



La Convention AERAS

S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ

Lorsque vous souhaitez emprunter, dans la plupart des cas, il est nécessaire de souscrire une assurance emprunteur pour garantir le prêt. Il s'agit d'une sécurité pour le prêteur, mais également pour l'emprunteur et sa famille : en cas de décès ou d'invalidité de l'emprunteur, c'est l'assurance qui remboursera l'établissement de crédit. Qu'il s'agisse d'un crédit à la consommation, d'un crédit immobilier ou d'un crédit professionnel, l'établissement de crédit ou la société de financement à laquelle vous vous adressez analyse votre solvabilité, c'est-à-dire votre capacité à rembourser l'emprunt.

Dans un souci d'aide aux personnes dont l'état de santé ne permet pas d'obtenir une couverture d'assurance standard (sans majoration de tarif ou exclusions de garanties), les pouvoirs publics, les établissements de crédits et les assureurs ainsi que les associations de malades et consommateurs ont signé, en 2006, la **Convention AERAS**.

Cette Convention vise à **faciliter l'accès à l'assurance et au crédit** des personnes présentant un **risque aggravé de santé** du fait d'une maladie ou d'un handicap, dans la cadre d'un crédit immobilier, d'un prêt professionnel ou d'un crédit à la consommation.

Elle est d'application automatique par les professionnels de l'assurance dès lors que les candidats à l'assurance présentent un risque aggravé de santé.

La loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur » a introduit une nouvelle disposition. La loi a ainsi supprimé le questionnaire médical pour la souscription d'une assurance emprunteur sous deux conditions :

- si la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros ;
- si l'échéance de remboursement du crédit intervient avant le 60^e anniversaire de l'assuré.

Cette suppression vient concerner les prêts immobiliers octroyés à des consommateurs pour l'acquisition de biens à usage d'habitation et à usage mixte habitation et professionnel.

Les principales dispositions

Le droit à l'oubli

Ce droit met en place, pour les anciens malades du cancer, passé certains délais, de ne plus avoir à le déclarer lors d'une souscription et de ne plus se voir appliquer une exclusion de garantie ou surprime en cas de déclaration.

Ainsi, aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses et à l'hépatite virale C ne peut être recueillie au-delà de 5 ans à compter de la fin du protocole thérapeutique¹ et en l'absence de rechute².

Le dispositif s'applique lorsque deux conditions sont réunies :

- 1- les contrats d'assurance couvrent les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux/matériels, les prêts immobiliers ;
- 2- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^e anniversaire de l'emprunteur.

La grille de référence AERAS (GRA)

Cette grille liste les pathologies (cancéreuses et autres) (cf. *annexe*) qui permettent un accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standards ou s'en rapprochant. Elle est publique et disponible sur le site internet de la Convention AERAS.

Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont remplies :

- 1- la nature du prêt : les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux/matériels et les prêts immobiliers ;
- 2- le montant assuré : 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 relais³ ; 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 professionnels pour l'acquisition de locaux/matériels ;
- 3- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^e anniversaire de l'emprunteur.

1- Date de fin du traitement actif du cancer.

2- Toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

3- Permet aux propriétaires cherchant à déménager d'acheter leur nouveau bien en attendant la revente de leur bien actuel.

La GRA définit :

- les caractéristiques des pathologies et délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie, ne sera appliquée, pour certaines pathologies ;
- 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.

Si l'emprunteur fait partie de l'une des catégories indiquées en annexe, sa cotisation d'assurance ne peut pas dépasser 1,4 point dans le taux effectif global de l'emprunt.

L'écrêtement des surprimes

Ce dispositif permet de réduire, partiellement ou totalement, sous certaines conditions, les surprimes. Il permet donc aux emprunteurs bénéficiant de la Convention AERAS de pouvoir être assurés pour un coût modéré, en fonction de leurs revenus.

Ce dispositif est ouvert aux emprunteurs qui remplissent certaines conditions d'éligibilité liées :

- aux revenus de l'emprunteur ;
- à l'âge de l'emprunteur ;
- au type de prêts.

