

NOTICE D'INFORMATION

DU CONTRAT

PLURIO DEPENDANCE MI-06

document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2010



I. Objet du contrat et définitions

I.1 Objet

En application des statuts de sa Mutuelle, tout membre participant ou membre associé peut à titre facultatif :

- adhérer au contrat PLURIO DEPENDANCE souscrit par sa Mutuelle auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur ») pour bénéficier de la garantie individuelle Rente Dépendance décrite ci-après (groupe 2) ;
- inscrire audit contrat son conjoint ou personne assimilée, pour permettre à ce ou cette dernière d'être couvert par la même garantie.

Le contrat a pour objet le versement d'une rente à l'assuré en situation de dépendance telle que définie aux paragraphes 3.5 et 3.6 ci-après.

I.2 Définitions

L'adhérent est le membre participant ou membre associé de la Mutuelle, ayant adhéré au contrat et/ou inscrit au contrat son conjoint ou personne assimilée. L'adhérent est appelé **preneur d'assurance** lorsqu'il inscrit au contrat son conjoint ou personne assimilée.

La personne assimilée à un conjoint est la personne déclarée comme telle lors de l'inscription au contrat.

L'assuré est celui sur la tête duquel repose le risque. L'assuré peut être l'adhérent, le conjoint ou personne assimilée de l'adhérent.

Le bénéficiaire est la personne qui recevra la prestation garantie par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

L'accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'assuré et entraînant une atteinte corporelle.

Sont réputés répondre à cette définition, entre autres, les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration.

Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'un accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur de ce point au 30 septembre 2009 est de 55,1217 euros.

2. Adhésion au contrat

2.1 Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au groupe 2 visé à l'article 3.2 ci-après :

- les membres participants de la Mutuelle, âgés de 70 ans ou moins à la date de la demande d'adhésion ;
- les conjoints ou personnes assimilées des membres participants de la Mutuelle, âgés de 70 ans ou moins à la date de la demande d'adhésion. L'âge pris en compte est celui du conjoint ou personne assimilée.

L'adhésion est soumise à l'acceptation de l'Assureur sur la base d'un questionnaire de santé traité par son médecin conseil.

2.2 Demande d'adhésion

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli, daté et signé, transmis à la Mutuelle accompagné du questionnaire de santé. L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire de la Mutuelle.

Dans le cas où la demande d'adhésion concerne le conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, le bulletin d'adhésion doit être daté et signé conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée qui donne son consentement à l'assurance.

Lors de l'adhésion au contrat de l'adhérent et/ou de son conjoint ou personne assimilée, l'adhérent doit régler d'avance la première cotisation.

En cas de mutation, si le membre participant de la Mutuelle adhère à une autre mutuelle ayant également souscrit au contrat PLURIO DEPENDANCE, l'assuré est maintenu au contrat sans formalité médicale.



2.3 Délai de renonciation

Dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où l'adhérent a été informé de la prise d'effet de l'adhésion, l'adhérent peut renoncer à l'adhésion par lettre rédigée selon le modèle ci-après et adressée en recommandé avec accusé de réception à la Mutuelle qui transmettra, dans les meilleurs délais, la demande de renonciation à l'Assureur.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e),

Civilité....., Prénom....., NOM.....

Adresse.....

déclare renoncer à mon adhésion au contrat **PLURIO DÉPENDANCE**, que j'ai signé le <...> et demande le remboursement du versement de cotisation que j'ai effectué, soit la somme de <...>, en date du <...>. Fait à, le <...> »

Dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée par la Mutuelle, celle-ci restitue l'intégralité de la cotisation versée par l'adhérent renonçant. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration du délai.

2.4 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

Sous réserve du paiement de la cotisation, l'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de l'Assureur.

Le renouvellement de la couverture est annuel à la date du 1^{er} janvier et donne lieu à l'envoi par la Mutuelle à chaque adhérent d'un certificat d'inscription précisant les conditions de la garantie de la personne assurée.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion sont couverts au titre du contrat.

2.5 Nullité du contrat

L'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent ou l'assuré au contrat, quand cette réticence ou cette fautive déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ce cas et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par l'Assureur est nulle.

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



3. Garantie Dépendance

3.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'adhérent au contrat en situation de dépendance totale, telle que définie à l'article 3.5 ci-après.

