



N° 444

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 novembre 2022.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145-7 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES

***sur la mise en application de la loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un
accès plus juste et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur***

ET PRÉSENTÉ PAR

MM. STÉPHANE VOJETTA ET PHILIPPE NAILLET

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. DROIT DE RÉSILIATION À TOUT MOMENT DE L'ASSURANCE EMPRUNTEUR : UNE APPLICATION SATISFAISANTE NON SANS EFFETS DE BORD	9
1. L'arrêté du 27 mai 2022 modifiant l'arrêté du 29 avril 2015 modifié précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt	9
2. Un défaut de coordination à corriger par un prochain véhicule législatif entre le code des assurances et le code de la mutualité.....	11
3. Une mise en œuvre satisfaisante malgré un environnement économique différent du fait d'une remontée rapide des taux qui entraîne mécaniquement une hausse du TAEG et du taux d'usure	11
4. Une augmentation des primes d'assurance du fait de la suppression du questionnaire de santé : un autre effet de bord à surveiller.....	13
II. DROIT À L'OUBLI ET ÉVOLUTION DE LA GRILLE DE RÉFÉRENCE DE LA « CONVENTION AERAS » : UN ACCORD ENTRE PARTENAIRES SANS NÉCESSITÉ DE PASSER PAR LA VOIE RÉGLEMENTAIRE	14
1. Le droit à l'oubli : une disposition directement applicable qui mériterait une meilleure communication.....	14
2. L'évolution de la grille AERAS et le relèvement de son plafond d'emprunt n'ont pas nécessité de passer par la voie réglementaire	14
a. Évolution des conditions pour les pathologies déjà incluses au sein de la grille d'accès.....	15
b. Extension du dispositif AERAS à de nouvelles pathologies.....	16
c. Évolution du plafond d'emprunt.....	17
EXAMEN EN COMMISSION	19
ANNEXE 1 : FICHE STANDARDISÉE D'INFORMATION.....	21
ANNEXE 2 : ARRÊTÉ DU 27 MAI 2022 MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 29 AVRIL 2015	27

ANNEXE 3: CONVENTION AERAS ACTUALISÉE.....	29
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	37

INTRODUCTION

La loi n° 2022-270 du 28 février 2022, pour un accès plus juste et plus transparent au marché de l’assurance emprunteur, dite « loi Lemoine », a été adoptée dans un **contexte particulier, celui d’un marché immobilier tendu : des taux de crédits d’emprunt historiquement bas faisant mécaniquement monter la valeur des biens.**

La proposition de loi de Mme Patricia Lemoine, membre du groupe Agir ensemble sous la XV^e législature, présentait alors **un double objectif : redonner du pouvoir d’achat aux Français en libéralisant le secteur de l’assurance-emprunteur pour en réduire le coût et en faciliter l’accès sans surprimes pour les personnes les plus fragiles.** Double objectif qui se retrouve dans l’intitulé des deux parties de la loi :

- Titre I^{er} : « *Droit de résiliation à tout moment de l’assurance emprunteur et autres mesures de simplification* » ;
- Titre II : « *Droit à l’oubli et évolution de la grille de référence de la "convention AERAS⁽¹⁾"* ».

Examinée en première lecture, à l’Assemblée nationale, le 25 novembre 2021, puis au Sénat le 26 janvier 2022, la proposition de loi de Mme Patricia Lemoine a fait l’objet d’un accord en commission mixte paritaire le 3 février 2022, la procédure accélérée ayant été demandée par le Gouvernement afin qu’elle puisse être votée avant la fin des travaux de l’Assemblée nationale. **Le texte a été adopté le 17 février 2022, promulgué le 28 février 2022, et n’a pas été déferé au Conseil constitutionnel.**

La loi n° 2022-270 du 28 février 2022, pour un accès plus juste et plus transparent au marché de l’assurance emprunteur, **comporte deux titres, onze articles, et plusieurs dates d’entrée en vigueur.**

Le titre I^{er}, « *Droit de résiliation à tout moment de l’assurance emprunteur et autres mesures de simplification* » comporte huit articles.

