

CONVENTION BELORGEY

VISANT A AMÉLIORER

L'ACCÈS A L'EMPRUNT ET A L'ASSURANCE

DES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE DE SANTÉ AGGRAVE

PRÉAMBULE

1. Étant préalablement rappelé que :

1. l'accès au crédit représente un enjeu important dans le monde moderne, en France notamment. La question se pose en termes plus aigus lorsqu'elle concerne des personnes candidates à l'emprunt placées, de par les aléas de la vie, en situation de risque de santé aggravé du fait d'une maladie ou d'un handicap, puisque l'assurance est souvent une condition d'obtention des prêts. Une convention conclue en septembre 1991 entre les Pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance a apporté des aménagements tangibles, notamment en matière de traitement des données médicales, à l'assurance décès des prêts immobiliers aux personnes séropositives. Ce dispositif, outre son champ d'application restreint, n'a répondu que de façon partielle aux attentes qu'il avait suscitées ;
2. début 1999, les Pouvoirs publics ont souhaité qu'une réflexion soit menée en vue de favoriser une amélioration des réponses aux personnes séropositives au VIH, et plus généralement à celles présentant un risque de santé aggravé. Le Comité installé le 1er juin 1999, sous la présidence de Monsieur Jean-Michel BELORGEY, Conseiller d'État, a donc élargi sa composition par la représentation des établissements de crédit, d'organisations de consommateurs, d'associations d'aide aux malades, et a étendu ses travaux et ses réflexions à l'assurabilité des risques aggravés en général dans le cadre de l'assurance emprunteurs ;
3. le Comité a clos ses travaux en préconisant la recherche d'une solution conventionnelle, impliquant les différentes parties prenantes, qui permette de répondre aux demandes légitimes des personnes désireuses d'emprunter pour les besoins de leur vie privée ou professionnelle, dans le respect de leur dignité comme de leur droit à la confidentialité, tout en étant compatible avec les contraintes inhérentes aux métiers de l'assurance et du crédit.

Son rapport final suggère différentes mesures susceptibles d'une mise en oeuvre rapide dans les domaines de la confidentialité, de l'information initiale des candidats à l'emprunt, de l'extension du domaine assurable, des garanties alternatives à l'assurance et de l'allègement des formalités conditionnant l'octroi des prêts à la consommation.

Le rapport du Comité a en outre préconisé la création d'une instance permanente de concertation qui permette à la fois de veiller à l'application effective des dispositions conventionnelles et de rechercher toutes dispositions complémentaires de nature à amplifier l'amélioration des conditions d'accès à l'assurance des prêts des personnes défavorisées par leur état de santé ;

4. Les Pouvoirs publics réaffirment leur détermination de soumettre au Parlement d'ici la fin de l'année des dispositions législatives confortant la portée et le champ d'application de la présente convention et prévoyant un dispositif alternatif en cas de carence des signataires.

2. Entre :

l'Etat, représenté par :

Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie,

- la Secrétaire d'Etat chargée du Budget :

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité,

- le Ministre délégué à la Santé :

les associations de consommateurs ou de personnes présentant un risque de santé aggravé :

- AIDES, représentée par :
- Sida Info Services, représentée par :
- Arcat Sida, représentée par :
- Familles Rurales, représentée par :
- Contre le Cancer, la Ligue, représentée par :
- La fédération des associations AVIAM de France (association d'aide aux victimes des accidents médicaux et çà leur famille), représentée par :

- La FNAP PSY (Fédération des Associations d'(ex) patients –PSY), représentée par :
- La FFAAIR (Fédération française des Associations et Amicales d'Insuffisants respiratoires), représentée par :
- La FNAMOC (Fédération Nationale des Associations de malades cardiovasculaires et opérés du coeur), représentée par :
- L'UFC-QUE CHOISIR (Union Fédérale des Consommateurs-QueChoisir), représentée par :
- L'UFCS (Union Féminine civique et Sociale), représentée par :
- Vaincre la Mucoviscidose, représentée par :
- L'AFM (Association Française de lutte contre les Myopathies), représentée par :
- Le LIEN (Association de Lutte, d'Information, et d'Etude des Infections Nosocomiales), représentée par : Ci-après désignées « les associations »

la Profession bancaire :

- Association Française des Établissements de Crédit et des Entreprises d'Investissement (AFECEI), représentée par : Ci-après désignée «les établissements de crédit»

la Profession de l'assurance :

- la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), représentée par :
- le Groupement des Entreprises d'Assurances Mutuelles (GEMA) représenté par : Ci-après désignée «les assureurs» ;

la Profession des Mutuelles :

- La FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française), représentée par : Les trois professions étant désignées ci-après «les professions » ; tous désignés ci-après « les signataires»

3. Il est convenu ce qui suit :

Les signataires souhaitent marquer leur volonté commune de mettre au point un dispositif d'ensemble tendant à élargir, dans les meilleures conditions, l'accès à l'emprunt et l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé.