Les revenus

Le dispositif est applicable lorsque les revenus du foyer de l'emprunteur sont inférieurs ou égaux à :

- 1 fois le PASS⁴, lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ;
- 1,25 fois le PASS, lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1,5 à 2,5 ;
- 1,5 fois le PASS, lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus.

L'âge

L'âge de l'emprunteur en fin de prêt ne doit pas excéder 70 ans.

Le type de prêts

Le dispositif d'écrêtement concerne :

- les opérations de prêts immobiliers s'agissant de l'acquisition d'une résidence principale d'un montant maximum assuré de 420 000 €, sans tenir compte des crédits relais ;
- les demandes de prêt professionnel relatives à un encours cumulé de prêts assurés d'au plus 420 000 €.

L'invalidité spécifique AERAS

Concernant les prêts immobiliers et professionnels, les assureurs étudient systématiquement les demandes d'assurance invalidité. Ils proposent, lorsque c'est possible :

- **une garantie incapacité-invalidité aux conditions standards du contrat de l'assureur** avec, le cas échéant, exclusion(s) et/ou majoration de tarif ;
- **la garantie invalidité spécifique à la Convention AERAS**. Cette garantie fonctionnera si l'emprunteur se retrouve définitivement en invalidité professionnelle totale et si son taux d'incapacité fonctionnelle, au sens du barème, est au moins égal à 70 %. Lorsqu'elle est accordée, cette garantie spécifique ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'assuré.

Si l'assureur n'a pas pu proposer la garantie invalidité spécifique, il étudiera la possibilité de proposer la couverture du risque de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA). Cette garantie intervient lorsque l'assuré se trouve dans un état de santé particulièrement grave, nécessitant le recours permanent à une tierce personne pour exercer les actes ordinaires de la vie.

Le libre choix de l'assureur

Si le contrat d'assurance proposé par l'établissement auprès duquel l'assuré souscrit un emprunt ne lui convient pas, il peut en rechercher un autre directement auprès d'un assureur ou par l'intermédiaire d'un courtier en assurance.

Un prêteur ne peut refuser un autre contrat d'assurance dès lors qu'il présente **un niveau de garantie équivalent au contrat qu'il propose**. L'emprunteur peut ainsi demander la substitution d'un autre contrat d'assurance, jusqu'à 12 mois après la signature de l'offre de prêt (selon la loi Hamon) ou à chaque date d'échéance du contrat (selon la loi Bourquin).

4- Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le processus d'instruction du dossier

Concernant les crédits à la consommation

La Convention AERAS prévoit qu'un emprunteur peut bénéficier d'une assurance décès sans avoir à remplir un questionnaire de santé si les conditions suivantes sont réunies :

- être âgé(e) au maximum de 50 ans ;
- la durée du crédit est inférieure ou égale à 4 ans ;
- le montant cumulé des crédits entrant dans cette catégorie ne dépasse pas 17 000 €.

Concernant les crédits immobiliers ou professionnels

Si l'état de santé de l'emprunteur ne lui permet pas d'être assuré dans le cadre des contrats existants, son dossier est automatiquement examiné à un deuxième niveau par un service médical spécialisé. Si à l'issue de cet examen une proposition d'assurance ne peut être établie, le dossier sera transmis automatiquement au troisième niveau (« pool des risques très aggravés », un groupe de réassureurs).

La durée globale du traitement du dossier par les établissements de crédits et assureurs ne doit pas excéder 5 semaines à compter de la réception du dossier complet.

Premier et deuxième niveaux d'analyse

1- L'assureur délivre un document d'information au candidat relatif à la Convention.

2- Le candidat remplit le questionnaire médical.

Si son état de santé ne lui permet pas de s'assurer aux conditions standards, il remplit un questionnaire de santé détaillé (2^e niveau d'examen). Le médecin de l'assureur peut alors réclamer des documents médicaux.