L’article 1^{er} crée un droit de résiliation infra-annuel sans frais pour l’assurance emprunteur d’un crédit immobilier.

L’article 2 renforce l’obligation de motivation des décisions de refus de substitution d’assurance emprunteur pour un crédit immobilier.

(1) *S’Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.*

L'article 3 constraint les assureurs à informer, annuellement, l'assuré de son droit de résiliation infra-annuelle de l'assurance pour un crédit immobilier à peine de sanctions administratives.

L'article 4 exige d'informer du coût de l'assurance emprunteur sur une durée de huit ans.

L'article 5 oblige les établissements prêteurs à produire un avenant au contrat de crédit dans les 10 jours ouvrés à compter de la demande de substitution de l'assurance emprunteur pour un crédit immobilier.

L'article 6 impose aux établissements prêteurs de préciser le mode d'amortissement du crédit.

L'article 7 précise le montant des sanctions administratives pour non-respect des obligations précédentes : 3 000 euros pour une personne physique et 15 000 euros pour une personne morale.

L'article 8 indique deux dates d'entrée en vigueur de la loi aux :

- **1^{er} juin 2022** pour les nouvelles offres de prêt, c'est-à-dire le flux ;
- **1^{er} septembre 2022** pour les contrats d'assurance en cours d'exécution, le stock.

Au regard des dates d'entrée en vigueur extrêmement récentes, vos rapporteurs n'ont pu qu'observer des tendances qu'une évaluation de la loi à trois ans pourra confirmer ou infirmer.

Le titre II « *Droit à l'oubli et évolution de la grille de référence de la "Convention AERAS"* » comporte **trois articles**.

L'article 9 inscrit un **droit à l'oubli dans la loi pour les pathologies cancéreuses et l'hépatite C à partir de l'échéance d'une période de 5 années à compter de la fin du protocole thérapeutique**.

Il oblige également les partenaires de la « convention AERAS » à engager une **négociation sur la possibilité** :

- **d'ouvrir ce droit à l'oubli à d'autres pathologies** ;
- **d'ouvrir à des pathologies autres que cancéreuses les conditions d'emprunt prévues dans le cadre de la grille de référence AREAS** ;
- **de relever le plafond d'emprunt défini par la convention pour accéder au dispositif AERAS**.

À défaut d'accord et d'ouverture des négociations, le Gouvernement devait prendre un décret en Conseil d'État, au plus tard, le 31 juillet 2022, pour fixer les conditions d'accès à la convention sans que celles-ci soient moins favorables que les conditions existantes.

Aucun décret n'ayant été pris, les rapporteurs ont souhaité s'assurer de la réalité effective de ces négociations ainsi que de leur bonne mise en œuvre, objet de la seconde partie du présent rapport.

L'article 10 supprime, à partir du 1^{er} juin 2022, le questionnaire médical pour les prêts n'excédant pas 200 000 euros et dont le remboursement est effectif avant le soixantième anniversaire de l'assuré. Cet article ouvre également la possibilité de définir des conditions plus favorables pour l'assuré tant en termes de plafond de la quotité assurée que d'âge de l'assuré par un décret en Conseil d'État.

Aucun décret, n'a été pris à cette fin, cette possibilité pourra donc éventuellement être utilisée, une fois que le rapport d'évaluation établi par le Comité consultatif du secteur financier (CCSF), prévu à l'article 11, sera présenté au Parlement, après avoir évalué les conséquences de la suppression du questionnaire de santé, sans qu'il soit alors nécessaire de repasser par la voie législative.

Comme cela vient d'être indiqué, l'article 11 précise que le Comité consultatif du secteur financier doit remettre un rapport au Parlement, **deux ans après la promulgation de la loi**, pour mesurer notamment les conséquences tant pour les assureurs que pour les assurés du droit de résiliation à tout moment de l'assurance emprunteur ainsi que de la suppression du questionnaire de santé.

Pour vos rapporteurs, ce rapport du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) ne ferait pas double emploi avec la mission d'évaluation de la loi à trois ans prévue par le troisième alinéa de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale.

