



LIFE Association
127 Ave Kennedy

64200 BIARRITZ
@ : contact@lifeisrose.fr



18 rue de la Pépinière
75008 Paris
www.euroditas.fr
@ : gestion@euroditas.fr

Présentation de l'assurance de prêt

1. LE PRINCIPE GENERAL

L'assurance d'un prêt est une assurance temporaire, limitée à la durée d'un emprunt, qui garantit le remboursement de celui-ci en cas de décès. Elle est le plus souvent complétée par des garanties d'assurance de personnes couvrant les risques d'incapacité, d'invalidité et éventuellement de perte d'emploi. Ces dernières garanties répondent à la demande de la banque qui subordonne souvent l'octroi du prêt à la souscription de ces garanties.

LOI LEMOINE 2022

Depuis le 1^{er} juin 2022, il n'est plus nécessaire de remplir un questionnaire sur l'état de santé :

- si la part assurée par personne est **inférieure ou égale à 200 000 euros**
- et si le **remboursement total de votre prêt est prévu avant vos 60 ans**.

Cette évolution permet à des emprunteurs considérés à risque pour raisons de santé de ne plus supporter de surprimes ou d'exclusions de garanties.

Le questionnaire de santé reste toutefois obligatoire pour tous les crédits supérieurs à 200 000 euros ou pour des emprunteurs qui auront plus de 60 ans à la fin du remboursement du prêt.

2. LES GARANTIES

- Décès

Il s'agit d'une garantie couverte par tous les contrats emprunteurs. Elle permet le remboursement intégral du capital restant dû à l'organisme financier prêteur par l'Assureur, dans la limite du montant assuré lors du décès. Le bien, après règlement de la succession appartient aux héritiers.

- **Garantie Perte Totale et Irréversible d'autonomie (PTIA)**

Comme dans le cas d'un décès, l'Assureur prend en charge le capital restant dû en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. (= état nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne).

Dans tous les cas, le bénéficiaire de l'assurance emprunteur est l'organisme prêteur. C'est directement à lui que le solde de votre prêt sera versé.

NB : Les garanties décès et PTIA sont proposées conjointement dans tous les contrats emprunteur.

- **ITT (Incapacité Temporaire Totale de travail)**

Cette garantie joue, lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assuré se retrouve temporairement dans l'incapacité de travailler et peut subir une baisse de revenus.

Après un délai de franchise défini aux Conditions Générales (en général 90 jours), et reconnaissance de la situation par le Médecin de l'Assureur, celui-ci prend en charge le règlement des échéances du prêt.

- **IPT (Invalidité Permanente Totale)**

Cette garantie joue lorsque l'assuré, du fait d'un accident ou d'une maladie et après stabilisation de son état, est reconnu inapte à tout travail pouvant lui apporter gains et profits.

La prise en charge d'une IPT n'est effective que si le taux d'invalidité est supérieur à 66%. Ce taux est apprécié par l'Assureur selon un barème établi médicalement et inscrit dans les Conditions Générales du contrat d'assurance.

Une fois l'IPT reconnu par l'Assureur, celui-ci prend en charge le règlement des échéances du prêt.

- **IPP (Invalidité Permanente Partielle)**

Cette garantie joue lorsque l'assuré se trouve dans l'impossibilité d'exercer à temps plein toute activité professionnelle ou occupation lui apportant gains et profits.

Une fois l'IPP reconnu par l'Assureur, celui-ci prend en charge une partie du règlement des échéances du prêt.

NB : Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie IPT, qu'elle vient renforcer pour les cas d'incapacité compris entre 33 et 66%.

3. LA DELEGATION D'ASSURANCE

Les banques proposent leurs propres contrats d'assurance, qui en règle générale, ne garantissent pas les pathologies existantes.

Aussi, les personnes concernées peuvent mettre en place une délégation d'assurance chez un autre assureur.

A la présentation de cette délégation la banque vérifie l'équivalence des garanties.

Cf. liste en annexe

4. LA CONVENTION AERAS

La convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) est destinée à favoriser l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Ce dispositif s'applique sous certaines conditions aux prêts à caractère personnel (prêts au logement et certains types de crédit à la consommation) et professionnel (prêts pour l'acquisition de locaux et de matériels).

En outre, la convention AERAS révisée prévoit la mise en place d'une grille de référence, applicable aux emprunts souscrits à compter du 1er janvier 2016, qui dresse la liste des pathologies, cancéreuses ou non, pour lesquelles une assurance peut être accordée aux conditions normales ou s'en approchant. Cette grille indique également les délais à l'issue desquels une telle assurance peut être proposée.

