

Accès à l'assurance AERAS

« s'Assurer et Emprunter avec
un Risque de Santé Aggravé » :
La convention révisée

○ DE QUOI S'AGIT-IL ?

La Convention AERAS a été signée en 2006 entre les associations, les professionnels de la banque et de l'assurance et les pouvoirs publics pour faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé dans le cadre de l'octroi de prêts.

Cette convention, encadrée par la loi du 31 janvier 2007, a fait l'objet de nouvelles négociations entre les parties signataires au cours de l'année 2010. Un avenant a donc été signé le 1er février 2011, entrant en vigueur à partir du 1er avril 2011. Il a pour finalité d'améliorer un dispositif dont la mise en œuvre par les professionnels a montré un certain nombre d'insuffisances.

○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

Lorsque vous souhaitez souscrire un crédit (immobilier, professionnel ou à la consommation), votre banquier vérifie deux points essentiels :

1/ votre solvabilité : vos revenus doivent être suffisants pour faire face au paiement des échéances de l'emprunt,

2/ votre possibilité de faire face aux aléas de la vie .

Pour se garantir, bien que cela ne constitue pas une obligation légale, les établissements de crédit demandent presque systématiquement une assurance. C'est pourquoi votre banquier

vous demande, parmi les démarches à effectuer quand vous souhaitez faire un prêt, de remplir un questionnaire de santé.

Si vous êtes considéré comme une personne présentant «un risque de santé aggravé» (c'est-à-dire que vous avez ou que vous avez eu une pathologie de longue durée, une pathologie chronique...), vous risquez de vous voir refuser l'assurance ou de vous la voir proposer avec une surprime d'un montant qui peut être important, ou encore avec des exclusions de garantie.

En pratique, si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré dans le cadre général fixé par le contrat de groupe de la banque (premier niveau), votre dossier est transféré à un deuxième niveau afin de procéder à un examen plus individualisé.

La convention AERAS a mis en place un niveau supplémentaire. Ainsi, en cas de refus d'assurance au deuxième niveau, le dossier est transmis à un troisième niveau (dit «pool des risques de santé très aggravés») au sein duquel siègent plusieurs assureurs et réassureurs. Si ce mécanisme ne garantit pas aux candidats à l'emprunt un droit à l'assurance, il permet néanmoins de renforcer les possibilités pour les personnes concernées de recevoir des propositions d'assurance et in fine de pouvoir réaliser leur projet d'emprunt.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, villa Bosquet - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
www.leciss.org

SOMMAIRE

- 1/ Les prêts couverts par la convention
- 2/ Questionnaires de santé, examens médicaux et confidentialité
- 3/ Les délais d'instruction des demandes et motivation des décisions
- 4/ Les risques couverts
- 5/ Le mécanisme d'écrêtement des suprimés d'assurance
- 6/ La délégation d'assurance
- 7/ Le recours aux garanties alternatives
- 8/ Le règlement des dysfonctionnements : le processus de médiation
- 9/ Le dispositif de suivi

1/ Les prêts couverts par la convention

Les prêts professionnels et immobiliers

Les candidats à l'emprunt doivent bénéficier d'un :

- Examen individualisé de niveau 2 pour toutes les demandes de prêts professionnels ou immobiliers, quels que soient leurs montants et durées de remboursement, en cas de refus de l'assurance de groupe (niveau 1).
- Examen du dossier au niveau 3 («pool des risques très aggravés» - un assureur est alors attribué aléatoirement pour chaque dossier), en cas de refus au niveau 2, pour les prêts répondant à certains critères : les opérations de prêt ne doivent pas dépasser 320 000 € et l'âge de l'emprunteur en fin de prêt ne doit pas excéder 70 ans. Dans le cadre de la convention AERAS révisée, il n'est plus tenu compte des crédits relais pour l'examen du seuil d'éligibilité au 3^{ème} niveau quand il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale.

Les prêts à la consommation affectés ou dédiés

Les questionnaires de santé sont supprimés dans le cadre des prêts affectés ou dédiés (destinés au financement d'un bien déterminé : achat d'un véhicule, d'un équipement informatique, etc.), s'ils répondent aux critères suivants :

- montant limité à 17 000 € (attestation sur l'honneur de non-cumul de prêts au-delà de ce plafond),
- durée de remboursement inférieure ou égale à 4 ans,
- emprunteur âgé de 50 ans au plus (veille du 51^e anniversaire), au jour de la demande.

