



La mutuelle  
des professions libérales  
et indépendantes



RÈGLEMENT DE LA GARANTIE DE  
RENTES EN CAS DE DÉPENDANCE  
VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE  
N° 0007

Janvier 2016

AMPLI-DÉPENDANCE

Les présentes conditions générales constituent la notice d'information contractuelle.

Elles reprennent les dispositions du contrat collectif N° 0007 de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par AMPLI Association, Association régie par la Loi de 1901, auprès de la mutuelle AMPLI SIREN 349 729 350, régie par le Livre II du code de la Mutualité (27 bld Berthier – 75858 Paris cedex 17) et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – 61 rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09)

## TITRE DP I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Article DP 1 Description générale de la garantie

La garantie de rente en cas de dépendance, AMPLI-Dépendance, est assurée par AMPLI en faveur de ses membres.

L'assurance a pour but de garantir le service d'une rente viagère aux membres participants, ayant souscrit cette garantie, qui se trouvent de façon définitive, dans l'état de dépendance défini au présent Règlement.

**Conformément aux statuts de la Mutuelle, tout adhérent ayant souscrit une garantie AMPLI bénéficie de l'action de solidarité et d'entraide du fonds d'action sociale de la Mutuelle, après examen du dossier, qui accorde des aides notamment en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, en cas de naissance ou d'adoption d'enfants, ou encore en cas de mariage.**

**Ce fonds est constitué à partir d'un abondement annuel dont le montant est voté en Conseil d'Administration.**

Les cotisations et la garantie sont revalorisées annuellement sur décision du Conseil d'Administration.

### Article DP 2 Définitions générales

**Adhérent, ou membre, ou membre participant :** la personne physique qui adhère au présent contrat collectif.

**Association :** AMPLI-Association, organisme souscripteur du contrat collectif au bénéfice de ses membres.

**Assuré :** personne physique assurée dans le cadre du présent contrat collectif.

**Accident :** par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle subie par l'adhérent et non intentionnelle de sa part, ou de la part du bénéficiaire, et provenant de l'action soudaine et non prévisible d'une cause extérieure.

**Règlement :** désigne le présent contrat collectif qui définit les conditions générales des garanties de santé et prévoyance.

### Article DP 3 Étendue territoriale de la garantie

Les garanties de rentes en cas de dépendance ne peuvent être contractées que par des membres d'AMPLI qui résident de façon habituelle sur le territoire de la France métropolitaine.

Les adhérents séjournant moins de 180 jours à l'étranger ou dans les départements et régions d'outre-mer pour des raisons professionnelles ou privées restent garantis. Au-delà de cette période de 180 jours, les adhérents cessent d'être garantis.

En cas de maladie ou d'accident atteignant l'assuré hors de la France métropolitaine, celui-ci est tenu de faire élection de son domicile en France pour tout contrôle ou toute contestation d'ordre médical. Le point de départ de la garantie est la date de constatation médicale en France métropolitaine de l'état de dépendance, à la condition que l'intéressé ait fait parvenir à AMPLI sa déclaration dans les délais requis par le présent Règlement.

### Article DP 4 Bénéficiaires de la garantie

Peuvent souscrire la garantie AMPLI-Dépendance, tous les membres participants de la mutuelle AMPLI ainsi que leurs conjoints, à condition qu'ils soient âgés de plus de 50 ans et de moins de 70 ans, et qu'ils remplissent les conditions d'adhésion prévues au présent Règlement.

### Article DP 5 Validité de la garantie

Pour les garanties prévues au présent Règlement, seules sont considérées comme souscrites celles désignées sur le bulletin d'adhésion, acceptées par AMPLI, figurant sur l'appel de cotisation et ayant été réglées par l'adhérent.

## TITRE DP II DÉFINITION DE LA GARANTIE

### Article DP 6 Reconnaissance du niveau de dépendance

Est considéré en état de dépendance, l'adhérent qui se trouve dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique d'effectuer seul les actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'habiller, s'alimenter, se laver et se trouve dans l'une des situations suivantes :

1 – l'adhérent est hébergé en section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées ou invalides :

"La section de cure médicale est destinée à des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls des actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée, qui nécessite un traitement d'entretien, une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux (décret n° 78-478 du 29 mars 1978)."