L'Assureur garantit le versement de 50% de la rente décrite ci-dessus à l'adhérent reconnu en état de dépendance partielle et qui a souscrit l'option définie à l'article 3.6 ci-après.

La rente est versée tant que l'adhérent en état de dépendance répond aux définitions des articles 3.5 et 3.6 et au plus tard au décès de l'adhérent.

3.2 Montant

Deux groupes de garanties existent au contrat :

- Groupe 1 : Fermé à l'adhésion

Ce groupe concerne uniquement les adhérents présents au contrat avant le 31 décembre 2009.

La garantie dépendance est exprimée en nombre de points.

La valeur du point est revalorisée chaque 1^{er} janvier sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente. La valeur ainsi calculée est arrondie au centime d'euro supérieur.

Pour l'assuré non couvert au préalable par une garantie dépendance de l'Assureur, le montant de la garantie est fixé à 150 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 50 points, jusqu'à un plafond de 800 points.

Pour l'assuré déjà couvert par une garantie dépendance de l'Assureur à la date la demande d'adhésion au contrat PLURIO DÉPENDANCE, le montant de la garantie est fixée à 50 points minimum. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 50 points, jusqu'à un plafond de 500 points.

- Groupe 2 : Ouvert à tous les adhérents

L'adhérent choisit le montant de sa garantie.

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle exprimée en euros.

La rente est fixée à 200 euros minimum.

Ce montant minimum peut être augmenté ou diminué, au choix de l'adhérent conformément à l'article 3.4, par tranche de 100 euros, jusqu'à un plafond de 2.000 euros.

3.3 Bénéficiaire

Le bénéficiaire de la Rente Dépendance est l'assuré lui-même.

3.4 Modification du montant de la garantie

Le passage d'un groupe à l'autre n'est pas accepté.

L'adhérent peut demander en cours de contrat une modification du montant de sa garantie, celle de son conjoint ou personne assimilée, dans le cadre des tranches et du plafond définis au paragraphe 3.2.

La demande doit être notifiée à la Mutuelle, et dans le cas où celle-ci concerne la garantie du conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, la lettre doit être signée conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée.

Lorsque l'adhérent demande une diminution de montant, la nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Lorsque l'adhérent demande une augmentation de montant, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues à l'article 2.1. La nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent alors effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de l'Assureur.

Dans le cas où la demande d'augmentation de montant est refusée, la garantie continue de s'appliquer sur les anciennes bases.



3.5 La dépendance totale

En cas de dépendance totale, la rente versée est égale à 100% du montant de garantie choisi par l'adhérent, dans le cadre des tranches et du plafond définis à l'article 3.2.

Est considéré en état de dépendance totale, l'assuré qui à la fois :

- est classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 à 3 en application de la grille AGGIR décrite aux Annexes I et II du décret n° 97-427 du 28 avril 1997,
- et est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver),
- et est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme répondant aux deux critères ci-dessus.

3.6 La dépendance partielle (garantie optionnelle « GIR 4 »)

3.6.1 **Objet** : L'option GIR 4 garantit le versement d'une rente au profit de l'assuré en situation de dépendance partielle telle que définie ci-dessous. La rente versée est égale à 50% du montant de garantie choisi par l'adhérent, dans le cadre des tranches et du plafond définis au paragraphe 3.2.

3.6.2 **Conditions** : Le choix de l'option GIR 4 peut intervenir lors de l'adhésion au contrat PLURIO DÉPENDANCE ou en cours de contrat. Ce choix est révoquant. L'octroi de l'option est subordonné à l'accomplissement des conditions d'âge et de santé prévues à l'article 2.1.

3.6.3 **Formalités** : La demande d'adhésion à l'option GIR 4 se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion. Lorsque l'adhérent demande l'annulation de l'option, sa demande doit être notifiée à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle. Dans le cas où la demande d'adhésion ou d'annulation à l'option concerne le conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, l'adhérent preneur d'assurance et le conjoint ou personne assimilée, signent conjointement la demande.

3.6.4 **Prise d'effet** : L'option GIR 4 et la cotisation correspondante prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de l'Assureur. Lorsque l'adhérent demande l'annulation de la garantie optionnelle, la nouvelle cotisation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

3.6.5 **Reconnaissance de la dépendance partielle** :

Est considéré en état de dépendance partielle, l'assuré qui :

- est classé dans le groupe iso-ressource 4 en application de la grille d'évaluation AGGIR mise au point et diffusée par le Syndicat National de Gérontologie Clinique décrite à l'Annexe I du décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 publié au Journal Officiel du 21 novembre 2001.
- se trouve dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller.
- et est reconnu comme répondant aux deux critères précédents par le médecin conseil de l'Assureur.

