

CONVENTION

AERAS

REVISEE

S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE

Convention suite à l'avenant du 01/02/2011

SOMMAIRE

	Pages
PREAMBULE	3
TITRE 1^{er} : La diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions, et l'accompagnement des personnes	8
TITRE II : Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats	10
TITRE III : Les situations consolidées/stabilisées et en voie de consolidation/stabilisation	12
TITRE IV : Le processus de traitement des demandes d'emprunt	14
TITRE V : La couverture des risques liés aux emprunts	17
TITRE VI : Les instances de suivi de la convention	20
TITRE VII : L'effectivité	24
TITRE VIII : Dispositions particulières	25
ANNEXES	28

PREAMBULE

1/ Étant préalablement rappelé que :

a) l'accès au crédit représente un enjeu important dans le monde moderne, en France notamment. 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 de santé aggravé du fait d'une maladie ou d'un handicap, puisque l'assurance emprunteur est souvent une condition d'obtention des prêts.

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 ;

b) 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 de santé aggravé.

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 ;

c) 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.

d) Une convention sur l'accès à l'assurance et au crédit pour les personnes présentant un risque de santé aggravé 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 de santé aggravé, 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.

e) Pour autant, les partenaires de la convention signée en 2001 considérant que des progrès apparaissaient encore possibles s'agissant notamment :

- du champ de la convention ;
- de la diffusion de l'information relative au dispositif ;
- de la couverture du risque invalidité ;

- du fonctionnement du dispositif de médiation ;
- de la connaissance scientifique relative à ces risques ;
- du respect de l'obligation de confidentialité ;
- de l'accroissement des échanges entre professionnels de la banque et de l'assurance et médecins spécialistes ;
- de la rapidité de traitement des demandes de prêt ;
- de la mutualisation des surprimes d'assurance ;
- du recours aux garanties alternatives et délégations d'assurance ;

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.

f) 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. Elle a abouti à la présente version de la convention.

2/ L'avenant à la convention AERAS est signé entre :

■ l'Etat, représenté par :

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie

- ♦ le ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie: Christine Lagarde

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

- ♦ le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé: Xavier Bertrand

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

- ♦ le ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale : Roselyne Bachelot

■ Les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées :

- ♦ AIDES, représentée par : Bruno Spire
- ♦ l'Alliance du cœur, représentée par : Jean-Claude Boulmer
- ♦ l'AFM (Association Française de lutte contre les Myopathies), représentée par : Laurence Tiennot-Herment
- ♦ l'AFD (Association Française des Diabétiques), représentée par : Gérard Raymond
- ♦ l'AFPric (Association Française des Polyarthritiques), représentée par : Stéphane Villar
- ♦ l'ADAPT (Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées), représentée par : Eric Blanchet
- ♦ le CISS (Collectif inter associatif sur la santé) représenté par : Christian Saout
- ♦ Familles Rurales, représentée par : Thierry Damien
- ♦ la fédération des AVIAM de France (association d'aide aux victimes des accidents médicaux et à leur famille), représentée par : Marie-Solange Julia
- ♦ la FFAAIR (Fédération française des Associations et Amicales d'Insuffisants respiratoires), représentée par : Alain Prim
- ♦ la FNATH (Association des accidentés de la vie), représentée par : Arnaud de Broca
- ♦ la FNAIR (Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux), représentée par : Régis Volle
- ♦ le LIEN (Association de Lutte, d'Information, et d'Etude des Infections Nosocomiales), représentée par : Claude Rambaud

- ♦ la Ligue nationale contre le cancer, représentée par : le Pr Gilbert Lenoir
- ♦ Sida Info Services, représentée par : Amédée Thévenet
- ♦ SOS Hépatites, représenté par : Pascal Melin
- ♦ Vaincre la Mucoviscidose, représentée par : Jean Lafond

Ci-après désignées « les associations »

■ la profession bancaire :

- ♦ l'Association Française des Etablissements de Crédit et des Entreprises d'Investissement (AFECEI), représentée par : François Pérol

Ci-après désignée « les établissements de crédit »

■ la profession de l'assurance :

- ♦ la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), représentée par : Bernard Spitz
- ♦ la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), représentée par : Etienne Caniard
- ♦ le Groupement des Entreprises d'Assurances Mutuelles (GEMA) représenté par : Jean-Luc de Boissieu

Ci-après désignée « les assureurs » ;

Les deux professions étant désignées ci-après par « les professions »

Tous désignés ci-après « les signataires »

3/ Il est convenu ce qui suit :

Les signataires souhaitent 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 un risque aggravé de santé.

