

DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT



Contrat d'assurance collective n° 26.959 souscrit par l'Association Châteaudun – Le Peletier
auprès de Quatrem - 59-61 rue La Fayette 75009 PARIS
Entreprise régie par le Code des Assurances Société Anonyme au capital de 380 426 249 € - RCS PARIS 412.367.724

Code apporteur : _____

ADHÉRENT (Assuré 1, à défaut personne morale qui adhère au contrat)

Nom Prénom / Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

L'Adhèrent a-t-il déjà adhéré à un contrat souscrit par l'Association Châteaudun - Le Peletier ? Oui Non

Statut juridique (si l'adhérent est une personne morale) : _____ N° Siren : _____

Correspondant dans l'entreprise : M. Mme Nom : _____ Prénom : _____ Tél. : _____

ASSURÉ 1

M. Mme Mlle Emprunteur Co-emprunteur Caution Associé ou dirigeant de droit

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse actuelle (à remplir si différent de l'Adhèrent) : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

E-mail : _____ Téléphone : _____

Profession exacte : _____ CSP* : _____

- Effectuez-vous plus de 15.000 km par an en véhicule à moteur hors trajet domicile / travail ? Oui Non
Exercez-vous une activité avec travail manuel ? Oui Non
Exercez-vous une activité en hauteur dans votre travail ? Oui Non
Exercez-vous une activité nécessitant des outillages lourds/de précision ou des explosifs ? Oui Non

CSP* : Artisan / Commerçant / Employé / Ouvrier / Cadre / Profession Libérale / Chef d'entreprise / Agriculteur / Chauffeur / Taxi / Coursier / Livreur / Sans activité professionnelle / Autre.

Pour les trois dernières questions, en cas de réponse affirmative, remplir le Questionnaire Complémentaire Profession.

ASSURÉ 2

M. Mme Mlle Emprunteur Co-emprunteur Caution Associé ou dirigeant de droit

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse actuelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

E-mail : _____ Téléphone : _____

Profession exacte : _____ CSP* : _____

- Effectuez-vous plus de 15.000 km par an en véhicule à moteur hors trajet domicile / travail ? Oui Non
Exercez-vous une activité avec travail manuel ? Oui Non
Exercez-vous une activité en hauteur dans votre travail ? Oui Non
Exercez-vous une activité nécessitant des outillages lourds/de précision ou des explosifs ? Oui Non

CSP* : Artisan / Commerçant / Employé / Ouvrier / Cadre / Profession Libérale / Chef d'entreprise / Agriculteur / Chauffeur / Taxi / Coursier / Livreur / Sans activité professionnelle / Autre.

Pour les trois dernières questions, en cas de réponse affirmative, remplir le Questionnaire Complémentaire Profession.

FUTURE ADRESSE (si acquisition résidence principale)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Date prévue de déménagement : ____/____/____

ORGANISME PRÊTEUR

Nom / Raison sociale : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Ville : _____ E-mail : _____ Tél. : _____

CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS

Nature du prêt : Prêt immobilier Prêt professionnel Prêt personnel Prêt à la consommation

Prêt	Capital Emprunté	Type de prêt *	Quotité garantie		Durée totale incluant le différé (en mois)	Durée du différé (36 mois max)	Taux d'intérêt	Type de taux (Fixe ou Variable)	
			Assuré 1	Assuré 2				<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> V
1	€		%	%			%	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> V
2	€		%	%			%	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> V
3	€		%	%			%	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> V

Périodicité de remboursement : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

*Type de prêt : reporter la lettre **A** : Amortissable **R** : Relais **INF** : In Fine **CB** : Crédit Bail

Date prévue de déblocage des fonds : ____ / ____ / ____

Capitaux assurés à ce jour (hors prêts ci-dessus) au titre du contrat FIRST Emprunteur (capitaux restant dus multipliés par les quotités garanties correspondantes)

Assuré 1 : _____ € Assuré 2 : _____ €

Pour éviter toute erreur de cotisation, joindre une copie du tableau d'amortissement ou du projet de financement pour les prêts amortissables à taux variable et les prêts amortissables à taux fixe autre que les prêts à échéances contantes

GARANTIES SOUHAITÉES Cocher les garanties choisies :