Lorsque les informations demandées à la personne à assurer comportent des indications sur son état de santé, celles-ci doivent être recueillies, transmises et utilisées dans des conditions qui garantissent pleinement la confidentialité et le respect de la vie privée.

Ces considérations inspirent les dispositions qui suivent, dont l'objet est :

I - le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats ;

II - la couverture du risque décès liée à des emprunts immobiliers, au logement ou professionnels, ou à des crédits à la consommation contractés par des personnes présentant un risque de santé aggravé ;

III - la création d'une Commission de suivi et de propositions.

4. Toute personne présentant un risque de santé aggravé, du fait d'une maladie ou d'un handicap, peut se prévaloir de la présente convention sans avoir en particulier à justifier de son adhésion à l'une des associations signataires ou adhérentes à cette convention.

TITRE 1er :
LE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES NÉCESSAIRES A LA SOUSCRIPTION ET A L'EXÉCUTION DES CONTRATS

1. La demande légitime par l'assureur des informations nécessaires à l'acceptation du risque et, lorsque le risque se réalise, au règlement de la prestation garantie, doit être conciliée avec la confidentialité qui s'impose, s'agissant d'informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes.

Dans cet esprit, les professions s'engagent à respecter les principes de la présente convention et du code de bonne conduite, de portée générale, qui y est annexé.

Ce code constate les procédures de confidentialité existantes et les actualise. Il innove sur un certain nombre de points par des recommandations renforçant la protection de la confidentialité des informations touchant la personne des assurés.

2. S'agissant des contrats liés à un emprunt, les établissements de crédit veillent à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé. Il y répond seul s'il le souhaite.
3. Les questionnaires de santé respectent les principes suivants :
 - a. les questions posées sont précises et portent sur les événements relatifs à l'état de santé (ex : existence d'une rente d'invalidité, intervention chirurgicale ...), les pathologies recherchées, les arrêts de travail et de situations liées à la protection sociale (ex : exonération du ticket modérateur...);
 - b. les questionnaires de santé ne font aucune référence aux aspects intimes de la vie privée, et notamment à la sexualité ;
 - c. dans l'hypothèse d'une question relative à la séropositivité, elle ne porte que sur les sérologies virales VHB, VHC, VIH et sous la forme suivante : avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC, VIH ?
Si oui, indiquez la ou lesquelles, le résultat du ou des tests et leur date.
Il ne peut être demandé au candidat à l'assurance de se soumettre à de tels tests que si l'importance des capitaux souscrits ou les informations recueillies par le questionnaire de risques le justifient.
4. En fonction des réponses apportées par le candidat à l'assurance, le service médical de l'assureur a la possibilité de demander des informations complémentaires.

TITRE II : LA COUVERTURE DES RISQUES LIES AUX EMPRUNTS

Le présent titre concerne la couverture du risque décès des personnes présentant un risque de santé aggravé, liée aux emprunts suivants :

- à caractère professionnel : prêts pour l'acquisition de locaux et de matériels ;
- à caractère personnel : prêts immobiliers et crédits à la consommation ; dans les conditions précisées ci-dessous.

Les professions ont établi un dépliant d'information ci-annexé, dont elles assureront une large diffusion.

1. L'assurance des prêts au logement et des prêts professionnels

Les dispositions qui suivent s'appliquent à un encours cumulé de prêts d'au plus 200 000 euros, d'une durée d'au plus 12 ans, souscrits au plus tard à 60 ans.

Les professions, directement ou par délégation, déclarent que, dès lors que l'analyse d'un questionnaire de risque de santé conduit à refuser à un candidat à l'emprunt le bénéfice de l'assurance de groupe associé à cet emprunt, le traitement de son dossier sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance "de deuxième niveau" qui permette un réexamen individualisé de sa demande.

En outre, un pool des risques très aggravés est mis en place par les assureurs pour permettre le réexamen des cas de refus par le "deuxième niveau". Le pool mettra en place des modalités destinées à s'assurer du respect du plafond cumulé de garantie mentionné ci-dessus.

Une description de ce mécanisme de "deuxième niveau" et du pool des risques très aggravés figure en annexe à la présente convention. Ce dispositif ne fait pas obstacle à la mise en jeu des garanties alternatives mentionnées au 3) ci-dessous.

2. L'assurance des prêts à la consommation affectés.

Les professions s'accordent sur la suppression des questionnaires de risques médicaux pour les prêts à la consommation affectés, définis par les articles L. 311-20 à L. 311-28 du code de la consommation, sous réserve des conditions suivantes :

- leur montant ne dépasse pas 10 000 euros,
- leur durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans,
- le candidat à l'assurance a 45 ans au plus,
- le candidat à l'assurance dépose une déclaration sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà du plafond susmentionné.

Cet engagement est également développé dans l'annexe 5 de la présente convention (dépliant d'information).

3. Garantie alternatives à l'assurance de groupe.

Les établissements de crédit, directement ou par délégation, s'engagent à accepter, notamment en cas de refus d'assurance en garantie des prêts, quel que soit leur montant, les alternatives à l'assurance de groupe qui peuvent apporter des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité pour le prêteur et l'emprunteur.

