

**ANNEXES A LA CONVENTION AERAS RENOVEE**  
***(NON MODIFIEES)***

---

## CALENDRIER DES TRAVAUX

---

Les dispositions suivantes du présent avenant entrent en vigueur au plus tard le dernier jour du mois suivant sa signature :

- 1) L'engagement des travaux d'harmonisation de la terminologie des questionnaires médicaux,
- 2) La mise en place du groupe de travail sur les situations consolidées/stabilisées et en voie de consolidation/stabilisation,
- 3) La mise en place du comité rédactionnel permettant de disposer des mêmes référentiels entre le site AERAS et les sites des signataires, d'enrichir le lexique du site et de valoriser son utilisation,
- 4) La désignation des référents AERAS au sein de chaque établissement de crédit, l'affichage dans tous les lieux d'accueil des agences bancaires de l'affichette AERAS au format A3 et la rédaction de la fiche d'information sur les garanties alternatives.

Les dispositions suivantes font l'objet d'un calendrier aménagé :

<b>Mise en œuvre de la nouvelle garantie invalidité spécifique</b>	1 <sup>er</sup> septembre 2011
<b>Mise en œuvre du dispositif révisé d'écèlement Nouveau plafond de crédit immobilier et professionnel</b>	1 <sup>er</sup> septembre 2011
<b>Restitution de l'étude DSS/CNAMTS* sur la garantie invalidité spécifique</b>	1 <sup>er</sup> septembre 2011
<b>Nouveau plafond de crédit à la consommation</b>	1 <sup>er</sup> mai 2011

Les modalités et échéances de réalisation des indicateurs de suivi, de la rénovation du site internet AERAS et de la campagne de communication seront fixées par la Commission de suivi et de propositions.

\* Les médecins de la CNAMTS et de la Direction de la sécurité sociale ont analysé, en novembre 2010, des données anonymisées au regard de la garantie invalidité spécifique afin

de savoir si les améliorations apportées à cette garantie avaient un impact significatif sur le nombre de personnes, en 2<sup>ème</sup> catégorie d'invalidité de la sécurité sociale, couverte.

## **CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET L'UTILISATION DE DONNEES RELATIVES A L'ETAT DE SANTE EN VUE DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXECUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

---

Les organismes d'assurance sont appelés à recueillir et à traiter des informations concernant l'état de santé d'une personne, et notamment :

- en assurances de personnes, avant la souscription d'un contrat (ou l'adhésion à celui-ci s'il s'agit d'une assurance de groupe) ;
- dans toutes assurances intervenant en cas de décès ou d'atteintes corporelles, lors de la déclaration d'un sinistre ou de la demande de prestations.

Cette collecte et ce traitement d'informations médicales, indispensables à l'activité d'assurance, ont toujours tenu compte des impératifs de confidentialité de ces informations touchant à la personne des assurés, ainsi que de la volonté librement exprimée par ceux-ci quant à l'usage qu'il convient de faire des informations et documents médicaux les concernant.

Tout en reconnaissant :

- qu'un assureur, un banquier ou un intermédiaire est astreint au secret professionnel dans ses relations avec ses clients
- que toute personne peut disposer des informations la concernant et couvertes par le secret médical, en particulier pour faire valoir ses intérêts ;

la collecte, la circulation, le traitement et la conservation de l'information médicale relative à une personne soulèvent, en raison de la nature de cette information, des risques particuliers, auxquels il est impératif d'apporter des solutions selon des procédures de confidentialité strictes et restreintes.

Compte tenu des évolutions législatives et des réflexions conduites, sous l'égide des pouvoirs publics, sur les problèmes que pose l'utilisation de ces informations dans des conditions compatibles à la fois avec les exigences d'ordre éthique et l'exercice de l'activité d'assurance, il est apparu souhaitable d'améliorer les procédures existantes, en matière d'organisation de confidentialité médicale. A cette fin sont formulées un certain nombre de recommandations de nature à renforcer la confidentialité de ces procédures, tant dans l'organisation du service médical des sociétés d'assurances (I) qu'au stade de la souscription des contrats (II) ou à celui de l'exécution du contrat (III).

