

Les normes professionnelles de la FBF, en tant que telles normatives pour tous les établissements, incluent :



- Les normes professionnelles ou déontologiques visées par l'article 10 p) de l'arrêté du 3 novembre 2014 (anciennement le règlement CRBF 97-02)

- Les codes de bonne conduite ou bonnes pratiques visés par l'article L 612-1-II 3° du code monétaire et financier

- Les règles professionnelles ou codes de bonne conduite visés par l'article 314-2 du Règlement général de l'AMF.

Certaines normes relatives à la commercialisation ou de protection de la clientèle ont été approuvées par l'ACPR conformément à l'article L612-29-1 du code monétaire et financier.

CONVENTION AERAS

VERSION ACTUALISEE 2023

S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE

Table des matières

PREAMBULE	3
TITRE I : La diffusion de l'information sur l'existence de la Convention et ses dispositions, et l'accompagnement des personnes	4
TITRE II : Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats	6
TITRE III : La couverture des risques liés aux emprunts	9
TITRE IV : « Droit à l'oubli » et grille de référence AERAS	13
TITRE V : Le processus d'instruction des demandes d'emprunt	17
TITRE VI : Les instances de suivi de la Convention	19
TITRE VII : L'effectivité	24
TITRE VIII : Dispositions particulières	25
HISTORIQUE	26
ANNEXE 1 : Code de bonne conduite concernant la collecte et l'utilisation des données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou l'exécution d'un contrat d'assurance	30
ANNEXE 2 : Garantie invalidité spécifique	37
ANNEXE 3 : Le rôle du bureau commun d'assurance collective (BCAC) dans le cadre de la Convention AERAS	38
ANNEXE 4 : Dispositif d'examen des demandes d'assurance	39

PREAMBULE

L'accès au crédit représente un enjeu important de société. La question se pose avec une acuité particulière lorsqu'elle concerne des personnes candidates à l'emprunt placées, de par les aléas de la vie, en situation de risque aggravé de santé du fait d'une maladie ou d'un handicap, dans la mesure où l'assurance emprunteur est souvent une condition d'obtention des prêts.

Une démarche conventionnelle, engagée en 1991 et qui s'est poursuivie continument depuis (cf. historique des Conventions situé avant les annexes), a permis de faire progresser l'accès à l'assurance emprunteur et au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé.

Signée en 2006 et rénovée en 2011 dans le cadre du deuxième Plan cancer, la convention AERAS a été enrichie au fur et à mesure des négociations, notamment depuis 2015 :

- **d'une part, pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels et les prêts immobiliers, la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes de pathologies cancéreuses ou d'hépatite virale C, de ne plus avoir à les déclarer au-delà d'une durée déterminée suivant la fin de leur protocole thérapeutique sans rechute ;**
- **d'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels et les prêts immobiliers, selon les modalités précisées au Titre III, point 1) de la présente Convention, la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit les conditions d'acceptation standard avec les caractéristiques des pathologies et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ni exclusion de garantie ne sera appliquée (partie I de la grille), ainsi que les conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard avec des taux de surprimes maximaux et des exclusions de garanties applicables par les assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard (partie II de la grille).**

Les signataires souhaitent ainsi marquer leur volonté commune d'améliorer le dispositif AERAS en tendant à élargir, dans les meilleures conditions, l'accès à l'assurance emprunteur et l'accès au crédit des personnes présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé.

Toute personne présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé, du fait d'une maladie ou d'un handicap, peut se prévaloir de la présente Convention sans avoir à justifier de son adhésion à l'une des associations signataires ou adhérentes à cette Convention.

La Convention AERAS est d'application automatique par les professionnels de l'assurance et de la banque dès lors que les candidats à l'assurance et à l'emprunt présentent ou ont présenté un risque aggravé de santé.

Pour les emprunts ne remplissant pas les conditions supprimant la sollicitation par les assureurs d'informations liées à l'état de santé ou examens médicaux de l'assuré en vue de la souscription d'une assurance emprunteur pour un crédit immobilier introduites par la loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur », les informations demandées à la personne à assurer comportant des indications sur son état de santé, doivent être recueillies, transmises et utilisées dans des conditions qui garantissent pleinement la confidentialité, le respect de la vie privée ainsi que les dispositions relatives au « droit à l'oubli » et à la grille de référence AERAS.

TITRE I : La diffusion de l'information sur l'existence de la Convention et ses dispositions, et l'accompagnement des personnes

L'efficacité de l'application de la Convention repose largement sur une diffusion très en amont du processus de demande de prêt, notamment immobilier, d'une information adéquate sur la Convention auprès des publics concernés et d'un accompagnement des futurs emprunteurs.

Les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou en situation de handicap, les pouvoirs publics, les représentants du milieu médical et les professionnels de la banque et de l'assurance ont un rôle déterminant à jouer à cet égard.

Les signataires s'engagent à continuer de diffuser une information générale via leurs canaux habituels de communication. Dans ce cadre, des campagnes d'information sont définies et mises en œuvre par les pouvoirs publics, les établissements de crédit, les sociétés de financement et les assureurs, en coopération avec les associations.

En outre,

1) Les pouvoirs publics s'engagent à élargir le champ des actions déjà engagées et à en mener de nouvelles concernant :

- L'actualisation du site internet AERAS dédié à la Convention ;
- L'harmonisation rédactionnelle du site internet. A cette fin, un comité rédactionnel est mis en place afin 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 ;
- La conduite d'actions de mobilisation auprès des médecins, notamment les médecins traitants, pour les inciter à aider leurs patients à remplir les questionnaires de santé, répondre aux questionnaires ciblés sur les pathologies, notamment celles mentionnées dans la grille de référence, et remettre directement aux patients qui le demandent une copie des éléments du dossier médical, dans le respect de leur compétence et disponibilité ;
- L'association de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en vue de la diffusion d'une information générale et pérenne sur la présente Convention, notamment via le site internet « Améli » et le cas échéant sur le décompte des prestations ;
- Le renouvellement du partenariat avec le Conseil supérieur du notariat et les organisations professionnelles des agents immobiliers pour assurer un relai effectif de l'information auprès de leurs clients en amont de l'opération de prêt ;
- L'incitation des mairies, via l'Association des maires de France, à diffuser au public qu'elles accueillent des informations sur la Convention AERAS ;

- La conduite d'actions de partenariat avec de nouveaux acteurs du marché de l'immobilier (plateformes d'achat-vente, ...).

2) Les établissements de crédit, les sociétés de financement et les assureurs s'engagent à :

- Diffuser l'information, sous divers supports, au sein de leurs réseaux et informer directement les candidats à l'emprunt ;
- Mener des actions de formation relatives à l'accueil des publics spécifiques pour les chargés de clientèle ;
- Indiquer, dans les documents de simulations de prêt, l'existence de la Convention et les numéros non surtaxés ou coordonnées du référent du réseau bancaire ;
- Mentionner la Convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et maintenir un lien avec le site de la Convention ;
- Désigner des référents AERAS au sein de chaque établissement de crédit et société de financement, qui interviennent en appui du chargé de clientèle ou répondent directement aux questions des candidats à l'emprunt ;
- Communiquer à la Commission de suivi et de propositions la liste des numéros de téléphone des référents bancaires pour l'ensemble des établissements de crédit et des sociétés de financement. Cette liste sera périodiquement actualisée et insérée sur le site internet AERAS ;
- Informer annuellement la Commission de suivi et de propositions sur l'intervention des référents bancaires AERAS ;
- Afficher de manière systématique dans tous les lieux d'accueil des agences bancaires l'affiche AERAS au format A3 ;
- Participer aux travaux d'harmonisation rédactionnelle du site internet AERAS et valoriser son utilisation dans le cadre de la mise en place du comité éditorial.