2 – l'adhérent est hospitalisé en unité de long séjour :

"Les centres de long séjour sont des établissements composés d'unités destinées à l'hébergement de personnes n'ayant plus l'autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien" (Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et circulaire n° 1575 du 24 septembre 1971).

3 – l'adhérent bénéficie simultanément des services de soins médicaux à domicile justifiés par certificat médical et de l'assistance d'une tierce personne rémunérée à temps complet, c'est-à-dire une personne effectuant au moins

## GRILLES D'APPRÉCIATION DE LA DÉPENDANCE

GRILLE N°1		
Actes de la vie quotidienne	Troubles physiques nécessitant une aide	
	Partielle	Totale
S'alimenter (manger et boire)	1	2
S'habiller (se chausser)	1	2
Se laver, se coiffer, se raser, uriner	1	2
Se déplacer (se lever, s'asseoir, marcher)	1	2

GRILLE N°2	
Troubles psychiques nécessitant	
- une surveillance partielle ou une incitation à agir	1 point
- une surveillance et une assistance constantes	2 points

DÉCISION D'AMPLI APRÈS AVIS MÉDICAL	INDICE DE DÉPENDANCE*
Dossier refusé	0 à 4
Dossier accepté en dépendance : - Dépendance de niveau 1	5
- Dépendance de niveau 2	6 à 10

\*INDICE DE DÉPENDANCE =

Total des points de la grille n° 1 + points de la grille n° 2

indice minimum = 0      indice maximum = 10

200 heures par trimestre et bénéficiant à ce titre de la couverture complète de la Sécurité sociale :

"Les services de soins à domicile permettent, sur prescription médicale, d'assurer des soins globaux et continus à certaines personnes âgées, invalides ou handicapées maintenues à leur domicile" (Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 et décret n° 81-448 du 8 mai 1981).

L'état de dépendance est apprécié à partir de la grille ci-dessus.

La dépendance est prise en charge si l'indice de dépendance résultant du total des points est supérieur ou égal à 6 .

La dépendance est prise en charge à raison de la moitié de la rente souscrite si l'indice de dépendance résultant du total des points est égal à 5.

Si l'indice de dépendance résultant du total des points est inférieur à 5, la dépendance n'est pas prise en compte dans le cadre de cette garantie.

Le niveau de dépendance reconnu pourra évoluer en fonction de la modification de l'état de santé du malade.

Un nouveau dossier médical devra être constitué. L'indemnisation au nouveau niveau de dépendance interviendra dès la reconnaissance du nouvel état.

Par ailleurs, la date de la reconnaissance de l'état de dépendance totale de l'adhérent (total des points supérieur à 6) fait courir le délai de franchise pour le paiement de la rente. La garantie est également résiliée à cette date.

### Article DP 7 Risques non indemnisés

**Ne sont pas garantis les sinistres résultant :**

**a - de maladies ou d'accidents non déclarés à l'adhésion s'ils sont survenus antérieurement à l'adhésion ;**

**b - du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent, tel que tentative de suicide, mutilations, usage de stupéfiants non ordonnés médicalement, alcoolisme aigu ou chronique ;**

- c - de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe sauf légitime défense, d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent a pris une part active, étant précisé que le cas d'assistance à personne en danger est garanti ;
- d - des effets directs ou indirects provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité, sauf en cas de traitements thérapeutiques ;
- e - de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation ;
- f - d'accident de navigation aérienne, sauf si l'adhérent se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé ;
- g - d'accident du fait d'acrobaties, exhibitions, tentative de records, essais d'engins ;
- h - de la pratique de sports exercés à titre professionnel ou amateur dans le cadre de compétitions quelle que soit la discipline ;
- i - de la pratique de sports dangereux tels que : le bobsleigh, le skeleton, la plongée sous-marine avec scaphandre ou équipement autonome, les sports aériens de toute nature, la spéléologie, la pratique de l'escalade ou de courses en hautes montagnes ;
- j - de traitements ou opérations chirurgicales à but esthétique ;
- k - d'un accident d'automobile dès lors que la responsabilité de l'adhérent est engagée du fait d'un taux d'alcoolémie prohibé au regard de la législation du code de la route ;
- l - de cervicalgies, lombalgies, dorsalgies et toutes autres rachialgies sans cause organique.