Ces considérations inspirent les dispositions qui suivent, dont l'objet est :

I – La diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions, et l'accompagnement des personnes

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

III – Les situations consolidées ou stabilisées et en voie de consolidation ou de stabilisation

IV – Le processus de traitement des demandes d'emprunt

V – La couverture des risques liés à l'emprunt

VI – Les instances de suivi de la convention

VII – L'effectivité

VIII – Dispositions particulières

4/ Toute personne présentant 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 un risque aggravé de santé.

Lorsque les informations demandées à la personne à assurer comportent des indications sur son état de santé, celles-ci doivent être recueillies, transmises et utilisées dans des conditions qui garantissent pleinement la confidentialité et le respect de la vie privée.

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 handicapées, 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, une campagne d'information sera définie et mise en œuvre par les pouvoirs publics, les établissements de crédit et les assureurs, en coopération avec les associations.

En outre,

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

- la rénovation du site internet AERAS dédié à la convention, tant sur son architecture que sur son contenu ;
- 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 détaillés dans le respect de leur compétence et disponibilité ;
- l'association de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) 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.

b) Les établissements de crédit et les assureurs s'engagent à :

- continuer de diffuser des dépliants d'information au sein de leurs réseaux et informer directement les candidats à l'emprunt ;
- poursuivre leurs 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, 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. Cette liste sera périodiquement actualisée et insérée sur le site 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.

c) 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 DONNEES PERSONNELLES
NECESSAIRES A LA SOUSCRIPTION ET A L'EXECUTION DES CONTRATS

- 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 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) les questionnaires de santé ne font aucune référence aux aspects intimes de la vie privée, et notamment à la sexualité ;
 - c) 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 C ou sur celui de l'immunodéficience humaine et sous la forme suivante :

« Avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? A 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 ;

- d) 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 les autres intermédiaires concernés relaient cette information.
- 4) En fonction des réponses apportées par le candidat à l'assurance, le service médical de l'assureur a la possibilité de demander des informations complémentaires.
- 5) Un travail d'harmonisation de la formulation des questions ayant le même objet pour les questionnaires de santé de 1^{er} niveau et pour les questionnaires détaillés par pathologie est conduit par les assureurs, 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.
- 8) A compter du second semestre 2011, les assureurs s'engagent à faire des propositions de tarification pour une assurance emprunteur sur la base d'un questionnaire détaillé par pathologie que le candidat à l'assurance aura rempli pour le compte d'un concurrent.

TITRE III :

LES SITUATIONS CONSOLIDEES/STABILISEES ET EN VOIE DE CONSOLIDATION/STABILISATION

Le présent titre vise à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes dont l'état de santé est consolidé/stabilisé ou en voie de consolidation/stabilisation.

1) Mise en place d'un groupe de travail

Un groupe de travail, rattaché à la Commission des études et des recherches, 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.

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 à la fois pour l'appréciation des risques décès et 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, sont transmises à la Commission de suivi et de propositions et aux médecins conseils.

Après avis de la Commission de suivi et de propositions, les synthèses de ces études sont rendues publiques et mises en ligne, notamment sur le site internet AERAS.

Le financement des travaux du groupe sera pris en charge par l'Etat, dans le cadre plus global d'un accroissement de sa participation financière à la Commission des études et recherches.

2) Prise en compte des travaux du groupe par les assureurs

Les assureurs s'engagent à prendre en compte les résultats des travaux du groupe dans leur appréciation du risque.

3) Mesure de l'effectivité

A partir de cas types, les fédérations d'assureurs informent la Commission de suivi et de propositions, dans les six mois suivant la publication des conclusions du groupe de travail, de

l'impact des travaux menés sur l'accessibilité à l'assurance emprunteur et ses modalités en termes de prix et de garanties proposés.

