

Document d'information AERAS

à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé)

Octobre 2022

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 médical pour la souscription d'une assurance emprunteur pour un crédit immobilier 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 et afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé (personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies), la Convention AERAS met en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

- D'une part, pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer ou d'une hépatite virale C de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur ;
- D'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit :
 - les caractéristiques des pathologies (définition précise) et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies aux personnes qui en ont souffert ;
 - des taux de surprimes 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.

Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.

1. Non déclaration d'une ancienne pathologie cancéreuse ou d'une ancienne hépatite virale C : le « droit à l'oubli » pour tous les crédits entrant dans le champ de la Convention

1.1 Le dispositif s'applique lorsque deux conditions sont réunies :

- 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 ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

1.2 Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » si vous avez été atteint d'une maladie cancéreuse ou d'une hépatite virale C sous réserve que :

- la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- **et** qu'il n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle. Les conséquences de la maladie cancéreuse, de l'hépatite virale C ou celles des traitements, notamment les effets secondaires, ne sont pas couvertes par le Droit à l'oubli et doivent donc être déclarées à l'assureur.

→ **Vos droits : Si vous répondez aux conditions médicales mentionnées au 1.2, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse ou d'hépatite virale C et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations, relatives aux maladies cancéreuses ou à l'hépatite virale C, mentionnées au 1.2 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.**

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

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

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

2.1 Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont réunies :

- les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- il s'agit soit de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 420 000 €, sans tenir compte des crédits relais; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 420 000 € pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

2.2 Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence AERAS

Vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée suivant les modalités suivantes :

a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard (liste I) :

- o La grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, répondant à des critères précis, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser les conditions d'accès à des délais inférieurs à ceux du « droit à l'oubli » au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer ;
- o Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du protocole thérapeutique³ (pathologies cancéreuses, hépatite virale C) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie.
- o Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de l'acceptation aux conditions standard.

→ **Vos droits** : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et celles mentionnées au 2.1.

b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard (liste II) :

- o La grille de référence liste les pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser, par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité), les critères d'accès à ces conditions d'assurance et les taux de surprimes maximaux applicables ;
- o Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de la tarification standard de la prime et peut ainsi apprécier le niveau de la surprime appliquée.

→ **Vos droits** : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille si vous remplissez les conditions mentionnées au 2.1 et les critères d'accès.

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.

3. Évolution du « droit à l'oubli » et du contenu de la grille de référence AERAS

Les dispositions prévues pour le « droit à l'oubli » comme celles figurant dans la grille de référence AERAS sont enrichies pour tenir compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles pour certaines pathologies. Les mises à jour régulières de cette grille de référence sont mises en ligne et donc consultables sur le site internet de la Convention AERAS, www.aeras-infos.fr

³ **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute (toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie), par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

IDENTIFIANT DU CANDIDAT

M. Mme Mlle né(e) le : Commune : Dépt. : Pays :
 Nom Patronymique (nom de jeune fille) : Prénoms :
 Nom usuel :
 Adresse :
 Complément d'adresse :
 Code Postal : Commune :
 Tél fixe : Tél mobile : Email :

Profession :

*En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

- Agriculteurs exploitants Artisans, Commerçants Cadres et Professions intellectuelles supérieures Chefs d'entreprise
 Employés Ouvriers Professions intermédiaires Retraités, Préretraités Autres personnes sans activité professionnelle

CARACTERISTIQUES DU FINANCEMENT

Montant : €	Quotité :%	Montant : €	Quotité :%
Durée :mois	In fine oui non	Durée :mois	In fine oui non
Montant : €	Quotité :%	Montant : €	Quotité :%
Durée :mois	In fine oui non	Durée :mois	In fine oui non

Répondez obligatoirement **OUI** ou **NON** dans chaque case et si **OUI, complétez**

**** : ATTENTION, dans le cadre de l'information sur le « droit à l'oubli », nous vous informons que vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer que vous avez été atteint d'une pathologie figurant dans le document d'information sur le « droit à l'oubli » ci-joint et dont nous vous invitons à prendre connaissance. En savoir plus sur www.aeras-infos.fr.**

Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée doit être remise au souscripteur du contrat collectif qui la lui transmettra sans l'ouvrir

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ

1 Indiquez : Votre taille cm. - Votre poidskg.

2 Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?

Pourquoi ?
 Depuis quand ?

3 Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?

Pourquoi ?
 Depuis quelle date ?
 A quel taux ou quelle catégorie ?
 Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?

4 Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années **?

** Pourquoi ?
 Quand ? (mois/année) ?
 Durée :

5 Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?

Précisez pour chacun des arrêts :
 Pourquoi ?
 Quand (mois/année) ? Durée :

6 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation de amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, appendicite, grossesse, maternité, césarienne, hernie inguinale, hernie ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ** ?

** Pourquoi ?
 Quand ?
 Durée :

7 Avez-vous subi au cours de votre existence une intervention chirurgicale, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, appendicite, césarienne, hernie inguinale, hernie ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ** ?

** Pourquoi ?
 Quand ?

8 Etes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence :

- d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?	Quand ?	Durée :
- d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ?	<input type="checkbox"/>
- d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ** ?	<input type="checkbox"/>
- de diabète ?	<input type="checkbox"/>
- d'une affection digestive ?	<input type="checkbox"/>
- d'une affection neurologique ou du système nerveux ?	<input type="checkbox"/>
- d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ?	<input type="checkbox"/>
- d'une affection rénale ?	<input type="checkbox"/>
- d'une affection respiratoire ?	<input type="checkbox"/>
- d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ?	<input type="checkbox"/>
- de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	<input type="checkbox"/>

Questionnaire de santé (suite)

9 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ** ?

*Précisez pour chaque traitement :

Lequel ?
Pourquoi ?
Quand (mois/année) Durée :

10 Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ** ?

**Lesquelles ?
Depuis quand ?

11 Etes-vous actuellement sous surveillance médicale ?

Pourquoi ?
Depuis quand ?

Suivez-vous actuellement un traitement médical ?

Lequel ?
Pourquoi ?
Depuis quand ?

12 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, chirurgie dentaire, hémorroïdes ou varices, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois :

- de réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ?

Pourquoi ?
 Lesquels ? Quand ?

- d'être hospitalisé

Pourquoi ?
Quand ?

- d'être traité ?

Pourquoi ?
Quand ?

- d'être opéré ?

Pourquoi ?
Quand ?

- Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui survenait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur, entraîne la nullité du contrat (art. L113.8 du code des assurances.)
- J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature
- En cas de souscription électronique, je déclare avoir été informé(e) de la possibilité d'interrompre à tout moment la procédure de télédéclaration sécurisée.
- Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances.

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par Cbp France ou son mandataire.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services

Les destinataires de ces données à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, de Cbp France ou son mandataire, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances est amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé en ligne. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (pour plus d'information vous pouvez consulter notre site internet « cnp.fr », rubrique sur le RGPD).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site internet « cnp.fr », rubrique sur le RGPD, ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données à caractère personnel de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je ne fais pas ce choix, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur, ses délégataires, ses prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel.

Fait en deux exemplaires à

, le / /

Signature du Candidat à l'Assurance

Je déclare avoir pris connaissance des informations visées ci-dessus et consens de manière expresse à la collecte et au traitement de mes données de santé pour les finalités ci-avant exposées d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui me seraient applicables et accepte que mes données de santé soient transmises aux destinataires visés.

Fait en deux exemplaires à

, le / /

Signature du Candidat à l'assurance

Questionnaire 2795N- Décembre 2022