Cf. Grille d'août 2022 en annexe

<http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil.html>

5. LE DROIT A L'OUBLI

Depuis le 2 septembre 2015, la convention AERAS intègre le «droit à l'oubli» pour les anciens malades du cancer (quels qu'en soient la localisation et le type histologique), la convention a été révisée en août 2022 et intègre dans le « droit à l'oubli » également les personnes ayant été atteintes d'une hépatite virale C.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a fixé à 10 ans maximum après la fin du protocole thérapeutique (5 ans pour les cancers survenus avant 18 ans) le délai au terme duquel aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses ne peut être demandée par les organismes assureurs.

Depuis la dernière révision le droit à l'oubli est désormais de 5 ans.

La première grille de référence (présentée par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes le 5 février 2016) a donc réduit le délai d'accès au crédit bancaire pour certains anciens malades.

Cf. Fiche de place en annexe

6. LE PROGRAMME ASSUROSE

La convention AERAS et le droit à l'oubli sont donc insuffisants pour trouver une solution d'assurance pour les personnes atteintes d'un cancer du sein.

Forte de ce constat, l'association Life is Rose, en partenariat avec le Cabinet Eurodita, propose un contrat d'assurance de prêt dédié.

Dès lors qu'une personne est atteinte d'une pathologie chronique, qui plus est d'un cancer, elle rencontre des difficultés pour s'assurer dans le cadre d'un prêt. Les contrats groupes des organismes prêteurs n'offrent pas de solution satisfaisante : majoration, refus d'une garantie, exclusion de la pathologie, refus complet d'assurance...

Le programme d'assurance ASSUROSE permet de couvrir les postulants sur les risques décès et arrêt de travail, et ceci dès un an après la découverte de la maladie.

Ce contrat a pour but principal de proposer une solution, en premier lieu, et surtout de pouvoir accorder la garantie arrêt de travail sans exclusion de la pathologie.

Avis du Comité consultatif du secteur financier sur l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur

Lors de la réunion d'installation du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) renouvelé, le 1^{er} juillet 2014, le ministre des Finances et des Comptes publics a demandé au CCSF d'engager une concertation pour parvenir avant la fin de l'année 2014 à un accord sur l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur de manière à permettre aux emprunteurs de faire jouer plus facilement la concurrence.

La notion d'équivalence du niveau de garantie a été introduite en assurance emprunteur par la loi Lagarde du 1^{er} juillet 2010 : l'article L 312-9 du code de la Consommation est ainsi rédigé : « Le prêteur ne peut pas refuser en garantie un autre contrat d'assurance dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance de groupe qu'il propose. Toute décision de refus doit être motivée. ». Les lois successives du 26 juillet 2013 et du 17 mars 2014 n'ont pas touché à la notion d'équivalence du niveau de garantie sur laquelle le CCSF s'est penché à plusieurs reprises. Dès 2006, il plaidait pour une comparaison pertinente entre assurance déléguée et assurance de groupe, intégrant les garanties au-delà du seul aspect tarifaire¹ et son Avis du 18 décembre 2012 définit plusieurs principes et recommandations :

- le dispositif d'évaluation de l'équivalence du niveau de garantie mis en place par l'établissement doit permettre l'analyse de bonne foi de toute proposition d'assurance apportée par l'emprunteur ;
- l'équivalence du niveau de garantie n'est pas l'identité des garanties mais découle d'une analyse globale => un refus d'assurance déléguée ne peut être motivé par leur non-identité ;
- le devoir de conseil du distributeur d'assurance est essentiel pour que les garanties soient analysées en fonction de la situation concrète de l'assuré ;
- sauf cas particuliers, les dossiers d'assurance déléguée devraient être analysés dans un délai maximal de huit jours (porté à 10 jours par la loi bancaire du 26 juillet 2013) ;
- en cas de refus de l'assurance déléguée, la demande devrait être réexaminée par une personne ou par une structure autre que celle qui a pris la décision de refus ;
- les motivations de refus d'assurance déléguée doivent être explicites, datées et conformes aux meilleures pratiques constatées.

Conformément au souhait du Ministre, le Comité a lancé une vaste concertation ouverte aux différentes parties concernées en vue de définir, tout en améliorant l'information fournie au consommateur, une méthode commune transparente permettant d'apprécier avec une plus grande automaticité l'équivalence du niveau de garantie entre contrats d'assurance-emprunteur. Cette méthode doit respecter le cadre normal de la concurrence et de l'innovation sur le marché de l'assurance emprunteur du crédit immobilier.