Quant au présent rapport, il s'agit d'un rapport d'application de la loi, au titre de l'article 145-7, alinéa 1, du Règlement de l'Assemblée nationale, qui dispose qu'à l'issue d'un délai de six mois suivant l'entrée en vigueur d'une loi, un rapport est présenté par deux rapporteurs, l'un appartenant à la majorité, l'autre appartenant à un groupe d'opposition.

La commission des affaires économiques a ainsi désigné, le 13 septembre 2022, MM. Stéphane Vojetta et Philippe Naillet en tant que rapporteurs de cette mission de suivi de l'application de la loi pour un accès plus juste et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur.

Ce rapport a pour objet de recenser la publication des textes réglementaires, lorsqu'ils sont prévus par la loi, **mais également en leur absence, lorsque les articles de la loi sont d'application directe, de s'assurer que les intentions du législateur ont bien été respectées.**

Dans la mesure où une partie de la loi n'est entrée en vigueur que le 1^{er} septembre 2022, soit un mois avant le début de leurs travaux, vos rapporteurs n'ont pu avoir que des réponses partielles fondées davantage sur l'observation d'une tendance que sur des constatations chiffrées. Ces observations encore peu étayées sont d'autant à relativiser que l'environnement économique, du fait de la remontée rapide des taux d'intérêts, qui n'est pas sans incidence sur le taux d'usure, est drastiquement différent de celui en vigueur au moment du vote de la loi.

Si ce rapport ne constitue pas un rapport d'évaluation de la loi, une telle évaluation sera souhaitable au regard du changement des conditions de l'environnement économique pour vérifier notamment si les premières tendances observées dans ce nouvel environnement se confirment. Cette évaluation pourra intervenir dans les trois ans suivant la promulgation de la loi, conformément au troisième alinéa de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, qui précise les modalités de mise en œuvre de la mission d'évaluation des politiques publiques confiée au Parlement sur le fondement de l'article 24 de la Constitution.

I. DROIT DE RÉSILIATION À TOUT MOMENT DE L'ASSURANCE EMPRUNTEUR : UNE APPLICATION SATISFAISANTE NON SANS EFFETS DE BORD

Les réponses des personnes auditionnées ont été concordantes : la mise en œuvre du droit de résiliation de l'assurance emprunteur n'a pas posé de difficultés de mise en œuvre. En revanche, au regard du changement d'environnement d'économique des effets de bord sont à craindre.

Le droit de résiliation à tout moment et la suppression du questionnaire médical ne nécessitaient pas de prendre d'autres actes réglementaires qu'un arrêté, celui modifiant la fiche d'information standardisée (FIS).

La FIS est, en effet, **obligatoire depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} octobre 2015**, du **décret n° 2015-460 du 22 avril 2015 relatif à la remise de la fiche standardisée d'information mentionnée à l'article L. 312-6-2 du code de la consommation**, qui a précisé les modalités de la remise de cette fiche et en a défini les principales caractéristiques ainsi que de **l'arrêté du 29 avril 2015 précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt**.

1. L'arrêté du 27 mai 2022 modifiant l'arrêté du 29 avril 2015 modifié précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt

L'article 60 de la loi n° 2013-672 du 26 juillet 2013 de séparation et de régulation des activités bancaires a introduit dans **le code de la consommation un nouvel article L. 312-6-2**, qui dispose que : « *Une fiche standardisée d'information est remise, lors de la première simulation, à toute personne qui se voit proposer ou qui sollicite une assurance ayant pour objet de garantir le remboursement d'un prêt mentionné à l'article L. 312-2. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent alinéa.* »

« *La fiche standardisée d'information mentionne la possibilité pour l'emprunteur de souscrire auprès de l'assureur de son choix une assurance dans les conditions fixées à l'article L. 312-9 et précise les types de garanties proposées. Un arrêté fixe le format de cette fiche ainsi que son contenu.* »

Le décret n° 2015-460 du 22 avril 2015 relatif à la remise de la fiche standardisée d'information précise les modalités de remise de cette fiche et en définit les principales caractéristiques.