### **I - LE SERVICE MEDICAL DES SOCIETES D'ASSURANCES**

L'appréciation du risque comme le règlement des prestations nécessite des examens, des contrôles et des évaluations faisant appel au concours de médecins. Ceux-ci agissent pour le compte de l'organisme d'assurance concerné dans le respect de la déontologie médicale.

En tout état de cause, compte tenu des risques assurés et de la nature spécifique des informations fournies, il est impératif que les sociétés d'assurances concernées disposent d'un service médical apte à analyser et conserver ces informations.

Dans ce service médical, les dossiers sont placés sous l'autorité d'un médecin collaborateur à temps plein ou partiel auquel doit être garantie l'indépendance technique et morale. Celui-ci est garant de la confidentialité des informations médicales fournies aux sociétés.

Formé aux spécificités de traitement des données médicales, et à la déontologie qui s'y applique, le personnel est astreint au secret professionnel ; il est informé des sanctions encourues en cas de non-respect de cette règle. Pour ce faire, ce service bénéficie de locaux particuliers et d'un personnel spécifique.

La confidentialité doit être organisée au sein des entreprises, physiquement pour le service, administrativement pour les circuits (courrier, téléphone, informatique, meubles de rangement des dossiers, etc.). Une protection totale des dossiers et des informations transmises est assurée.

En aucun cas, les services administratifs des sociétés d'assurance ne peuvent connaître les éléments relatifs à l'état de santé qui ont fondé la décision (acceptation avec ou sans surprime, refus, ajournement ou demande de complément d'instructions médicales), ni les éléments des contrats ayant trait à l'état de santé.

Enfin, le responsable du service médical, souvent qualifié de « médecin-chef », coordonne l'activité des autres médecins attachés au service. En outre :

- il organise et maintient les contacts nécessaires avec des médecins correspondants, indépendants de l'entreprise, et chargés d'examiner les assurables en vue de la conclusion d'une assurance, ou d'examiner ou contrôler les personnes malades, ou invalides, ou les victimes d'accidents, dans le cadre du règlement d'un sinistre ou d'une demande de prestations
- il procède lui-même ou fait procéder par ses collaborateurs médecins aux examens et contrôles précités lorsque la proximité et l'organisation du service le permettent ;
- il donne son avis médical sur les dossiers de souscription ou de règlement qui sont soumis au service médical ;
- il conseille l'organisme d'assurance en matière de sélection médicale des risques, de prévention et de règlement. Il participe à ce titre à la définition des normes d'acceptation, à l'élaboration des questionnaires de santé et des formulaires de déclaration de sinistre, ainsi qu'à l'information des services techniques en matière médicale ;
- lorsque le proposant le saisit d'une demande d'information, il lui répond soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin désigné par celui-ci.

Il s'agit donc d'une triple mission de contrôle, d'expertise et de conseil, qui n'est confondue ni avec celle de l'expert judiciaire désigné par une juridiction, ou en exécution d'une convention d'arbitrage, ni avec celle des médecins contrôleurs des organismes de sécurité sociale.

#### A) L'APPRECIATION DES RISQUES LORS DE LA SOUSCRIPTION (ASSURANCES DE PERSONNES)

- 1) L'état de santé de l'assurable est un élément essentiel d'appréciation du risque pour la souscription d'une assurance comportant des garanties de prévoyance (décès, invalidité, maladie).

L'âge, le montant des sommes assurées, la durée et la nature du contrat, conditionnent le niveau d'information et de contrôle :

