la rente lui est versée directement.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) * de l'Assuré,

telle que définie au Paragraphe 3 – 1 - 1 ci-dessus, son état est assimilé à un décès. Il ouvre droit au PAIEMENT ANTICIPÉ de la ou des rentes garanties en cas de décès.

Si l'Assuré* est un majeur protégé, la rente est versée à son représentant légal, sur la base de justificatifs (décision de justice prononçant la mesure de protection).

A défaut elle est versée à l'Assuré.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) * d'un Assuré*, l'Assureur* peut lui demander, au moins deux fois par an, de fournir la preuve de la persistance de son état au moyen d'un certificat médical fourni par son médecin.

Si l'Assuré cesse d'être invalide avant que tous les termes de la rente aient été payés ou si la preuve de la persistance de son invalidité ne peut être fournie, le paiement de la rente prend fin. La garantie pourra être de nouveau acquise sous réserve du paiement des cotisations par l'Assuré.

En cas de décès de l'Assuré* en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) *,

la rente Education perçue par l'Assuré pour un enfant mineur, est transférée au profit de de son représentant légal. Si l'assuré a un enfant majeur (18 à 25 ans) qui poursuit des études, c'est ce dernier qui perçoit la rente directement.

Montant de la garantie

a) Base de l'assurance : la classe choisie ne peut être supérieure à la classe 6.

b) Décès de l'Assuré* : le montant de la rente annuelle est fixé en pourcentage du montant de la garantie atteint au moment du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*.

Ce pourcentage est fixé à :

- 5 % jusqu'à 11 ans,
- 10 % de 12 à 18 ans,
- 15 % de 19 à 25 ans.

Il est précisé que le changement de taux de rente intervient à compter du 1er jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

c) Orphelin de père et de mère : la rente est majorée de 100 % de son montant lorsque l'enfant* est orphelin de père et de mère :

- soit à la suite du décès de l'Assuré*,
- soit à la suite du décès du conjoint*, âgé de moins de 65 ans, survenant après celui de l'Assuré*.

Modalités de règlement

a) Modalités : la rente annuelle est payable par quart à la fin de chaque trimestre civil.

Elle est versée à l'enfant* lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

b) Effet : la rente prend effet le jour du décès de l'Assuré* ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*, le montant du premier paiement étant calculé au prorata temporis.

c) Cessation : la rente cesse d'être due à compter du jour où les conditions requises pour être enfant bénéficiaire* ne sont plus remplies et, au plus tard, le jour du 18e ou 25e anniversaire de l'enfant bénéficiaire*, le dernier paiement étant calculé au prorata temporis.

3-4 Garantie : Rente de conjoint*

Objet de la garantie

Il faut entendre par conjoint* ou par concubin* la personne telle que définie dans le lexique.

Cette garantie ne peut être souscrite que pour les seuls Adhérents* âgés de moins de 65 ans lors de leur adhésion*.

En cas de décès de l'Assuré

La garantie a pour objet le versement d'une rente au conjoint*, concubin* survivant selon l'option choisie à l'adhésion :

- temporaire

Elle est versée jusqu'au 31 décembre qui suit le 65ème anniversaire de naissance du conjoint veuf.

- viagère

Elle est versée durant toute la vie du conjoint.

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

Un Assuré* est considéré comme étant en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (PTIA) lorsque par suite de maladie* ou d'accident* corporel survenu postérieurement à son adhésion*, il est devenu définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ni à aucun travail lui procurant gain ou profit, avant qu'il ait atteint l'âge de 60 ans.

Il doit, en outre, être 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 3e cat. Sécurité sociale) et justifier d'un degré d'invalidité égal à 100 %, tel que défini au § "Invalidité permanente totale ou partielle".

L'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (PTIA), ouvre droit au PAIEMENT ANTICIPÉ de la rente à l'Assuré.

Dans ce cas, la rente est versée à l'Assuré* jusqu'au 31 décembre qui suit son 60ème anniversaire.

Dès réception de la preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) *, l'Assureur* cesse de percevoir les cotisations ; il commence à payer à l'Assuré* la rente définie selon les modalités prévues ci-dessous au § "Modalités de règlement de la rente".

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) * d'un Assuré*,

L'Assureur* peut lui demander, au moins deux fois par an, de fournir la preuve de la persistance de son état au moyen d'un certificat médical fourni par son médecin traitant.

Si l'Assuré cesse d'être invalide avant que tous les termes de la rente aient été payés, ou s'il ne peut être fourni la preuve de la persistance de son invalidité, le paiement de la rente prend fin.

La garantie pourra être de nouveau acquise sous réserve du paiement des cotisations.

En cas de décès de l'Assuré* en état de Perte totale et Irréversible d'Autonomie, le service de la rente est transféré au conjoint*.

Montant de la garantie

Base de l'assurance

L'Adhérent* peut choisir librement sa classe entre la classe 1 et la classe 10.

Le montant annuel de la rente est égal à 10 % de la base de l'assurance.

Coefficients de minoration ou de majoration

Il est appliqué un coefficient de minoration ou de majoration au montant de la rente annuelle à verser au moment du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) * de l'Assuré*, s'il existe entre l'Assuré* et son conjoint* une différence d'âge (calculée par différence de millésimes) de plus de 5 ans.

