
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) == JUIN 2019 ==

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 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: 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^e anniversaire de l'emprunteur.

1.2 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 thérapeutique¹ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- ✓ et s'il n'a pas été constaté de rechute² de votre maladie.

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

- ✓ si la date de fin du protocole thérapeutique¹ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- ✓ et s'il n'a pas été constaté de rechute² 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 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 à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1.2 vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse 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 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.**

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 320 000 €, sans tenir compte des crédits relais et ni de l'encours déjà assuré ; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 320 000 € 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^e anniversaire de l'emprunteur.

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.

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:

- ✓ 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;
- ✓ Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent: fin du protocole thérapeutique³ (pathologies cancéreuses) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie.
- ✓ 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:

- ✓ 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;
- ✓ 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, 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.*

³ *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.*

Nom : _____

Nom de naissance (pour les personnes mariées) : _____

Prénom : _____ Date de naissance | | | | | | | | | |

Questionnaire à compléter par la personne à assurer:

En cas d'adhésion par l'intermédiaire d'un organisme quel qu'il soit, vous avez la possibilité de compléter ce questionnaire à votre domicile.

QUELLES QUE SOIENT LES RÉPONSES DONNÉES DANS CE QUESTIONNAIRE, VOUS ÊTES INVITÉ À LE TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE À L'ATTENTION DU MÉDECIN-CONSEIL DE CARDIF

Cbp France
Contrat CLE
CS 20 008
44 967 Nantes Cedex 9.

		Répondre		En cas de réponse positive, donner les précisions demandées
		OUI	NON	
1	Indiquez: votre taille: _____ cm et votre poids: _____ kg			
2	Fumez-vous ou avez-vous fumé même à titre occasionnel, ou arrêté de fumer sur demande expresse du corps médical? Si vous fumez des cigarettes électroniques avec ou sans nicotine, vous devez répondre « oui » à la question.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien par jour? _____ Depuis combien de temps? _____
Au cours des 10 dernières années,				
3	Avez-vous été hospitalisé pour une intervention chirurgicale , un bilan ou des examens ? <i>(Autre que les interventions chirurgicales pour les causes suivantes: appendicite, hernies de la paroi abdominale sans séquelles, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, varices, vésicule biliaire, dents de sagesse, IVG.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s)? _____ Quand? _____ Durée? _____
4	Avez-vous 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 (HIV), dont le résultat a mis en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s)? _____ À quelle(s) date(s)? _____
5	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie (hormis affections saisonnières) et/ou accidenté (ex.: fracture, tendinite, luxation, traumatisme, entorse, autres) nécessitant un traitement et/ou un suivi médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s)? _____ À quelle(s) date(s)? _____
6	Avez-vous été en arrêt de travail partiel ou total plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison médicale? <i>(Hors congé légal ou congé pathologique lié à la maternité)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s)? _____ À quelle(s) date(s)? _____
7	Avez-vous effectué des investigations médicales ou une surveillance médicale (ex.: analyse de sang, radiographie, électrocardiogramme, artériographie, coloscopie, fibroscopie, scintigraphie, IRM, mammographie, échographie ou autres) qui ont mis en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s)? _____ À quelle(s) date(s)? _____
8	Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une prise en charge à 100 % pour une affection longue durée par un organisme de sécurité sociale, RSI ou équivalent (exonération du ticket modérateur)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s)? _____ À quelle(s) date(s)? _____
En outre, si vous avez choisi l'Option Sérénité +,				
9	Avez-vous été atteint d' affections psychiatriques , de troubles anxio-dépressifs , de cas de fibromyalgie , d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus , d'un syndrome de fatigue chronique ayant entraîné un arrêt de travail pendant plus de 2 semaines consécutives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Avez-vous été atteint d'une affection discale et/ou vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Répondre		En cas de réponse positive, donner les précisions demandées
		OUI	NON	
À ce jour,				
11	Êtes-vous actuellement en arrêt de travail partiel ou total sur prescription médicale, pour raison de santé? (Hors congé légal ou congé pathologique lié à la maternité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s)? _____ Depuis quand? _____ Durée prévue? _____
12	Êtes-vous actuellement atteint d'un handicap, d'une infirmité, d'une malformation ou porteur d'une anomalie congénitale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel/laquelle? _____
13	Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s)? _____ Depuis quelle date? _____ Joindre une copie de la notification de la rente.
Au cours des 12 prochains mois,				
14	Devez-vous, à votre connaissance, être hospitalisé , subir une intervention chirurgicale , un examen médical spécialisé , un traitement médical ou un suivi médical ? (Autre que pour les interventions chirurgicales suivantes: appendicite, hernies de la paroi abdominale sans séquelles, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse, IVG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s)? _____ À quelle(s) date(s)? _____

La validité des présentes déclarations est de 360 jours. Si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

Les informations recueillies sont nécessaires à l'Assureur pour réaliser et exécuter l'opération d'assurance, ainsi que pour les finalités mentionnées au sein de l'article « Informatique et Libertés » des dispositions contractuelles. Vous pouvez exercer vos différents droits (droit d'accès, de rectification, d'opposition ...) en vous adressant au délégué à la protection des données (DPO) de l'assureur à l'adresse suivante: BNP Paribas CARDIF – DPO - 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex France, ou data.protection@cardif.com

J'accepte que des données sur mon état de santé soient collectées et traitées par CARDIF et ses éventuels réassureurs, afin de permettre la conclusion de mon contrat et l'exécution de ses garanties, ainsi que pour l'amélioration des processus internes de CARDIF.
Je suis informé que je peux retirer mon consentement à tout moment. Toutefois, le retrait de mon consentement est susceptible d'empêcher l'exécution des garanties prévues au contrat. Par ailleurs, le retrait de mon consentement ne pourra aboutir ni à la résiliation du contrat, ni à l'effacement des données collectées.

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. Je suis informé(e) que toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission, déclaration inexacte peut entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L113-8, L113-9 et L132-26 du Code des assurances (nullité, réduction proportionnelle ou résiliation du contrat).

Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information AERAS à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance relatif au remboursement d'un crédit.

Fait à _____ le _____

Signature de l'Assuré