Cet engagement figure dans un document d'information au public, annexé à la présente convention.

TITRE III : LA COMMISSION DE SUIVI ET DE PROPOSITIONS

1. Composition

Il est institué une Commission de suivi et de propositions de la convention composée comme suit :

- six membres désignés par les professions, à raison de trois par les établissements de crédit et trois par les assureurs ;
- six membres désignés par les associations de malades et de consommateurs ;
- quatre représentants de l'Etat nommés par les ministres chargés de l'économie et de la santé
- cinq membres qualifiés, dont au moins deux médecins, désignés par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

La Commission est présidée par un membre qualifié, désigné par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

Elle se réunit en formation plénière, sur convocation de son président, au moins quatre fois par an.

En plus des sections spécialisées prévues au 3) ci-après, la Commission peut prendre toute décision tendant à l'instauration de groupes de travail consacrés à l'étude d'une question particulière de sa compétence.

2. Compétences

La Commission de suivi et de propositions veille à la bonne application des dispositions de la présente convention. Elle formule toute recommandation aux signataires qu'elle juge utile dans ce domaine.

La Commission étudie tout sujet en rapport avec l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, qui susciterait des difficultés non résolues par la convention. Elle débat de toutes mesures susceptibles d'améliorer les dispositions conventionnelles.

La Commission remet au Gouvernement, tous les deux ans, un rapport rendu public sur son activité et sur les nouvelles mesures adoptées ou en voie de l'être, en vue d'améliorer l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé. Ce rapport comporte, le cas échéant, des propositions de nature à parfaire le dispositif légal ou réglementaire existant.

3. Instances spécialisées

a. La Section scientifique

Une Section scientifique est installée auprès de la Commission de suivi et de propositions. Elle est composée de quatre membres choisis parmi les signataires et de quatre membres désignés par elle en raison de leur compétence en matière médicale ou d'analyse de données.

Le cas échéant, elle associe à ses travaux les associations non membres de la section, ainsi que des spécialistes, concernés par les pathologies étudiées.

La Section scientifique recueille et étudie les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés ou fondés les refus de garantie. Elle rend compte périodiquement à la Commission de ses études et des enseignements qui s'en dégagent.

b. La Section de médiation

Une Section de médiation est installée auprès de la Commission de suivi et de propositions. Ses quatre membres sont désignés en son sein par la Commission, à parité entre les professionnels et les associations. Elle peut s'attacher le concours, en tant que de besoin, de personnes extérieures.

La Section de médiation connaît des litiges individuels liés à l'application de la convention. Elle mène les diligences de nature à favoriser leur règlement amiable.

Elle rend compte périodiquement à la Commission de ses travaux et des enseignements qui s'en dégagent.

- c. **Le Secrétariat de la Commission**
La Commission de suivi et de propositions dispose d'un Secrétariat. Ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'État.

TITRE IV : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

1. La présente convention annule et remplace la convention du 3 septembre 1991 sur l'assurabilité des personnes séropositives et sur les règles de confidentialité du traitement des informations médicales par l'assurance.
2. Elle est conclue pour une première période se terminant le 31 décembre 2003. Elle est renouvelable par tacite reconduction et peut être dénoncée par une des parties, moyennant un préavis de six mois.

Lorsque leurs statuts le rendent nécessaires, les associations et professions soumettent à ratification en assemblée générale, la présente convention au plus tard le 30 juin 2001.

3. Les signataires ont conscience des délais nécessaires à la pleine mise en oeuvre des dispositions de la présente convention. Celle-ci requiert en effet :
 - d'informer les membres des professions, des associations et des consommateurs en général ;
 - de former les salariés et les intermédiaires des professions ;
 - de concevoir, négocier, souscrire et mettre en place les contrats de groupe ouvert dits de «deuxième niveau » ;
 - de mettre en place les structures de gestion et d'examen des risques soumis au pool des risques très aggravés.

La Commission de suivi et de propositions procédera à une évaluation régulière de la mise en oeuvre des dispositions conventionnelles.

4. Une première liste de thèmes à traiter par la Commission de suivi et de propositions en application du 2 ème alinéa du 2) du titre III figure en annexe.

Fait à Paris, le

Pour l'État :

- Ministère de l'Économie, Finances et Industrie
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- La Secrétaire d'État chargée du budget
- Le Ministère délégué à la santé

Pour les associations de consommateurs ou de personnes présentant un risque de santé aggravé :

- AIDES
- SIDA INFO SERVICES
- CONTRE LE CANCER, LA LIGUE
- LE LIEN
- ARCAT SIDA
- FAMILLES RURALES
- AVIAM
- FNAP PSY
- FFAAIR
- FNAMOC
- UFC-QUE CHOISIR
- UFCS
- Vaincre la Mucoviscidose
- AFM

Pour les Professionnels :

- AFECEI
- FFSA
- GEMA
- FNMF

ANNEXE I

CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES A L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

Les organismes d'assurance sont appelés à recueillir et à traiter des informations concernant l'état de santé d'une personne, et notamment :

- en assurances de personnes, avant la souscription d'un contrat (ou l'adhésion à celui-ci s'il s'agit d'une assurance de groupe) ;
- dans toutes assurances intervenant en cas de décès ou d'atteintes corporelles, lors de la déclaration d'un sinistre ou de la demande de prestations.

Cette collecte et ce traitement d'informations médicales, indispensables à l'activité d'assurance, ont toujours tenu compte des impératifs de confidentialité de ces informations touchant à la personne des assurés, ainsi que de la volonté librement exprimée par ceux-ci quant à l'usage qu'il convient de faire des informations et documents médicaux les concernant.

Tout en reconnaissant :

- qu'un assureur, un banquier ou un intermédiaire est astreint au secret professionnel dans ses relations avec ses clients ;
- que toute personne peut disposer des informations la concernant et couvertes par le secret médical, en particulier pour faire valoir ses intérêts ;

la collecte, la circulation, le traitement et la conservation de l'information médicale relative à une personne soulèvent, en raison de la nature de cette information, des risques particuliers, auxquels il est impératif d'apporter des solutions selon des procédures de confidentialité strictes et restreintes.

Compte tenu des évolutions législatives et des réflexions conduites, sous l'égide des pouvoirs publics, sur les problèmes que pose l'utilisation de ces informations dans des conditions compatibles à la fois avec les exigences d'ordre éthique et l'exercice de l'activité d'assurance, il est apparu souhaitable d'améliorer les procédures existantes, en matière d'organisation de confidentialité médicale. A cette fin sont formulées un certain nombre de recommandations de nature à renforcer la confidentialité de ces procédures, tant dans l'organisation du service médical des sociétés d'assurances (I) qu'au stade de la souscription des contrats (II) ou à celui de l'exécution du contrat (III).

I/ LE SERVICE MÉDICAL DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

L'appréciation du risque comme le règlement des prestations nécessite des examens, des contrôles et des évaluations faisant appel au concours de médecins.

Ceux-ci agissent pour le compte de l'organisme d'assurance concerné dans le respect de la déontologie médicale.

En tout état de cause, compte tenu des risques assurés et de la nature spécifique des informations fournies, il est impératif que les sociétés d'assurances concernées disposent d'un service médical apte à analyser et conserver ces informations.

Dans ce service médical, les dossiers sont placés sous l'autorité d'un médecin collaborateur à temps plein ou partiel auquel doit être garantie l'indépendance technique et morale. Celui-ci est garant de la confidentialité des informations médicales fournies aux sociétés.

Formé aux spécificités de traitement des données médicales, et à la déontologie qui s'y applique, le personnel est astreint au secret professionnel ; il est informé des sanctions encourues en cas de non-respect de cette règle. Pour ce faire, ce service bénéficie de locaux particuliers et d'un personnel spécifique.

La confidentialité doit être organisée au sein des entreprises, physiquement pour le service, administrativement pour les circuits (courrier, téléphone, informatique, meubles de rangement des dossiers, etc). Une protection totale des dossiers et des informations transmises est assurée.

En aucun cas, les services administratifs des sociétés d'assurance ne peuvent connaître les éléments relatifs à l'état de santé qui ont fondé la décision (acceptation avec ou sans surprime, refus, ajournement ou demande de complément d'instructions médicales), ni les éléments des contrats ayant trait à l'état de santé.

Enfin, le responsable du service médical, souvent qualifié de « médecin-chef », coordonne l'activité des autres médecins attachés au service. En outre :

- il organise et maintient les contacts nécessaires avec des médecins correspondants, indépendants de l'entreprise, et chargés d'examiner les assurables en vue de la conclusion d'une assurance, ou d'examiner ou contrôler les personnes malades, ou invalides, ou les victimes d'accidents, dans le cadre du règlement d'un sinistre ou d'une demande de prestations ;
- il procède lui-même ou fait procéder par ses collaborateurs médecins aux examens et contrôles précités lorsque la proximité et l'organisation du service le permettent ;
- il donne son avis médical sur les dossiers de souscription ou de règlement qui sont soumis au service médical ;
- il conseille l'organisme d'assurance en matière de sélection médicale des risques, de prévention et de règlement. Il participe à ce titre à la définition des normes d'acceptation, à l'élaboration des questionnaires de santé et des formulaires de déclaration de sinistre, ainsi qu'à l'information des services techniques en matière médicale ;
- lorsque le proposant le saisit d'une demande d'information, il lui répond soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin désigné par celui-ci.

Il s'agit donc d'une triple mission de contrôle, d'expertise et de conseil, qui n'est confondue ni avec celle de l'expert judiciaire désigné par une juridiction, ou en exécution d'une convention d'arbitrage, ni avec celle des médecins contrôleurs des organismes de sécurité sociale.