Les quatre actes de la vie quotidienne sont définis par deux fonctions. Pour qu'un acte de la vie quotidienne soit reconnu impossible partiellement, l'une au moins des fonctions de l'acte indiqué dans la définition ci-dessous doit être totalement et complètement impossible à effectuer par la personne seule :

– **Se déplacer** :

1. se lever d'un lit, d'un fauteuil ou d'une chaise, se coucher et s'asseoir,

OU

2. aller d'une pièce à l'autre à l'intérieur du domicile. L'usage d'une aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant) par la personne n'influe pas sur le jugement s'il permet à la personne de se déplacer sans aide humaine.

– **S'alimenter** :

1. se servir, c'est à dire couper ses aliments, remplir un verre, éplucher un fruit, ... (mais n'incluant pas la préparation des repas),

OU

2. porter les aliments à la bouche et les avaler.



– **Se laver :**

1. faire la toilette simple de toute la partie supérieure du corps,

OU

2. faire la toilette simple de toute la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

– **S'habiller :**

1. vêtir et dévêtir la partie supérieure du corps,

OU

2. vêtir et dévêtir la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

La date de reconnaissance de l'état de dépendance partielle ou totale est la date reconnue comme telle par le médecin conseil de l'Assureur au vu de l'ensemble des pièces médicales fournies et, au plus tôt, à la date d'entrée dans la garantie.

3.7 Délai de franchise

La Rente Dépendance est versée à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période continue qui court à compter du jour de la date reconnue par l'Assureur comme début de la dépendance.

Ce délai est de :

- 90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle,
- 180 jours dans les autres cas.

4. Risques exclus

Sont exclus de la garantie et n'entraînent aucun paiement les dépendances résultant :

1. de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
2. directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome ;
3. de la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions ;
4. de l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation), d'essais préparatoires ou de réception d'un engin ;
5. du risque de navigation aérienne lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'assuré ;
6. de toute atteinte, volontaire et consciente, par l'assuré à son intégrité physique ;
7. d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la Route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement ;
8. de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré au contrat ;
9. de la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel (il est précisé que la dépendance résultant de la pratique professionnelle de conduite de véhicules terrestres ou nautiques ainsi que du pilotage d'aéronefs, n'est pas exclue de la garantie) ;
10. directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères, d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, d'insurrections, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.



5. Cotisations

- 5.1** La cotisation due au titre de l'adhésion au contrat de l'adhérent et/ou de son conjoint ou personne assimilée est appelée par la Mutuelle à l'adhérent. Elle peut être précomptée automatiquement sur le traitement ou la pension de l'adhérent dans les conditions déterminées par la Mutuelle.
- 5.2** La cotisation est calculée en fonction de l'âge de l'assuré à la date de la demande d'adhésion au contrat et du montant de garantie choisi, en application du barème des cotisations annexé à la présente notice.
- 5.3** La garantie optionnelle « GIR 4 » fait l'objet d'une cotisation spécifique, calculée en fonction de l'âge de l'assuré à la date de la demande d'adhésion à l'option et du montant de garantie, choisi en application du barème des cotisations ci-annexé.
- 5.4** Pour les adhérents au groupe I uniquement, la cotisation est revalorisée chaque 1^{er} janvier sur la base de l'évolution de la valeur du Point de la Fonction Publique au 30 septembre de l'année précédente et arrondie au centime d'euro le plus proche.
- 5.5** Pour tous les groupes de garantie, la cotisation est révisable lors de chaque renouvellement annuel de la garantie, en fonction des résultats du contrat.
- 5.6** En cas d'augmentation du montant de la garantie, la cotisation supplémentaire est calculée en fonction de l'âge de l'assuré à la date de la demande de la modification de montant et de la nouvelle tranche de garantie choisie. En cas de diminution du montant de la garantie, la nouvelle cotisation est calculée au prorata de la réduction du montant.
- 5.7** Tout mois commencé est dû.
- 5.8** L'adhérent au contrat qui perçoit une rente au titre du présent contrat est exonéré du paiement de la cotisation.