3- Trois possibilités sont ensuite envisageables :

- a. l'obtention d'une proposition d'assurance, valable 4 mois pouvant intégrer une surprime ou exclusion de garantie ;
- b. le dossier est automatiquement transmis au 3^e niveau d'examen ;
- c. la demande d'assurance subit un refus. Le candidat peut alors saisir la Commission de médiation de la Convention AERAS. Il peut également s'adresser à un autre assureur pour réanalyser son dossier.

Troisième niveau - Le BCAC⁵

Le candidat à l'assurance accède au 3^e niveau s'il répond aux deux conditions suivantes :

- 1- il a moins de 71 ans à la fin du futur contrat d'assurance ;
- 2- le crédit ne dépasse pas 420 000 € (hors prêt relais).

À cette étape, il y a deux possibilités :

- 1- la demande est acceptée. L'assureur en informe alors le candidat ;
- 2- la demande est refusée. Dans ce cas l'assureur informe le candidat des raisons de son refus. Ce dernier peut alors saisir la commission de médiation ou rechercher une garantie alternative. En effet, les banques se sont engagées, en cas de refus, à accepter des solutions alternatives pour garantir le prêt immobilier (un contrat d'assurance vie déjà souscrit ; donner en gage à la banque un portefeuille de valeurs mobilières ; prendre une hypothèque sur un bien immobilier différent de celui financé).

Les instances

Trois instances ont été mises en place par les signataires de la Convention.

La commission de suivi et de propositions

Elle veille à la bonne application des dispositions de la Convention et propose des améliorations dans l'application du dispositif conventionnel.

La commission études et recherches

Elle est chargée de recueillir et d'étudier les données sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies à partir desquelles les assureurs et réassureurs déterminent les surprimes ou fondent leur refus de garantie.

La commission de médiation

Elle 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 Convention. Cette commission favorise le règlement amiable des litiges.

⁵ Bureau commun des assurances collectives.

Annexe - Grille de référence AERAS

Le « droit à l'oubli » concerne actuellement les personnes souhaitant emprunter et ayant été atteintes d'un cancer (quels qu'en soient la localisation et le type histologique) ou d'une hépatite virale C, 5 ans après la fin du protocole thérapeutique¹ et en l'absence de rechute². Les bénéficiaires de ce dispositif n'ont pas à déclarer cet antécédent à leur assureur. Si celui-ci a été déclaré, alors les propositions d'assurance ne comprennent ni exclusion de garanties ni surprime au titre de cet antécédent.

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.

Pour les personnes qui ne relèvent pas du « droit à l'oubli », la Convention AERAS met en place, qu'il s'agisse de cancers ou d'autres pathologie, une grille de référence dans le but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées.

Grille de référence : conditions d'accès à une assurance emprunteur dans le cadre des titres III, IV et VI 1) de la Convention AERAS

Edition de septembre 2023

Cette grille est proposée par un groupe de travail paritaire (médecins d'assurance, représentants d'associations, agences de l'Etat travaillant dans les différents domaines abordés), elle résulte de l'examen des données scientifiques les plus récentes, présentant le meilleur niveau de preuve disponible. Elle est ensuite soumise à l'approbation de la Commission de suivi et de propositions AERAS. Cette grille a vocation à évoluer dans le temps au fur et à mesure des travaux du groupe, et de la publication de données scientifiques conduisant à la prise en compte des innovations thérapeutiques.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif :

- Votre demande d'assurance doit concerner des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou 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 420 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 420 000 € 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^{ème} anniversaire.