- pour les assurances dont les capitaux ou rentes garantis sont faibles, seule une déclaration relative à l'état de santé ou un questionnaire succinct est généralement demandé ;
- lorsque les capitaux ou rentes dépassent un certain montant ou lorsque l'état de santé du candidat à l'assurance, ne lui permet pas de souscrire une telle déclaration, *ou que des réponses laissent supposer un risque aggravé*, ou que son âge excède la norme fixée, il est demandé de remplir un questionnaire de risque plus détaillé ;
- lorsqu'un certificat médical ou des pièces justificatives sont demandés au candidat à l'assurance, son médecin traitant le lui remet en mains propres *sous enveloppe* pour transmission au service médical de l'assureur ;
- en fonction des réponses au questionnaire de risque ou de la déclaration d'une pathologie particulière, le médecin conseil de l'assureur demande le cas échéant des examens complémentaires : analyses, radiographies, ou échographies, électrocardiogrammes, etc., ces examens pouvant éventuellement être remplacés par la communication par le proposant des pièces, strictement nécessaires, faisant partie de son dossier médical ;
- l'assureur peut également – si les réponses au questionnaire de risque ou le montant du capital le justifient – demander à l'assuré de se soumettre à un examen médical.

Cet examen peut être précédé ou complété par des analyses biologiques ;

- en cas de demande d'examens médicaux, ceux-ci sont effectués par un ou des médecins désignés par l'assureur pour examiner l'assuré, ou par un ou des médecins choisis par celui-ci ;
- les résultats des examens médicaux et les résultats d'examens complémentaires (biologiques, radiologiques) sont remis au proposant qui les transmet au médecin conseil de l'assureur ;
- les conclusions du ou des médecins sont transmises directement sous pli confidentiel au service médical de l'assureur.

Les rapports médicaux et les examens complémentaires relèvent des mêmes règles de confidentialité que les questionnaires médicaux.

- 2) Les questionnaires répondent à un souci de clarté et de concision pour pouvoir être compris par les assurés, tout en étant suffisamment détaillés pour permettre une appréciation correcte du risque par l'assureur.

Ils comportent généralement deux types de questions :

- des questions portant sur des faits matériels (par exemple : avez-vous eu un arrêt de travail de plus de (x) jours durant la dernière période d'un an ? quels médicaments prenez-vous actuellement ? avez-vous subi des tests médicaux au cours des (y) derniers mois) ;
- des questions portant sur des maladies (par exemple : êtes vous traité pour hypertension ?).

Il existe enfin, pour certaines maladies des questionnaires adaptés, que les personnes concernées remplissent généralement avec le concours de leur médecin traitant.

Le contenu et le traitement de ces questionnaires de risques respectent les principes suivants :

- ils ne doivent comporter aucune question concernant le caractère intime de la vie privée, et en particulier de la vie sexuelle des proposants ;
- les déclarations et questionnaires médicaux de risques sont transmis au service médical par le candidat à l'assurance, qui déclare dans le formulaire accepter cette communication;
- les autres déclarations de risques (par exemple, la pratique de certains sports ou certaines professions à risques) peuvent être transmises à un service d'acceptation de risques ;
- ces informations sont traitées *en toute confidentialité* sous la pleine responsabilité du médecin responsable du service médical de l'entreprise ;
- compte tenu des dispositions de l'article L.112-3 du code des assurances, les formulations de questions trop générales du type « vous estimez-vous en bonne santé ? » sont à écarter. De manière plus générale, afin d'éviter les difficultés d'interprétation et les litiges pouvant en résulter, les questions doivent être rédigées de manière claire et précise

3) Enfin, en ce qui concerne les exclusions, les conditions particulières du contrat en mentionnent l'existence. Ces exclusions sont portées à la connaissance du candidat par un courrier particulier émanant du service médical.

## B) LA COLLECTE, LA TRANSMISSION ET LE TRAITEMENT DES INFORMATIONS RECUEILLIES

Les assureurs sont soumis au secret professionnel, comme tous les professionnels recueillant des informations confidentielles. En conséquence, ils prennent les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité de ces informations relatives à l'état de santé d'une personne.

### 1) Collecte et transmission des informations

La nature et la complexité des informations à recueillir sur la santé du candidat à l'assurance lors de la souscription conduisent à proposer une démarche en deux étapes :

- dans un premier temps, le souscripteur est clairement informé des conditions dans lesquelles les informations qu'il va donner dans la suite du questionnaire seront communiquées à la société d'assurance ;
- dans un second temps, il répond seul, s'il le souhaite, aux questions relatives à son état de santé et aux données médicales le concernant.