	Conjoint* plus jeune, la rente est minorée de :	Conjoint* plus âgé, la rente est majorée de :
6 à 10 ans	10 %	5 %
11 à 15 ans	20 %	10 %
16 à 20 ans	25 %	15 %
21 à 25 ans	30 %	25 %
26 à 30 ans	35 %	35 %
31 ans et +	40 %	40 %

Réversion de la rente

En cas de décès du conjoint* ou du concubin*, la rente de conjoint* est réversible au profit de chaque enfant* fiscalement à charge.

La réversion de la rente de conjoint* intervient également lorsque l'Assuré* et son conjoint* décèdent du fait d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Lorsque l'Assuré* perçoit la rente de conjoint* pour cause de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) * et décède après son conjoint*, la rente est également réversible au profit des enfants* fiscalement à charge dans les conditions ci-après.

a) **Montant** : la rente est réversible pour 100 % de son montant au profit de ou des enfants à charge.

Si le nombre d'enfants est supérieur ou égal à 2, la rente de conjoint* est réversible par parts égales entre chaque enfant.

b) **Enfants bénéficiaires*** : On entend par enfants à charge, les enfants de l'Assuré*, tels que définis dans le lexique.

Pour bénéficier de la réversion de la rente de conjoint*, les enfants* visés ci-dessus doivent être encore à charge au moment du décès du conjoint* ou de l'Assuré* en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) *.

c) **Règlements** : La rente est versée

- à l'enfant* lui-même s'il jouit de la capacité juridique : de 18 à 25 ans s'il poursuit des études,
- ou à son représentant légal, jusqu'à sa majorité.

Modalités de règlement de la rente

La rente est payable trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie.

Le premier terme vient à échéance à la fin du trimestre civil au cours duquel est survenu :

a) **Le décès de l'Assuré***,

La rente est versée au conjoint* ; son montant étant calculé au prorata temporis,

b) **La reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie***,

C'est l'Assuré qui perçoit la rente de conjoint* ; son montant étant calculé au prorata temporis,

c) **Le décès du conjoint* ou du concubin* de l'Assuré***

Dans le cas visé au 2e alinéa du § ci-dessus, la rente de conjoint est réversible au profit du (de)s enfant(s) à charge de l'Adhérent .

Son montant est calculé au prorata temporis

Le dernier terme vient à échéance :

a) à la date du décès du conjoint* ou du concubin* pour l'option viagère,

b) à la date du 65e anniversaire du conjoint* ou du concubin*, pour l'option temporaire,

c) à la date à laquelle l'enfant atteint son 18e anniversaire. Cette limite d'âge est portée au 25e anniversaire sous réserve de la poursuite d'études.

Le dernier paiement étant calculé au prorata temporis.

3-5 Garantie : Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive (IPAD)

Objet de la garantie

Cette garantie **peut être souscrite par les Adhérents* chargés de familles** (célibataires, veufs, divorcés, avec enfant(s)* à charge) ainsi que les mariés ou concubins* avec ou sans enfant à charge.

Lorsqu'un Assuré est en état d'Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive* (IPAD), l'Assureur lui verse un capital.

Un Assuré* est considéré comme étant en état d'Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive* (IPAD) lorsqu'il est devenu définitivement incapable de se livrer à aucune activité dans sa profession lui procurant gain ou profit et que son état de santé est consolidé. Cet état définitif peut être la conséquence de maladie* (hors les affections psychiatriques, la spasmophilie, le syndrome de fatigue chronique, ainsi que la fibromyalgie) ou d'accident*, survenu postérieurement à son adhésion*.

Seuls les Assurés* dont l'état de santé correspond à une invalidité de 100 % selon les barèmes professionnels visés en Annexe peuvent être considérés en Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive* (IPAD).

L'IPAD est constaté par un certificat médical fourni par l'adhérent.

Le capital est versé à l'Assuré*, sous réserve qu'il soit en vie au moment de son règlement, après une période de 12 mois suivant le constat de l'invalidité.

Au moment de la consolidation définitive le montant du capital dû est égal au montant choisi à l'adhésion revalorisé conformément au § 2 - 5, Indexation des montants garantis et revalorisation des prestations.

En cas de contestation de l'Assuré, la Commission Médicale Paritaire - définie dans la garantie « Incapacité de travail et invalidité » au § 3 - 2 - 2, sera saisie du dossier.

Montant de la garantie

A l'adhésion, l'Assuré choisit librement une classe correspondant à un capital, parmi l'une des 20 premières classes prévues pour la garantie "Décès".

3-6 Garantie : Infirmité Permanente Accidentelle (IPA)

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas d'infirmité permanente totale ou partielle de l'Assuré* consécutive à un accident*, tel que défini ci-dessous.

L'atteinte corporelle doit être constatée dans un délai de six mois à compter de l'accident*.

Si la consolidation n'est pas intervenue dans un délai de deux ans, l'état de l'Assuré* sera apprécié au plus tard à l'expiration de ce délai.

Montant de la garantie

A l'adhésion, l'Assuré choisit librement une classe correspondant à un capital, parmi l'une des 15 premières classes prévues pour la garantie "Décès".

Le montant du capital dû est égal au montant du capital correspondant à la classe choisie multiplié par le taux d'infirmité "n".

Montant du capital

Le montant du capital dû en cas d'infirmité permanente accidentelle est égal au montant atteint au moment de la consolidation définitive auquel est appliqué le taux d'infirmité "n" retenu.

Le taux d'infirmité "n" est déterminé d'après le barème IPA mentionné en Annexe, en comparaison avec la capacité existante ou restante définie à l'adhésion, sur le fondement du questionnaire et des formalités médicales nécessaires :

- si "n" est inférieur strictement à 15%, il n'y a pas d'indemnisation,
- si "n" est supérieur ou égal à 15 %, l'indemnisation se traduit par le versement du capital.