	Assuré 1			Assuré 2		
	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
Pack CONFORT (1)						
Décès / PTIA / ITT / IPT (Avec franchise 90 jours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formules (à la carte)						
1 - Décès / PTIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Décès / PTIA / ITT / IPT (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Franchise (en jours) (2)	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180
3 - Décès / PTIA / ITT / IPT / IPP (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Franchise (en jours) (2)	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180
4 - Décès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Options						
ITT sans profession 100% (Réservé aux formules 2 et 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extenso AERAS Conso (Réservé à la formule 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extenso Plus (Réservé aux formules 2 et 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rachat						
Extenso Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez le sport à risque pratiqué	_____			_____		
Lexique						

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

ITT : Incapacité Temporaire Totale

IPT : Invalidité Permanente Totale

IPP : Invalidité Permanente Partielle

Extenso AERAS Conso : AERAS pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés. Souscription possible sans formalités médicales sous réserve que les conditions prévues au § 8.6 de la notice d'information soient remplies.

Extenso Plus : Rachat de l'ensemble des exclusions relatives aux affections psychiques et dorsales énumérées au § 9.2.2 de la notice d'information.

Extenso Sport : Rachat d'exclusion pour les sports à risque énumérés au § 9.2.1 de la notice d'information.

Date d'effet des garanties souhaitée : ____ / ____ / ____

(1) FORMULES ne pouvant pas être souscrites pour les prêts relais, les prêts in fine avec report d'intérêts et les prêts à la consommation.
(2) Choix limité à 90 et 180 jours si l'option 'ITT sans profession 100%' a été choisie.

DÉCLARATION NON FUMEUR

	Assuré 1	Assuré 2
Je suis fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis non fumeur (je signe la déclaration Non Fumeur ci-dessous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie ne pas avoir fumé, y compris de cigarettes électroniques, ou utilisé tout produit contenant de la nicotine (par exemple : patches, gomme) même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois, et ne pas avoir cessé de fumer sur demande expresse du corps médical. (Aucune consommation de tabac ou de nicotine)

A : _____

A : _____

Le : ____ / ____ / ____

Le : ____ / ____ / ____

SIGNATURE DE L'ASSURÉ 1

précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

SIGNATURE DE L'ASSURÉ 2

précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Cette attestation Non Fumeur fait partie intégrante de mes déclarations de santé nécessaires à l'adhésion à l'assurance. Conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance et conformément à l'article L.113-9 du Code des Assurances, en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles dans la notice d'information).

PAIEMENT DES COTISATIONS (Pour prélèvement automatique remplir l'autorisation de prélèvement ci-après et joindre un RIB)

Périodicité du paiement : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Frais de dossier 10 € par Assuré

DÉCLARATIONS :

L'Adhérent :

- S'il n'est pas déjà membre de l'Association Châteaudun – Le Peletier, demande à adhérer à l'Association. La qualité d'adhérent à l'Association Châteaudun – Le Peletier est acquise par le versement d'un droit unique d'admission de 15 € prélevé en même temps que la première cotisation.

- Demande à adhérer au contrat 'FIRST Emprunteur' n° 26.959, contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'Association Châteaudun – Le Peletier auprès de Quatrem.

- S'engage à payer les cotisations et autorise le prélèvement des cotisations par Magnolia Web Assurances pour le compte de Quatrem.

Les Assurés :

- Donnent leur consentement à l'assurance et acceptent en cas de décès que l'Organisme Prêteur désigné ci-avant soit bénéficiaire (sauf accord spécifique de ce dernier ou clause séquestre) de l'ensemble des prestations à concurrence des sommes lui restant dues.

- Reconnissent avoir eu connaissance que, s'ils souhaitent la confidentialité de certains renseignements médicaux figurant sur le(s) questionnaire(s) de santé, ils ont la possibilité de remplir ce(s) questionnaire(s) dans un espace isolé ou à leur domicile et de l'adresser à l'attention du Médecin Chef – Quatrem- 59-61 rue La Fayette – 75423 Paris Cedex 09.

- Déclarent que si leur demande d'adhésion au présent contrat, au titre d'un prêt immobilier ou d'un prêt professionnel (amortissable), est refusée pour des raisons liées à leur état de santé, une assurance dite de 2eme niveau sera automatiquement étudiée. En cas de refus au 2eme niveau, sous réserve des dispositions de la Convention AERAS, une assurance dite de 3eme niveau pourra également être étudiée. Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-info.fr.

L'Adhérent et les Assurés :

- Reconnissent avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat 'FIRST Emprunteur' n° 26.959 qui précise notamment les conditions d'exercice de la faculté de renoncation, en acceptant tous les termes et rester en possession d'un exemplaire chacun.