¹ Avis du CCSF du 6 avril 2006 relatif à l'assurance emprunteur : « Le CCSF estime essentielle cette possibilité pour l'emprunteur de choisir son assurance tout en soulignant que le choix entre contrat de groupe et assurance individuelle doit prendre en compte l'ensemble des éléments de comparaison en cause. Ainsi, il importe que l'emprunteur soit particulièrement vigilant sur l'étendue de la couverture apportée par son assurance, au-delà du seul aspect tarifaire. »

À l'issue de cette concertation, le Comité a adopté l'Avis suivant.

1. Une méthode commune transparente en 3 étapes
 - 1.1 Une liste limitative des caractéristiques des garanties minimales exigibles de la part des établissements prêteurs en fonction du type d'opération, du type de prêt et du statut professionnel de l'emprunteur est arrêtée par consensus de place.

Cette liste, également dite « liste des critères » et jointe en annexe, pourra être actualisée tous les ans, par les professionnels, après avis du CCSF.
 - 1.2 Chaque établissement prêteur choisit sur cette liste 11 critères au plus qui correspondent à ses exigences générales liées à sa politique des risques, complétés le cas échéant de 4 critères au plus portant sur la garantie perte d'emploi.

Pour un certain nombre des critères choisis, le prêteur doit préciser, chaque fois que c'est possible, la valeur exigée, par exemple son caractère forfaitaire ou indemnitaire.

En fonction du type d'opération, du type de prêt et du statut professionnel de l'emprunteur, l'établissement communique sa liste d'exigences générales aux emprunteurs ainsi que sur son site Internet et sur les Fiches Standardisées d'Information qu'il délivre.
 - 1.3 Dès que l'analyse « in concreto » est réalisée pour tenir compte de la situation spécifique de l'emprunteur, et le plus tôt possible, le prêteur remet à l'emprunteur un document spécifique, une fiche personnalisée précisant la liste détaillée et complètement valorisée des critères exigés au regard de l'appréciation du niveau équivalent de garantie. En cas d'examens médicaux à compléter, la fiche personnalisée est remise « sous réserve ». En tout état de cause, la remise de la fiche personnalisée doit intervenir suffisamment tôt pour permettre au candidat à l'emprunt d'exercer sa liberté de choix en matière d'assurance emprunteur dans les conditions prévues par le législateur et en particulier en amont de l'émission de l'offre de prêt.

Les garanties et niveaux de garantie exigés, qui entrent dans le calcul du TAEG, correspondent à des « attentes raisonnables ».

Cette fiche personnalisée doit être remise dans les conditions indiquées précédemment même si l'emprunteur a tout de suite indiqué qu'il souhaitait faire appel à une assurance extérieure.

La fiche personnalisée est l'outil complet qui permet à l'emprunteur comme au prêteur, par simple rapprochement avec le contrat alternatif proposé, d'apprécier directement s'il y a ou non équivalence du niveau de garantie.

2. *La Fiche Standardisée d'Information (FSI) complétée*

- 2.1 L'objectif est de conforter le rôle de la FSI inscrite dans la loi relative à la consommation du 17 mars 2014 pour faciliter et anticiper la comparaison des propositions de contrats d'assurance emprunteur.
- 2.2 L'obligation de remise systématique de la FSI par tous les professionnels de l'assurance emprunteur dès la première simulation chiffrée d'assurance, en face à face ou à distance, avec le candidat à l'assurance est rappelée.
- 2.3 Il est convenu de prévoir sur la FSI un emplacement à remplir par les prêteurs quand ils remettent la fiche pour inscrire les exigences générales en termes de garanties et de critères (voir supra point 1.2) formulées par l'établissement concerné.
- 2.4. Le CCSF sera consulté sur le nouveau modèle de fiche standardisée d'information qui fera ensuite l'objet d'un arrêté en application de la loi relative à la consommation.

3. *Autres engagements*

- 3.1 La méthode commune pour apprécier l'équivalence du niveau de garantie traite des seules garanties exigées par les prêteurs. Elle ne porte pas sur les autres éléments du contrat d'assurance proposé qui relèvent de la relation entre l'assureur ou l'intermédiaire et son client au regard du devoir de conseil.
- 3.2 Une harmonisation du vocabulaire apparaissant essentielle, un glossaire « Assurance emprunteur » sera élaboré par un groupe de travail du CCSF, à l'instar des autres glossaires du CCSF, avant le 30 avril 2015.
- 3.3 Les éléments de la fiche personnalisée s'imposent également au prêteur dans la discussion de la proposition de contrat d'assurance concernée.
- 3.4 La motivation des refus de délégation d'assurance doit être écrite, datée, explicite et conforme aux meilleures pratiques constatées en la matière, étant entendu que l'appréciation de l'équivalence du niveau de garantie est distincte de l'exercice du devoir de conseil, lequel s'impose à tout assureur ou intermédiaire.
- 3.5 La mise en œuvre de la méthode et des engagements relatifs à l'équivalence du niveau de garantie ne doit en aucun cas faire obstacle à une pleine application des dispositions de la Convention AÉRAS.
- 3.6 Le CCSF examinera comment favoriser un développement sain et équilibré des comparateurs sur internet en matière d'assurance emprunteur, dans le respect des règles de transparence et de bonne information des internautes.