La grille de référence se divise comme suit :

- La partie I du tableau (en trois colonnes) concerne les personnes ayant souffert de pathologies, déclarées à l'assureur mais qui n'entraîneront ni surprime ni exclusion de garanties, si elles satisfont aux conditions cumulatives de la grille en termes de stade d'évolution au temps du diagnostic, de conduite du traitement, et après une durée d'observation sans rechute, précisée dans la colonne « Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute » (cas des cancers) ou « Délai à compter du diagnostic et de l'instauration du traitement » (cas des pathologies chroniques dont le traitement se poursuivra tout au long de la vie).
- La partie II (en quatre colonnes) traite des situations de personnes souffrant d'une pathologie déclarée à l'assureur, et définie de façon précise par des critères biologiques, des conditions de diagnostic, de traitement et de suivi, pour lesquelles une assurance sera proposée avec un taux de surprime maximum du fait de cette pathologie. Pour ces situations, des limitations de garantie pourront également s'appliquer. Une assurance sera proposée dans ces conditions après une période de traitement et de suivi de durée déterminée par la grille. Les conditions d'assurabilité figurent dans la colonne « Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur ».

Il vous est recommandé de vérifier que vous pouvez bénéficier des conditions d'accès à l'assurance telles que définies par la grille de référence auprès de votre médecin, afin de valider si votre pathologie passée ou présente répond bien aux critères précis énumérés dans la grille.

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 effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie ²Ce 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.

Partie I :

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances ou de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion si elles répondent aux critères ci-dessous.

Types de pathologies	Types histologiques et stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) (1)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute (2)
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I	3 ans
Cancers du sein <i>in situ</i>	Carcinome lobulaire ou canalaire <i>in situ</i> strict sans caractère micro-infiltrant Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé Carcinome canalaire <i>in situ</i> présentant lors de l'exérèse chirurgicale une ou plusieurs zones de micro-invasion (rupture de la membrane basale) n'excédant pas 1 mm (dans le plus grand axe) et dont l'exploration axillaire (ganglion sentinelle ou curage axillaire) ne montre pas d'envahissement du ou des ganglions prélevés Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome <i>in situ</i> pur sans caractère micro-infiltrant ou de niveau I de Clark - Exérèse complète - Absence de syndrome des nævi dysplasiques	1 an
Cancer du col de l'utérus	Classe CIN III (ou HSIL) ou <i>in situ</i> pur sans caractère micro-infiltrant Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an
Cancers du côlon et du rectum	Stade Tis (stade 0) : - Plus de 50 ans au diagnostic Stade I : T1N0M0 : - Plus de 50 ans au diagnostic - Type histologique : adénocarcinome	1 an 4 ans
Cancers de la thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II	3 ans 3 ans
Leucémie aigue promyélocytaire / LAP / LAM3	- Quel que soit le nombre de leucocytes au diagnostic - Traitement réalisé	3 ans

Hépatite virale C	<p>Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponse virale soutenue quel que soit le traitement - Pas d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC - Pas de co-infection par le VIH, le virus de l'hépatite B <p>Echographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose.</p>	24 semaines
Infection par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Charge virale indétectable un an après instauration du traitement - CD4 \geq 500/mm³ et charge virale indétectable dans les 12 derniers mois précédant la souscription ; - Absence d'infection opportuniste en cours ; - Absence de co-infection actuelle par le VHB ou VHC ; - Absence de co-infection passée par le VHC, sans stade de fibrose strictement supérieurs à F2 ; - Absence de maladie coronarienne et d'AVC ; - Absence de cancer en cours, ou dans les antécédents notés dans les 10 années antérieures ; - Absence d'arrêt de travail en cours et d'invalidité à la date de souscription ; - Bilan biologique de moins de 6 mois avec résultats dans les normes du laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> • hépatique (transaminases ALAT, ASAT, GGT) ; • fonction rénale (DFG) ; • contrôle de la glycémie à jeun, bilan lipidique (exploration d'une anomalie lipidique) ; - Marqueurs viraux : <ul style="list-style-type: none"> • marqueurs VHB : Ag HBs négatif, ADN viral négatif ; • marqueurs VHC : ARN viral négatif, avec recul de 24 semaines. 	<p>1 an</p> <p>Durée entre début de traitement et fin du contrat d'assurance emprunteur plafonnée à 35 ans.</p> <p>Durée maximale de couverture du prêt fixée à 25 ans.</p>
Epilepsie sans lésion causale évolutive identifiée	<p>Absence de crise depuis au moins 5 ans</p> <p>Absence de traitement antiépileptique depuis au moins 2 ans</p>	2 ans

(1) Types histologiques et stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire déterminés comme suit :

- en cas de chirurgie première, par le compte-rendu anatomopathologique définitif et le bilan d'extension initial définissant un stade « p » TNM
- dans les autres cas, par les données d'imagerie initiales et le bilan d'extension initial définissant un stade « c » TNM ou « u / us » TNM

(2) Un traitement d'entretien peut avoir été institué à la suite du protocole thérapeutique, sans influence sur le délai d'accès.