L'arrêté du 29 avril 2015 précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt **prévoit un modèle annexé de fiche standardisée** (cf. annexe 1 au présent rapport).

Cet arrêté, pris en commun par le ministre des finances et des comptes publics, le ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique et la secrétaire d'État chargée du commerce, de l'artisanat, de la consommation et de l'économie sociale et solidaire, est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2015.

La fiche standardisée est un document que doit fournir l'établissement prêteur à l'emprunteur dans lequel figurent plusieurs mentions obligatoires afin de renforcer son information en matière d'assurance. **Ce document doit accompagner l'offre de prêt et présenter les garanties attendues par l'organisme prêteur en matière d'assurance, et notamment le taux annuel effectif global (TAEG), qui représente le coût total du crédit pour le consommateur.**

Exprimé en pourcentage annuel du montant du crédit, le TAEG comprend notamment le taux nominal, utilisé pour calculer les intérêts du prêt, les frais de dossier, les coûts d'assurance ou de garanties obligatoires.

Le montant du TAEG est calculé selon les dispositions de la directive 2014/17/UE du Parlement européen et du Conseil du 4 février 2014 sur les contrats de crédit aux consommateurs relatifs aux biens immobiliers à usage résidentiel et modifiant les directives 2008/48/CE et 2013/36/UE et le règlement (UE) n° 1093/2010 (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE).

Le TAEG ne peut être supérieur au taux d'usure applicable.

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique a modifié l'arrêté du 29 avril 2015 précité par l'arrêté du 27 mai 2022, entré en vigueur au même moment que la première partie de la loi Lemoine, soit le 1^{er} juin 2022.

L'arrêté comprend 6 articles, les deux derniers concernent les autorités chargées de son exécution, à savoir le directeur général du Trésor et la directrice générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, ainsi que la date de son entrée en vigueur.

L'article 1^{er} donne une définition de la notion d'invalidité : « *La garantie invalidité telle que prévue au contrat d'assurance emprunteur est indépendante de la notion d'invalidité retenue par la sécurité sociale ou tout autre organisme compétent qui juge de l'inaptitude professionnelle. La reconnaissance d'un état d'invalidité par l'un de ces organismes ne s'impose pas à l'assureur, qui est tenu par la seule définition figurant au contrat*

L'article 2 rend obligatoire la mention du coût total de l'assurance emprunteur sur huit ans, condition posée par l'article 4 de la loi du 28 février 2022.

L'article 3 précise qu'un questionnaire médical ne peut être demandé par l'assureur pour les prêts n'excédant pas 200 000 euros et si l'échéance contractée intervient avant le soixantième anniversaire, conformément à l'article 10 de la loi du 28 février 2022. Il précise également la portée de l'absence de questionnaire

médical, conformément aux dispositions de la loi du 28 février 2022, à savoir qu'elle est limitée à l'acquisition de biens à usage d'habitation et à usage mixte habitation et professionnel. L'article 3 introduit également la notion de résiliation à tout moment, – la résiliation infra-annuelle (RIA) – à la condition de garantie d'assurance équivalente.

L'arrêté du 27 mai 2022 modifiant l'arrêté du 29 avril 2015 modifié précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt applique donc bien les dispositions de la loi du 28 février 2022 pour une entrée en vigueur prévue au 1^{er} juin 2022, pour les nouveaux contrats (le flux), et une entrée en vigueur prévue au 1^{er} septembre pour les contrats en cours (le stock).

2. Un défaut de coordination à corriger par un prochain véhicule législatif entre le code des assurances et le code de la mutualité

Les services du ministère ont alerté vos rapporteurs sur un problème de coordination au sein de la rédaction actuelle de la loi Lemoine. Telle quelle, la rédaction de l'article 10 n'applique pas la suppression du questionnaire de santé aux contrats d'assurance régis par le code de la mutualité.