II/ LA SOUSCRIPTION

A) L'APPRÉCIATION DES RISQUES LORS DE LA SOUSCRIPTION (ASSURANCES DE PERSONNES)

1) L'état de santé de l'assurable est un élément essentiel d'appréciation du risque pour la souscription d'une assurance comportant des garanties de prévoyance (décès, invalidité, maladie).

L'âge, le montant des sommes assurées, la durée et la nature du contrat, conditionnent le niveau d'information et de contrôle :

- pour les assurances dont les capitaux ou rentes garantis sont faibles, seule une déclaration relative à l'état de santé ou un questionnaire succinct est généralement demandé ;
- lorsque les capitaux ou rentes dépassent un certain montant ou lorsque l'état de santé du candidat à l'assurance, ne lui permet pas de souscrire une telle déclaration, ou que des réponses laissent supposer un risque aggravé, ou que son âge excède la norme fixée, il est demandé de remplir un questionnaire de risque plus détaillé ;
- lorsqu'un certificat médical ou des pièces justificatives sont demandés au candidat à l'assurance, son médecin traitant le lui remet en mains propres sous enveloppe pour transmission au service médical de l'assureur ;
- en fonction des réponses au questionnaire de risque ou de la déclaration d'une pathologie particulière, le médecin conseil de l'assureur demande le cas échéant des examens complémentaires : analyses, radiographies, ou échographies, électrocardiogrammes, etc, ces examens pouvant éventuellement être remplacés par la communication par le proposant des pièces, strictement nécessaires, faisant partie de son dossier médical ;
- l'assureur peut également – si les réponses au questionnaire de risque ou le montant du capital le justifient – demander à l'assurable de se soumettre à un examen médical.

Cet examen peut être précédé ou complété par des analyses biologiques;

- en cas de demande d'examens médicaux, ceux-ci sont effectués par un ou des médecins désignés par l'assureur pour examiner l'assurable, ou par un ou des médecins choisis par celui-ci ;
- les résultats des examens médicaux et les résultats d'examens complémentaires (biologiques, radiologiques) sont remis au proposant qui les transmet au médecin conseil de l'assureur ;
- les conclusions du ou des médecins sont transmises directement sous pli confidentiel au service médical de l'assureur.

Les rapports médicaux et les examens complémentaires relèvent des mêmes règles de confidentialité que les questionnaires médicaux.

2) Les questionnaires répondent à un souci de clarté et de concision pour pouvoir être compris par les assurables, tout en étant suffisamment détaillés pour permettre une appréciation correcte du risque par l'assureur.

Ils comportent généralement deux types de questions :

- des questions portant sur des faits matériels (par exemple : avez-vous eu un arrêt de travail de plus de (x) jours durant la dernière période d'un an ? quels médicaments prenez-vous actuellement ? avez-vous subi des tests médicaux au cours des (y) derniers mois) ;
- des questions portant sur des maladies (par exemple : êtes vous traité pour hypertension ?).

Il existe enfin, pour certaines maladies des questionnaires adaptés, que les personnes concernées remplissent généralement avec le concours de leur médecin traitant.

Le contenu et le traitement de ces questionnaires de risques respectent les principes suivants :

- ils ne doivent comporter aucune question concernant le caractère intime de la vie privée, et en particulier de la vie sexuelle des déclarants ;
- les déclarations et questionnaires médicaux de risques sont transmis au service médical par le candidat à l'assurance, qui déclare dans le formulaire accepter cette communication (cf. §B) 2) ;
- les autres déclarations de risques (par exemple, la pratique de certains sports ou certaines professions à risques) peuvent être transmises à un service d'acceptation de risques ;
- ces informations sont traitées en toute confidentialité sous la pleine responsabilité du médecin responsable du service médical de l'entreprise ;
- compte tenu des dispositions de l'article L.112-3 du code des assurances, les formulations de questions trop générales du type « vous estimez-vous en bonne santé ? » sont à écarter. De manière plus générale, afin d'éviter les difficultés d'interprétation et les litiges pouvant en résulter, les questions doivent être rédigées de manière claire et précise.

3) Enfin, en ce qui concerne les exclusions, les conditions particulières du contrat en mentionnent l'existence. Ces exclusions sont portées à la connaissance du candidat par un courrier particulier émanant du service médical.

B) LA COLLECTE, LA TRANSMISSION ET LE TRAITEMENT DES INFORMATIONS RECUEILLIES

Les assureurs sont soumis au secret professionnel, comme tous les professionnels recueillant des informations confidentielles. En conséquence, ils prennent les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité de ces informations relatives à l'état de santé d'une personne.

1) Collecte et transmission des informations

La nature et la complexité des informations à recueillir sur la santé du candidat à l'assurance lors de la souscription conduisent à proposer une démarche en deux étapes :

- dans un premier temps, le souscripteur est clairement informé des conditions dans lesquelles les informations qu'il va donner dans la suite du questionnaire seront communiquées à la société d'assurance;
- dans un second temps, il répond seul, s'il le souhaite, aux questions relatives à son état de santé et aux données médicales le concernant.