Sur le premier point, il est recommandé de faire précéder le questionnaire de santé d'une formule du type suivant :

*Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) (par la procédure de (télé)transmission sécurisée ...) au médecin conseil du service médical de la société.*

*Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) (par la procédure de (télé)transmission sécurisée ...) au médecin conseil du service médical de la société.*

***Dans ce cas, vous utilisez (l'enveloppe ci-jointe) (la procédure sécurisée ...) à destination du médecin conseil de la société d'assurances***

Dès lors, et à condition qu'il soit répondu aux questions précédentes et qu'elles respectent la réglementation sur la nature des questions à poser, l'architecture du questionnaire et la formulation des questions sur l'état de santé et les données médicales du proposant sont du ressort de la société d'assurances, qui peut éventuellement les répartir entre un "questionnaire de santé", supposé simplifié et un "questionnaire médical", concernant notamment des pathologies ou des interventions chirurgicales.

De même, le rapport du médecin examinateur, et les résultats des différents examens demandés au candidat à l'assurance sont transmis, sous pli confidentiel, au service médical de la société d'assurance dans les conditions précisées antérieurement.

## 2) Traitement

Le service médical émet un avis sur les dossiers comportant des documents confidentiels, des rapports médicaux et plus généralement qui soulèvent un problème d'appréciation médicale. Cet avis est transmis au service chargé de l'acceptation des risques. Ce dernier service prend pour chacune des garanties du contrat une décision parmi les options suivantes :

- acceptation au tarif normal ;
- acceptation avec surprime et éventuellement limitation de la durée de l'assurance ;
- acceptation avec exclusion d'une ou plusieurs pathologies particulières et de ses suites (ce sont généralement les maladies qui préexistaient à l'entrée à l'assurance) ;
- ajournement (de 1 à 5 ans le plus souvent) ;
- refus.

Le candidat à l'assurance est informé de la décision de la société et de la possibilité de saisir le médecin conseil pour information complémentaire (cf. I – page 5).

## 3) Suites de maladies antérieures

Conformément à l'article 3 a) de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les conditions particulières du contrat doivent mentionner clairement et limitativement les exclusions ou restrictions de garanties consécutives aux maladies antérieures en assurance individuelle ou collective non obligatoire. A cet effet, l'information nécessaire est transmise par le service médical de la société au service d'acceptation des risques d'une part, et au service administratif chargé d'établir le contrat d'autre part.

# III/ L'EXECUTION DU CONTRAT

## A/ OBSERVATIONS GENERALES



Conformément aux principes généraux de notre droit, il appartient à l'assuré ou au bénéficiaire de l'assurance qui en demande l'exécution de justifier de ses droits. De même la victime d'une atteinte corporelle due à l'action fautive d'un tiers doit établir la réalité de son préjudice.

L'exécution du contrat peut ainsi nécessiter que l'assureur subordonne le règlement des prestations à la production d'attestations médicales ou au résultat d'examens de contrôle ou d'évaluation effectués par des médecins missionnés à cet effet. L'assureur peut également demander à l'assuré de répondre à un questionnaire s'inscrivant dans le cadre de la déclaration de sinistre. Cette procédure administrative légère convient particulièrement à l'assurance de remboursement de frais médicaux qui exige une grande rapidité de règlement.

Les investigations de l'assureur sont engagées avec tact et mesure en tenant compte notamment de l'importance du sinistre et de la difficulté pour l'assuré ou ses ayants droit de produire certains justificatifs normalement exigibles.

La loi du 31 décembre 1989 renforçant la garantie offerte aux personnes assurées contre certains risques prévoit que dans les contrats collectifs non obligatoires et dans les contrats individuels couvrant des risques de prévoyance, l'assureur peut à certaines conditions (cf II) - B) - 3) refuser la prise en charge des suites de maladies antérieures à la conclusion du contrat. Il doit alors apporter la preuve de l'antériorité de la maladie, dans le respect du secret professionnel auquel il est tenu.

## B/ LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement des prestations nécessite le rapprochement des déclarations initiales faites lors de la souscription du contrat de celles effectuées à la suite du sinistre ; il en est de même en cas de constatations médicales ou autres résultats du dossier de règlement.