6. Mise en œuvre de la garantie

6.1 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat médical établi par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Assureur ;
- en outre, en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement hospitalier pour personnes âgées, l'imprimé d'attestation d'hébergement prévu par l'Assureur rempli par l'établissement. Cette attestation précise la date d'entrée, le type d'établissement, le type de service, la nature de la prise en charge accordée par la Sécurité sociale ;
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Général du département de résidence de l'assuré relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 ;
- le bulletin d'adhésion lorsque la dépendance est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion ;
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel la rente devra être versée. Si le compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait du jugement de tutelle ou de curatelle, ou la désignation d'un administrateur légal, d'un gérant de tutelle).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.



6.2 Contrôle médical et conciliation

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'assuré et/ou de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires. Ces contrôles et examens sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de versement de prestation.

L'assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée.

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'assuré peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'assuré et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'assuré, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'assuré en faisant l'avance.

6.3 Modalités de versement de la prestation

Les prestations sont versées à terme échu sous forme de rente mensuelle.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis.

Lorsque le bénéficiaire ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance, sa rente est suspendue. Si l'état de l'assuré justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise.

Lorsqu'une aggravation ou une diminution de l'état de la dépendance du bénéficiaire entraîne la révision du montant de la rente, les versements sont calculés prorata temporis. Dans ce cas, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise.

Au décès du bénéficiaire ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé prorata temporis.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production, au 1^{er} janvier de chaque année, d'un certificat de vie du bénéficiaire.

6.4 Modification de la situation du bénéficiaire

L'assuré bénéficiant de la rente du contrat Plurio Dépendance, ou son représentant légal, doit déclarer de sa propre initiative, tout changement concernant l'évolution de son état de santé, le changement du lieu de vie.

7. Prescription, déchéance

7.1 Toutes actions dérivant du contrat, notamment les demandes de prestation, se prescrivent par 2 ans.

7.2 A partir du jour où la décision de l'Assureur relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée au bénéficiaire, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans un délai de 3 mois.



8. Radiation du contrat et maintien de la garantie

8.1 Radiation du contrat

L'inscription de l'assuré au contrat cesse en cas de :

- demande de résiliation formulée par l'adhérent par lettre recommandée adressée à sa Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Dans ce cas, l'inscription cesse le 31 décembre de l'année. Lorsque la résiliation concerne l'adhésion du conjoint ou personne assimilée de l'adhérent, la lettre doit être signée conjointement par l'adhérent preneur d'assurance et par son conjoint ou personne assimilée ;
- décès de l'assuré, au jour du décès ;
- perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle du preneur d'assurance, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- non paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure déterminée à l'Article L. 141-3 du Code des Assurances ;
- résiliation du contrat PLURIO DEPENDANCE, au jour de la prise d'effet de la résiliation.

8.2 Souscription d'un contrat par l'assuré en cas de radiation du contrat par l'adhérent preneur d'assurance

Lorsque l'adhérent preneur d'assurance demande la radiation du contrat de son conjoint ou personne assimilée, ce ou cette dernière peut souscrire un nouveau contrat aux mêmes conditions, sous réserve d'avoir préalablement acquis la qualité de membre participant de la Mutuelle en application des statuts de celle-ci.

8.3 Maintien de la garantie en cas de décès de l'adhérent

Lors du décès de l'adhérent preneur d'assurance, l'assuré peut, s'il en fait la demande, être maintenu au contrat aux mêmes conditions, avec l'accord de la Mutuelle.

La demande de maintien au contrat doit être formulée à la Mutuelle moins de 12 mois après le décès de l'adhérent. Dans tous les cas, le maintien au contrat intervient à compter de la date du décès de l'adhérent, de telle sorte qu'il n'y ait pas d'arrêt de la couverture. La cotisation est appelée à l'assuré par la Mutuelle selon les modalités fixées par celle-ci.

9. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) s'assure du respect des engagements contractés par la Mutuelle à l'égard de ses membres participants et de leurs bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'Assureur. En outre, lorsque ces réclamations concernent le présent contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles dont les coordonnées sont les suivantes :

ACAM
61 rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09







Société anonyme, au capital de 53 153 000 euros, régie par le code des Assurances, RCS 507 648 053 PARIS
62, RUE JEANNE D'ÂRC - 75640 PARIS CEDEX 13