3) Les associations s'engagent à :

- Mentionner la Convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et introduire un lien avec le site de la Convention ;
- Participer activement à la démarche d'information en diffusant à leurs membres et aux publics appropriés une information sur la Convention, via notamment divers outils de communication (plaquettes d'information et affiches) et des lignes d'information téléphonique ;
- Encourager les publics concernés à faire jouer la concurrence ;
- Développer l'aide aux futurs emprunteurs dans leur démarche de recherche d'une assurance emprunteur, y compris pour constituer leur dossier médical.

TITRE II : Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats

La loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur » a supprimé la sollicitation par les assureurs d'informations liées à l'état de santé ou examens médicaux de l'assuré, en vue de la souscription d'une assurance emprunteur pour un crédit immobilier mentionné à l'article L 313-1 1° du code de la consommation, destiné à l'acquisition de biens à usage d'habitation et à usage mixte habitation et professionnel sous deux conditions cumulatives :

- Si la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;
- Si l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

Pour les emprunts ne remplissant pas les conditions ci-dessus, le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats est réalisé dans les conditions suivantes :

- 1) La demande légitime par l'assureur des informations nécessaires à l'acceptation du risque et, lorsque le risque se réalise, au règlement de la prestation garantie, doit être conciliée avec la confidentialité qui s'impose, s'agissant d'informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes.

Dans cet esprit, les professions s'engagent à respecter les principes de la présente Convention et du code de bonne conduite, de portée générale, qui y est annexé.

Ce code constate les procédures de confidentialité existantes et les actualise. Il précise un certain nombre de points par des recommandations renforçant la protection de la confidentialité des informations touchant la personne des assurés.

- 2) S'agissant des contrats liés à un emprunt, afin de respecter la confidentialité, les établissements de crédit et les sociétés de financement veillent à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé. Afin de se conformer à l'exigence de confidentialité, il y répond seul quel que soit le support utilisé qu'il s'agisse d'un support papier ou d'une procédure informatique sécurisée ; il lui est proposé de le remplir seul soit sur place soit à son domicile. Toutefois, à sa demande, le client peut être assisté par son interlocuteur pour remplir le questionnaire. En ce cas, avant de l'assister, le conseiller bancaire lui rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite annexé à la présente Convention.
- 3) Les questionnaires de santé respectent les principes suivants :
 - a) Les questions posées sont précises et portent sur les événements relatifs à l'état de santé (ex : existence d'une rente d'invalidité, intervention chirurgicale ...), les pathologies

recherchées, les arrêts de travail et de situations liées à la protection sociale (ex : exonération du ticket modérateur ...) ;

- b) Le traitement des questionnaires de santé et des demandes d'informations médicales complémentaires sont conformes aux obligations du règlement général sur la protection des données ;
- c) Les questionnaires de santé ne font aucune référence aux aspects intimes de la vie privée, et notamment à la sexualité ;
- d) Dans l'hypothèse d'une question portant sur des tests de dépistage, elle ne porte que sur les sérologies virales, notamment sur les virus des hépatites B et C¹ ou sur celui de l'immunodéficience humaine et sous la forme suivante :

« Avez-vous effectué un test de dépistage, portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ? Si oui, à quelle date ? »

Il ne peut être demandé au candidat à l'assurance de se soumettre à de tels tests que si l'importance des capitaux souscrits ou les informations recueillies par le questionnaire de risques le justifient ;

- e) Il est précisé de manière apparente sur les questionnaires de santé le droit pour les futurs assurés de ne pas remplir les questionnaires de santé en agence bancaire. Les courtiers, conseillers d'établissements de crédit et de sociétés de financement et les autres intermédiaires concernés relaient cette information par tous les moyens.
 - f) La formulation des questions relatives aux arrêts de travail et à la prescription d'un traitement médical, à la prise en charge au titre des affections de longue durée (ALD), à l'invalidité et à l'allocation pour adulte handicapé (AAH), a été harmonisée. La question relative à la prise en charge au titre d'une ALD porte au maximum sur les 15 dernières années. La question relative aux arrêts de travail porte sur des durées de plus de 21 jours consécutifs et celle relative à la prescription d'un traitement médical, porte sur des durées de plus de 21 jours et au maximum, sur les 10 dernières années. Il est rappelé que les questionnaires doivent clairement indiquer aux candidats à l'emprunt que les délais susmentionnés sont réduits pour les personnes qui bénéficient du droit à l'oubli dans les conditions définies au titre IV.
 - g) Les assureurs s'engagent à mettre en pleine conformité les questionnaires de santé avec les dispositions de la Convention AERAS et à mettre en cohérence les questionnaires de santé et les conditions générales des contrats notamment en supprimant de ces dernières les clauses d'exclusion incompatibles avec la présente Convention. Les assureurs, les établissements de crédit et les sociétés de financement s'assurent de leurs mises à jour.
- 4) En fonction des réponses apportées par le candidat à l'assurance emprunteur, le service médical de l'assureur a la possibilité de demander des informations complémentaires.

¹ L'hépatite virale C bénéficie des dispositions du droit à l'oubli lorsque les conditions de son application sont vérifiées (cf. Titre IV de la présente convention, paragraphe 1)

- 5) Un travail d'harmonisation sur des questions socles pour les questionnaires détaillés pour les pathologies les plus fréquentes est conduit par les assureurs et réassureurs, en concertation avec les associations. Ce travail est présenté à la Commission de suivi et de propositions, pour avis, avant sa diffusion.
- 6) Les assureurs actualisent les questionnaires de santé au regard des évolutions de la médecine. Ils présentent un rapport sur ce point à la Commission de suivi et de propositions ainsi qu'à la Commission des études et recherches.
- 7) Lorsqu'un candidat à l'emprunt a passé dans le cadre d'une demande d'assurance emprunteur, pour le compte d'un concurrent, des examens médicaux dans les six mois précédents une nouvelle demande d'assurance, les assureurs utilisent les résultats de ces examens, transmis par le candidat à l'emprunt et les assureurs s'engagent de la même façon à faire des propositions de tarification pour une assurance emprunteur sur la base d'un questionnaire détaillé par pathologie que ce candidat aura rempli, le cas échéant, pour le compte d'un autre assureur.

TITRE III : La couverture des risques liés aux emprunts

Le présent titre concerne la couverture du risque décès et invalidité des personnes présentant un risque aggravé de santé, liée aux emprunts suivants :

- A caractère professionnel : prêts pour l'acquisition de locaux et de matériels ;
- A caractère personnel : prêts immobiliers et crédits à la consommation affectés ou dédiés ;

dans les conditions précisées ci-dessous.

Les personnes atteintes ou ayant été atteintes d'une pathologie pour laquelle l'existence d'un risque aggravé de santé a été établi ne peuvent se voir appliquer conjointement une majoration de tarifs et une exclusion de garantie au titre de cette même pathologie. Ce principe de non cumul s'apprécie garantie par garantie.

Les anciens malades du cancer et ceux atteints ou ayant été atteints d'une des pathologies limitativement listées dans la « grille de référence AERAS » peuvent bénéficier de dispositions plus favorables dans des conditions prévues au titre IV de la présente Convention.