Il est versé à l'Assuré* sous réserve qu'il soit en vie au moment de son règlement.

3-7 Garantie : Relais Incapacité de Travail

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie "Incapacité de Travail".

Elle est accordée dans les conditions qui y sont prévues (cf. garantie "Incapacité de travail et invalidité" § 3-2 -1 "objet de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail").

Objet de la garantie

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'Assureur* garantit le versement d'une indemnité journalière dont le montant figure sur le Certificat d'adhésion. Cette indemnité est due au plus tard jusqu'au 90^{ème} jour d'arrêt continu total de travail.

L'Assuré a la liberté de choisir sa garantie entre la classe 1 et la classe 8.

La classe retenue peut dépasser au plus d'une classe celle choisie pour la garantie "Incapacité de Travail" mais reste limitée à la classe 8.

Cette indemnité figurant sur le Bulletin individuel d'adhésion*, sauf dispositions contraires figurant sur le Certificat d'adhésion, est payable à compter du :

a) Arrêt avec hospitalisation > 24 H

CAUSE	Durée d'hospitalisation	Relais
Accident	> 24 heures	versement dès le 1 ^{er} jour d'hospitalisation
Maladie	24 h < Hospi < 3 jours	versement dès le 1 ^{er} jour d'hospitalisation et pendant toute sa durée puis reprise des règlements dès le 8 ^{ème} , 16 ^{ème} , 31 ^{ème} jour d'arrêt continu total de travail (selon la franchise souscrite)
	Hospi ≥ 3 jours	versement dès le 1 ^{er} jour d'hospitalisation

b) Arrêt sans hospitalisation ou hospiti ≤ 24 H

CAUSE	Sans hospitalisation	Relais
Accident	sans hospi	versement dès le 6 ^{ème} jour d'arrêt continu total de travail
Maladie	sans hospi	versement dès le 8 ^{ème} , 16 ^{ème} , 31 ^{ème} jour d'arrêt continu total de travail (selon la franchise souscrite)

c) Cas particuliers

Attentat/agression : Versement dès le 1^{er} jour d'arrêt continu total de travail

Rappel : prise en compte de l'hospitalisation uniquement si > 24 heures

3-8 Garantie : Frais professionnels

Objet de la garantie

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, l'Assureur* verse à l'Assuré* une indemnité journalière "Frais Professionnels" destinée au paiement de ses frais professionnels fixes venant à échéance pendant son arrêt de travail.

Cette garantie n'est accordée que pour les seuls Adhérents* âgés de moins de 65 ans lors de leur adhésion*.

Par frais professionnels fixes, on entend les frais généraux permanents fiscalement déductibles déclarés par l'Adhérent* sur sa déclaration annuelle de revenus à l'administration fiscale au titre de l'exercice civil précédant celui de la date d'arrêt de travail.

Montant de la garantie

L'Assureur* verse les indemnités journalières *, figurant sur le Bulletin individuel d'adhésion, sauf dispositions contraires figurant sur le Certificat d'adhésion :

- 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.

L'Adhérent* choisit son indemnité journalière entre la classe 1 et la classe 15 .

L'indemnité choisie ne peut être supérieure au montant des frais professionnels fixes déclarés à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent, majorés ou minorés au maximum de 20 % pour tenir compte le cas échéant d'une éventuelle variation des frais professionnels au moment du sinistre.

3-9 Risques exclus

3.9.1 Pour toutes les garanties

Les exclusions décrites ci-après s'appliquent aux garanties : Décès maladie ou PTIA ; Rente de conjoint ; Rente éducation

a) Risque de suicide

Conformément au Code des assurances, le suicide volontaire et conscient n'est couvert pour tout Assuré* que si, au jour de sa mort, il était assuré en cas de décès par son adhésion* depuis au moins UN AN.

b) Risques de navigation aérienne

L'Assureur* couvre, 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 d'une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré* lui-même.

Dans ce cas, l'Assuré* ne doit pas exercer cette activité à titre professionnel et/ou permanent.

Les matchs, paris, courses, acrobaties, records, tentatives de records ou essais préparatoires, ainsi que les essais de réception, sont exclus de cette garantie.

c) Risques de guerre

En cas de guerre, la garantie de l'Assureur* n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

A cette liste s'ajoutent des exclusions spécifiques à certaines garanties :

3.9.2 En supplément et de façon spécifique pour les garanties

Décès accidentel, IPAD, IPA

Dans le cas d'un décès accidentel, sont exclus également :