Le Gouvernement a déposé un amendement dans le projet de loi portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, en tant que « cavalier législatif ». Aussi souhaiterait-il trouver un véhicule législatif pour assurer la sécurité juridique des contrats même si aucun assureur mutualiste ne s'est prévalu de ce vide juridique pour ne pas appliquer la loi.

Vos rapporteurs soutiendront cette disposition, le moment venu, dans un souci de sécurité juridique.

3. Une mise en œuvre satisfaisante malgré un environnement économique différent du fait d'une remontée rapide des taux qui entraîne mécaniquement une hausse du TAEG et du taux d'usure

Telle que précisée dans les propos liminaires, l'entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2022 d'une partie des dispositions de la loi ne permet pas d'avoir un recul suffisant sur l'application de cette dernière dans ses effets autres que juridiques, seules des tendances peuvent se dessiner. En effet, si sur le plan réglementaire il n'y a pas de retard à déplorer, plus difficile est l'analyse des éventuelles difficultés rencontrées sur le terrain par les consommateurs, puisque la plus grande partie des contrats, ceux en stock, ne peuvent faire l'objet d'une substitution d'assurance que depuis seulement un mois avant le début des travaux des rapporteurs.

Mme Patricia Lemoine, députée à l'origine de la proposition de loi, a fait part de ses inquiétudes, par une lettre adressée au Comité consultatif du secteur financier, évoquant des mesures dilatoires de certains établissements bancaires sur la mise en place de la RIA.

Interrogée, la Fédération bancaire de France (FBF) a garanti à vos rapporteurs, avoir mis en œuvre à son niveau toutes les mesures pour que la loi soit effective dès son entrée en vigueur, **sa feuille de route au regard de la tension politique et médiatique étant le « zéro faute »**, ce qui a été confirmé par l'audition des services du ministère de l'économie. **La FBF n'excluait cependant pas que des situations ponctuelles puissent se présenter au regard des 350 000 salariés qui travaillent au sein des banques.** Faire remonter toutes les informations dont vos rapporteurs auraient eu connaissance sur une mauvaise application de la loi lui semblait être un préalable.

Aucune remontée négative sur l'effectivité de la mise en œuvre de la loi n'a également été soulevée par l'association UFC-Que Choisir, mais cette remarque est également à traiter avec précaution au regard de la récente entrée en vigueur de la loi pour les contrats d'assurance en stock, les plus susceptibles de faire l'objet d'éventuelles mesures dilatoires.

Il convient de remarquer que **les parties auditionnées concordent pour reconnaître que les banques et les assureurs traditionnels ont, de manière quasi systématique et sans exception notable, correctement mis en place les procédures et adaptations technologiques nécessaires à l'application de la loi.**

En revanche, certains effets de bord sont à craindre concernant un environnement économique mouvant par rapport à la remontée rapide des taux d'intérêt.

Le TAEG intègre le taux nominal du taux d'intérêt ainsi que le taux d'assurance effectif. La remontée des taux entraîne donc mécaniquement celui du TAEG. Aussi, dans certains cas, le TAEG peut être supérieur au taux d'usure, ce qui a pour conséquence des refus de crédit. Les assureurs alternatifs ont fait part de leur intérêt pour enlever le taux d'assurance du calcul du TAEG, condition qui paraît peu satisfaisante au regard de son calcul européen, qui ne laisse aucune marge de manœuvre dans son calcul. En revanche, un relèvement du taux d'usure semblait nécessaire, afin de desserrer l'accès au crédit. Le Président de notre commission, M. Guillaume Kasbarian, avait d'ailleurs adressé au Gouverneur de la Banque de France un courrier en ce sens, cosigné par M. Bastien Marchive, rapporteur pour avis sur le budget du logement. Le relevé du taux d'usure est effectivement intervenu le 1^{er} octobre 2022.