1) L'assurance des prêts immobiliers et des prêts professionnels

Les professions, directement ou par délégation, déclarent que, dès lors que l'analyse d'un questionnaire de santé conduit à refuser à un candidat à l'emprunt, pour des raisons de santé, le bénéfice de l'assurance emprunteur associé à cet emprunt, le traitement de son dossier est automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance "de deuxième niveau" qui permet un réexamen individualisé de sa demande.

En outre, le pool des risques très aggravés de santé ou « troisième niveau » mis en place par les assureurs et réassureurs permet le réexamen des dossiers refusés par le "deuxième niveau". Ce pool traite des demandes d'assurance qui remplissent les conditions suivantes :

- l'échéance des contrats d'assurance doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur ;
- s'agissant des prêts immobiliers concernant la résidence principale, la part assurée sur l'encours de prêts n'excède pas 420 000 euros, sans tenir compte des crédits relais ;
- dans les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels, la part assurée sur l'encours cumulé de prêts n'excède pas 420 000 euros.

Une description du mécanisme d'examen des demandes d'assurance de "deuxième niveau" et du pool des risques très aggravés figure en annexe à la présente Convention. Ce dispositif ne fait pas obstacle à la mise en place des garanties alternatives mentionnées au 5) ci-dessous.

2) L'assurance décès des prêts à la consommation affectés ou dédiés

Les professionnels s'accordent sur la suppression des questionnaires de santé pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, sous réserve des conditions suivantes :

- Le montant assuré ne dépasse pas 17 000 euros ;
- La durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans ;
- Le candidat à l'assurance a 50 ans au plus ;
- Le candidat à l'assurance dépose une déclaration sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà du plafond susmentionné.

3) Délégations d'assurance

Concernant les délégations d'assurance pour les emprunteurs AERAS, les établissements de crédit et les sociétés de financement leur donnent une attention particulière en favorisant les meilleures pratiques.

4) Garantie des prêts immobiliers et professionnels en cas de risque d'invalidité

Un emprunteur présentant un risque aggravé de santé peut se trouver dans l'incapacité de rembourser tout ou partie des échéances de son emprunt si son état de santé se dégrade et le met ainsi dans l'impossibilité de maintenir le niveau de revenu qu'il avait au moment de l'octroi du prêt. Dans l'intérêt des emprunteurs comme dans celui des établissements de crédit et des sociétés de financement, ces derniers, étant soumis en outre à des obligations juridiques et notamment au devoir d'alerte des prêteurs, sont conduits à rechercher les garanties nécessaires à la couverture de ce risque.

Afin de mettre pleinement en œuvre l'objectif de la Convention AERAS de rechercher les moyens propres à assurer le meilleur accès possible au crédit des personnes concernées, il est prévu un dispositif tendant à rechercher systématiquement la ou les solutions adaptées à chaque cas en matière de risque invalidité.

a) Le risque invalidité, au même titre que le risque décès, permet de bénéficier des dispositions de la Convention, notamment en matière de médiation, de motivation et de mutualisation.

b) S'agissant de la garantie invalidité, les assureurs s'engagent à proposer lorsque c'est possible :

- Une garantie invalidité aux conditions de base du contrat standard de l'assureur avec, le cas échéant, exclusion(s) et/ou surprime ;
- Une garantie invalidité spécifique à la présente Convention, au taux de 70 % par référence au barème d'invalidité annexé au code des pensions civiles et militaires, et répondant aux conditions déterminées par les signataires.

Cette couverture conduira l'assureur, lors de la survenance d'un sinistre, à verser des prestations à ses assurés relevant alors de la 3^{ème} catégorie d'invalidité définie à l'article L. 341-4 du code de la

sécurité sociale ainsi qu'à environ 60 % de ses assurés relevant alors de la 2^{ème} catégorie d'invalidité.

Lorsque la garantie invalidité spécifique n'est pas possible, les assureurs s'engagent à proposer au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie.

L'élargissement de la couverture invalidité s'inscrit dans le cadre d'un développement ambitieux du nombre de personnes prises en charge pour ce risque. Les signataires fixent à cet égard des objectifs indicatifs chiffrés dans le cadre de la Commission de suivi et de propositions, et un suivi statistique annuel précis est mis en place par la Commission de suivi et de propositions afin de vérifier la réalisation des objectifs indicatifs chiffrés.

En cas de refus de garantie, l'assureur doit préciser à quel niveau d'examen de la demande ce refus est intervenu, pour permettre au candidat à l'emprunt de faire, le cas échéant, une demande auprès d'autres assureurs.

Les assureurs établissent un rapport pour la Commission de suivi et de propositions, détaillant de manière précise les garanties proposées, et expliquant les refus et exclusions de garanties.

c) Les établissements de crédit et les sociétés de financement s'engagent à fonder leur décision de prêt sur le seul critère de la solvabilité du candidat à l'emprunt, et à ce que l'apparition d'un problème lié à l'obtention d'une garantie invalidité n'entraîne pas de refus systématique d'octroi d'un prêt.

d) Lorsqu'une garantie invalidité, autre que la garantie standard, est proposée par l'assureur et acceptée par le candidat à l'emprunt, les établissements de crédit et les sociétés de financement s'engagent à n'exiger aucune autre garantie s'agissant de la couverture du risque santé, sauf si l'examen particulier du dossier du candidat à l'emprunt ne leur permet pas de disposer d'une garantie raisonnable sur sa capacité à s'acquitter des annuités d'emprunt.

Les professionnels réalisent à la demande de la Commission de suivi et de propositions des sondages afin de suivre l'effectivité de cet engagement.

5) Garanties alternatives à l'assurance

Les établissements de crédit et les sociétés de financement, directement ou par délégation, s'engagent à accepter, notamment en cas de refus d'assurance en garantie des prêts, quel que soit leur montant, les alternatives à l'assurance emprunteur qui peuvent apporter des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. Il peut s'agir, selon les cas, notamment de biens immobiliers, d'un portefeuille de valeurs mobilières, de contrats d'assurance vie ou de prévoyance individuelle ou de cautions.

Afin d'élargir le recours aux garanties alternatives par les emprunteurs AERAS, les établissements de crédit et les sociétés de financement diffusent largement une fiche d'information sur ces garanties, sous format papier et/ou format électronique.

Cette fiche présente les garanties alternatives et précise les conditions favorisant l'acceptation de ces garanties par les établissements de crédit et les sociétés de financement. Elle fait l'objet d'une présentation à la Commission de suivi et de propositions.

6) Dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance

Le dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance mis en place à l'initiative des assureurs, des établissements de crédit et des sociétés de financement pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels, permet de consentir un écrêtement des surprimes pour les emprunteurs disposant de revenus modestes.

Le dispositif d'écrêtement intervient aux 2^{ème} et 3^{ème} niveaux d'examen des demandes d'assurance. Il concerne les prêts immobiliers et professionnels d'un montant maximum de **420 000 euros** visés au 1) du titre III.

Afin de renforcer l'information sur le dispositif d'écrêtement des surprimes, les professionnels informent dans les propositions d'assurance les futurs emprunteurs de leur éventuelle éligibilité au dispositif, en indiquant clairement le montant de l'écrêtement total dont ils pourraient bénéficier sur toute la durée du prêt.

a) Conditions d'éligibilité :

Le seuil d'éligibilité retenu dans ce mécanisme dépend du revenu et du nombre de parts accordées au foyer fiscal du candidat à l'emprunt aux termes de la législation fiscale en vigueur :

- Revenu inférieur ou égal à 1 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ;
- Revenu inférieur ou égal à 1,25 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1,5 à 2,5 ;
- Revenu inférieur ou égal à 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus.

b) Deux dispositifs d'écrêtement :

Dans les conditions d'éligibilité définies ci-dessus :

- La prime d'assurance ne peut représenter plus de 1,4 point dans le taux effectif global de l'emprunt ;
- La surprime d'assurance des prêts immobiliers à taux zéro (PTZ) des emprunteurs de moins de 35 ans est intégralement prise en charge par les professionnels.