- a) les accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire* de la garantie prévue par l'adhésion* et de ceux résultant de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- b) les accidents consécutifs à des paris, courses et matches comportant l'utilisation de véhicules à moteur,
- c) les accidents occasionnés par une guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire, si l'Assuré*, en y prenant part, a contrevenu aux lois en vigueur,
- d) la participation de l'Assuré* à des rixes, sauf le cas de légitime défense,
- e) les accidents occasionnés par la pratique, à titre professionnel, du pilotage et du parachutisme,
- f) les accidents occasionnés par la pratique de sports aériens, y compris le deltaplane, le parapente, le pilotage d'ULM, le fly-surf, le sky-surf, le kite-surf, la chute libre, le para-moteur. En ce qui concerne la montgolfière, le parachutisme amateur, le vol à voile et le pilotage amateur d'un aéronef de tourisme ou d'un hélicoptère, la garantie de l'Assureur* reste acquise sous réserve de posséder les brevets et/ou licences requis. Pour le pilotage amateur, les phases d'apprentissage (stages en club agréé) sont soumises à l'acceptation préalable de l'Assureur*,
- g) les accidents survenus, sauf en cas d'intervention professionnelle d'urgence :
 - lorsque l'Assuré* est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal en vigueur à la date du sinistre, ou de stupéfiants, ou tranquillisants, en dehors des limites de prescription médicale,
 - lors de la conduite sans permis ou certificat en état de validité d'un véhicule l'exigeant,
- h) les accidents dus à la transmutation du noyau de l'atome, sauf en ce qui concerne les spécialistes manipulant régulièrement des substances radioactives et si l'accident* est lié à leur activité professionnelle.

Incapacité de travail et Invalidité / Relais , Incapacité de travail / Frais professionnels

Pour ces trois garanties, les exclusions concernent :

- a) les accidents et maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire* de la garantie prévue par l'adhésion* et de ceux résultant de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- b) les accidents consécutifs à des paris, courses et matches comportant l'utilisation de véhicules à moteur,
- c) les accidents et maladies occasionnés par une guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire, si l'Assuré*, en y prenant part, a contrevenu aux lois en vigueur,
- d) la participation de l'Assuré* à des rixes, sauf le cas de légitime défense,
- e) les accidents occasionnés par la pratique, à titre professionnel, du pilotage et du parachutisme,
- f) les accidents occasionnés par la pratique de sports aériens en et hors compétition, y compris le deltaplane, le parapente, le pilotage d'ULM, la chute libre, le para-moteur, le fly-surf, le kite-surf, le sky-surf. En ce qui concerne la montgolfière, le parachutisme amateur, le vol à voile et le pilotage amateur d'un avion de tourisme, la garantie de l'Assureur* reste acquise sous réserve de posséder les brevets et licences requis. Pour le pilotage amateur, les phases d'apprentissage (stages en club agréé) sont soumises à l'acceptation préalable de l'Assureur*,
- g) les accidents survenus, sauf en cas d'intervention professionnelle d'urgence :
 - lorsque l'Assuré* est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal en vigueur à la date du sinistre, ou de stupéfiants ou tranquillisants en dehors des limites de prescription médicale,
 - lors de la conduite sans permis ou certificat en état de validité d'un véhicule l'exigeant,
- h) les maladies consécutives à l'alcoolisme ou résultant de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- i) les accidents ou maladies dus à la transmutation du noyau de l'atome, sauf en ce qui concerne les spécialistes manipulant régulièrement des substances radioactives et si la maladie ou l'accident est lié à leur activité professionnelle,
- j) les accidents non consolidés, des maladies ou infirmités à caractère évolutif, antérieurs à la date d'adhésion* de l'Assuré*,
- k) les incapacités dues à des séjours en cure thermique
- l) les périodes de congé de maternité ou paternité, tels que définis aux articles L 1225-17 et L 1225-35 du Code du travail, que l'assuré(e) y soit ou non assujetti(e).

4 - Les engagements de l'Assuré

A l'adhésion, l'Assuré s'engage à répondre avec sincérité à l'Assureur, **à l'ensemble des demandes d'informations importantes pour l'appréciation de sa situation personnelle** sur les documents qui lui ont été remis à cet effet (déclaration d'état de santé ou rapport médical, déclaration d'activité professionnelle et sportive, questionnaire spécifique d'activités).

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle de la part de l'Assuré, l'Assureur pourra, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances, invoquer la nullité de l'adhésion et conserver les cotisations d'assurance payées.

L'article L113-8 du Code des assurances prévoit qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L132-26 du Code des assurances, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle de la part de l'Assuré, l'Assureur pourra faire application de l'article L 113-9 du Code des assurances. Si l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit, soit de maintenir la souscription, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré, soit résilier l'adhésion 10 jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance a pris fin.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Suite à cette déclaration et en cas de modification du risque couvert, l'Assureur pourra :

- soit accepter cette modification à de nouvelles conditions, sous réserve de l'acceptation par l'adhérent du nouveau tarif proposé, pour les garanties Décès, Rente de conjoint et Rente éducation,
- soit exclure la nouvelle situation constituant l'aggravation du risque pour les garanties IJ/RI, Relais, Frais professionnels, IPAD, IPA, en tenant compte, s'il y a lieu, des différences de classes s'il y a eu modification des garanties.

5 - Le fonctionnement de l'adhésion

5-1 Les cotisations

Détermination de la cotisation annuelle

Les cotisations sont fixées en pourcentage de la classe choisie selon l'âge de l'Assuré*.

Elles évoluent chaque année :

- lorsque l'Assuré* change de tranche d'âge,
- selon le taux d'indexation défini au § 2-5 Indexation des montants garantis et revalorisation des prestations.

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

L'Adhérent* peut demander à tout moment à l'Assureur* ou à son représentant communication des tarifs qui lui seront appliqués en fonction de la grille ci-dessous.

Les adhésions en portefeuille verront le montant et la cotisation des classes choisies à l'origine, indexés éventuellement à chaque échéance principale par accord entre le Conseil d'Administration de l'UNIM et l'Assureur, en tenant compte notamment de la variation de la lettre clé C du tarif de responsabilité « Convention » de la Sécurité sociale et de l'indice INSEE des prix à la consommation (hors tabac).