Les problèmes de confidentialité liés à l'établissement des questionnaires de règlement ou aux relations de l'assureur avec le corps médical en vue de ce règlement ne sont pas fondamentalement différents en assurances de personnes de ceux relatifs à la souscription de l'assurance.

Néanmoins, les précisions suivantes peuvent être apportées :

- les questionnaires destinés aux personnes déclarant un sinistre distinguent les rubriques de caractère administratif de celles proprement médicales. Lorsque ces dernières doivent être remplies par le médecin traitant de l'assuré ou de la victime, elles font l'objet d'un document distinct ;
- tout document établi par un médecin ayant donné ses soins à l'assuré est remis à celui-ci ou à ses ayants droits qui demeurent libres de son usage ;
- tout médecin intervenant pour le compte d'un assureur auprès d'un assuré d'une victime demandant réparation d'un dommage corporel ou de leurs ayants droit précise clairement qui l'a missionné et quel est le but de sa mission, afin d'éviter toute confusion, notamment avec les médecins contrôleurs de la sécurité sociale ;
- l'exigence de justificatifs ou de contrôles médicaux, si elle est nécessaire au respect des engagements réciproques des parties au contrat d'assurance, ainsi qu'à la défense des intérêts légitimes de l'ensemble des assurés constituant la mutualité couverte par l'assureur, est limitée aux mesures indispensables sans perdre de vue la situation particulière de l'assuré, de ses ayants droit ou de la victime. Les informations émanant du service médical comportent une partie administrative, communiquée au service gestionnaire, et une partie médicale séparée qui est conservée par le service médical.

---

## GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE

---

La garantie invalidité spécifique mentionnée au 4) du Titre V de la convention se définit comme suit :

- La garantie invalidité spécifique correspond à une incapacité fonctionnelle couplée à une incapacité professionnelle.
- La garantie accordée ne comporte aucune exclusion de pathologie
- La prestation servie est au minimum indemnitaire, en couvrant la perte de revenu de l'assuré
- L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension invalidité 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non salariés.
- S'agissant de l'incapacité fonctionnelle, un barème de référence commun à tous les assureurs est retenu. Il s'agit du barème annexé au code des pensions civiles et militaires.
- Le taux d'incapacité fonctionnelle, à partir duquel la prestation intervient, est fixé à 70% et apprécié par le médecin conseil de l'assureur suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires.
- Lors de l'expertise médicale, qui permet de déterminer le taux d'invalidité fonctionnelle de l'assuré, ce dernier peut se faire accompagner par le médecin de son choix.
- En cas de poly-pathologies, la cotation est additive, c'est à-dire qu'elle s'effectue en sommant le taux des différentes pathologies.
- En cas de contestation de la décision de l'assureur, l'assuré peut demander de droit une contre-expertise
- En cas de désaccord de l'assuré, il lui est possible :
  - d'obtenir une copie du rapport d'expertise de l'expert désigné par l'assureur,
  - de verser de nouveaux éléments médicaux en vue d'une révision de son dossier,
  - de se faire accompagner d'un médecin de son choix en cas de recours à la procédure amiable prévue au contrat.

---

## **LE ROLE DU BUREAU COMMUN D'ASSURANCE COLLECTIVE (BCAC) DANS LE CADRE DE LA CONVENTION AERAS**

---

Le BCAC a un double rôle dans le cadre de la convention AERAS.

- 1) Le BCAC assure le fonctionnement du pool des risques très aggravés :

Le pool des risques très aggravés correspond au 3<sup>ème</sup> niveau d'examen des demandes d'assurance. Les dossiers rejetés par un réassureur ou sous l'autorité d'un réassureur au 2<sup>ème</sup> niveau d'examen de l'assurance lui sont transmis.

Les dossiers transmis au pool sont examinés à tour de rôle par un des réassureurs y participant.

- 2) Le BCAC assure la gestion administrative du dispositif d'écrêtement de surprimes d'assurance financé par les assureurs et banquiers

A ce titre, il est chargé d'établir annuellement la répartition de la charge financière du dispositif entre les professionnels.