TITRE IV :

LE PROCESSUS D'INSTRUCTION DES DEMANDES D'EMPRUNT

Ce titre s'applique aux prêts professionnels et immobiliers.

1) La durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit 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 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 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 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 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 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 V

LA COUVERTURE DES RISQUES LIES AUX EMPRUNTS

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

- à caractère professionnel : prêts pour l'acquisition de locaux et de matériels ;
 - à caractère personnel : prêts immobiliers et crédits à la consommation affectés ou dédiés ;
- dans les conditions précisées ci-dessous.

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 risque de santé conduit à refuser à un candidat à l'emprunt 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 mis en place par les assureurs permet le réexamen des dossiers refusés par le "deuxième niveau". Ce pool traite les demandes d'assurance relatives aux opérations de prêts d'au plus 320 000 €, 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, le pool traite les demandes relatives à un encours cumulé de prêts d'au plus 320 000 €. Pour toutes les demandes d'assurance de prêts immobiliers et professionnels, la durée maximum du prêt est telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans en fin de prêt.

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

- leur montant ne dépasse pas 17 000 euros,
- leur 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

Les établissements de crédit s'engagent à accepter des contrats individuels ou collectifs d'assurance décès et invalidité dès lors que ces derniers présentent un niveau de garantie

équivalent au contrat groupe. Ils s'engagent également à ne pas imposer leur contrat groupe au candidat à l'emprunt. Ils s'engagent enfin à assurer des conditions d'emprunt identiques quelle que soit la solution assurantielle retenue. Les refus de délégation d'assurance doivent être motivés.

Concernant les délégations d'assurance pour les emprunteurs AERAS, les établissements de crédit favorisent les bonnes pratiques en matière de transparence et de modération tarifaires.

Les réseaux bancaires informent annuellement la Commission de suivi et de propositions de la convention AERAS de l'évolution des frais de délégation pratiqués par les banques, sous la forme d'une fourchette de montants.

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

Un emprunteur présentant un risque de santé aggravé 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, 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.

Dès lors que le candidat à l'emprunt a demandé une couverture invalidité, sa demande doit être traitée.

- b) Lorsque la couverture du risque invalidité est possible, les assureurs s'engagent à proposer
- 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 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 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 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, 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 de groupe 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 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. Elle fait l'objet d'une présentation à la Commission de suivi et de propositions.

6) Dispositif d'écèlement des surprimes d'assurance

Le dispositif d'écèlement des surprimes d'assurance mis en place à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels, permet de consentir un écèlement des primes en faveur des 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 320 000 €, dans les conditions visées au 2^{ème} paragraphe de l'article 1 du titre V.

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 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 trois par les assureurs ;
- six membres désignés par les associations représentant les malades ou les personnes handicapées et 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, 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 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 de santé aggravé, qui susciterait des difficultés non résolues par la convention. Elle débat de toutes mesures susceptibles d'améliorer les dispositions conventionnelles.

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.

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 handicapées 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 de santé aggravé. 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

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 l'Institut National de Veille Sanitaire 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.

Elle établit un programme de travail assorti d'un calendrier prévisionnel et d'indicateurs de suivi.

L'Observatoire des risques qui lui est rattaché rend compte de ses travaux chaque année, avant le 31 décembre, à la Commission de suivi et de propositions.

Le groupe de travail sur les situations consolidées/stabilisées et en voie de consolidation/stabilisation lui est également rattaché.

Des moyens supplémentaires, à hauteur de 4 millions d'Euros répartis sur 4 ans, lui sont alloués par l'Etat

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.

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.

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. La Commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont adressées par les candidats à l'emprunt concernant tous les domaines du champ de la présente convention.

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.

2. 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.

3. 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.

4. La Commission de médiation diffuse auprès des professionnels, via la Fédération française des sociétés d'assurances, le Groupement des entreprises d'assurances mutuelles, la Fédération nationale de la mutualité française, la Fédération bancaire française et

l'Association française des sociétés financières, les bonnes pratiques des assureurs et des établissements de crédit.