Le Trastuzumab pouvant faire partie d'un protocole thérapeutique initial ou d'un traitement d'entretien, n'est pas pris en compte.

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des critères (y compris les délais) mentionnés ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes qui sont appréciés séparément.

Partie II :

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances et de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs) si elles répondent aux critères énoncés ci-dessous.

Types de pathologies	Définition précise	Délai d'accès à compter du diagnostic	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur
Hépatite virale chronique à VHC Score de fibrose à F3	Score de fibrose au début du traitement égal à F3 : -Avec les résultats suivants de : Fibroscan : 9,5 à 12,5 kPa Fibrotest : 0,59 à 0,72 Fibromètre : 0,72 à 0,84 -Réponse virale soutenue, quel que soit le type de traitement ; -Absence d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC ou de carcinome hépatocellulaire (CHC) ; -Absence de co-infection par les virus : VIH, VHB ; -Absence d'évolution vers une cirrhose ; -Absence de manifestation extra- hépatique résiduelle de l'hépatite C (lymphome, cryoglobulinémie mixte, vascularite systémique, glomérulonéphrite membrano- proliférative, neuropathies périphériques, polyarthrites inflammatoires) ; -Echographie hépatique de moins de 6 mois sans signe de stéatose ; -Bilan biologique de moins de 6 mois : ASAT, ALAT, Gamma GT normales, numération des plaquettes $\geq 150\ 000/\text{mm}^3$, TP $\geq 80\%$, albuminémie $\geq 40\text{g/l}$, alphafoetoprotéinémie $< 10\ \text{ng/ml}$.	24 semaines à compter de la fin du traitement	- <u>Décès</u> et PTIA : surprime plafonnée à 125% - <u>GIS</u> : non proposée
Astrocytome pilocytique	-Age au diagnostic : ≥ 21 ans et ≤ 60 ans -Histologie : astrocytome pilocytique de grade I uniquement -Traitement : chirurgie exclusive avec exérèse complète de la tumeur	4 ans à compter de la chirurgie	- <u>Décès</u> et PTIA accordées sans surprime - <u>GIS</u> accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des surprimes mentionnées ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes qui sont appréciés séparément.

Types de pathologies	Définition précise	Délai d'accès	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur
Leucémie myéloïde chronique (LMC)	-Traitement en cours -Transcrit bcr-abl strictement indétectable avec les techniques de détection en vigueur au jour de la souscription, et durant une période de 36 mois continus précédant la souscription avec les techniques validées en vigueur sur cette période	5 ans à compter du diagnostic	- <u>Décès et PTIA</u> surprime plafonnée à 150% - <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 150 %
Leucémie de Burkitt / lymphome de Burkitt / LAL3	-Age ≤ 60 ans -Performance Status (définition de l'OMS) 0 ou 1 -Traitement réalisé	5 ans à compter du diagnostic	- <u>Décès et PTIA</u> surprime plafonnée à 50% - <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 50%
Mucoviscidose	1) Conditions <i>cumulatives</i> de base : -Age ≥ 18 ans et ≤ 40 ans -Non-transplanté -Indice de masse corporelle, IMC ≥ 17 kg/m ² -VEMS ≥ 25% de la valeur théorique -Absence de diabète -Absence de pneumothorax dans l'année écoulée -Absence de colonisation à Burkholderia cepacia -Absence de colonisation à Mycobactérie atypique -Corticothérapie systémique pendant < (moins de) 3 mois dans l'année écoulée -Absence d'oxygénothérapie de longue durée 1 -Absence de ventilation non-invasive de longue durée 2 2) Conditions <i>complémentaires</i> aux précédentes : -Soit : Absence de colonisation à P.Aeruginosa, -Soit : colonisation à P. Aeruginosa <i>mais</i> absence d'insuffisance pancréatique exocrine	Pour une durée de prêt de 10 ans maximum	- <u>Décès</u> avec une surprime plafonnée à 400% - <u>PTIA et GIS</u> : non proposées