---

## DISPOSITIF D'EXAMEN DES DEMANDES D'ASSURANCE

---

Le traitement des demandes de prêt par les professionnels s'articule de la manière suivante, autour d'un dispositif à trois niveaux :

- 1) Au 1<sup>er</sup> niveau, sont analysés les contrats d'assurance collective emprunteurs existants

Dès ce 1<sup>er</sup> niveau, les professionnels analysent systématiquement la possibilité de proposer une garantie standard, avec ou sans surprime, avant toute proposition de garantie spécifique à l'emprunteur. Toutefois, pour diverses raisons, commerciales ou techniques, ces contrats ne couvrent pas tous les cas qui seraient assurables sur le marché par ailleurs. C'est pourquoi il convient de compléter le jeu normal de ces contrats de 1<sup>er</sup> niveau.

- 2) Le 2<sup>ème</sup> niveau est constitué par la mise en place, dans des conditions de marché, de contrats d'assurance emprunteurs de groupes ouverts, réceptacles automatiques des cas refusés par le jeu des contrats du 1<sup>er</sup> niveau.

Ces contrats ont vocation à être mis en place par tous les établissements de crédits, en complément des contrats d'assurance adossés à la gamme de leur prêt, et actionnés dès qu'un refus ou un ajournement est décidé par un assureur de 1<sup>er</sup> niveau. Toutefois, les réassureurs, constituant ce 2<sup>ème</sup> niveau, analysent également la possibilité de proposer aux emprunteurs une garantie standard, avec ou sans surprime.

- 3) Le 3<sup>ème</sup> niveau est constitué par le « pool des risques très aggravés ».

Le pool des risques très aggravés est une convention de co-réassurance gérée par le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC). Cette convention est ouverte aux assureurs et aux réassureurs, membres de la FFSA ou du GEMA.

Le pool offre aux assureurs des contrats collectifs d'assurance décès emprunteurs d'une part, aux assureurs des contrats individuels d'assurance décès liés à un emprunt d'autre part, une capacité de couverture additionnelle en cas de décision de refus ou d'ajournement lors de la mise en jeu des contrats de 2<sup>ème</sup> niveau.

Le passage automatique d'un niveau à l'autre permet à tout emprunteur de bénéficier des dispositions de la convention, même sans en avoir connaissance.

Concernant l'amélioration de l'information aux emprunteurs, les lettres de refus d'assurance indiquent explicitement à quel niveau le refus est intervenu. Tout refus de prêt par un établissement de crédit fondé sur la seule insuffisance de la couverture assurantielle et l'absence de garanties alternatives fait l'objet d'un courrier motivé au candidat à l'emprunt

---

## **SIGNATAIRES DE LA CONVENTION AERAS DU 6 JUILLET 2006**

---

Dix-sept associations représentant les personnes malades et les consommateurs :

- AIDES
- L'Association de Lutte, d'Information, et d'Etude des Infections Nosocomiales (LIEN)
- L'Association des accidentés de la vie (FNATH)
- L'Association Française de lutte contre les Myopathies (AFM)
- L'Association Française des Diabétiques (AFD)
- L'Association Française des Polyarthritiques (AFP)
- Le Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS)
- Familles rurales
- La Fédération des AVIAM de France (association d'aide aux victimes des accidents médicaux et à leur famille)
- La Fédération française des Associations et Amicales d'Insuffisants respiratoires (FFAAIR)
- La Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR)
- La Fédération Nationale des Associations de malades cardiovasculaires et opérés du coeur (FNAMOC)
- La Ligue Nationale Contre le Cancer
- Sida Info Service
- SOS Hépatites
- L'Union Féminine Civique et Sociale (UFCS)
- Vaincre la Mucoviscidose

Les établissements de crédit et les assureurs :

- l'Association Française des Etablissements de Crédit et des Entreprises d'Investissement (AFECEI)
- la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA)
- le Groupement des Entreprises et Mutuelles d'Assurance (GEMA)
- la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

L'Etat représenté par :

- Thierry Breton, Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie
- Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités

