

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

Mise à jour en date du 30/03/17

Pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier du « droit à l'oubli », la Convention AERAS met en place une grille de référence qui a pour but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées.

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 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^{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 ».
- 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,**
- **auprès de votre assureur, pour les critères d'applicabilité de 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, 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.

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	Définition précise (stade et type de traitements)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I	3 ans
	Séminomes purs, stade II	6 ans
	Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade I et II	6 ans
Cancers du sein	Carcinome canalaire <i>in situ</i> Carcinome lobulaire <i>in situ</i> Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome in situ 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> Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an

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

Type de pathologie	Définition précise (stade et type de traitement)	Délai d'accès (Cf définition page précédente)
Cancers du côlon et du rectum	Stade pTis (stade 0) : - Plus de 50 ans au diagnostic	1 an
	Stade I : pT1N0M0 : - Plus de 50 ans au diagnostic - Type histologique : adénocarcinome	4 ans
	Stade I : pT2N0M0 : - Plus de 50 ans au diagnostic - Type histologique : adénocarcinome	8 ans
Cancers de la thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade III	6 ans
Lymphomes hodgkiniens	Lymphomes hodgkiniens classés stade 1A après une période de suivi post-thérapeutique	6 ans
	Lymphomes hodgkiniens classés stades 1B et 2A après une période de suivi post-thérapeutique	8 ans
Hépatite virale C	Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique - 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 Echographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose.	48 semaines

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

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
Infection par le VIH	<ul style="list-style-type: none">- CD4 \geq 350/mm³ sur tout l'historique ;- CD4 \geq 500/mm³ et charge virale indétectable à 12 mois après le début des traitements, sans rechute pendant 2 ans ;- absence de stade SIDA ;- 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 d'usage de substances illicites (liste des stupéfiants fixée par Arrêté du 22/02/1990) ;- absence de cancer en cours, ou dans les antécédents notés dans les 10 années antérieures ;- absence de tabagisme actif ;- traitement débuté après janvier 2005. <p>Bilan biologique de moins de 6 mois avec résultats dans les normes du laboratoire :</p> <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) ;- dosage de la cotinine urinaire négatif. <p>Marqueurs viraux :</p> <ul style="list-style-type: none">- marqueurs VHB : Ag HBs négatif, ADN viral négatif ;- marqueurs VHC : ARN viral négatif, avec recul de 48 semaines.	2 ans	<ul style="list-style-type: none">- Décès et PTIA : surprime plafonnée à 100%- GIS : surprime plafonnée à 100%- Durée entre début de traitement et fin du contrat d'assurance emprunteur : plafonnée à 27 ans.

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