Le BCAC, gestionnaire administratif du dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance, adresse un rapport annuel à la Commission de suivi et de propositions et est auditionné par celle-ci.

TITRE IV : « Droit à l'oubli » et grille de référence AERAS

Le présent titre met en place un « droit à l'oubli », sous certaines conditions, pour les anciens malades du cancer et de l'hépatite virale C, en assurant à ces personnes, passé certains délais, de ne plus avoir à déclarer le cancer ou l'hépatite virale C dont elles ont souffert lors de la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur et de ne se voir appliquer aucune exclusion de garantie ou surprime du fait de ce cancer **ou de cette hépatite virale C** même si cette pathologie a été déclarée.

Il est recommandé à l'emprunteur de vérifier auprès de son médecin s'il peut bénéficier des conditions d'accès à l'assurance, telles que définies au 1) infra, et si sa pathologie passée répond bien aux conditions du « droit à l'oubli ».

Le présent titre prévoit également, avec la déclaration des antécédents de santé, le bénéfice d'une grille de référence qui liste les pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques) pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, sans surprime, ni exclusion de garantie, ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard, les conditions d'acceptation par garantie (Décès, PTIA et GIS) et fixant des taux de surprimes maximaux et des délais adaptés à chacune de ces pathologies.

L'application de la grille de référence est évaluée par le service médical de l'assureur qui a la possibilité de demander des informations complémentaires au candidat à l'assurance afin de pouvoir vérifier les critères définis par la grille de référence.

Il est recommandé à l'emprunteur de vérifier auprès de son médecin si sa pathologie répond bien aux conditions de la grille de référence AERAS.

Les dispositions concernant le « droit à l'oubli » et la grille de référence, comme leurs évolutions, sont élaborées par le groupe de travail dénommé « droit à l'oubli et grille de référence AERAS » puis approuvées par la Commission de suivi et de propositions, tous deux mentionnés au titre VI de la Convention.

Un document d'information sur les dispositions du titre IV de la Convention AERAS est élaboré par la Commission de suivi et de propositions. Ce document, et ses mises à jour, sont mis en ligne sur le site internet dédié de la Convention AERAS. Il est obligatoirement remis, simultanément au questionnaire de santé aux personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le champ de la Convention AERAS.

1) Non déclaration d'une ancienne pathologie cancéreuse ou de l'hépatite virale C : le « droit à l'oubli »

Ce dispositif s'applique lorsque les 2 conditions suivantes sont réunies :

a) Nature du prêt : les contrats d'assurance couvrent les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;

b) L'échéance des contrats d'assurance doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

Aucune information médicale relative à une pathologie cancéreuse ou à l'hépatite virale C ne peut être sollicitée par l'assureur dès lors que le protocole thérapeutique relatif à l'une de ces pathologies est achevé depuis plus de 5 ans et en l'absence de rechute.

La fin du protocole thérapeutique est, pour un cancer, 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. Pour une hépatite virale C, il s'agit de la date de la fin des traitements antiviraux, en l'absence de rechute. La rechute signifie toute nouvelle manifestation médicalement constatée de l'hépatite virale C ou du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

Si l'emprunteur fait état d'informations médicales relatives à une pathologie pour laquelle aucune information ne peut être sollicitée en vertu des dispositions sur le « droit à l'oubli », le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque. Aucune surprime ni exclusion de garantie ne peut être appliquée aux candidats à l'emprunt du fait d'une pathologie entrant dans le cadre prévu par le « 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, les autres pathologies associées ou non à une prise en charge en ALD, ainsi que les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'incapacité au travail en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli.

Les emprunts remplissant les conditions de l'application de la loi du 28 février 2022 avec suppression du questionnaire de santé, pour la souscription d'une assurance emprunteur pour un crédit immobilier mentionné à l'article L 313-1 1° du code de la consommation, destiné à l'acquisition de biens à usage d'habitation et à un usage mixte habitation et professionnel, ne sont pas concernés par la déclaration de l'état de santé.

Ces dispositions sont d'effet immédiat.

2) Déclaration des états de santé : la grille de référence AERAS

Une grille de référence de pathologies est établie pour des pathologies cancéreuses et d'autres pathologies y compris chroniques ou des situations de santé permettant de se rapprocher des conditions d'assurance standard.

Cette grille définit :

- Les caractéristiques des pathologies, notamment les types histologiques et les stades de référence (stades pré-thérapeutiques, définition précise de la pathologie) et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée, pour les pathologies concernées aux personnes qui en ont souffert ;
- Des taux de surprime maximaux applicables par les Assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

Ces dispositions s'appliquent lorsque les 3 conditions suivantes sont réunies :

- a) Nature du prêt : les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- b) Montant assuré : les opérations de prêts immobiliers dont la part assurée n'excède pas 420 000 euros, sans tenir compte des crédits relais lorsqu'il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale. Dans les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels, il s'applique aux contrats relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 420 000 euros ;
- c) L'échéance des contrats d'assurance doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

La grille de référence liste les pathologies qui permettent un accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard ou s'en rapprochant :

- a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard

La grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, avec les caractéristiques de ces pathologies, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de conclure qu'une assurance emprunteur (Décès-PTIA-incapacité-invalidité) peut être accordée, dans un délai inférieur au délai de 5 ans mentionné au 1) lorsqu'il s'agit de pathologies cancéreuses ou de l'hépatite virale C, aux malades ou anciens malades, qui en ont souffert ou en souffrent, sans surprime ni exclusion liée à la pathologie identifiée dans la liste ;

Elle définit, par pathologie figurant dans la liste, les délais à compter desquels de telles assurances sont accordées.

Elle précise également la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : la fin du protocole thérapeutique pour les pathologies cancéreuses ou des dates de référence adaptées à chaque autre type de pathologie.

- b) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard

La grille de référence liste également des pathologies pour lesquelles des données de la science disponible permettent de conclure qu'une assurance emprunteur peut être accordée dans des conditions se rapprochant des conditions standard.

Elle précise, par garantie, les critères d'accès à ces conditions d'assurance et les taux de surprime maximaux applicables. Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de la tarification standard de la prime et peut ainsi apprécier le niveau de surprime appliquée.

3) Evolution des dispositions sur le « droit à l'oubli » et de la grille de référence AERAS

Les dispositions prévues pour le « droit à l'oubli », comme celles figurant dans la grille de référence, sont enrichies en fonction des travaux menés par le groupe de travail prévu au titre VI, pour tenir compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles sur certaines pathologies. Le groupe de travail soumet chaque mise à jour à opérer à l'approbation de la Commission de suivi et de propositions AERAS.

La mise à jour des questionnaires de santé rendue nécessaire par ces évolutions intervient normalement dans un délai de 3 mois.

a) « Droit à l'oubli »

- Des délais de « droit à l'oubli » inférieurs à celui de 5 ans mentionné au 1) du présent titre pourront être déterminés par type de cancer.
- D'autres pathologies pourront bénéficier d'un « droit à l'oubli » suivant des conditions à déterminer par les instances AERAS.

b) Grille de référence de pathologies

La grille de référence mentionnée au 2) est mise à jour au rythme des progrès thérapeutiques et des données épidémiologiques disponibles, en vue d'assurer aux candidats à l'emprunt leur prise en compte. Elle est publiée sur le site internet AERAS.