¹ L'oxygénothérapie de longue durée quotidienne consiste en une administration quotidienne d'oxygène pendant une durée supérieure ou égale à 15 heures. Afin de faciliter la mobilité et de respecter la durée d'administration quotidienne, le patient peut bénéficier d'une source mobile d'oxygène pour poursuivre son traitement lors de la déambulation (y compris en fauteuil roulant), notamment hors du domicile ([source : Légifrance – Arrêté du 23 février 2015 – I-1.2.1. Définition](#)).

² Ventilation non-invasive (VNI) : Ventilation en pression positive à travers un masque nasal ou facial (définition de la Haute Autorité de Santé).

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des surprimes mentionnées ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes qui sont appréciés séparément

Type de pathologie	Stade de référence – stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation (1) pluridisciplinaire (RCP)				Délai d'accès à compter du diagnostic	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur
Adénocarcinome de la prostate en surveillance active	-Age au diagnostic : ≥ 55 ans -Stade clinique $\leq T1c$ -PSA ≤ 10 ng/mL -Score de Gleason ≤ 6 -Nombre de biopsies positives ≤ 2 et % de tissu malin par carotte $\leq 50\%$; Histologie : adénocarcinome pur, strictement intra-glandulaire -Exclusion de tout traitement et notamment hormonothérapie				Sans délai	- <u>Décès et PTIA</u> accordées avec une surprime limitée à 75% - <u>GIS</u> : non proposée
Adénocarcinome de la prostate	Stade	Critères	PSA après prostatectomie radicale (dosage datant de moins de 6 mois)	PSA après radiothérapie conformation-nelle ou curiethérapie (dosage datant de moins de 6 mois)		- <u>Décès / PTIA</u> accordées sans Surprime - <u>GIS</u> accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles
	T1N0M0 T2aN0M0	PSA < 10 ng/ml et Gleason ≤ 6	Inférieur à 0,1 ng/ml	Inférieur à 1,5 ng/ml	1 an	Tarif normal

(1) Stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire déterminés comme suit :

- en cas de chirurgie première, par le compte-rendu anatomopathologique définitif et le bilan d'extension initial définissant un stade « p »TNM
- dans les autres cas, les données d'imagerie initiales et le bilan d'extension initial définissant un stade « c »TNM ou « u / us »TNM
- en cas de surveillance active, l'ensemble des différents critères précisés dans la grille ci-dessus.

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des surprimes mentionnées ci-dessous sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes qui sont appréciés séparément.

Types de pathologies	Définition précise	Délai d'accès à compter du diagnostic ou de la fin du protocole thérapeutique (2) et sans rechute	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur
Cancers du sein Infiltrants	- Carcinome lobulaire ou canalaire infiltrant - Stade I* [pT1N0M0] : <ul style="list-style-type: none"> • Plus grand diamètre tumoral ≤ 20mm • Absence d'envahissement ganglionnaire ou seule présence de cellules isolées ≤ 0,2mm • Absence de métastases à distance - Grade SBR I et II - Reprise sans restriction médicale de l'activité sans interruption supérieure à 3 mois depuis 1 an minimum	3 ans	<u>Décès</u> : surprime plafonnée à 100% <u>PTIA</u> : surprime plafonnée à 100% <u>Incapacité et invalidité</u> : surprime plafonnée à 100%
Leucémies Lymphoïdes Chroniques	-Leucémie lymphoïde chronique détectée chez une personne dont l'âge est compris entre 25 et 70 ans, -Et ne nécessitant aucun traitement à la date de la souscription. -Classification de Binet : stade A. -Lymphocytose strictement inférieure à 15 000/mm ³ . -Profil IGHV (immuno-globulin heavy chain variable region) muté.		<u>Décès</u> : garantie accordée pour une durée maximale de couverture du prêt de 15 ans. Taux de surprime plafonné à 100% <u>PTIA</u> : Accordée dans les mêmes termes que ci-dessus. <u>GIS</u> : Accordée dans les mêmes termes que ci-dessus.