Sur le premier point, il est recommandé de faire précéder le questionnaire de santé d'une formule du type suivant :

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) (par la procédure de (télé)transmission sécurisée ...) au médecin conseil du service médical de la société.

Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) (par la procédure de (télé)transmission sécurisée ...) au médecin conseil du service médical de la société.

Dans ce cas, vous utilisez (l'enveloppe ci-jointe) (la procédure sécurisée ...) à estimation du médecin conseil de la société d'assurances.

Dès lors, et à condition qu'il soit répondu aux questions précédentes et qu'elles respectent la réglementation sur la nature des questions à poser, l'architecture du questionnaire et la formulation des questions sur l'état de santé et les données médicales du déclarant sont du ressort de la société d'assurances, qui peut éventuellement les répartir entre un "questionnaire de santé", supposé simplifié

et un "questionnaire médical", concernant notamment des pathologies ou des interventions chirurgicales.

De même, le rapport du médecin examinateur, et les résultats des différents examens demandés au candidat à l'assurance sont transmis, sous pli confidentiel, au service médical de la société d'assurance dans les conditions précisées antérieurement.

2) Traitement

Le service médical émet un avis sur les dossiers comportant des documents confidentiels, des rapports médicaux et plus généralement qui soulèvent un problème d'appréciation médicale. Cet avis est transmis au service chargé de l'acceptation des risques.

Ce dernier service prend pour chacune des garanties du contrat une décision parmi les options suivantes :

- acceptation au tarif normal ;
- acceptation avec surprime et éventuellement limitation de la durée de l'assurance ;
- acceptation avec exclusion d'une ou plusieurs pathologies particulières et de ses suites (ce sont généralement les maladies qui préexistaient à l'entrée à l'assurance) ;
- ajournement (de 1 à 5 ans le plus souvent) ;
- refus.

Le candidat à l'assurance est informé de la décision de la société et de la possibilité de saisir le médecin conseil pour information complémentaire (cf. I – page 5 – dernier n).

3) Suites de maladies antérieures

Conformément à l'article 3 a) de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les conditions particulières du contrat doivent mentionner clairement et limitativement les exclusions ou restrictions de garanties consécutives aux maladies antérieures en assurance individuelle ou collective non obligatoire. A cet effet, l'information nécessaire est transmise par le service médical de la société au service d'acceptation des risques d'une part, et au service administratif chargé d'établir le contrat d'autre part.

III/ L'EXÉCUTION DU CONTRAT

A/ OBSERVATIONS GÉNÉRALES

Conformément aux principes généraux de notre droit, il appartient à l'assuré ou au bénéficiaire de l'assurance qui en demande l'exécution de justifier de ses droits. De même la victime d'une atteinte corporelle due à l'action fautive d'un tiers doit établir la réalité de son préjudice.

L'exécution du contrat peut ainsi nécessiter que l'assureur subordonne le règlement des prestations à la production d'attestations médicales ou au résultat d'examens de contrôle ou d'évaluation effectués par des médecins missionnés à cet effet. L'assureur peut également demander à l'assuré de répondre à un questionnaire s'inscrivant dans le cadre de la déclaration de sinistre. Cette procédure administrative légère convient particulièrement à l'assurance de remboursement de frais médicaux qui exige une grande rapidité de règlement.

Les investigations de l'assureur sont engagées avec tact et mesure en tenant compte notamment de l'importance du sinistre et de la difficulté pour l'assuré ou ses ayants droit de produire certains justificatifs normalement exigibles.

La loi du 31 décembre 1989 renforçant la garantie offerte aux personnes assurées contre certains risques prévoit que dans les contrats collectifs non obligatoires et dans les contrats individuels couvrant des risques de prévoyance, l'assureur peut à certaines conditions (cf II) - B) - 3) refuser la prise en charge des suites de maladies antérieures à la conclusion du contrat. Il doit alors apporter la preuve de l'antériorité de la maladie, dans le respect du secret professionnel auquel il est tenu.

B/ LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement des prestations nécessite le rapprochement des déclarations initiales faites lors de la souscription du contrat de celles effectuées à la suite du sinistre ; il en est de même en cas de constatations médicales ou autres résultats du dossier de règlement.

Les problèmes de confidentialité liés à l'établissement des questionnaires de règlement ou aux relations de l'assureur avec le corps médical en vue de ce règlement ne sont pas fondamentalement différents en assurances de personnes de ceux relatifs à la souscription de l'assurance.