TITRE V: Le processus d'instruction des demandes d'emprunt

Ce titre s'applique aux prêts professionnels et immobiliers visés au titre III.

1) La durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit, les sociétés de financement et les assureurs n'excède pas une durée maximum de 5 semaines à compter de la réception d'un dossier complet :

- a) Les assureurs s'engagent à ce qu'entre la réception de l'ensemble des pièces d'un dossier et la réponse formulée par l'assureur, y compris le cas échéant après intervention du 3^{ème} niveau, le délai écoulé n'excède pas 3 semaines ;
- b) Les établissements de crédit et les sociétés de financement s'engagent à prendre et à communiquer une décision au candidat à l'emprunt dans les 2 semaines suivant la transmission à l'établissement de crédit ou à la société de financement de l'acceptation par le client de la proposition de l'assureur.

2) L'intérêt des futurs emprunteurs est de préparer le plus en amont possible leur dossier de demande d'assurance, notamment si les risques de santé auxquels ils sont exposés nécessitent des examens qui allongent la durée d'analyse de leur dossier. Afin de répondre à ce besoin et de réduire les délais de traitement, ils peuvent soit s'adresser à un assureur de leur choix, soit demander par l'intermédiaire de leur banque une assurance emprunteur, quand bien même une telle demande ne serait pas liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier. Les établissements de crédit et les sociétés de financement s'engagent alors à transmettre à l'assureur du contrat groupe les demandes d'assurance effectuées par un candidat à l'emprunt.

3) Les assureurs s'engagent à étudier systématiquement tout dossier de demande d'assurance effectuée directement ou via un établissement de crédit ou une société de financement par un candidat à l'emprunt, quand bien même cette demande d'assurance n'est pas directement liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier.

4) Lorsqu'une proposition d'assurance est transmise à un candidat à l'emprunt, cette proposition d'assurance, qu'il s'agisse d'un contrat d'assurance de groupe ou d'un contrat individuel, est, au regard de l'état de santé du demandeur, valable pendant une durée de 4 mois. S'agissant des emprunts contractés dans le cadre de l'acquisition d'un bien immobilier, cette durée est valable y compris pour l'acquisition d'un bien immobilier différent de celui pour lequel la proposition d'assurance initiale a été réalisée, pour autant que la demande d'emprunt porte sur un montant et une durée inférieurs ou égaux à la précédente demande.

5) Motivation

- a) Les établissements de crédit et les sociétés de financement s'engagent à motiver par écrit les refus de prêt pour le seul critère d'assurabilité.

- b) L'assureur porte par courrier à la connaissance de l'intéressé de façon claire et explicite les décisions de l'assureur relatives aux refus d'assurance, aux ajournements, aux limitations ou exclusions de garantie et aux surprimes. Il est indiqué à l'intéressé dans le même courrier la possibilité de prendre contact par courrier avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'assurance. Il est mentionné l'existence et les coordonnées de la Commission de médiation ainsi que le niveau d'examen de la demande auquel le refus est intervenu.

TITRE VI : Les instances de suivi de la Convention

I. Commission de suivi et de propositions de la Convention

1) Composition

La Commission de suivi et de propositions de la Convention est composée comme suit :

- Six membres désignés par les professions, à raison de trois par les établissements de crédit et les sociétés de financement, et trois par les assureurs ;
- Six membres désignés par les associations représentant les usagers du système de santé au sens de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, par les associations représentant les personnes en situation de handicap et par les associations de consommateurs ;
- Quatre représentants de l'Etat nommés par les ministres chargés de l'économie et de la santé ;
- Cinq membres qualifiés désignés par les ministres chargés de l'économie, de la santé et des solidarités dont au moins deux médecins ;
- Deux experts de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, dont un en charge de la protection des clientèles.

La Commission de suivi et de propositions de la Convention est présidée par un membre qualifié, désigné par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

Elle se réunit en formation plénière, sur convocation de son président, au moins quatre fois par an.

En plus des commissions spécialisées prévues au 3) ci-après, la Commission de suivi et de propositions de la Convention peut prendre toute décision tendant à l'instauration de groupes de travail consacrés à l'étude d'une question particulière de sa compétence. Dans ce cadre, un groupe de travail « information » permanent est créé au sein de la Commission de suivi et de propositions, en vue de contribuer à la mise à jour et à la rénovation du site internet de la Convention AERAS, d'enrichir le lexique et de valoriser son utilisation. Il peut proposer toute action utile dans ce domaine et contrôler l'effectivité des actions d'information.

2) Compétences

La Commission de suivi et de propositions de la Convention veille à la bonne application des dispositions de la présente Convention et au respect des engagements des parties. Elle peut s'appuyer pour cela sur les enseignements des travaux sur les dispositifs de contrôle interne mis en place par les professionnels pour vérifier l'application des normes professionnelles. Elle formule toute recommandation aux signataires qu'elle juge utile.

La Commission de suivi et de propositions de la Convention étudie tout sujet en rapport avec l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé, qui susciterait des difficultés non résolues par la Convention. Elle débat de toutes mesures susceptibles d'améliorer les dispositions conventionnelles.

Elle donne un avis sur la synthèse des études produites par la Commission études et recherches avant leurs mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS.

Elle fixe le programme de travail, après avis de la Commission des études et recherches et sur la base notamment des propositions de l'Institut National du Cancer, INCa (mentionné à l'article L.1415-2 du code de la santé publique) s'agissant des pathologies cancéreuses, et du groupe de travail « droit à l'oubli » et grille de référence AERAS. Cette Commission approuve la grille de référence AERAS ainsi que ses mises à jour mentionnées. A cette fin, elle entend les parties prenantes nécessaires.

Elle rassemble les données statistiques transmises par les professionnels sur la mise en œuvre de la Convention en matière de crédit immobilier et professionnel, notamment :

- Le nombre de personnes accédant aux 2^{ème} et 3^{ème} niveaux d'assurance ;
- Le nombre de personnes bénéficiant d'une proposition d'assurance en distinguant couverture décès et couverture invalidité et en précisant dans le cadre d'enquêtes spécifiques la pathologie et le niveau des surprimes ;
- Les enquêtes spécifiques sur les prêts proposés et accordés.

Elle peut diligenter toute enquête ponctuelle ou spécifique nécessaire au bon suivi de l'exécution de la Convention.

En outre, la Commission de suivi et de propositions :

- Détermine des indicateurs permettant un suivi annuel des objectifs à atteindre concernant la garantie invalidité (refus, acceptation aux conditions standard et aux conditions de la garantie spécifique) ;
- Peut assister aux réunions du pool des risques très aggravés ;
- Décide de la publication des travaux effectués dans le cadre du suivi de l'application de la Convention ;
- Peut saisir l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

La Commission de suivi et de propositions de la Convention remet au Gouvernement, aux Présidents des assemblées ainsi qu'au président du Conseil national consultatif des personnes en situation handicap un rapport rendu public sur son activité, l'application de la Convention et sur les nouvelles mesures adoptées, en vue d'améliorer l'assurance et l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé. Ce rapport comporte, le cas échéant, des propositions de nature à parfaire le dispositif conventionnel, légal ou réglementaire existant.

3) Le Secrétariat de la Commission

La Commission de suivi et de propositions de la Convention, dont les moyens de fonctionnement sont assumés par l'Etat, dispose d'un Secrétariat assuré conjointement par la Direction générale du Trésor et la Direction de la Sécurité sociale.