### TITRE DP III MODALITES DE SOUSCRIPTION

#### Article DP 8 Etat de santé à l'adhésion

Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les adhérents. Elles consistent en un questionnaire composé de deux parties.

L'une porte sur 5 questions administratives :

- 1- ne jamais avoir perçu de rente d'invalidité pour un taux d'incapacité supérieur à 40 % ou ne pas être en cours de reconnaissance d'invalidité ;
- 2- ne pas bénéficier d'une pension vieillesse pour inaptitude au travail liquidée ou en instance de l'être ;

3- ne pas bénéficier d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maladie par la Sécurité sociale (exonération du ticket modérateur) ;

4- n'avoir été ni hospitalisé plus de quinze jours consécutifs, ni avoir eu d'arrêt de travail de plus de trois mois consécutifs au cours des cinq dernières années ;

5- ne pas être suivi pour une maladie ou un handicap rhumatologique ou neurologique.

L'autre consiste en un questionnaire de santé.

La décision est prise par AMPLI, après examen du questionnaire d'état de santé rempli par le demandeur, complété éventuellement par des renseignements médicaux ou, si nécessaire, par un examen médical.

**Toute personne en arrêt de travail ne peut faire aucune augmentation de garantie ou souscription de nouvelles garanties à AMPLI.**

#### Article DP 9 Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie

Toute personne remplissant les conditions pour bénéficier d'une garantie définie dans le présent Règlement doit remplir un bulletin d'adhésion.

La garantie prend effet dès acceptation par AMPLI Mutuelle qui notifie son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet de la garantie.

L'adhésion à la garantie n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. **Aucun paiement anticipé de cotisation ne préjuge d'une adhésion définitive.**

**Un adhérent en arrêt de travail ne peut faire aucune augmentation de garantie ou de souscription de nouvelles garanties à AMPLI.**

#### Article DP 10 Délai d'attente à l'adhésion

La garantie prend effet une fois l'acceptation d'AMPLI notifiée à l'adhérent sous réserve du paiement de la première cotisation :

- en cas d'accident, dès le premier jour de la date de validité de la garantie ;
- en cas de maladie, **un an** après la date de validité.

Ce délai d'attente est porté à **deux ans** en ce qui concerne les affections liées au syndrome de déficit immunitaire acquis et à **trois ans** en cas de dépendance due à l'état mental de l'adhérent.

**Toute maladie dont l'origine intervient durant le délai d'attente ne donne pas lieu à prise en charge au titre du présent Règlement.**

### Article DP 11 Renonciation, réclamation et médiation

L'adhérent a la possibilité de renoncer aux garanties souscrites par lettre recommandée avec avis de réception adressée à AMPLI, dans le délai de 30 jours à compter du paiement du premier versement de cotisation. La renonciation entraîne le remboursement de l'intégralité des cotisations versées sans aucune retenue possible.

La lettre de renonciation peut être rédigée comme suit :

**«Je vous prie de prendre note de ma renonciation à ma demande d'adhésion à la garantie AMPLI-Dépendance que j'ai signée et me rembourser dans les trente jours de la présente l'intégralité de mon versement».**

Par ailleurs, en cas de contestation ou de mécontentement vous pouvez écrire au Service Réclamation au siège de la Mutuelle.

Votre réclamation sera traitée dans les 10 jours à compter de la réception du courrier ou au plus tard dans les deux mois si votre demande nécessite une analyse approfondie.

Si aucun accord n'a pu être trouvé, vous pourrez saisir le service de la médiation de la FNIM (Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles), dont AMPLI Mutuelle est adhérente, à l'adresse suivante :

Médiateur FNIM, 4 avenue de l'Opéra, 75001 PARIS

La charte de la Médiation de la FNIM est disponible sur le site [www.fnim.fr](http://www.fnim.fr)

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le service de Médiation, un recours à une action en justice reste possible.

**En tout état de cause, la loi applicable est la loi française.**

### Article DP 12 Changement de garantie

Tout changement de garantie est considéré comme une nouvelle souscription de garantie devant remplir les conditions de souscription y afférentes. Durant le nouveau délai d'attente à l'adhésion, l'adhérent reste garanti pour le montant des prestations des garanties antérieurement souscrites auprès d'AMPLI.

### Article DP 13 Durée et fin de garantie

L'adhésion à la garantie est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année civile, sauf résiliation par l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant cette date.