- Déclarent être informés que les informations recueillies sont nécessaires au traitement de l'adhésion et qu'elles peuvent dans le cadre de l'exécution et la gestion de l'adhésion être communiquées aux mandataires et réassureurs de Quatrem. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, ils disposent d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, de suppression de toute information les concernant en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à Quatrem – 59-61 rue La Fayette – BP 460-09 – 75423 Paris Cedex 09 à l'attention du Médecin Chef s'il s'agit d'informations d'ordre médical ou du Service Clients s'il s'agit d'informations personnelles.

- Certifient exactes et sincères les informations figurant sur la présente demande d'adhésion ainsi que les réponses apportées au(x) questionnaire(s) de santé. Ils déclarent ne pas ignorer que, conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance et que, conformément à l'article L. 113-9 du Code des Assurances, en cas d'omission ou de déclaration inexacte, les prestations seront diminuées (se reporter à la définition de ces articles dans la notice d'information).

A :

Le : ____ / ____ / ____

SIGNATURE précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

ASSURÉ 1 (et ADHÉRENT le cas échéant)

ASSURÉ 2

Personne habilitée pour l'entreprise adhérente et cachet de l'entreprise

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société Magnolia Web Assurance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société Magnolia Web Assurance. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. De plus, vous acceptez également que le délai de notification préalable soit porté à 7 jours calendaires

Référence Unique du Mandat* :

Votre nom : _____ Votre Prénom : _____

Votre adresse : _____

Code postal : Ville : _____

Pays : _____

Identifiant Créancier SEPA : FR 81 ZZZ 516 241

MAGNOLIA Web Assurances
73 rue du Château
92100 Boulogne Billancourt

Fait à : _____ Le :

Type de paiement : Paiement récurrent Paiement ponctuel

IBAN (Identifiant international)

Code BIC

Signature :

Attention N'oubliez pas de compléter intégralement ce cadre et de retourner la DIA en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire ou de Caisse d'Épargne

* La référence unique du mandat sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire du compte à débiter.

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

GRILLE DE SÉLECTION DES RISQUES

Capital à assurer	De 18 à 54 ans	De 55 à 64 ans	De 65 à 80 ans
0 - 150 000 €	QSS	QSS	QSS
150 001 € à 250 000 €		1	4
250 001 € à 500 000 €	2		
500 001 € à 1 000 000 €	3	4	
1 000 001 € à 2 000 000 € *	4	5	
2 000 001 € à 3 000 000 € *	5		
3 000 001 € à 5 000 000 € *	6	6	

QSS : Questionnaire de Santé Simplifié

1 : QSC + Rapport Médical

2 : QSC + Rapport Médical + ES1

3 : QSC + Rapport Médical + ES2

4 : QSC + Rapport médical + ES2 + électrocardiogramme de repos avec compte rendu du cardiologue.

5 : QSC + Rapport Médical + ES2 + électrocardiogramme de repos et échocardiographie avec compte rendu du cardiologue.

6 : QSC + Rapport Médical + ES2 + électrocardiogramme de repos et d'effort (sauf contre indication médicale), échocardiographie avec compte rendu d'un bilan cardiovasculaire complet, mammographie pour les femmes

QSC : Questionnaire de Santé Complet

ES1 : hémogramme, plaquettes, VS, glycémie à jeun, cholestérol total et HDL, sérologie HIV 1 et 2, analyse chimique et cyto bactériologique des urines, test de cotinine urinaire pour les non fumeurs.

ES2 : ES1 + dosage de la protéine C réactive, triglycérides, créatinine, acide urique, gamma GT, ASAT, ALAT, marqueurs de l'hépatite B (Ag Hbs) et de l'hépatite C (AC anti-VHC), pour les hommes de + de 50 ans dosage de l'antigène spécifique de la prostate,

* Q Fin : Questionnaire financier (avec les justificatifs) à partir de 1 500 000 €

Numéro de contrat : **0026959** Nom de l'apporteur : _____ N° Apporteur : _____
Nom de la personne à assurer : _____ Prénom : _____ Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Domicile actuel : _____|_|_|_|_|_|_|

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE PROFESSION

Nous attirons votre attention sur la nécessité de prendre le temps de la réflexion et de remplir ce questionnaire de manière précise. A défaut de réponse de votre part, nous ne pourrions pas statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance. Vous pouvez transmettre directement votre questionnaire à Magnolia Web Assurances, 62 quai Gaston BOULET, Immeuble le Conquérent, 4^{ème} étage, 76000 ROUEN