2/ Questionnaires de santé, examens médicaux et confidentialité

Afin d'évaluer votre état de santé, les compagnies d'assurance peuvent poser toutes questions dès lors qu'elles sont compréhensibles, claires et précises. En outre, au-delà d'un certain montant, elles peuvent aussi vous demander de vous soumettre à des examens et à des analyses médicales.

La convention AERAS prévoit la réalisation d'un travail d'harmonisation des questionnaires de santé de premier niveau et des questionnaires de santé détaillés par pathologie. Par ailleurs, désormais, les examens médicaux de moins de six mois effectués dans le cadre

d'une demande d'assurance emprunteur pourront être réutilisés auprès d'assurances concurrentes. De même, à partir du second semestre 2011, la convention prévoit que les assureurs devront effectuer des propositions tarifaires sur la base de questionnaires médicaux détaillés par pathologie que le candidat à l'assurance aurait déjà rempli dans le cadre d'une demande précédente auprès d'un autre assureur.

Ces innovations devraient être de nature à faciliter et favoriser les démarches des candidats à l'assurance qui ont, de manière générale, intérêt, en cas de difficultés, à solliciter plusieurs assureurs.

ATTENTION : Sachez que toute fausse déclaration de votre part entraînera la nullité du contrat d'assurance.

Afin de garantir la confidentialité du questionnaire médical, il est vivement recommandé d'y répondre en privé (chez vous, dans une pièce isolée de l'établissement de crédit ou avec l'aide de votre médecin) et ensuite soit de le remettre sous pli cacheté à la banque, soit de l'envoyer directement au service médical de l'assurance.

Le médecin conseil de la compagnie d'assurance, destinataire du questionnaire de santé, est soumis au secret professionnel et ne doit communiquer que l'acceptation ou le refus d'assurance, ainsi que les éléments nécessaires à la tarification en cas d'acceptation (c'est-à-dire l'estimation du risque qui se traduira en montant de surprime).

Enfin, il est à noter que sont interdites les questions relatives aux aspects intimes ou à la sexualité, tout comme les demandes d'information liée à des tests génétiques.

3/ Délais d'instruction des demandes

Le délai de traitement de votre dossier de demande de prêt immobilier ou professionnel ne doit pas excéder **5 semaines** (3 semaines pour les assureurs et 2 semaines pour les banques) **à compter de la réception du dossier complet.**

Il importe donc de bien constituer son dossier dès le départ.

Si vous pensez être en situation de risque aggravé de santé, vous avez tout intérêt à anticiper la problématique de l'assurance. Ainsi, avant même d'avoir signé une promesse de vente ou complété votre demande de prêt, vous pouvez déposer une demande d'assurance, soit auprès de votre établissement de crédit, soit auprès d'une société d'assurances. Cette anticipation vous permettra d'avoir déjà une proposition d'assurance quand votre prêt immobilier sera finalisé. Si vous obtenez un accord d'assurance, celui-ci est **valable pendant 4 mois**. Lorsque votre prêt concerne un bien immobilier, l'accord vous reste acquis pendant cette même durée, même si vous portez votre choix sur un bien autre, **sous réserve d'un montant et d'une durée de prêt inférieurs ou égaux à la demande initiale.**

○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

Par courrier, l'assureur doit porter à votre connaissance de façon claire et explicite ses décisions en cas de refus d'assurance, d'ajournements, de limitations ou d'exclusions de garanties ou de surprimes. Il doit faire apparaître à quel niveau d'examen de la demande le refus est intervenu (1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} niveau). Il doit également vous être mentionné la possibilité de prendre contact avec le médecin de l'assurance afin de connaître les raisons médicales à l'origine de la décision de refus. Enfin, doivent être mentionnées l'existence et les coordonnées de la commission de médiation de la Convention AERAS.

En cas de refus de prêt fondé sur les seuls critères d'assurabilité, les établissements de crédit doivent motiver leur décision par écrit.