4. *Contrôle du respect de l'accord et des engagements pris dans le cadre du CCSF*

- 4.1 Il est essentiel que le respect de l'accord et des engagements pris dans le cadre du CCSF en ce qui concerne l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur soit effectif dès l'entrée en vigueur de cet accord et de ces engagements.
- 4.2 Le présent accord et les engagements professionnels qu'il induit seront pris en compte en tant que de besoin, par l'ACPR et la DGCCRF, chacune pour ce qui la concerne, dans le cadre de leur mission de contrôle du respect de la réglementation.
- 4.3 L'emprunteur pourra contester un refus de délégation d'assurance via les circuits internes de réclamation du prêteur et saisir le cas échéant le médiateur bancaire compétent qui se prononcera le plus rapidement possible.
- 4.4 Le CCSF assurera un suivi régulier du dispositif convenu et fera un premier bilan concerté de sa mise en œuvre dès le premier trimestre de l'année 2016.

5. *Entrée en vigueur de l'accord*

Le présent accord et les engagements qu'il comporte pour apprécier l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur entrent en vigueur au plus tard le 1^{er} octobre 2015.

À compter du 1^{er} mai 2015, les prêteurs s'engagent à n'utiliser que des caractéristiques appartenant à la liste de place des caractéristiques pour motiver tout refus d'équivalence.

ANNEXE

LISTE DE PLACE DES CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES

LISTE DE CRITÈRES

Types de garanties et quotités exigés par le prêteur

Décès	... %
Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	... %
Incapacité temporaire totale (ITT)	... %
Invalidité permanente totale (IPT)	... %
Invalidité permanente partielle (IPP)	... %
Perte d'emploi	... %

Liste de critères de garanties

POUR LES GARANTIES DECES, PTIA, INVALIDITE ET INCAPACITE	
Couverture des sports amateurs pratiqués par l'emprunteur à la date de souscription	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maintien de la couverture en cas de déplacement dans le monde entier	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A titre personnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A titre professionnel ou humanitaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
GARANTIE DECES	
Couverture de la garantie décès pendant toute la durée du prêt ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
GARANTIE PTIA	
Couverture de la garantie PTIA pendant toute la durée du prêt ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

GARANTIE INCAPACITE	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Délai de franchise	<input type="checkbox"/> ≤ 30 jours <input type="checkbox"/> ≤ 60 jours <input type="checkbox"/> ≤ 90 jours <input type="checkbox"/> ≤ 120 jours <input type="checkbox"/> ≤ 180 jours
Pour une personne en activité, évaluation en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour une personne en activité, prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maintien de la couverture en cas de temps partiel thérapeutique avec une prise en charge minimale de 50% sur une durée d'au moins 90 jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Couverture des inactifs au moment du sinistre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui Taux de prise en charge : <input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-99% <input type="checkbox"/> 100 %
Couverture des affections dorsales	<input type="checkbox"/> Sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale <input type="checkbox"/> Avec conditions d'hospitalisation (<input type="checkbox"/> <10 jours <input type="checkbox"/> 10 jours et plus) ou d'intervention chirurgicale
Couverture des affections psychiatriques	<input type="checkbox"/> Sans condition d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Avec conditions d'hospitalisation (<input type="checkbox"/> <10 jours <input type="checkbox"/> 10 jours et plus)

GARANTIE INVALIDITE	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Evaluation en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge de l'invalidité totale, sans référence à la perte de revenu subie au moment du sinistre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge de l'invalidité partielle (IPP) à partir de 33%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Couverture des affections dorsales	<input type="checkbox"/> Sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale <input type="checkbox"/> Avec conditions d'hospitalisation (<input type="checkbox"/> <10 jours <input type="checkbox"/> 10 jours et plus) ou d'intervention chirurgicale
Couverture des affections psychiatriques	<input type="checkbox"/> Sans condition d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Avec conditions d'hospitalisation (<input type="checkbox"/> <10 jours <input type="checkbox"/> 10 jours et plus)