II. La Commission des études et recherches

1) Composition

Instituée auprès de la Commission de suivi et de propositions, la Commission des études et recherches est animée par le ministère chargé de la santé, et comporte notamment des représentants de l'INSERM, de Santé Publique France et d'autres organismes de recherche, des représentants d'associations, d'assureurs et de réassureurs, et des personnalités qualifiées. Sa composition est fixée d'un commun accord après avis de la Commission de suivi et de propositions.

2) Compétences

La Commission des études et recherches est chargée de recueillir et étudier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés ou fondés les refus de garantie. Elle engage un programme de recherche en ce domaine, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque.

En tant que de besoin, elle associe à ses travaux des spécialistes, concernés par les pathologies étudiées. Elle peut recourir aux services d'experts, notamment en sciences quantitatives Elle établit un programme de travail assorti d'un calendrier prévisionnel et d'indicateurs de suivi.

3) Groupe de travail de la Commission études et recherches

Un groupe de travail, associant à parité d'une part des médecins, spécialistes épidémiologistes, référents des associations, avec une participation de la Haute autorité de santé et de l'Institut National du Cancer, et d'autre part les médecins conseils des assureurs et des réassureurs, est mis en place avec pour objectif d'aboutir à un consensus entre ces professionnels de santé sur l'appréciation des situations de santé consolidées/stabilisées ou en voie de consolidation/stabilisation afin d'améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs et réassureurs, dans la tarification des risques, des progrès thérapeutiques pour les personnes dont l'état de santé est consolidé ou stabilisé ou en voie de consolidation ou de stabilisation.

Il examine à cette fin les conditions dans lesquelles, pour l'appréciation du risque en assurance :

- Une pathologie passée peut être considérée comme non significative ;
- Une situation de santé peut être considérée consolidée / stabilisée ;
- Une situation de santé peut être considérée en cours de consolidation / en cours de stabilisation.

Ce groupe de travail délimite son champ d'investigation à un certain nombre de pathologies représentatives des risques aggravés de santé. Il prend également en compte les situations de handicap. Il distingue la prise en compte des situations de santé pour l'appréciation des risques décès et des risques invalidité.

Les conclusions des travaux du groupe, qui précisent notamment les situations de santé pouvant donner lieu à une proposition d'assurance aux conditions standard ou se rapprochant des conditions standard selon des conditions d'acceptation avec des surprimes limitées ou des exclusions définies, sont transmises à la Commission de suivi et de propositions et aux médecins conseils.

Les assureurs tiennent compte, pour les opérations d'assurance destinées à garantir les prêts entrant dans le champ de la présente Convention, des conclusions des études produites.

III. La Commission de médiation

1) Composition

La Commission de médiation est composée de quatre membres titulaires et de quatre membres suppléants désignés en son sein par la Commission de suivi et de propositions, à parité entre les professionnels et les associations. Elle est présidée par une personnalité qualifiée désignée par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

La Commission, sur décision de son président, peut s'attacher le concours, en tant que de besoin, de personnes extérieures, sans que celles-ci aient voix délibérative.

1) Compétences

La Commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont adressées par des candidats à l'emprunt dans le cadre du fonctionnement de la présente Convention.

Elle prend toutes dispositions de nature à favoriser un règlement amiable et diligent des dossiers dont elle est saisie, notamment par des recommandations transmises aux parties concernées. Elle favorise en tant que de besoin le dialogue entre le spécialiste de la pathologie qui suit, médicalement, le candidat à l'emprunt et le médecin conseil de l'assureur.

La Commission de médiation informe périodiquement, notamment grâce à son rapport annuel d'activité, la Commission de suivi et de propositions de ses travaux et des enseignements qui s'en dégagent.

La Commission de médiation diffuse auprès des professionnels, via France Assureurs, la Fédération nationale de la mutualité française, la Fédération bancaire française et l'Association française des sociétés financières, les bonnes pratiques des assureurs, des établissements de crédit et des sociétés de financement.

2) Secrétariat

La Commission de médiation dispose d'un secrétariat, assuré par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

IV. Le groupe de travail « droit à l'oubli » et grille de référence AERAS

1) Composition

Le groupe de travail réunit des médecins conseils des assureurs, des représentants d'associations de patients assistés de leurs conseils scientifiques, des représentants des agences d'expertise de l'Etat, dans un souci de parité. Sont associés, en tant que de besoin, les médecins ou experts spécialisés

dans les pathologies examinées dans le cadre des travaux annuels programmés par ce groupe et approuvés par la Commission de suivi et de propositions.

Le groupe est présidé par un médecin désigné par la direction générale de la santé.

Il se réunit, sur convocation de son président, plusieurs fois par an.

2) Compétence

Dans les conditions définies au titre IV de la présente Convention, ce groupe est chargé de la mise en œuvre du « droit à l'oubli » et de l'évolution de la grille de référence AERAS, au fur et à mesure de la publication des données scientifiques attestant des progrès thérapeutiques, examinées par le groupe de travail et jugées de nature à changer l'appréciation des risques attachés aux pathologies considérées.

Ces mises à jour sont soumises, pour approbation, à la Commission de suivi et de propositions.

3) Respect des règles de secret et de confidentialité des participants

Il est demandé à chacun des participants de compléter un questionnaire de déclaration d'intérêt, conservée mais non publiée, conformément aux règles de fonctionnement des groupes de travail réunis sous la responsabilité du ministère chargé de la santé. Le groupe de travail peut avoir à connaître les résultats d'études scientifiques non publiées, qui doivent rester confidentiels jusqu'à leur diffusion publique. Du fait de la mission même du groupe de travail, ses membres participent à des travaux dont les résultats sont susceptibles d'orienter certaines pratiques des industries financières. Ils sont donc tenus de respecter le secret des délibérations aboutissant aux évolutions de la grille de référence, jusqu'à leur publication après approbation par la Commission de suivi et de propositions.

TITRE VII : L'effectivité

La réussite du dispositif conventionnel révisé est directement liée à l'application effective des engagements pris par les signataires de la Convention afin d'améliorer l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes en situation de risque aggravé de santé.

Les dispositions suivantes doivent permettre notamment de renforcer l'accès effectif des futurs emprunteurs à la garantie invalidité, au dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance, aux garanties alternatives à l'assurance et aux délégations d'assurance :

- L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution vérifie, dans le cadre de son contrôle des établissements de crédit, des sociétés de financement et des organismes assureurs, le respect de leurs engagements au regard de la Convention AERAS. Elle est invitée par la Commission de suivi et de propositions à présenter un bilan annuel de son activité en la matière ;
- Des indicateurs de suivi, notamment sur la notoriété et la lisibilité de la Convention, sont mis en place. Dans ce cadre, des sondages sont également réalisés ;
- Des objectifs indicatifs chiffrés sont déterminés afin de renforcer le suivi statistique existant ;
- Le rôle des instances conventionnelles est renforcé afin de permettre le suivi de la mise en œuvre concertée de ces mesures. Dans ce cadre, la mesure de l'effectivité de la Convention est réalisée en premier lieu par la Commission de suivi et de propositions, qui peut notamment décider de certaines publications.
- La Convention AERAS assure l'information des futurs emprunteurs sur leurs droits et, pour faciliter leurs démarches, met à leur disposition un site internet dédié.

Les signataires de la Convention AERAS s'engagent à respecter les dispositions relatives au « droit à l'oubli » et à la grille de référence AERAS figurant dans la présente Convention.