4/ Les risques couverts

Généralement, lorsqu'un candidat à l'emprunt cherche à s'assurer, l'assurance examine la situation médicale de l'intéressé afin de décider s'il peut couvrir :

- le risque de décès,
- le risque de perte totale et irréversible d'autonomie (invalidité lourde nécessitant l'assistance d'une tierce personne) (PTIA),
- les risques d'incapacité temporaire totale et d'invalidité permanente totale

Ces derniers risques apparaissent bien souvent, aux yeux des assureurs, inassurables pour les personnes présentant des risques dits à caractère aggravé. Or la couverture de ceux-ci reste fréquemment indispensable pour mener à bien son projet immobilier.

Pour cette raison, la convention AERAS instaure une « garantie invalidité spécifique » plus restrictive dans sa définition que la garantie standard habituelle mais qui permettra à plus de candidats à l'assurance d'obtenir des propositions.

Ainsi, dans les situations où la couverture du risque invalidité standard n'est pas possible, les assureurs devront examiner la possibilité de proposer cette garantie invalidité spécifique qui correspond au taux de 70% du barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires. A titre indicatif, une telle définition correspond à la situation d'environ 60% des assurés sociaux relevant d'une pension d'invalidité de 2^{ème} catégorie.

Lorsque cette garantie spécifique est proposée, les établissements de crédit s'engagent à n'exiger aucune autre garantie s'agissant de la couverture du risque santé sauf si l'examen particulier du dossier ne permet pas de disposer d'une garantie raisonnable quant à la capacité de l'emprunteur de s'acquitter des annuités d'emprunt.

Entrée en vigueur de cette garantie invalidité spécifique : 1^{er} septembre 2011.

5/ Mécanisme d'écrêtement des surprimes d'assurance

Pour faire face aux surprimes d'assurance constatées, souvent dissuasives, il existe un mécanisme d'écrêtement mis en place par les professionnels de la banque

○ CONTACTS UTILES ○

et de l'assurance. Il a pour objet de permettre une diminution du coût des primes en faveur des personnes disposant de revenus modestes. Il concerne les prêts professionnels et les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale ne dépassant pas 320 000 euros.

Les conditions de revenus

Le bénéfice de ce dispositif est accordé au vu des revenus et du nombre de parts accordées au foyer fiscal :

| Nombre de parts | Revenus inférieurs à (basé sur le plafond sécu au 01/01/11) |
|-----------------|--|
| 1 | 35 352 € annuels |
| De 1,25 à 2,5 | 44 190 € annuels |
| 3 ou + | 53 028 € annuels |

Fonctionnement du mécanisme de l'écrêtement

Si vous êtes éligible à ce dispositif, vous ne paierez pas la partie de la prime d'assurance dépassant 1.4 point dans le taux effectif global du crédit.

Exemple : Pour un taux d'intérêt du crédit de 4%, si le taux effectif global du crédit majoré de la prime d'assurance est de 5,56%, le mécanisme de mutualisation prendra en charge la surprime au-delà du taux de 5,4% (4 plus 1,4), soit les 0,16 % restants.

Sous les mêmes conditions de ressources, la convention AERAS révisée instaure un mécanisme d'écrêtement spécifique pour les emprunteurs de moins de 35 ans bénéficiant d'un prêt à taux zéro (PTZ+). Pour ceux-ci l'intégralité des surprimes liées à l'assurance couvrant ce prêt à taux zéro est prise en charge par les professionnels.

6/ La délégation d'assurance

Habituellement, les établissements bancaires proposent généralement leur propre assurance de groupe. Afin de permettre aux emprunteurs de pouvoir solliciter d'autres assurances, la convention AERAS prévoit l'obligation pour les banques d'accepter des assurances autres que les assurances de groupe dès lors que les garanties proposées sont équivalentes.

La convention AERAS révisée prévoit que dans ce cadre, les établissements ne peuvent pas appliquer des taux d'intérêt différents si le candidat à l'assurance ne souscrit pas à l'assurance de groupe.

7/ Le recours aux garanties alternatives

L'assurance liée à un prêt n'est pas juridiquement obligatoire en France. Dans la pratique pourtant, les banques conditionnent souvent leur accord pour le prêt à l'obtention d'une assurance.

Toutefois, il est toujours possible et à tout moment de présenter des garanties alternatives à

l'assurance telles que :

- des biens immobiliers précédemment acquis (hypothèques),
- un portefeuille de valeurs mobilières,
- un contrat d'assurance-vie,
- un contrat de prévoyance individuel ou collectif,
- des cautions...