GARANTIE PERTE D'EMPLOI	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt sans limite d'âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Délai de carence pour l'application de la couverture	<input type="checkbox"/> ≤ 3 mois ; <input type="checkbox"/> ≤ 6 mois ; <input type="checkbox"/> ≤ 12 mois ;
Délai de franchise	<input type="checkbox"/> ≤ 60 jours ; <input type="checkbox"/> ≤ 90 jours ; <input type="checkbox"/> ≤ 120 jours ;
Durée d'indemnisation par sinistre	<input type="checkbox"/> ≥ 12 mois ; <input type="checkbox"/> ≥ 24 mois ;
Durée d'indemnisation totale d'au moins 36 mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Part de l'échéance prise en charge	<input type="checkbox"/> ≤ 50% <input type="checkbox"/> ≤ 75% <input type="checkbox"/> < 100% <input type="checkbox"/> 100%
Prestation égale à la prise en charge de la mensualité, sans référence à la perte de revenu subie au moment du sinistre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge du sinistre sans condition d'ancienneté en CDI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Grille de référence :
Conditions d'accès à une assurance emprunteur dans le cadre du titre IV de la convention,
sans surprime ni exclusion de l'affection, par type d'affections
Adoptée par la Commission de suivi et de propositions sur proposition
du groupe de travail « droit à l'oubli »
Août 2022

Type d'affections	Définition précise (stade, type de traitements, facteurs de risques)	Délai d'accès A compter de la fin du protocole thérapeutique ¹ et sans rechute ²
Hépatite Virale C	Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique <ul style="list-style-type: none"> - Réponse virale soutenue quel que soit le traitement - Pas d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC - Pas de co-infection par le VIH, le virus de l'hépatite B - Echographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose - Absence de facteurs de risque ³ 	48 semaines
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I Séminomes purs, stade II Séminomes purs, stade III Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade I et II Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade III	3 ans 6 ans 10 ans* 6 ans 10 ans*

¹**Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

²**Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie

³ **Facteurs de risque** : consommation de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres stupéfiants, obésité [IMC ≥ 30 kg/m²], syndrome métabolique, diabète, insuffisance rénale chronique, syndrome dépressif, ou antécédents d'affections psychiatriques.

Cancers de la Thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade II	10ans*
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade III	6 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade IV	10 ans*

Cancers du sein	Carcinome canalaire in situ Carcinome lobulaire in situ Traitement selon le consensus HAS/INCA réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome in situ ou de niveau I de Clark - Exérèse complète - Absence de syndrome des nævi dysplasiques	1 an
Cancer du col de l'utérus	Classe CIN III (ou HSIL) ou in situ Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an

*La limite de 10 ans négociée pour certaines pathologies lors de l'élaboration de la grille au 31 décembre 2015 correspond désormais au délai maximum prévu par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé au-delà duquel aucune information médicale ne peut être recueillie relative à la pathologie cancéreuse. La loi précitée précise : « Dans tous les cas, le délai au-delà duquel aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses ne peut être recueillie par les organismes assureurs ne peut excéder dix ans après la date de fin du protocole thérapeutique ou, pour les pathologies cancéreuses survenues avant l'âge de dix-huit ans, cinq ans à compter de la fin du protocole thérapeutique. ».

Document d'information sur le « droit à l'oubli » à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt personnel ou professionnel entrant dans le cadre de la Convention AERAS

Le « droit à l'oubli » concerne actuellement les personnes souhaitant emprunter et ayant été atteintes d'un cancer (quels qu'en soient la localisation et le type histologique) ou d'une hépatite virale C, 5 ans après la fin du protocole thérapeutique¹ et en l'absence de rechute². Les bénéficiaires de ce dispositif n'ont pas à déclarer cet antécédent à leur assureur. Si celui-ci a été déclaré, alors les propositions d'assurance ne comprennent ni exclusion de garanties ni surprime au titre de cet antécédent. Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle.

Pour les personnes qui ne relèvent pas du « droit à l'oubli », la Convention AERAS met en place, qu'il s'agisse de cancers ou d'autres pathologie, une grille de référence dans le but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées.

Grille de référence : conditions d'accès à une assurance emprunteur dans le cadre des titres III, IV et VI 1) de la Convention AERAS

Edition de Juillet 2022

Cette grille est proposée par un groupe de travail paritaire (médecins d'assurance, représentants d'associations, agences de l'Etat travaillant dans les différents domaines abordés), elle résulte de l'examen des données scientifiques les plus récentes, présentant le meilleur niveau de preuve disponible. Elle est ensuite soumise à l'approbation de la Commission de suivi et de propositions AERAS. Cette grille a vocation à évoluer dans le temps au fur et à mesure des travaux du groupe, et de la publication de données scientifiques conduisant à la prise en compte des innovations thérapeutiques.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif :

- Votre demande d'assurance doit concerner des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
 - Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 420 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 420 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- Votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^{ème} anniversaire.