Le droit à garantie cesse également dans les cas suivants :

- non paiement de la cotisation dans les délais requis ;
- perte par l'assuré de la qualité d'adhérent d'AMPLI.

### Article DP 14 Nullité en cas de fausse déclaration

**Conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du code de la Mutualité, et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour AMPLI, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.**

Les cotisations demeurent acquises à AMPLI qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

## TITRE DP IV FORMALITES POUR L'OBTENTION DES PRESTATIONS

### Article DP 15 Délai de déclaration et pièces à fournir

L'adhérent ou toute personne de son entourage doit faire parvenir à AMPLI, dans les 30 jours suivant la date de constatation médicale de l'état de dépendance une demande de prestation signée par l'adhérent ou par son représentant légal et accompagnée d'un certificat médical, adressé sous pli confidentiel au médecin conseil d'AMPLI, précisant les conditions substantielles justifiant le service de la rente afin qu'un contrôle puisse être exercé en temps voulu. Ce délai de 30 jours doit être respecté, **sous peine de forclusion**, sauf empêchement de force majeure, apprécié par AMPLI.

Le certificat médical détaillé doit préciser s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie et comporter en outre :

- a) en cas d'accident :
  - la date et les circonstances de l'accident et ses conséquences ;
  - la date éventuelle d'interruption de l'activité professionnelle ;
  - **la date de reconnaissance médicale de l'état de dépendance.**
- b) en cas de maladie :
  - la date de constatation médicale de la maladie et la nature de cette maladie et du traitement suivi ;
  - la date éventuelle d'interruption de l'activité professionnelle ;
  - **la date de reconnaissance médicale de l'état de dépendance.**

Qu'il s'agisse de maladie ou d'accident, la déclaration devra en outre être accompagnée le cas échéant du compte-rendu d'hospitalisation relatif à l'affection à l'origine de la demande de versement de la rente, ainsi que de toute hospitalisation pouvant avoir eu lieu.

### Article DP 16 Contrôle médical et expertises

Au reçu de la déclaration formulée par l'adhérent, AMPLI fait procéder s'il y a lieu à l'examen de ce dernier par les soins d'un médecin-expert. Cette demande de contrôle entraîne la suspension du versement des prestations d'indemnités journalières jusqu'à la décision. Après avoir pris connaissance du rapport auquel donne lieu l'expertise médicale du médecin contrôleur, AMPLI statue favorablement pour une prise en charge ou notifie une décision de refus à l'intéressé. AMPLI n'est pas tenue de suivre les conclusions du rapport d'expertise et se réserve le droit de procéder à une expertise d'arbitrage si nécessaire.

Toute contestation soulevée par l'adhérent concernant la décision rendue par AMPLI doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, **dans un délai maximum d'un mois** à compter du jour de sa notification à l'adhérent. Passé ce délai d'un mois, cette décision devient définitive. La contestation doit préciser les motifs du désaccord avec la décision d'AMPLI et être accompagnée d'un certificat médical, du médecin traitant de l'adhérent, adressé sous pli confidentiel au médecin conseil d'AMPLI, justifiant cette contestation.

Au cas où cette décision est régulièrement contestée par l'adhérent dans le délai précité, la procédure d'arbitrage se met en place. Le médecin traitant de l'adhérent et le médecin conseil d'AMPLI s'en adjoignent un troisième à des fins d'arbitrage pour transmettre un avis prééminent. A défaut d'entente sur la désignation du troisième médecin, ce choix sera fait à la diligence d'AMPLI par le Doyen de la Faculté de Médecine dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'adhérent.

Les honoraires du troisième médecin expert, dont l'adhérent doit faire l'avance, resteront à sa charge si sa contestation n'est pas admise ; ils seront pris en charge par AMPLI dans le cas contraire. La décision définitive sera notifiée à l'intéressé dans le délai maximum d'un mois.

Si l'assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint, par défaut de notification à AMPLI de son changement d'adresse, la garantie est suspendue après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant à son dossier.

### Article DP 17 Date de versement de la rente

Le service de la rente débute au terme d'un délai de six mois à compter de la date de reconnaissance de la dépendance. Toutefois, ce délai de six mois est réduit à trois mois dans le cas d'une dépendance faisant suite à un accident.

