



## DOCUMENT D'INFORMATION AERAS

JUIN 2019

**À destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé)**

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé (personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies), la Convention AERAS met en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

- D'une part, pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur,
- D'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit :
  - les caractéristiques des pathologies (définition précise) et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies aux personnes qui en ont souffert,
  - des taux de surprimes maximaux applicables par les assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.

### NON DECLARATION D'UNE ANCIENNE PATHOLOGIE CANCEREUSE : LE « DROIT A L'OUBLI » POUR TOUS LES CREDITS ENTRANT DANS LE CHAMP DE LA CONVENTION

#### 1.1 Le dispositif s'applique lorsque deux conditions sont réunies :

- Les contrats d'assurance couvrent les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers,
- Le terme des contrats doit intervenir avant le 71<sup>ème</sup> anniversaire de l'emprunteur.

#### 1.2 Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

##### a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos 18 ans :

- si la date de fin du *protocole thérapeutique*<sup>(1)</sup> remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance,
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute*<sup>(2)</sup> de votre maladie.

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

- si la *date de fin du protocole thérapeutique*<sup>(1)</sup> remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance,
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute*<sup>(2)</sup> de votre maladie.

Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle. Les conséquences de la maladie cancéreuse ou celles des traitements, notamment les effets secondaires, ne sont pas couvertes par le Droit à l'oubli et doivent donc être déclarées à l'assureur.

► **Vos droits :** Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1.2 vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives aux maladies cancéreuses mentionnées au 1.2 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.

(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.



**DECLARATION DES ETATS DE SANTE : LA GRILLE DE REFERENCE AERAS****2.1 Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont réunies :**

- Les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers,
- Il s'agit soit, de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000€, sans tenir compte des crédits relais et ni de l'encours déjà assuré ; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 320 000€ pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels,
- Le terme des contrats doit intervenir avant le 71<sup>ème</sup> anniversaire de l'emprunteur.

**2.2 Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence AERAS**

**Vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée suivant les modalités suivantes :**

**a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard :**

- La grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, répondant à des critères précis, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser les conditions d'accès à des délais inférieurs à ceux du « droit à l'oubli » au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer,
- Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du protocole thérapeutique<sup>(3)</sup> (pathologies cancéreuses) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie,
- Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de l'acceptation aux conditions standard.

» **Vos droits :** aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et celles mentionnées au 2.1.

**b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard :**

- La grille de référence liste les pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser, par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité), les critères d'accès à ces conditions d'assurance et les taux de surprimes maximaux applicables,
- Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de la tarification standard de la prime et peut ainsi apprécier le niveau de la surprime appliquée.

» **Vos droits :** le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille si vous remplissez les conditions mentionnées au 2.1 et les critères d'accès.

L'application de la grille de référence est évaluée par le service médical de l'assureur qui a la possibilité de demander des informations complémentaires au candidat à l'assurance afin de pouvoir vérifier les critères définis par la grille de référence.

**ÉVOLUTION DU « DROIT À L'OUBLI » ET DU CONTENU DE LA GRILLE DE REFERENCE AERAS**

Les dispositions prévues pour le « droit à l'oubli » comme celles figurant dans la grille de référence AERAS sont enrichies pour tenir compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles pour certaines pathologies. Les mises à jour régulières de cette grille de référence sont mises en ligne et donc consultables sur le site internet de la Convention AERAS, [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

(3) Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique » : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

# FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE (3/5)

À remplir obligatoirement par le candidat à l'assurance qui est en droit de le faire en dehors de l'Agence

SOGECAP vous informe de l'importance d'effectuer une copie de ce document et de la conserver pendant toute la durée du prêt.

L'article L113.2 du Code des Assurances fait obligation au candidat à l'assurance de répondre exactement aux questions posées par l'assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge. Pour respecter toute confidentialité médicale, vous pouvez transmettre sous pli confidentiel le présent document rempli et signé au Médecin Conseil de SOGECAP - Services Médical de SOGECAP, 42 Boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1 au moyen de l'enveloppe remise par votre Conseiller.

**ATTENTION : TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET NE POURRA ETRE ETUDIÉ ET SERA RETOURNÉ**

Si vous avez déjà communiqué ce formulaire à votre Conseiller ou à SOGECAP il y a moins de 6 mois pour le même numéro de dossier de financement, il n'est pas obligatoire de le compléter à nouveau.

RÉPONDRE PAR **OUI** OU PAR **NON** EN TOUTES LETTRES À L'INTÉRIEUR DE LA CASE CORRESPONDANTE

N'oubliez pas de compléter et de transmettre les trois dernières pages de ce document

1	Indiquez votre taille (hauteur) : <u>1.74</u> m / votre poids : <u>1.52</u> kg  Indiquez la différence entre taille et le poids : <u>2.2</u> exemple : 175 cm - 81 kg = 94)  Cette différence est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ?	OUI	Vous avez ici la possibilité de préciser si un éventuel surpoids est lié à une situation particulière (exemple : grossesse) : ..... ..... .....
2	Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	NON	Si oui, pourquoi ? ..... ..... Depuis quand ? .....
3	Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie, ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement médical ou une surveillance médicale ?*  <i>* « droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i>	NON	Si oui, le ou lesquels ? ..... ..... Quand (mois/année) ? ..... ..... Résultat(s) (joindre si possible copie des examens pratiqués) ? ..... .....
4	Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années : - d'une maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, d'excès de cholestérol ? - d'une affection neuro-psychique ou neurologique, de dépression nerveuse, d'épilepsie ? - d'une affection respiratoire ? - d'une tumeur, d'une affection hématologique (maladie de Hodgkin, lymphome, leucémie) ? <i>* « droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i> - de diabète, d'une hyperthyroïdie ? - d'une affection rénale ? - d'une affection digestive (recto-colite hémorragique, maladie de Crohn, pancréatite) ? - d'une hépatite ? - d'une affection des os ou des articulations, d'une affection disco-vertébrale (y compris lombo-sciatique) ou rhumatismale ? - d'une affection de quelque nature que ce soit (hormis affections saisonnières) ?	OUI	Si oui, la ou lesquelles ? <u>Hypertension artérielle</u> <u>excès cholestérol</u> ..... Quand (mois/année) ? <u>Janvier 2012</u> ..... Durée et traitement(s) suivi(s) (joindre si possible copie des examens pratiqués) : <u>à vie</u> ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

Nom : LATRILLE  
Date de naissance : 13/01/1976  
N° dossier d'assurance : 00776/0454879 8

Prénom : NICOLAS  
N° dossier de financement : 000006070767

**SOGECAP**

SOGECAP - SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1 168 305 450 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances – 086 380 730 RCS Nanterre. Siège social : Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex. Service Relations Clients : 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 01. Tél. : 09 69 362 362 (coût d'un appel local non surtaxé)



# FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE (4/5)

N'oubliez pas de compléter et de transmettre les trois dernières pages de ce document

5	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs, sur prescription médicale pour raison de santé ?*</p> <p><i>* « droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	NON	<p>Pourquoi ? .....</p> <p>Quand (mois/année) ? .....</p> <p>Durée ? .....</p>
6	<p>Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières ?*</p> <p><i>* « droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	OUI	<p>Si oui, lequel ? Crestor 5mg Lorazepam / Hydrochlorothiazine Pourquoi ? 100mg / 25mg cf question 4 Depuis quand ? cf question 4</p>
7	<p>Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?*</p> <p>Par traitement médical, on entend médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie</p> <p><i>* « droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	OUI	<p>Si oui, pour chaque traitement :</p> <p>Lequel ? cf question 5</p> <p>Pourquoi ? En Janvier 2012, c'était pour la reprise du sport</p> <p>Quand (mois/année) ? Janvier 2012</p> <p>Durée ? à vie</p>
8	<p>Au cours des 10 dernières années avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour : appendicite, amygdales, végétations, dents de sagesse, déviation de la cloison nasale, varices des membres inférieurs, maternité, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, vésicule biliaire) ?*</p> <p><i>* « droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	NON	<p>Si oui, quand ? .....</p> <p>Durée ? .....</p> <p>Pourquoi ? .....</p>
9	<p>Devez-vous dans les 12 mois à venir être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ou un bilan à visée diagnostique (hormis suivi systématique gynécologique ou ophtalmologique) ?*</p> <p><i>* « droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.</i></p>	NON	<p>Si oui, quand ? .....</p> <p>Pourquoi ? .....</p>

Nom : LATRILLE  
Date de naissance : 13/01/1976  
N° dossier d'assurance : 00776/0454879 8

Prénom : NICOLAS  
N° dossier de financement : 000006070767

**SOGECAP**

SOGECAP - SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1 168 305 450 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances – 086 380 730 RCS Nanterre. Siège social : Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex. Service Relations Clients : 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 01. Tél. : 09 69 362 362 (coût d'un appel local non surtaxé)





# FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE (5/5)

N'oubliez pas de compléter et de transmettre les trois dernières pages de ce document

10	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV), dont le résultat a été positif ?	NON	Si oui, date du test positif ? ..... Pour quelle sérologie ? .....
11	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	NON	Depuis quelle date ? ..... Pourquoi ? ..... A quel taux ou quelle catégorie ? ..... Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? .....
	Etes-vous titulaire d'une allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	NON	Depuis quelle date ? ..... Pourquoi ? ..... A quel taux ? .....
12	Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?*	NON	Si oui, pourquoi ? .....  Quand (mois/année) ? ..... Durée ? .....

\*« droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses » applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent formulaire.

Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à l'assuré des justificatifs complémentaires.

Je déclare :

- avoir répondu à toutes les questions du présent Formulaire de Déclaration du Risque de façon complète et sincère,
- avoir été averti(e) que toute déclaration inexacte ou incomplète qui pourrait induire en erreur SOGECAP dans l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité de mon adhésion ou la réduction des indemnités (articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances),
- m'engager à signaler par courrier toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de prise d'effet des garanties,
- avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

J'accepte que mes déclarations et données médicales personnelles soient transmises au Service Médical de SOGECAP, de ses mandataires ou de ses réassureurs et soient exclusivement utilisées pour le traitement du dossier, dans le strict respect du secret médical.

Nom : LATRILLE

Prénom : NICOLAS

Date de naissance : 13/01/1976

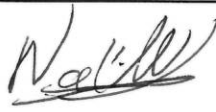
N° dossier d'assurance : 00776/0454879 8

N° dossier de financement : 000006070767

Profession exacte : Ingénieur Informatique

Signature du candidat à l'assurance :

Fait à : Argentueil, le 10/03/2020



Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier de la personne concernée. Le responsable du traitement des données médicales personnelles contenues dans ce document est le Médecin Conseil du Service Médical de SOGECAP auprès duquel la personne concernée peut exercer ses droits d'accès et de rectification prévus par la Loi dite « Informatique et Liberté » du 06/01/1978, modifiée par la Loi 2004-801 du 06/08/2004.

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Nécessaire à la gestion de votre contrat et de vos garanties, vos données de santé sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

En renseignant/complétant et en signant ce document, vous acceptez que les données de santé vous concernant :

- soient collectées et traitées afin de vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer votre tarif, de lutter contre la fraude, étudier votre demande de mise en jeu des garanties souscrites.
- soient transmises au Médecin conseil et son service médical ou aux personnes internes ou externe spécifiquement habilitées (notamment nos délégataires ou experts médicaux).

Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans votre notice d'information.

 SOGECAP

SOGECAP - SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1 168 305 450 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances - 086 380 730 RCS Nanterre. Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex. Service Relations Clients : 42 boulevard Alexandre Martin - 45057 Orléans Cedex 01. Tél. : 09 69 362 362 (coût d'un appel local non surtaxé)