La grille de référence se divise comme suit :

- La partie I du tableau (en trois colonnes) concerne les personnes ayant souffert de pathologies, déclarées à l'assureur mais qui n'entraîneront ni surprime ni exclusion de garanties, si elles satisfont aux conditions cumulatives de la grille en termes de stade d'évolution au temps du diagnostic, de conduite du traitement, et après une durée d'observation sans rechute, précisée dans la colonne « Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute » (cas des cancers) ou « Délai à compter du diagnostic et de l'instauration du traitement » (cas des pathologies chroniques dont le traitement se poursuivra tout au long de la vie).
- La partie II (en quatre colonnes) traite des situations de personnes souffrant d'une pathologie déclarée à l'assureur, et définie de façon précise par des critères biologiques, des conditions de diagnostic, de traitement et de suivi, pour lesquelles une assurance sera proposée avec un taux de surprime maximum du fait de cette pathologie. Pour ces situations, des limitations de garantie pourront également s'appliquer. Une assurance sera proposée dans ces conditions après une période de traitement et de suivi de durée déterminée par la grille. Les conditions d'assurabilité figurent dans la colonne « Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur ».

Il vous est recommandé de vérifier que vous pouvez bénéficier des conditions d'accès à l'assurance telles que définies par la grille de référence auprès de votre médecin, afin de valider si votre pathologie passée ou présente répond bien aux critères précis énumérés dans la grille.

¹ Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique » : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie ²Ce que l'on entend par « rechute » : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

Partie I :

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances ou de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion si elles répondent aux critères ci-dessous.

Types de pathologies	Types histologiques et stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) (1)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute (2)
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I	3 ans
Cancers du sein <i>in situ</i>	Carcinome lobulaire ou canalaire <i>in situ</i> strict sans caractère micro-infiltrant Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé Carcinome canalaire <i>in situ</i> présentant lors de l'exérèse chirurgicale une ou plusieurs zones de micro-invasion (rupture de la membrane basale) n'excédant pas 1 mm (dans le plus grand axe) et dont l'exploration axillaire (ganglion sentinelle ou curage axillaire) ne montre pas d'envahissement du ou des ganglions prélevés Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome in situ pur sans caractère micro-infiltrant ou de niveau I de Clark - Exérèse complète - Absence de syndrome des nævi dysplasiques	1 an
Cancer du col de l'utérus	Classe CIN III (ou HSIL) ou <i>in situ</i> pur sans caractère micro-infiltrant Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an
Cancers du côlon et du rectum	Stade Tis (stade 0) : - Plus de 50 ans au diagnostic Stade I : T1N0M0 : - Plus de 50 ans au diagnostic - Type histologique : adénocarcinome	1 an 4 ans
Cancers de la thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II	3 ans 3 ans
Leucémie aigue promyélocytaire / LAP / LAM3	- Quel que soit le nombre de leucocytes au diagnostic - Traitement réalisé	3 ans

Hépatite virale C	<p>Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponse virale soutenue quel que soit le traitement - Pas d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC - Pas de co-infection par le VIH, le virus de l'hépatite B Echographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose. 	24 semaines
Infection par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Charge virale indétectable un an après instauration du traitement - CD4 \geq 500/mm³ et charge virale indétectable dans les 12 derniers mois précédant la souscription ; - Absence d'infection opportuniste en cours ; - Absence de co-infection actuelle par le VHB ou VHC ; - Absence de co-infection passée par le VHC, sans stade de fibrose strictement supérieurs à F2 ; - Absence de maladie coronarienne et d'AVC ; - Absence de cancer en cours, ou dans les antécédents notés dans les 10 années antérieures ; - Absence d'arrêt de travail en cours et d'invalidité à la date de souscription ; - Bilan biologique de moins de 6 mois avec résultats dans les normes du laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> • hépatique (transaminases ALAT, ASAT, GGT) ; • fonction rénale (DFG) ; • contrôle de la glycémie à jeun, bilan lipidique (exploration d'une anomalie lipidique) ; - Marqueurs viraux : <ul style="list-style-type: none"> • marqueurs VHB : Ag HBs négatif, ADN viral négatif ; • marqueurs VHC : ARN viral négatif, avec recul de 24 semaines. 	<p>1 an</p> <p>Durée entre début de traitement et fin du contrat d'assurance emprunteur plafonnée à 35 ans.</p> <p>Durée maximale de couverture du prêt fixée à 25 ans.</p>

(1) Types histologiques et stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire déterminés comme suit :

- en cas de chirurgie première, par le compte-rendu anatomopathologique définitif et le bilan d'extension initial définissant un stade « p » TNM
- dans les autres cas, par les données d'imagerie initiales et le bilan d'extension initial définissant un stade « c » TNM ou « u / us » TNM

(2) Un traitement d'entretien peut avoir été institué à la suite du protocole thérapeutique, sans influence sur le délai d'accès.