Les assureurs, réassureurs et intermédiaires en assurance s'engagent à respecter la grille de référence et ses mises à jour dans leurs pratiques de tarification pour toutes les souscriptions postérieures à l'établissement de ladite grille. Ils s'engagent également à diffuser l'information et le mode d'accès à la grille de référence auprès des souscripteurs, de manière à ce que ces derniers soient assurés de sa bonne application.

TITRE VIII : Dispositions particulières

- 1) Le présent texte annule et remplace la Convention AERAS initiale et ses avenants.
- 2) La présente Convention entre en vigueur à compter de sa signature. Elle est conclue pour une période de 3 ans renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par une des parties, moyennant un préavis de six mois.

Lorsque leurs statuts le rendent nécessaires, les associations et professions soumettent à ratification la présente Convention à la plus proche assemblée générale.

- 3) Les signataires ont conscience des délais nécessaires à la pleine mise en œuvre des dispositions nouvelles et révisées de la Convention. Celle-ci requiert en effet :
 - D'informer les membres des professions, des associations et des consommateurs en général ;
 - De former les salariés et les intermédiaires des professions ;
 - De mettre en place les indicateurs et suivis statistiques qui auront été décidés au sein de la Commission de suivi et de propositions afin de mesurer la bonne effectivité des dispositions de la Convention ;
 - Dans le cadre du dispositif d'écrêtement des surprimes, d'intégrer le suivi du mécanisme d'écrêtement pour les emprunteurs bénéficiant du prêt à taux zéro (PTZ).

La Commission de suivi et de propositions procède à une évaluation régulière de la mise en œuvre des dispositions conventionnelles. Notamment, dans un délai de trois ans à compter de la signature de la Convention AERAS, une étude d'impact sera réalisée en particulier sur l'absence de plafonnement des prêts éligibles au « droit à l'oubli ». Ce bilan a pour objet d'identifier les éventuelles difficultés de mise en œuvre des dispositions conventionnelles relatives au « Droit à l'oubli » ou les pistes d'amélioration et de présenter, le cas échéant, des propositions de modification.

HISTORIQUE

Une Convention conclue en septembre 1991 entre les Pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance a apporté des aménagements tangibles, notamment en matière de traitement des données médicales, à l'assurance décès des prêts immobiliers aux personnes séropositives. Ce dispositif, outre son champ d'application restreint, n'a répondu que de façon partielle aux attentes qu'il avait suscitées.

a) début 1999, les Pouvoirs publics ont souhaité qu'une réflexion soit menée en vue de favoriser une amélioration des réponses assurantielles aux personnes séropositives au VIH, et plus généralement à celles présentant un risque aggravé de santé.

Le Comité installé le 1^{er} juin 1999, sous la présidence de M. Jean-Michel BELORGEY, Conseiller d'Etat, a élargi sa composition par la représentation des établissements de crédit, d'organisations de consommateurs, d'associations d'aide aux malades, et a étendu ses travaux et ses réflexions à l'assurabilité des risques aggravés en général dans le cadre de l'assurance emprunteur.

b) le Comité a clos ses travaux en préconisant la recherche d'une solution conventionnelle, impliquant les différentes parties prenantes, qui permette de répondre aux demandes légitimes des personnes désireuses d'emprunter pour les besoins de leur vie privée ou professionnelle, dans le respect de leur dignité comme de leur droit à la confidentialité, tout en étant compatible avec les contraintes inhérentes aux métiers de l'assurance et du crédit.

c) Une Convention sur l'accès à l'assurance et au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé a ainsi été signée en 2001 entre les pouvoirs publics, les professionnels, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées.

Cette Convention a permis de faire progresser l'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé de santé, ainsi que la prise de conscience des difficultés auxquelles était confrontée cette catégorie spécifique de clients. Elle s'est également traduite par l'instauration d'une commission de suivi et de propositions, d'une section scientifique et d'une section de médiation.

d) Pour autant, les partenaires de la Convention signée en 2001 considérant que des progrès apparaissaient encore possibles ont négocié une nouvelle Convention dénommée « AERAS, s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé », qui a été signée le 6 juillet 2006 et est entrée en vigueur le 7 janvier 2007.

La loi n°2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé est venue apporter une consécration législative au dispositif conventionnel.

e) Les signataires de la Convention AERAS ont dressé un bilan globalement positif de son application sur la période 2007-2009. Toutefois, il est apparu nécessaire à une majorité d'entre eux d'engager une négociation afin de rendre la Convention plus ambitieuse, en particulier sur la garantie invalidité, et d'en améliorer l'effectivité. Cette négociation, conduite sous la présidence de M. Emmanuel CONSTANS, président de la Commission de médiation AERAS, s'est déroulée entre les mois de janvier et octobre 2010 et a abouti à la Convention dite « rénovée » de 2011.

f) Lors de l'élaboration du troisième Plan cancer, il a été proposé que soit mis en place un « droit à l'oubli » permettant, après certains délais, aux personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse, de souscrire une assurance emprunteur sans avoir à déclarer cette ancienne pathologie sans surprime afin que ces personnes ne soient plus pénalisées par leur ancienne maladie dans leur vie quotidienne.

A la suite d'un groupe de travail associant les différentes parties prenantes, un protocole a été signé le 24 mars 2015, en présence du Président de la République, entre les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, l'Institut national du cancer (INCa) et des associations de malades. Ce protocole vise à mettre en œuvre un tel « droit à l'oubli » et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des progrès thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse. Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques. Cet engagement sera mis en œuvre, dans le cadre de la Convention AERAS, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Les signataires de la Convention AERAS se sont attachés à tirer les conséquences de ce protocole d'accord et à intégrer ces avancées au sein de la Convention par un avenant signé le 2 septembre 2015.

L'article 190 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé comprend des dispositions relatives au « droit à l'oubli ». Les signataires de la Convention AERAS intègrent ces nouvelles dispositions au sein de la Convention AERAS.

g) Dans le cadre des dispositions de l'article 8 de la loi n°2019-180 du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques, les instances de la Convention AERAS ont examiné les possibilités d'évolution du droit à l'oubli. A la suite de la proposition du groupe de travail « droit à l'oubli » et Grille de référence, élaborée après des travaux conduits en 2019 et 2020 sur la base de travaux de l'INCa, la Commission de suivi et de propositions a approuvé le 26 février 2020 que soit étendu aux pathologies cancéreuses survenues avant l'âge de 21 ans, et non plus 18 ans, le « droit à l'oubli » après le délai de 5 ans prévu au 4^{ème} alinéa de l'article L.1141-5 du code de la santé publique.

h) La loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur » a introduit deux mesures concernant la Convention AERAS et les personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé :

- **La loi a supprimé la sollicitation par les assureurs d'informations liées à l'état de santé ou examens médicaux de l'assuré, en vue de la souscription d'une assurance emprunteur sous deux conditions cumulatives : (i) si la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros ; (ii) si l'échéance de remboursement du crédit intervient avant votre soixantième anniversaire. Cette mesure est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2022. Ainsi, aucune information relative à l'état de santé ne doit être fournie, ni aucun examen médical ne doit être réalisé si ces deux conditions sont remplies. L'absence de questionnaire de santé concerne les crédits immobiliers mentionnés à l'article L 313-1 1° du code de la consommation, destinés à l'acquisition de biens à usage d'habitation et à usage mixte habitation et professionnel ;**