Néanmoins, les précisions suivantes peuvent être apportées :

- les questionnaires destinés aux personnes déclarant un sinistre distinguent les rubriques de caractère administratif de celles proprement médicales. Lorsque ces dernières doivent être remplies par le médecin traitant de l'assuré ou de la victime, elles font l'objet d'un document distinct ;
- tout document établi par un médecin ayant donné ses soins à l'assuré est remis à celui-ci ou à ses ayants droits qui demeurent libres de son usage ;
- tout médecin intervenant pour le compte d'un assureur auprès d'un assuré d'une victime demandant réparation d'un dommage corporel ou de leurs ayants droit précise clairement qui l'a missionné et quel est le but de sa mission, afin d'éviter toute confusion, notamment avec les médecins contrôleurs de la sécurité sociale ;
- l'exigence de justificatifs ou de contrôles médicaux, si elle est nécessaire au respect des engagements réciproques des parties au contrat d'assurance, ainsi qu'à la défense des intérêts légitimes de l'ensemble des assurés constituant la mutualité couverte par l'assureur, est limitée aux mesures indispensables sans perdre de vue la situation particulière de l'assuré, de ses ayants droit ou de la victime. Les informations émanant du service médical comportent une partie administrative, communiquée au service gestionnaire, et une partie médicale séparée qui est conservée par le service médical.

Lorsque vous empruntez de l'argent à un organisme financier, celui-ci vous demande d'adhérer à une assurance-groupe qui, en cas d'accident ou de maladie, couvre les risques de décès et le plus souvent, d'invalidité ou d'incapacité de travail pouvant vous empêcher de rembourser vos échéances.

Cette assurance emprunteur est un élément clef de protection pour vous et votre famille. Elle permet, dans les circonstances difficiles évoquées ci-dessus, de conserver le bien que vous avez acheté et d'éviter de transmettre la dette à vos héritiers en cas de décès.

Afin d'améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, une convention a été signée entre l'État, l'Association française des établissements de crédit et des entreprises d'investissement, la Fédération française des sociétés d'assurance, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance et des associations de consommateurs ou de malades. Elle prévoit des mécanismes particuliers de garantie des prêts immobiliers ou professionnels et des règles relatives au respect de la confidentialité des informations demandées et notamment des informations à caractère médical.

Prenez le temps de lire et d'étudier les documents qui vous sont remis à l'occasion d'une demande de prêt. N'hésitez pas à demander des précisions à votre organisme financier.

INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ

L'assurance-groupe qui répond à votre besoin de garantie et à celui du prêteur, présente de nombreux avantages pour le client :

- les formalités d'adhésion sont simples ;
- les risques sont mutualisés c'est à dire répartis entre tous les emprunteurs ayant adhéré au contrat d'assurance-groupe ;
- les coûts sont réduits car il s'agit d'un contrat collectif assurant un grand nombre de personnes.

Une obligation d'information réciproque

Quel que soit le contenu du contrat d'assurance emprunteur, il incombe à l'organisme financier de vous donner toutes les informations nécessaires sur les garanties et leurs coûts. Il vous remettra à cet effet, la notice d'information ou « conditions générales » décrivant les risques garantis, les modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de sinistre. Les conditions définies dans cette notice restent valables pendant toute la durée du prêt.

De votre côté, vous devez de communiquer à l'assureur un certain nombre d'informations qui lui sont indispensables pour l'appréciation du risque qu'il prend en charge.

Vous aurez ainsi à répondre à un questionnaire sur votre état de santé, à l'aide d'un imprimé que vous signerez. Vous devez veiller à répondre vous-même, complètement et avec la plus grande exactitude, car vos déclarations vous engagent.

En effet, s'il y a une fausse déclaration intentionnelle de votre part, l'assureur est en droit de constater, sur la base de l'article L 113-8 du code des assurances, la nullité du contrat et d'en tirer les conséquences. Cela signifie, qu'en cas de sinistre, l'assureur ne prendra pas en charge les échéances avec toutes les conséquences financières que cela peut entraîner pour vous-même et votre famille. Ne prenez pas ce risque.

Un droit à une confidentialité préservée

Les informations que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel et sont conservées dans le respect des principes posés par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

L'organisme auprès duquel vous constituez votre dossier de prêt préserve la confidentialité des pièces transmises, au même titre que l'assureur.

Ainsi, votre interlocuteur vous remettra un questionnaire de santé et deux enveloppes, l'une cachetée destinée au médecin-conseil de l'assurance, l'autre (plus grande) au service compétent de l'établissement de crédit.

Vous prendrez seul connaissance du questionnaire de santé et, si vous le souhaitez, vous pourrez le remplir seul.

- Si vous souhaitez que vos réponses ne soient connues que du médecin-conseil, vous glisserez votre questionnaire sur votre état de santé, dûment rempli dans l'enveloppe cachetée. Ensuite, vous insèrerez cette enveloppe dans l'enveloppe destinée au service compétent de l'établissement de crédit.
- Si vous estimez que vos réponses ne nécessitent pas une telle précaution, vous glisserez votre questionnaire sur votre état de santé, dûment rempli dans l'enveloppe destinée au service compétent de l'établissement de crédit.

Vous serez informé de la décision de l'assureur.

Compte tenu de vos réponses au questionnaire de santé, ou des renseignements et examens complémentaires qui vous auront été demandés par le médecin-conseil, l'assureur peut estimer ne pas pouvoir couvrir le risque, ou peut proposer une couverture avec des restrictions ou une surprime. Si vous le souhaitez, le médecin-conseil de l'assureur vous en donnera les raisons, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné par vous. Pour cela, vous devez contacter le médecin-conseil de l'assureur.