Le Trastuzumab pouvant faire partie d'un protocole thérapeutique initial ou d'un traitement d'entretien, n'est pas pris en compte.

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des délais mentionnés ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes.

Partie II :

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances et de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs) si elles répondent aux critères énoncés ci-dessous.

Types de pathologies	Définition précise	Délai d'accès à compter du diagnostic	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur
<p>Hépatite virale chronique à VHC</p> <p>Score de fibrose à F3</p>	<p>Score de fibrose au début du traitement égal à F3 :</p> <p>-Avec les résultats suivants de :</p> <p>Fibroscan : 9,5 à 12,5 kPa</p> <p>Fibrotest : 0,59 à 0,72</p> <p>Fibromètre : 0,72 à 0,84</p> <p>-Réponse virale soutenue, quel que soit le type de traitement ;</p> <p>-Absence d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC ou de carcinome hépatocellulaire (CHC) ;</p> <p>-Absence de co-infection par les virus : VIH, VHB ;</p> <p>-Absence d'évolution vers une cirrhose ;</p> <p>-Absence de manifestation extra- hépatique résiduelle de l'hépatite C (lymphome, cryoglobulinémie mixte, vascularite systémique, glomérulonéphrite membrano- proliférative, neuropathies périphériques, polyarthrites inflammatoires) ;</p> <p>-Echographie hépatique de moins de 6 mois sans signe de stéatose ;</p> <p>-Bilan biologique de moins de 6 mois : ASAT, ALAT, Gamma GT normales, numération des plaquettes $\geq 150\ 000/\text{mm}^3$, TP $\geq 80\%$, albuminémie $\geq 40\text{g/l}$, alphafoetoprotéinémie $< 10\ \text{ng/ml}$.</p>	<p>24 semaines à compter de la fin du traitement</p>	<p>- <u>Décès et PTIA</u> : surprime plafonnée à 125%</p> <p>- <u>GIS</u> : non proposée</p>
<p>Astrocytome pilocytique</p>	<p>-Age au diagnostic : ≥ 21 ans et ≤ 60 ans</p> <p>-Histologie : astrocytome pilocytique de grade I uniquement</p> <p>-Traitement : chirurgie exclusive avec exérèse complète de la tumeur</p>	<p>4 ans à compter de la chirurgie</p>	<p>- <u>Décès et PTIA</u> accordées sans surprime</p> <p>- <u>GIS</u> accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles</p>
<p>Leucémie myéloïde chronique (LMC)</p>	<p>-Traitement en cours</p> <p>-Transcrit bcr-abl strictement indétectable avec les techniques de détection en vigueur au jour de la souscription, et durant une période de 36 mois continus précédant la souscription avec les techniques validées en vigueur sur cette période</p>	<p>5 ans à compter du diagnostic</p>	<p>- <u>Décès et PTIA</u> surprime plafonnée à 150%</p> <p>- <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 150 %</p>