*Selon la classification de l'AJCC de 2018

(1) Types histologiques et stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire déterminés comme suit :

- en cas de chirurgie première, par le compte-rendu anatomopathologique définitif et le bilan d'extension initial définissant un stade « p »TNM
- dans les autres cas, par les données d'imagerie initiales et le bilan d'extension initial définissant un stade « c »TNM ou « u / us »TNM

(2) Un traitement d'entretien peut avoir été institué à la suite du protocole thérapeutique, sans influence sur le délai d'accès.

Le Trastuzumab pouvant faire partie d'un protocole thérapeutique initial ou d'un traitement d'entretien, n'est pas pris en compte.

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des surprimes mentionnées ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes qui sont appréciés séparément.

Types de pathologies	Définition précise	Délai d'accès à compter du diagnostic ou de la fin du protocole thérapeutique (2) et sans rechute	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur
Méningiomes cérébraux de grade I opérés	-Résection chirurgicale complète -Absence de récurrence à l'imagerie cérébrale -Absence de radiothérapie -Absence de déficit cognitif ou neurologique Toutes séquelles seront à tarifier séparément (ex : épilepsie)	Délai d'accès de 2 ans après la fin du traitement chirurgical	- <u>Décès</u> : garantie accordée avec une extra-mortalité temporaire de 6 pour mille annuel** du capital restant dû jusqu'à 5 ans après le traitement chirurgical - <u>PTIA et GIS</u> accordées dans les mêmes conditions que la garantie Décès
Méningiomes cérébraux « non évolutifs »	-Stabilité à l'imagerie cérébrale depuis 5 ans dans tous les cas -Absence de déficit cognitif ou neurologique Toutes séquelles seront à tarifier séparément (ex : épilepsie)	Durée de couverture du contrat d'assurance emprunteur dans les limites d'âges définies par la convention AERAS	- <u>Décès</u> : garantie accordée avec une extra-mortalité temporaire de 6 pour mille annuel** du capital restant dû jusqu'à 10 ans après le traitement chirurgical - <u>PTIA et GIS</u> accordées dans les mêmes conditions que la garantie Décès
Epilepsie sans lésion causale évolutive identifiée	Absence de crise depuis au moins 3 ans Epilepsie traitée	3 ans depuis la fin des crises	Décès et PTIA accordées avec une surprime limitée à 50 %
Epilepsie sans lésion causale évolutive identifiée	Absence de crise avec rupture de contact, ou absence de crise diurnes (avec crises lors du sommeil possibles) et sans crise généralisée tonico-clonique depuis au moins 3 ans Epilepsie traitée	3 ans depuis la fin des crises avec rupture de contact ou des crises diurnes, et des crises généralisées tonico-cloniques	Décès, PTIA et GIS accordés avec une surprime limitée à 50 %. Sous réserve d'exercice effectif d'une profession lors de l'adhésion pour la GIS

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des surprimes mentionnées ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes qui sont appréciés séparément.

**Le taux de surprime annuel équivalent en pourcentage de la prime est à calculer à partir du pour millage en fonction des conditions du contrat, notamment sa durée de couverture.

Les propositions intègrent les Méningiomes induits par Androcur®, Lutenyl® ou Luteran®, ou leurs génériques.

Les délais d'accès (en dehors de la surveillance active) courent après la fin du traitement du Méningiome ou l'arrêt du traitement par Androcur®, Lutenyl® ou Luteran®, ou leurs génériques.