A UTILISER si vous avez répondu oui sur la demande d'adhésion à l'une des questions sur la profession suivante et à retourner en même temps que la demande d'adhésion:

- Exercez vous une activité avec travail manuel
- Exercez-vous en hauteur dans votre travail
- Exercez-vous une activité nécessitant des outillages lourds/de précision ou des explosifs

REpondre explicitement à la première question par OUI ou NON - UN TRAIT NE CONSTITUANT PAS UNE REponse

1/ Si vous exercez une activité avec travail manuel utilisez-vous :

- Aucun outillage |_|_|_|_|
- Un outillage léger ou de précision..... |_|_|_|_|
- Des outillages mécaniques lourds..... |_|_|_|_|

2/ Si vous exercez une activité en hauteur merci de préciser ci-dessous si ce travail est occasionnel ou fréquent :

.....

3/ Si vous utilisez des explosifs merci de préciser ci-dessous si cette utilisation est occasionnelle ou fréquente :

.....

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L 113-8 DU CODE DES ASSURANCES, TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE ENTRAINNE LA NULLITE DE L'ASSURANCE

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L 113-9 EN CAS D'OMISSION OU DE DECLARATION INEXACTE NON INTENTIONNELLE LES PRESTATIONS SERONT REDUITES (SE REPORTER A LA DEFINITION DE SES ARTICLES SUR LA NOTICE D'INFORMATION)

Fait à, le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite « certifié exact » :

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

Un protocole a été signé le 24 mars 2015, en présence du Président de la République, entre les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, l'INCa et des associations de malades pour instaurer un « droit à l'oubli » devant permettre aux personnes guéries d'un cancer de ne plus avoir besoin de le déclarer au moment de contracter l'assurance d'un crédit. Ce protocole vise à mettre en œuvre un tel « droit à l'oubli » et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse. Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques, et cet engagement sera mis en œuvre, dans le cadre de la Convention AERAS, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Les signataires de la Convention AERAS se sont attachés à tirer les conséquences de ce protocole d'accord et à intégrer ces avancées au sein de la Convention. De plus, une première grille de référence a été établie qui fixe, pour une première liste de pathologies, les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ou exclusion de garantie ne pourra être appliquée.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 190 des dispositions sur le « droit à l'oubli » dont certaines modifient celles figurant dans l'avenant du 2 septembre 2015.

La présente fiche reprend les dispositions actuellement en vigueur. En l'absence d'actualisation de certains questionnaires de santé pour prendre en compte ces nouvelles dispositions, celles-ci s'appliquent d'office.

1) CRITÈRES RELATIFS À VOTRE PROJET :

Pour que vous puissiez bénéficier des dispositifs mentionnés au 2) il est nécessaire que :

- Votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
 - un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- Votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^e anniversaire.

2) IL CONVIENT DE DISTINGUER DEUX DISPOSITIFS APPLICABLES SELON VOTRE SITUATION :

2.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions.

Si votre projet réunit les critères définis au 1), vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

- a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos **18 ans*** :
- **si** la date de fin du protocole thérapeutique ⁽¹⁾ remonte à plus de **5 ans*** au jour de votre demande d'assurance ;
 - **et s'il** n'a pas été constaté de rechute ⁽²⁾ de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé ;

Ou bien

b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans* :

- si la date de fin du protocole thérapeutique ⁽¹⁾ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- **et s'il** n'a pas été constaté de rechute ⁽²⁾ de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

Si votre projet réunit les critères mentionnés au 1) et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées aux 2.1), vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent. En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 2.1) dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

2.2 L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence.

La première grille de référence de pathologies est entrée en vigueur à la date de mise en ligne sur le site AERAS, le 4 février 2016. Cette grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au 1), que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au 2.1) et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, **alors vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards.**

Vos droits : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée si la date de fin du protocole thérapeutique ⁽¹⁾ remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert.

3) ÉVOLUTION DU CONTENU DE LA GRILLE DE RÉFÉRENCE

La grille de référence de pathologies a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé la grille de référence de pathologies pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » inférieurs à ceux mentionnés au 2.1 a) et au 2.1 b).

* L'âge limite (15 ans) et les délais de respectivement 5 et 15 ans étaient valables à compter de la signature de l'avenant à la Convention AERAS révisé à la suite de la mise en place du « droit à l'oubli » le 2 septembre 2015 et jusqu'à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé le 27 janvier 2016.

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique « Droit à l'oubli » sur le site internet officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr

LEXIQUE

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

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