La période de référence servant de base pour constater la variation de ces indices est celle des douze mois antérieurs au 1er octobre de l'année précédant le renouvellement.

Evolution des cotisations

La cotisation d'assurance évolue en fonction de l'âge de l'assuré atteint à chaque échéance principale de l'adhésion au contrat.

Tranches d'âge applicables par garantie pour le calcul des cotisations :

- a) Décès toutes causes, Décès Accidentel, Double effet :
- jusqu'à 34 ans, • de 50 à 54 ans, • de 60 à 65 ans,
 - de 35 à 49 ans, • de 55 à 59 ans, • de 66 à 70 ans
- b) Rente de Conjoint* (temporaire et viagère) :
- jusqu'à 34 ans, • de 45 à 49 ans, • de 61 à 65 ans
 - de 35 à 39 ans, • de 50 à 54 ans, • de 66 à 70 ans (formule viagère)
 - de 40 à 44 ans, • de 55 à 60 ans,
- c) Incapacité / Invalidité :
- jusqu'à 34 ans, • de 50 à 54 ans, • de 60 à 65 ans
 - de 35 à 49 ans, • de 55 à 59 ans, • de 66 à 70 ans si poursuite de l'activité (invalidité exclue)
- d) Relais Incapacité de Travail :
- jusqu'à 29 ans, • de 50 à 54 ans, • de 60 à 65 ans
 - de 30 à 49 ans, • de 55 à 59 ans,
- e) Frais Professionnels :
- jusqu'à 29 ans, • de 50 à 54 ans, • de 60 à 65 ans
 - de 30 à 49 ans, • de 55 à 59 ans, • de 66 à 70 ans si poursuite de l'activité
- f) Infirmitté Permanente par Accident* (IPA) :
- jusqu'à 54 ans, • de 55 à 65 ans • de 66 à 70 ans si poursuite de l'activité
- g) Perte de Profession (IPAD) :
- jusqu'à 54 ans, • de 55 à 60 ans.

Versement des cotisations

En contrepartie des engagements de l'Assureur, l'adhérent s'engage à verser les cotisations.

La cotisation est exigible annuellement et payable d'avance auprès de l'Assureur ou de son représentant à la date d'échéance indiquée sur le Bulletin individuel d'adhésion.

Toutefois, un paiement fractionné peut être accordé selon mention figurant sur le Bulletin d'adhésion.

Pour toute adhésion en cours d'année civile, la cotisation globale due par l'Assuré correspond au prorata des mois restant à courir jusqu'au 31 / 12 de l'année en cours. En cas de fractionnement de la cotisation, l'Assuré paie sa première fraction de cotisation au titre de la période courant de la date d'effet de son adhésion au 1er jour du mois, trimestre ou semestre suivant. Le fractionnement se poursuit ensuite normalement aux dates convenues sur le certificat d'adhésion.

Non paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est obligatoire et la procédure d'exécution repose sur l'article L.113-3 du Code des assurances.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Conformément à l'article L113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues. A défaut de paiement, l'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 .

Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées pour des motifs techniques à l'échéance principale de l'adhésion (hors changement de tranche d'âge) après accord entre l'UNIM et l'Assureur*.

L'Adhérent en sera informé dans les 3 mois de l'entrée en vigueur de cette révision et pourra résilier son adhésion s'il le souhaite, selon les modalités prévues à l'art. L141-4 du Code des assurances.

5-2 La déclaration des sinistres

Formalités propres aux garanties Incapacité de travail et invalidité, Relais et Frais professionnels.

En cas d'incapacité de travail, les sinistres doivent être déclarés à l'Assureur*, sauf cas de force majeure, dans un délai maximum de 30 jours (art. L.113-2 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 dans l'état de santé de l'Assuré*, toute prolongation accordée par le médecin traitant, doivent être signalées dans les délais les plus brefs sinon l'Assuré* est considéré comme n'ayant plus droit à la prestation à l'expiration des certificats précédemment remis.

L'Assuré* s'engage à procéder à tous les examens et à suivre tous les traitements conformes aux données actuelles de la science, nécessaires à l'amélioration de son état.

Sous peine pour l'Assuré* de se trouver déchu de tout droit à l'indemnité, les médecins de l'Assureur* doivent, sauf opposition justifiée, avoir libre accès auprès de l'Assuré* dans tous les cas et à toute époque, afin de pouvoir constater son état.

De même l'Assuré* doit se prêter à toute expertise ou examen que l'Assureur* juge utile de lui demander.

En cas de désaccord, l'Assureur* propose une Expertise Contradictoire Amiable entre le médecin de l'Assuré et le médecin de l'Assureur. Si le désaccord est confirmé, l'Assureur propose un arbitrage en présentant une liste de trois médecins dans laquelle l'Assuré est invité à choisir celui qui arbitrera son dossier.

Chaque partie supportera par moitié les frais engagés pour l'intervention de ce troisième médecin.

5-3 L'indemnisation

Les documents nécessaires à l'indemnisation

"Décès"

Doivent être remises à l'Assureur* ou son représentant dans les plus brefs délais les pièces justificatives suivantes :

- un certificat médical sur formulaire fourni par l'Assureur*, apportant les précisions nécessaires sur la cause du décès à la suite duquel l'Assuré* a succombé,
- un acte de décès de l'Assuré* (l'original),
- un extrait d'acte de naissance* du ou des bénéficiaires (une photocopie intégrale du Livret de Famille peut être réclamée par l'Assureur*),
- une photocopie du PACS (Pacte Civil de Solidarité)
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie en cas de décès accidentel,
- une attestation d'acte de dévolution successorale, afin de vérifier la qualité du bénéficiaire*, ou l'acte de notoriété,

L'assureur ou son représentant pourra demander toute pièce justificative complémentaire nécessaire pour régler les prestations.