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

TITRE VII

L'EFFECTIVITE

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'écèlement des surprimes d'assurance, aux garanties alternatives à l'assurance et aux délégations d'assurance :

- L'Autorité de contrôle prudentiel vérifie, dans le cadre de son contrôle des établissements de crédit 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 révisée assure une effectivité accrue de l'information des futurs emprunteurs sur leurs droits et pour faciliter leurs démarches. C'est ainsi notamment que le site internet AERAS sera rénové au premier semestre 2011.

TITRE VIII

DISPOSITIONS PARTICULIERES

- 1) Le présent texte modifie la convention AERAS initiale et entre en vigueur le 1^{er} mars 2011, sauf pour certaines dispositions particulières qui font l'objet d'un calendrier spécifique en annexe.
- 2) 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 en assemblée générale, la présente convention au plus tard le 30 juin 2011.

- 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 la garantie invalidité spécifique ;
 - 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'écèlement des surprimes, d'intégrer le suivi du nouveau mécanisme d'écèlement 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.

Fait à Paris, le

Pour l'Etat

Ministère de l'Economie,
des Finances et de l'Industrie

Ministère du Travail
de l'Emploi et de la Santé

Ministère des Solidarités
et de la Cohésion sociale

Pour les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées :

AIDES

L'Alliance du cœur

AFM

AFD

AFPric

ADAPT

CISS

Familles Rurales

Fédération des AVIAM de France

FFAAIR

FNATH

FNAIR

Le LIEN

Ligue nationale contre le cancer

Sida Info Services

SOS Hépatites

Vaincre la Mucoviscidose

Pour les professionnels

AFECEI

FFSA

FNMF

GEMA

Les associations signataires de la convention et membres du CISS assortissent leur signature de réserves visant la désignation du président de la commission de suivi qui doit être l'actuel président, Monsieur Jean-Michel Bélorgey, sauf si ce dernier ne le souhaitait plus, auquel cas il conviendra de rechercher une désignation ayant l'accord des associations précitées, d'une part, et demandant que, dans le délai de six mois, une étude portant sur un nombre significatif de cas soit diligentée afin de vérifier si le taux d'incapacité de 70% tel qu'il est défini dans l'avenant permet de couvrir 60% des assurés relevant de la deuxième catégorie d'invalidité de la sécurité sociale, d'autre part.

CALENDRIER DES TRAVAUX

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

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

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

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

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

* Les médecins de la CNAMTS et de la Direction de la sécurité sociale ont analysé, en novembre 2010, des données anonymisées au regard de la garantie invalidité spécifique afin de savoir si les améliorations apportées à cette garantie avaient un impact significatif sur le nombre de personnes, en 2^{ème} catégorie d'invalidité de la sécurité sociale, couverte.

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

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

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

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

Tout en reconnaissant :

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

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

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

I - LE SERVICE MEDICAL DES SOCIETES D'ASSURANCES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2) 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

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

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

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

1) Collecte et transmission des informations

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Traitement

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

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

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

3) Suites de maladies antérieures

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

III/ L'EXECUTION DU CONTRAT

A/ OBSERVATIONS GENERALES

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

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

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

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

B/ LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

Néanmoins, les précisions suivantes peuvent être apportées :

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

du service médical comportent une partie administrative, communiquée au service gestionnaire, et une partie médicale séparée qui est conservée par le service médical.

GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE

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

- La garantie invalidité spécifique correspond à une incapacité fonctionnelle couplée à une incapacité professionnelle.
- La garantie accordée ne comporte aucune exclusion de pathologie
- La prestation servie est au minimum indemnitaire, en couvrant la perte de revenu de l'assuré
- L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension invalidité 2^{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.

Le rôle du Bureau central 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'écêtement de surprimes d'assurance financé par les assureurs et banquiers

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

DISPOSITIF D'EXAMEN DES DEMANDES D'ASSURANCE

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

- 1) Au 1^{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 1^{er} 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 la FFSA ou du GEMA.

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

Signataires de la Convention AERAS du 6 juillet 2006

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

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

Les établissements de crédit et les assureurs :

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

L'Etat représenté par :

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