Enfin, sachez que vous pouvez toujours consulter, à nouveau, votre organisme financier qui, avec vous, recherchera une solution adaptée aux problèmes particuliers que vous rencontrez.

LA RECHERCHE D'UNE SOLUTION POUR TOUS

Conçus pour assurer le plus grand nombre d'emprunteurs, les contrats-groupe comportent néanmoins certaines limites liées, ou à l'âge, ou à l'état de santé et à la profession de l'emprunteur, ou au montant emprunté.

Pour ces cas, il est rare, dans la pratique, que l'assureur refuse totalement un dossier. Il préférera, en général, proposer la prise en charge des garanties contre le paiement d'une surprime ou limiter l'étendue de sa garantie.

Les cas dans lesquels cette solution n'est, soit du point de vue de l'assureur, soit du point de vue de l'emprunteur, pas adaptée, peuvent encore, cependant, trouver une solution par d'autres procédés.

Il peut s'agir, par exemple :

- du recours à un contrat spécifique,
- du transfert au profit du prêteur des garanties souscrites dans le cadre d'un contrat d'assurance-vie,
- du nantissement d'un capital dont vous pourriez disposer par ailleurs (bons de capitalisation...),
- du recours à d'autres sûretés, telles que le nantissement d'un portefeuille de valeurs mobilières, la caution ou le gage.

Certaines de ces formules, différentes de celles de l'assurance, mais qui, en cas de sinistre, doivent vous protéger et apporter les mêmes garanties au prêteur, seront également examinées par l'organisme financier au moment de la constitution de votre dossier de prêt.

LA DISPENSE DU QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR L'ASSURANCE-DÉCÈS DE PRÊTS A LA CONSOMMATION

On ne vous demandera pas de remplir de questionnaire médical pour l'assurance-décès d'un prêt à la consommation affecté, si les conditions suivantes sont réunies :

- vous avez 45 ans au plus ;
- le montant du prêt ne dépasse pas 10 000 euros ;
- la durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans ;
- vous déclarez sur l'honneur ne pas cumuler de prêts, assortis de cette dispense de questionnaire médical, au-delà de 10 000 euros.

ANNEXE III DESCRIPTION DES DISPOSITIFS D'ASSURANCE DU DEUXIÈME ET TROISIÈME NIVEAUX

Pour les prêts mentionnés au 1) du titre II de la convention, le dispositif à trois niveaux s'articule de la manière suivante :

1) Le 1er niveau est constitué par les contrats d'assurance collective décès emprunteurs existants.

Pour diverses raisons, commerciales ou techniques, ces contrats ne couvrent pas tous les cas qui seraient assurables sur le marché par ailleurs. C'est pourquoi il convient de compléter le jeu normal de ces contrats de 1er niveau.

2) Le 2ème niveau est constitué par la mise en place, dans des conditions de marché, de contrats d'assurance décès emprunteurs de groupes ouverts, réceptacles automatiques des cas refusés par le jeu des contrats du 1er niveau.

Ces contrats ont vocation à être mis en place par tous les établissements de crédits, en complément des contrats d'assurance adossés à la gamme de leurs prêts, et actionnés dès qu'un refus ou un ajournement est décidé par un assureur de 1er niveau.

3) Le 3ème niveau est constitué par le « pool des risques très aggravés ».

Le pool des risques très aggravés est une convention de coréassurance gérée par le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC). Cette convention est ouverte aux assureurs et aux réassureurs, membres de la FFSA ou du GEMA.

Le pool offre aux assureurs des contrats collectifs d'assurance décès emprunteurs d'une part, aux assureurs des contrats individuels d'assurance décès liés à un emprunt d'autre part, une capacité de couverture additionnelle en cas de décision de refus ou d'ajournement lors de la mise en jeu des contrats de 2ème niveau.

Le pool intègre le « pool des séropositifs » créé en application de la convention de 1991.

ANNEXE IV
PREMIÈRE LISTE DES THÈMES A TRAITER
PAR LA COMMISSION DE SUIVI ET DE PROPOSITIONS

La Commission de suivi et de propositions examinera :

- les modalités d'accès à l'emprunt et d'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé dans les pays de l'union européenne ;
- les conditions dans lesquelles l'expérience du contrat « accompagné » de l'association française des diabétiques pourrait être étendu à d'autres pathologies ;
- les conditions d'une possible adaptation de certaines dispositions de la présente convention aux risques incapacité et invalidité ;
- les conditions dans lesquelles il est fait application par les assureurs de l'article L 113-8 du code des assurances ;
- les questionnaires de santé : étude de leur contenu et de leur présentation ;
- les circuits des données personnelles à caractère médical.

Sa section scientifique sera informée par les assureurs des tarifications des risques aggravés proposées par les principaux réassureurs et procédera sur cette base aux analyses appropriées.