“Perte Totale Irréversible d’Autonomie”

Doivent être remises à l’Assureur* ou son représentant dans les plus brefs délais les pièces justificatives suivantes :

- a) une déclaration de l’Assuré* ;
- b) un certificat médical apportant les précisions nécessaires sur le genre de maladie* ou d’accident* à la suite duquel l’Assuré* déclare être atteint de Perte Totale Irréversible d’Autonomie* **sous pli confidentiel à l’attention du Médecin conseil de l’Assureur ou du Médecin conseil de son Représentant.**

L’Assureur ou son Représentant pourra demander toute pièce justificative complémentaire nécessaire pour régler les prestations.

“Incapacité de Travail” et “Relais Incapacité de Travail”

Doivent être remises à l’Assureur* ou son représentant dans les plus brefs délais les pièces justificatives suivantes :

- a) le formulaire de déclaration d’arrêt de travail rempli par l’Assuré* et le médecin,
- b) le certificat du médecin traitant,
- c) le bulletin d’hospitalisation* ;
- d) le certificat de prolongation d’arrêt de travail,
- e) le certificat de reprise de travail, **sous pli confidentiel à l’attention du Médecin conseil de l’Assureur ou du Médecin conseil de son Représentant,**
- f) la déclaration fiscale (modèle 2035) de l’exercice précédant l’arrêt de travail si l’Assureur le juge nécessaire,
- g) en cas d’attentat ou d’agression, en plus des pièces justificatives demandées ci-dessus :
 - le dépôt de plainte,
 - le procès verbal de gendarmerie.

Toute modification dans l’état de santé de l’Assuré* ; toute prolongation accordée par le médecin traitant, doivent être signalées dans les délais les plus brefs sinon l’Assuré* est considéré comme guéri à l’expiration des certificats précédemment remis.

L’Assureur* ou son Représentant pourra demander toute pièce justificative complémentaire nécessaire pour régler les prestations.

“Rente de conjoint”*

En cas de décès de l’Assuré* ; doivent être remises à l’Assureur* ou son représentant dans les plus brefs délais, outre les pièces réclamées au § “Décès” ; ci dessus, les pièces justificatives suivantes :

- a) pour le conjoint* (à défaut concubin*) : l’original d’un extrait d’acte de naissance,
- b) pour le(s) enfant(s)* : un extrait d’acte de naissance et un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans,
- c) un extrait d’acte de naissance, une fois par an.

“Rente éducation”

En cas de décès de l’Assuré* ; doivent être remises à l’Assureur* ou son représentant dans les plus brefs délais, outre les pièces réclamées au § “Décès” ; ci dessus, les pièces justificatives suivantes :

- a) un extrait d’acte de naissance de chacun des enfants* ;
- b) un certificat de scolarité pour les enfants* ayant plus de 18 ans,
- c) le jugement de tutelle en cas d’enfant* mineur,
- d) une copie de la déclaration de revenus de l’année précédente.

“Invalidité Professionnelle Absolue et Définitive” (IPAD)

Doivent être remises à l’Assureur* ou son représentant dans les plus brefs délais, outre les pièces réclamées au § “Incapacité de travail ” et “Relais Incapacité de travail” la pièce justificative suivante :

le certificat médical apportant les précisions nécessaires sur le genre de maladie* ou d’accident* corporel ayant entraîné l’état d’invalidité professionnelle,

“Infirmité Permanente Accidentelle” (IPA)

En cas d’accident* ; doivent être remises à l’Assureur* ou son représentant dans les plus brefs délais les pièces justificatives suivantes :

- a) la déclaration de sinistre indiquant la date et le lieu de l’accident, les circonstances dans lesquelles il s’est produit,
- b) un certificat médical comportant une description détaillée des blessures ainsi que les conséquences qui peuvent éventuellement en découler,
- c) dès consolidation de l’état de l’Assuré* ; la preuve de son infirmité totale ou partielle au moyen de certificats émanant de son médecin traitant et de toutes pièces de nature à permettre à l’Assureur* une exacte appréciation de son état et la détermination du taux d’infirmité à retenir.

“Frais professionnels”

Doivent être remises à l’Assureur* ou son représentant dans les plus brefs délais les pièces justificatives suivantes :

- a) les pièces demandées au § « Incapacité de travail et Relais Incapacité de travail » ci dessus,
- b) la déclaration fiscale (modèle 2035) de l’exercice civil précédant la date d’arrêt de travail, si l’Assureur le juge nécessaire.

Les barèmes d’indemnisation

Ils figurent en annexe pour faire partie intégrante de la présente Notice d’Information :

Annexe 1 : BARÈME PROFESSIONNEL PARAMÉDICAL

Annexe 2 : BARÈME PROFESSIONNEL IPA (Infirmité Permanente Accident)

5-4 La reprise du travail et rechute

Ce point concerne les garanties : Incapacité de Travail et Invalidité ; Relais - Incapacité de Travail ; Frais Professionnels

Règle générale

Si, après avoir repris son travail pendant moins de deux mois, l'Assuré* est victime d'une rechute provenant du même accident* ou de la même maladie*, la durée de la reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations.

Par contre, en cas de reprise du travail pendant plus de deux mois, l'Assuré* est considéré comme victime d'une nouvelle maladie* ou d'un nouvel accident*.

Il est précisé que la clause de rechute ne peut s'appliquer que lorsque le premier arrêt de travail a effectivement dépassé la franchise* contractuelle et a donné lieu à indemnisation par l'Assureur*.

Maladies graves* / Pathologies lourdes* (cf. lexique)

Si en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures et après avoir repris son travail, quelle qu'en soit la durée, l'Assuré* est victime d'une rechute provenant de la même maladie grave*, la durée de la reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations et les indemnités seront versées dès le 1er jour dans la mesure où la franchise initiale aura été absorbée par le cumul des journées d'arrêt de travail prises en compte.

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

5-5 Les demandes d'information / Réclamations

Demande d'information

Lorsque des Assurés* souhaitent obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat notamment à l'adhésion* ou en cas de sinistre, ils s'adressent en priorité à leur interlocuteur habituel à l'UNIM, qui est en mesure d'étudier toutes leurs demandes.

Réclamations

Si au terme de cet examen, l'Assuré n'est pas satisfait des réponses données, il peut adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients, Case Courrier BS, 20 place de Seine, 92086 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances.

Aussi, **en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie**, l'Assuré a la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances**, dont les coordonnées postales sont les suivantes :

BP 290 – 75425 Paris cedex 09,

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

5-6 Les évolutions d' UNIM Prévoyance des Paramédicaux / L'information des Assurés*

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

Les Assurés* en sont informés par écrit, par le biais de plusieurs supports :

- a) **UNIM INFO**, pour toute évolution du contrat, l'UNIM Info doit communiquer cette information à ses adhérents dans les 3 mois qui précèdent l'entrée en vigueur de la modification.
- b) **l'appel de cotisation** du contrat Prévoyance par l'Assureur* ou son Représentant, auquel est joint à chaque renouvellement annuel le Bulletin d'Actualisation des Garanties (B.A.G.),
- c) **l'appel de la cotisation annuelle de l'Association UNIM.**

Chaque Assuré* peut alors résilier son adhésion sans préavis suite à l'appel de cotisation par l'Assureur* annonçant lesdites modifications.

Le paiement de la nouvelle cotisation au titre du contrat de Prévoyance vaut acceptation des conditions modifiées votées en Assemblée Générale.

5-7 La résiliation

L'assurance prend fin en cas de résiliation de l'adhésion.

En tout état de cause, il est précisé que toute demande de résiliation effectuée par lettre recommandée par l'Adhérent* ne pourra être prise en compte qu'à la fin de chaque année civile avec **préavis de deux mois**, ce préavis n'étant pas appliqué si la résiliation fait suite à un refus d'acceptation des modifications du contrat entérinées par l'Assemblée Générale de l'UNIM.

Pour les garanties donnant droit à des indemnités journalières ou une rente en cas de sinistre : **Incapacité de travail et invalidité ; Relais incapacité de travail ; Frais professionnel** 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.**

5-8 Les dispositions légales

Les règles qui régissent le contrat

Le contrat est régi par la loi Française. Il relève des branches 1 et 2 (pour la couverture des risques accident et/ou maladie) et 20 (pour la couverture du risque décès) de l'article R 321-1 du Code des assurances.

Le contrôle de l'assureur*

L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est : l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 61, rue Taitbout – 75009 Paris

La loi « Informatique et libertés »

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au traitement du présent contrat. Conformément à la Loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré bénéficie d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant soit en adressant un mail à l'adresse DQRCDDV@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de :

Allianz - Informatique et libertés
Case Courrier 1503
20, place de Seine
92086 Paris La Défense cedex

Dans le cadre de notre politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, nous nous réservons le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les Autorités compétentes conformément à la réglementation en vigueur.

Le droit de l'Assuré à renoncer à son adhésion

L'Assuré peut renoncer à l'adhésion par lettre recommandée avec avis de réception pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion au contrat est conclue.

Cette date correspond à la date d'établissement du contrat figurant sur le Certificat d'adhésion, et au plus tard à la date de présentation de la lettre recommandée avec avis de réception qui lui sera envoyée si l'Assureur n'a pas reçu le Certificat d'adhésion signé.

La lettre de renonciation est à envoyer aux Assurances Médicales SA. ** - Département Prévoyance Individuelle – 1 rue Lançon – 57000 Metz

Le versement effectué sera remboursé dans les 30 jours qui suivent la réception de la lettre recommandée, déduction faite de la part du versement correspondant à la période du risque assuré pour les garanties de prévoyance.

A réception de la lettre recommandée par l'assureur, l'adhésion et toutes ses garanties prennent fin.

Modèle de lettre type de renonciation

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

Date Signature :

**Les Assurances médicales SA

La gestion des adhésions UNIM est confiée à « Assurances Médicales SA » - n° Siren 349896522, n° ORIAS 07006128 - au capital social de 76 224,51 €, dont le siège se situe 1, rue de Lançon - 57046 Metz cedex, appelé le Représentant.

5-9 La prescription des actions dérivant du contrat d'assurance :

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certains laps de temps.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci après :

Article L 114-1 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.

Toutefois, ce délai ne court :

1 - En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 L 114-2 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 L 114-3 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 sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil précités.

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

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.

5-10 La subrogation

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

5-11 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 ou sur les sommes versées au contrat.