Leucémie de Burkitt / lymphome de Burkitt / LAL3	<ul style="list-style-type: none"> -Age ≤ 60 ans -Performance Status (définition de l’OMS) 0 ou 1 -Traitement réalisé 				5 ans à compter du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Décès</u> et <u>PTIA</u> surprime plafonnée à 50% - <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 50%
Mucoviscidose	<p>1) Conditions <i>cumulatives</i> de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age ≥ 18 ans et ≤ 40 ans -Non-transplanté -Indice de masse corporelle, IMC ≥ 17 kg/m² -VEMS ≥ 25% de la valeur théorique -Absence de diabète -Absence de pneumothorax dans l’année écoulée -Absence de colonisation à Burkholderia cepacia -Absence de colonisation à Mycobactérie atypique -Corticothérapie systémique pendant < (moins de) 3 mois dans l’année écoulée -Absence d’oxygénothérapie de longue durée -Absence de ventilation non-invasive de longue durée <p>2) Conditions <i>complémentaires</i> aux précédentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soit : Absence de colonisation à P.Aeruginosa, -Soit : colonisation à P. Aeruginosa <i>mais</i> absence d’insuffisance pancréatique exocrine 				Pour une durée de prêt de 10 ans maximum	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Décès</u> avec une surprime plafonnée à 400% - <u>PTIA</u> et <u>GIS</u> : non proposées
Adénocarcinome de la prostate en surveillance active	<ul style="list-style-type: none"> -Age au diagnostic : ≥ 55 ans -Stade clinique ≤ T1c -PSA ≤ 10 ng/mL -Score de Gleason ≤ 6 -Nombre de biopsies positives ≤ 2 et % de tissu malin par carotte ≤ 50% ; Histologie : adénocarcinome pur, strictement intra-glandulaire -Exclusion de tout traitement et notamment hormonothérapie 				Sans délai	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Décès</u> et <u>PTIA</u> accordées avec une surprime limitée à 75% - <u>GIS</u> : non proposée
Adénocarcinome de la prostate	Stade	Critères	PSA après prostatectomie radicale (dosage datant de moins de 6 mois)	PSA après radiothérapie conformation-nelle ou curiethérapie (dosage datant de moins de 6 mois)		<ul style="list-style-type: none"> - <u>Décès</u> / <u>PTIA</u> accordées sans Surprime - <u>GIS</u> accordée sans surprime sous réserve de l’absence de complications ou séquelles
	T1N0M0 T2aN0M0	PSA < 10 ng/ml et Gleason ≤ 6	Inférieur à 0,1 ng/ml	Inférieur à 1,5 ng/ml	1 an	Tarif normal

<p>Cancers du sein Infiltrants</p>	<p>- Carcinome lobulaire ou canalaire infiltrant</p> <p>- Stade I ¹ [pT1N0M0] :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus grand diamètre tumoral ≤ 20mm • Absence d’envahissement ganglionnaire ou seule présence de cellules isolées ≤ 0,2mm • Absence de métastases à distance <p>- Grade SBR I et II</p> <p>- Reprise sans restriction médicale de l’activité sans interruption supérieure à 3 mois depuis 1 an minimum</p>	<p>3 ans</p>	<p><u>Décès</u> : surprime plafonnée à 100%</p> <p><u>PTIA</u> : surprime plafonnée à 100%</p> <p><u>Incapacité et invalidité</u> : surprime plafonnée à 100%</p>
<p>Leucémies Lymphoïdes Chroniques</p>	<p>-Leucémie lymphoïde chronique détectée chez une personne dont l’âge est compris entre 25 et 70 ans,</p> <p>-Et ne nécessitant aucun traitement à la date de la souscription.</p> <p>-Classification de Binet : stade A.</p> <p>-Lymphocytose strictement inférieure à 15 000/mm3.</p> <p>-Profil IGHV (immuno-globulin heavy chain variable region) muté.</p>		<p><u>Décès</u> : garantie accordée pour une durée maximale de couverture du prêt de 15 ans. Taux de surprime plafonné à 100%</p> <p><u>PTIA</u> : Accordée dans les mêmes termes que ci-dessus.</p> <p><u>GIS</u> : Accordée dans les mêmes termes que ci-dessus.</p>
<p>Méningiomes cérébraux de grade I opérés</p>	<p>-Résection chirurgicale complète</p> <p>-Absence de récurrence à l’imagerie cérébrale</p> <p>-Absence de radiothérapie</p> <p>-Absence de déficit cognitif ou neurologique</p> <p>Toutes séquelles seront à tarifier séparément (ex : épilepsie)</p>	<p>Délai d’accès de 2 ans après la fin du traitement chirurgical</p>	<p>- <u>Décès</u> : garantie accordée avec une extramortalité temporaire de 6 pour mille annuel** du capital restant dû jusqu’à 5 ans après le traitement chirurgical</p> <p>- <u>PTIA et GIS</u> accordées dans les mêmes conditions que la garantie Décès</p>
<p>Méningiomes cérébraux « non évolutifs »</p>	<p>-Stabilité à l’imagerie cérébrale depuis 5 ans dans tous les cas</p> <p>-Absence de déficit cognitif ou neurologique</p> <p>Toutes séquelles seront à tarifier séparément (ex : épilepsie)</p>	<p>Durée de couverture du contrat d’assurance emprunteur dans les limites d’âges définies par la convention AERAS</p>	<p>- <u>Décès</u> : garantie accordée avec une extramortalité temporaire de 6 pour mille annuel** du capital restant dû jusqu’à 10 ans après le traitement chirurgical</p> <p>- <u>PTIA et GIS</u> accordées dans les mêmes conditions que la garantie Décès</p>

¹ Selon la classification de l’AJCC de 2018