### Article DP 18 Montant et revalorisation de la rente servie

Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année le montant de la rente servie est revalorisé par référence à l'évolution du point AGIRC de l'année qui précède.

La rente est payable mensuellement et à terme échu. Selon le niveau de dépendance, la rente versée est égale à 50 % ou 100 % de la classe choisie par l'adhérent. Quatre classes sont proposées à l'adhésion

## TITRE DP V COTISATIONS

### Article DP 19 Caractère annuel des cotisations, fractionnement et frais d'impayés

Les cotisations sont fonction de l'âge atteint lors de la souscription par l'adhérent et des garanties souscrites. Elles sont annuelles et payables d'avance.

Le paiement de la cotisation annuelle peut faire l'objet d'un fractionnement après accord d'AMPLI. Au cas où cette faculté est accordée, chaque échéance est honorée uniquement par voie de prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent ; si ce dernier arrête le paiement des échéances prévues, la totalité de la cotisation reste cependant due, en raison du caractère annuel de celle-ci.

Des frais d'impayés seront appliqués à chaque incident de paiement. Le montant de ces frais est fixé annuellement par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

### Article DP 20 Non paiement des cotisations

**Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu.**

**L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure conformément à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.**

**L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.**

## TITRE DP VI DISPOSITIONS DIVERSES

### Article DP 21 Facturation de frais postaux excédentaires

Les frais postaux entraînés par des correspondances consécutives à des actes de négligence de la part des adhérents seront portés à la charge de ces adhérents.

### **Article DP 22** **Durée de validité des chèques émis** **en paiement de prestations**

Tout chèque non présenté à encaissement dans les délais légaux prévus par la réglementation bancaire ou postale ne pourra donner lieu à paiement à nouveau.

### **Article DP 23** **Subrogation**

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées.

### **Article DP 24** **Prescription**

**En application de l'article L. 221-11 du code de la mutualité, toutes actions résultant du présent Règlement sont prescrites dans un délai de 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

### **Article DP 25** **Informatique et Liberté**

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion des présentes garanties.

Le membre participant peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers d'AMPLI, de ses mandataires et réassureurs.

Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à AMPLI, à l'adresse de son siège social.

### **Article DP 26** **Changements intervenant** **dans la situation de l'assuré**

L'adhérent doit informer AMPLI par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 30 jours qui suivent tout changement de statut, de situation, de domicile (par défaut, les courriers adressés au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement ou de cessation d'activité professionnelle.

### **Article DP 27** **Modification du contrat collectif**

a. Par l'Association :

L'Association peut demander à AMPLI des modifications à apporter aux garanties. Ces modifications ne pourront être mises en place que par accord entre les parties.

b. Par AMPLI :

Les modifications apportées par AMPLI interviennent au renouvellement du contrat, après accord de l'Association.

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé des parties. L'Association mandate la Mutuelle pour opérer la notification des modifications des clauses du contrat ou la résiliation de ce dernier auprès de ses adhérents.

### **Article DP 28** **Durée et résiliation du contrat collectif**

Lorsque le contrat collectif entre AMPLI et l'Association est résilié par l'une des deux parties, aucune adhésion nouvelle n'est recevable à compter de la date d'effet de la résiliation. La résiliation est sans effet sur les prestations en cours de service qui sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la dite résiliation jusqu'à leur terme contractuel.

Pour l'adhérent, le contrat prend fin le jour où il résilie son adhésion à l'Association ou s'il perd sa qualité de membre adhérent d'AMPLI.

En cas de résiliation du contrat collectif par l'une ou l'autre partie, la mutuelle s'engage à maintenir aux assurés des garanties équivalentes à celles dont ils bénéficiaient à la date de résiliation. Les assurés demeurent membres participants de droit à la mutuelle.

### **Article DP 29** **Cessation d'activité de l'Association**

En cas de cessation d'activité de l'Association, les droits de l'adhérent sont intégralement maintenus par AMPLI.



---

27, Bld. BERTHIER - 75858 PARIS CEDEX 17 - TÉL. 01 44 15 20 00  
e-mail: [infos@ampli.fr](mailto:infos@ampli.fr) - site: [www.ampli.fr](http://www.ampli.fr)  
SIREN 349.729.350

RÉGIE PAR LE LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ  
Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution  
(ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09)

---