Annexe 1 : BARÈME PROFESSIONNEL PARAMÉDICAL

Réservé aux professions suivantes :

AIDE SOIGNANT(E), AUDIOPROTHÉSISTE, CHIROPRACTEUR, DIÉTÉTICIEN(NE), ERGOTHÉRAPEUTE, ESTHÉTICIEN(NE), ETIOPATHE, INFIRMIER(ÈRE), LABORANTIN(E), MANIPULATEUR(TRICE) D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE, MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE, ORTHOPÉDISTE, ORTHOPHONISTE, ORTHOPTISTE, PÉDICURE, PODOLOGUE, PRÉPARATEUR(TRICE) EN PHARMACIE, PROTHÉSISTE, PSYCHOLOGUE, PSYCHOMOTRICIEN(NE), PSYCHORÉÉDUCATEUR(TRICE), PSYCHOTHÉRAPEUTE, PUÉRICULTEUR(TRICE), OSTEOPATHE, SOPHROLOGUE

Il appartient à l'Assuré* d'apporter la preuve qu'il entre dans le cadre de ce barème.

Les cas d'incapacité dont le caractère invalidant ne figure pas dans ce barème, seront soumis à l'appréciation de la Commission Médicale Paritaire.

La Commission Médicale Paritaire statuera dans les conditions suivantes :

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

L'Adhérent* doit déclarer son côté dominant (droitier ou gaucher).

1. 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 %
- Etat 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 %
- Epilepsie 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 %

2. 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 � 100 %
• Hypoacousie unilatérale selon l'audiogramme	10 à 50 %
• Perte totale d'un œil	25 à 50 %
• Diplopie	25 � 50 %
• Rétrécissement du champ visuel	25 à 50 %

3. Cranio-facial

• Amputation du tiers inférieur de la face	100 %
• Ecrasement 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 laryng�e bilatérale et selon retentissement	10 � 30 %
• Anosmie incurable	5 � 20 %
• Amputation totale de la langue	50 à 100 %

4. Cardio-vasculaire

• Artériopathie des membres inférieurs stade IV de LERICH et FONTAINE, définitive et incurable	100 %
• Insuffisance cardiaque majeure, non am�iorable par le traitement, stade IV de la classification N.Y.H.A.	100 %

5. Thoraco-pulmonaire

• Cœur pulmonaire chronique décompensé non am�iorable, avec hypoxie et hypercapnie, et avec signes électro-cardiographiques d'hypertension pulmonaire et retentissement ventriculaire droit	100 %
• Rétrécissement laryngotrach�al important et inopérable ou séquelles thoraciques bilatérales laissant une dyspnée permanente avec cyanose et retentissement cardiaque stade IV de la classification N.Y.H.A.	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 %

6. Rénal - Génito-urinaire

• Insuffisance rénale grave non opérable avec hémodialyse mal tol�r�e 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 � 30 %
• Splénectomie selon l'examen sanguin	10 à 20 %

7. 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, entra�n�e 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)		
• Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	Côté dominant 100 %	Côté non dominant 60 à 100 %
• Ankylose de l'épaule	40 � 100 %	30 à 100 %
• Ankylose du coude	25 à 100 %	20 à 100 %
• Ankylose du poignet	35 � 70 %	30 à 60 %
• Plexus brachial : paralysie complète du circonflexe	25 � 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 � 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 %
• 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 %

8. Mains

(en tenant compte du côté dominant)

Amputation ou perte complète de l'usage :	Côté dominant	Côté non dominant
• 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 médius	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 %

9. 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	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 calcaneum	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 %

10. Rachis

10.1 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 %

10.2 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 %

11. 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 %

12. 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 IPA (Infirmité Permanente Accident)

Applicable à toutes les professions paramédicales ayant souscrit cette garantie, ce barème sert de base à la détermination du degré d'infirmité* en cas de séquelle accidentelle.

Il appartient à l'Assuré* d'apporter la preuve qu'il entre 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. Cette dernière 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'infirmités précédents.

En tout état de cause, la somme globale des infirmités* partielles est limitée à 100 %, le capital global ou le dernier capital partiel en cas d'accidents* successifs, étant calculé en conséquence.

L'Adhérent* doit déclarer son côté dominant (droitier ou gaucher). Si l'Assuré* est gaucher, les taux prévus par le barème pour les différentes infirmités des membres supérieurs droits et des membres supérieurs gauches sont intervertis.

1. Infirmité Permanente Totale

• Cécité complète	100 %
• Surdité complète	100 %
• Perte d'un membre supérieur	100 %
• D�esarticulation �paule	100 %
• D�esarticulation coude	100 %
• D�esarticulation 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 %

2. Infirmité Permanente Partielle

2.1 Tête

• Perte d'un �eil	50 %
• Surdité d'une oreille	50 %
• Perte de substance du crâne dans toute son épaisseur :	
a) surface d'au moins 12 cm ²	50 %
b) surface de 6 à 12 cm ²	30 %
c) surface de 3 à 6 cm ²	16 %
d) surface inférieure à 3 cm ²	maximum 10 %

2.2 Membres

a) 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 %

b) 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 cinq orteils	30 %

N° et date d'affiliation à l'UNIM :



Allianz Vie
S.A. au capital de 643.054.425 euros
340.234.962 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances.
Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris
À compter du 01.01.2016, nouveau siège social :
1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre

www.allianz.fr



Association Loi de 1908
1, rue Lançon
57000 Metz
unim.asso.fr
info-unim@unim.asso.fr