Ces garanties alternatives permettent l'octroi d'un prêt sans le recours à une assurance et donc à d'éventuelles surprimes conséquentes. Lorsque ces garanties présentent la même sécurité pour le prêteur, les établissements de crédit s'engagent, aux termes de la convention, à les accepter.

Afin de permettre une meilleure connaissance des possibilités de recours à ces garanties alternatives, les établissements bancaires devront désormais diffuser une fiche d'information sur ces garanties. Le recours aux garanties alternatives est possible y compris dans les situations où le projet ne répond pas aux conditions d'éligibilité au 3^{ème} niveau de la convention AERAS.

Un référent de la Convention AERAS est également disponible dans chaque réseau bancaire afin de vous apporter toute information nécessaire notamment en matière de garanties alternatives. Une affiche dans votre agence doit comporter les coordonnées de cette personne.

8/ Le règlement des dysfonctionnements : le processus de médiation

En cas de difficulté liée à l'application de la convention, il est recommandé de saisir la commission de médiation qui est chargée de traiter des réclamations individuelles. La commission de médiation peut également intervenir pour favoriser le dialogue entre le spécialiste de la pathologie et le médecin conseil de l'assurance (par exemple en cas de refus objectivement injustifié ou de surprime manifestement trop élevée).

En cas de difficulté ou de dysfonctionnement dans la mise en œuvre des dispositions prévues par la convention AERAS : faites intervenir le processus de médiation (contactez Santé Info Droits pour connaître la procédure et avoir les coordonnées de la commission de médiation).

9/ Le dispositif de suivi

La commission de suivi et de propositions

Une commission de suivi et de propositions se réunit au moins 4 fois par an pour veiller à la bonne application de la convention et formuler des recommandations. Elle est chargée de vérifier l'effectivité de la convention. Elle débat de toute mesure susceptible d'améliorer le dispositif conventionnel et rend un rapport tous les deux ans. Dans ce but, elle rassemble des données statistiques transmises par les professionnels.

Elle détermine des indicateurs permettant le suivi annuel des objectifs concernant la garantie invalidité.

Elle peut également saisir l'autorité de contrôle prudentiel qui est l'organe chargé de l'agrément et de la surveillance des établissements bancaires et des assurances.

La commission des études et recherches

Elle est composée de représentants de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de l'Institut national de veille sanitaire, et associe à ses travaux les spécialistes concernés par les pathologies étudiées. Afin de mener à bien ses missions, un budget de 4 000 000 € sur 4 ans lui est alloué.

Elle étudie et recueille les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies et engage notamment un programme de recherche sur l'invalidité.

Est rattaché à cette commission un groupe de travail ayant plus spécifiquement pour mission d'améliorer la rapidité de prise en compte par les assureurs, des avancées thérapeutiques pour les personnes dont l'état de santé est consolidé et stabilisé ou en voie de l'être dans la tarification des risques. La convention prévoit que les assureurs doivent tenir compte des conclusions produites par cette commission.

○ TEXTES DE REFERENCE

- La convention AERAS
- Les articles L. 1141-2 à L. 1141-4 du Code de la Santé Publique.

○ POSITION DU CISS

Un débat a eu lieu entre les différentes associations du CISS, certaines estimant que seule la loi était de nature à pouvoir mettre un terme aux refus infondés d'assurance ou aux surprimes excessives, et les autres pensant que cette nouvelle convention constituait un progrès et ne remettait pas en cause de futures améliorations complémentaires. En tout état de cause, il semble important pour le CISS de rappeler que l'élément déterminant résidera dans l'application qui sera faite des dispositions prévues dans la convention. Le CISS entend donc rester d'une grande vigilance et s'impliquer fortement dans les dispositifs de suivi de la convention AERAS, afin d'optimiser la mise en œuvre pratique des avancées susceptibles d'améliorer la situation des personnes malades et handicapées face à l'assurance et au prêt.

Ainsi, nous vous invitons à nous communiquer vos retours d'expérience qui alimenteront utilement nos futurs travaux et négociations avec les représentants des banques et des assurances.

○ S'INFORMER



Santé Info Droits 0 810 004 333 (N° Azur, prix d'un appel local) ou 01 53 62 40 30 (depuis les DOM-TOM ou à partir d'un portable ou d'un abonnement illimité) : la ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.
Lundi, mercredi, vendredi : 14h - 18h
Mardi, jeudi : 14h - 20h