- Pour les emprunts ne remplissant pas les conditions visées ci-dessus, la loi a introduit un droit à l'oubli pour les pathologies cancéreuses et l'hépatite virale C à partir de 5 ans à compter de la fin du protocole thérapeutique et en l'absence de rechute. Cette mesure est entrée en vigueur depuis le 2 mars 2022 pour tous les nouveaux dossiers. Ainsi, aucune information médicale relative à ces pathologies ne peut être sollicitée par l'assureur. Le droit à l'oubli concerne, en sus des prêts immobiliers déjà mentionnés, les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels et dont le terme des contrats d'assurance intervient avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

i) La Commission de suivi et de propositions a également approuvé les évolutions, issues des négociations engagées dans le cadre de l'article 9 de la loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur », portant sur la grille de référence AERAS et le plafond d'emprunt défini par la convention pour accéder au dispositif AERAS :

- S'appuyant sur les travaux menés par le groupe de travail « droit à l'oubli et grille de référence AERAS », la grille de référence AERAS publiée en août 2022 simplifie les critères cliniques d'accès à l'assurance pour les personnes porteuses du VIH, déjà allégés en 2021. Cet assouplissement se traduit, d'une part, par un passage de l'infection VIH répondant à des critères de la grille de référence AERAS de la partie II à la partie I correspondant à une absence de surprime et d'exclusion de garantie et, d'autre part, par la suppression du critère du début de traitement après janvier 2005 et le raccourcissement des durées d'observation de réponses au traitement (de deux ans à un an), ainsi que la disparition des questions concernant l'usage du tabac et le dosage de la cotinine urinaire.
- La nouvelle grille de référence AERAS réduit également le délai d'accès à l'assurance emprunteur de 48 à 24 semaines tant pour l'hépatite virale C (partie I de la grille de référence) que pour l'hépatite virale chronique à VHC (partie II de la grille de référence) ;
- En lien avec les professionnels, notamment France Assureurs, la FBF et leurs membres respectifs, le plafond d'emprunt pour bénéficier du dispositif AERAS passe de 320 000 euros à 420 000 euros par assuré dans les conditions détaillées au Titre III point 1) de la présente Convention pour un prêt immobilier.

L'ensemble de ces nouvelles modalités ont pris effet à compter du 1^{er} octobre 2022.

Les travaux menés par le groupe de travail « droit à l'oubli et grille de référence AERAS » ont également permis l'intégration de l'épilepsie dans les deux parties de la nouvelle grille de référence prenant effet à compter du 1^{er} septembre 2023.

ANNEXES

ANNEXE 1: Code de bonne conduite concernant la collecte et l'utilisation des données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou l'exécution d'un contrat d'assurance

La loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur » a supprimé le questionnaire de santé pour la souscription d'une assurance emprunteur pour un crédit immobilier mentionné à l'article L 313-1 1° du code de la consommation, destiné à l'acquisition de biens à usage d'habitation et à usage mixte habitation et professionnel sous deux conditions :

- Si la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;
- Si l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

Pour les emprunts ne remplissant pas les conditions ci-dessus, 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.

II/ LA SOUSCRIPTION DES CONTRATS

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'assurable 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'assurable, 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.

Les questionnaires répondent à un souci de clarté et de concision pour pouvoir être compris par les assurables, 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.

2) 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.

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.

ANNEXE 2 : Garantie invalidité spécifique

La garantie invalidité spécifique mentionnée au 4) du Titre III 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^{ème} ou 3^{ème} 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.

ANNEXE 3 : Le rôle 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^{ème} niveau d'examen des demandes d'assurance. Les dossiers rejetés par un réassureur ou sous l'autorité d'un réassureur au 2^{ème} 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.

ANNEXE 4 : 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^{er} niveau, sont analysés les contrats d'assurance collective emprunteurs existants

Dès ce 1^{er} 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^{er} niveau.

- 2) Le 2^{ème} 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 1er 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^{er} niveau. Toutefois, les réassureurs, constituant ce 2^{ème} niveau, analysent également la possibilité de proposer aux emprunteurs une garantie standard, avec ou sans surprime.

- 3) Le 3^{ème} 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 France Assureurs.

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^{ème} 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

La Convention AERAS, version actualisée 2023, est signée entre :

■ **l'Etat,**

■ **les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou en situation de handicap,**

désignées dans la Convention par « les associations » ;

■ **la profession bancaire et financière,**

désignée dans la Convention par « les établissements de crédit et les sociétés de financement »

■ **la profession de l'assurance,**

désignée dans la Convention par les « assureurs » (FA) et « les professions » (FA et FNMF)

Tous désignés dans la Convention par « les signataires » :

S I G N A T A I R E S

L'Etat, représenté par :

Le ministre de l'Economie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique

B. Le Maire

La ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités

C. Vautrin

Les parties prenantes, membres de la Commission de suivi et de propositions à la date de signature de la Convention et la FNMF :

Les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou en situation de handicap :

- ◆ France Assos Santé (Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé) représentée par Monsieur Gérard Raymond, Président
- ◆ Familles Rurales, représentée par Madame Guylaine Brohan, Présidente,
- ◆ La Ligue contre le cancer, représentée par Monsieur Daniel Nizri, Président,
- ◆ AIDES, représentée par Madame Camille Spire, Président,
- ◆ L'Alliance du cœur, représentée par Monsieur Philippe Thébault, Président,
- ◆ Vaincre la Mucoviscidose, représentée par Monsieur David Fiant, Président,

La profession bancaire et financière :

- ◆ L'Association Française des Etablissements de Crédit et des Entreprises d'Investissement (AFECEI), représentée par Monsieur Slawomir Krupa, Président

La profession de l'assurance :

- ◆ France Assureurs (FA), représentée par Madame Florence Lustman, Présidente,
- ◆ La Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), représentée par Monsieur Éric Chenut, Président,

Les autres parties signataires :

- ◆ l'AFM-Téléthon (Association Française contre les Myopathies), représentée par Madame Laurence Tiennot Herment, Présidente,
- ◆ la FFD (Fédération Française des Diabétiques), représentée par Monsieur Georges Petit, Président,
- ◆ l'AFPric (Association Française des Polyarthritiques et des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques), représentée par Madame Irène Pico, Présidente,
- ◆ LADAPT (Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées), représentée par Monsieur Bruno Pollez, Président,
- ◆ la fédération des AVIAM de France (association d'aide aux victimes des accidents médicaux et à leur famille), représentée par Madame Marie-Solange Julia, Présidente,
- ◆ la FFAAIR (Fédération Française des Associations et Amicales de malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires), représentée par Madame Marie-Agnès Wiss-Laurent, Présidente,
- ◆ la FNATH (Association des accidentés de la vie), représentée par Madame Nadine Herrero, Présidente,
- ◆ Rose Up, représentée par Madame Céline Dupré, Présidente.
- ◆ France REIN, représentée par Monsieur Jan-Marc Charrel, Président,
- ◆ le LIEN (Association de Lutte, d'Information, et d'Etude des Infections Nosocomiales), représentée par Madame Chantal Cateau, Présidente,
- ◆ SIS-Association, représentée par Madame Arame Reymes-Mbodje, Directrice,
- ◆ Fédération SOS Hépatites, représentée par Monsieur Pascal Mélin, Président,
- ◆ l'Association spina bifida et handicap associés (A.S.B.H), représentée par Monsieur François Haffner, Président,
- ◆ la Fédération Nationale des amis de la Santé, représentée par Monsieur Jean-Claude Tomczak, Président,
- ◆ Fibromyalgie SOS, représentée par Madame Nadine Randon, Présidente,
- ◆ La Fédération Nationale des déficients et transplantés hépatiques, représentée par Monsieur André Le Tutour, Vice-Président.
- ◆ L'Association Française de l'Atrésie de l'Œsophage (AFAO), représentée par Mme Viviane ARMAND, Présidente