Aussi les effets attendus de la loi du 28 février 2022, à savoir une importante substitution des assurances emprunteurs en faveur des assureurs alternatifs, le marché de l'assurance emprunteur étant détenu à plus de 85 % par les opérateurs bancaires, n'ont-ils pas encore pu être observés. En effet, même si les assureurs

alternatifs interrogés ont signalé une hausse des demandes de substitution à la fin de l'été – il est difficile à ce stade de savoir s'il s'agit d'un effet flux (nouveaux contrats) ou stock motivés, notamment sur les petits prêts, par la suppression du questionnaire médical entrée, quant à elle, en vigueur le 1^{er} juin 2022.

En outre, tant au regard de la récente entrée en vigueur de la loi que du changement rapide de l'environnement économique en termes de marché de l'emprunt immobilier, il est encore trop tôt pour faire des analyses solides.

4. Une augmentation des primes d'assurance du fait de la suppression du questionnaire de santé : un autre effet de bord à surveiller

Un article, paru dans *Le Parisien*, le 3 octobre 2022, a fait part d'une augmentation des prix des assureurs alternatifs, faisant suite à la suppression du questionnaire de santé, de l'ordre de 10 à 15 %.

Les services du ministère des finances ont confirmé une hausse des tarifs des assureurs dits alternatifs, aux alentours de 20 à 25 %, justifiée par le fait qu'ils ne pouvaient pas s'appuyer sur une forte mutualisation contrairement aux assureurs groupes.

Cette augmentation a été confirmée par certains assureurs alternatifs : environ 75 % des assureurs alternatifs auraient augmenté leurs tarifs sur la partie suppression du questionnaire de santé, à savoir un emprunt équivalent à 200 000 euros par personne, 400 000 euros pour un couple.

Cette augmentation ne se constate pas pour tous les établissements : certains établissements bancaires notamment n'ont pas augmenté leur prix.

Une autre raison avancée serait liée à la difficulté pour les assureurs alternatifs de tarifer leur risque sans questionnaire médical, en plus de l'absence d'une forte mutualisation. La mutualisation se ferait donc sur un segment trop étroit des assurés ne permettant plus d'offrir des primes intéressantes sans augmentation des prix.

Cette augmentation des prix est d'autant moins négligeable que selon la FBF, l'emprunt moyen se chiffre à 190 000 euros, hors zone tendue comme en Île-de France, et que les prêts de 400 000 euros représentent les deux tiers des crédits du marché immobilier.

Cette augmentation des primes d'assurance emprunteur pourrait entraîner une segmentation du marché au détriment des plus jeunes générations, le prêt devant être effectivement remboursé au soixantième anniversaire de l'assuré.

Le rapport attendu du CCSF en vertu de l'article 11 de la loi sera essentiel sur ce point pour vérifier si cet effet de bord est conjoncturel ou tendanciel.

II. DROIT À L'OUBLI ET ÉVOLUTION DE LA GRILLE DE RÉFÉRENCE DE LA « CONVENTION AERAS » : UN ACCORD ENTRE PARTENAIRES SANS NÉCESSITÉ DE PASSER PAR LA VOIE RÉGLEMENTAIRE

1. Le droit à l'oubli : une disposition directement applicable qui mériterait une meilleure communication

L'article 9 de la loi du 28 février 2022 crée un **droit à l'oubli** pour les **pathologies cancéreuses et l'hépatite C, à l'échéance d'une période de cinq années à compter de la fin du protocole thérapeutique.**

D'application directe, cette disposition, qui ne doit pas être confondue avec la suppression du questionnaire de santé, n'a semble-t-il pas posé de difficulté d'application, mais dans la mesure où il s'agit d'un droit à l'oubli, il est difficile de prendre en compte sa portée exacte, sauf à violer le secret médical.

En revanche, les assureurs alternatifs ont utilement mis en garde vos rapporteurs sur la nécessité **de mieux médiatiser le contenu de cette disposition**. En effet qu'entendre par fin du protocole thérapeutique ? Tout oubli, inexactitude, pour les personnes encore soumises au questionnaire de santé pourrait se solder, en cas de sinistre, par une absence de prise en charge alors que l'assuré ayant rempli le questionnaire était de bonne foi. En effet, quelle que soit la raison du sinistre, une mention erronée dans le questionnaire de santé peut se traduire par un refus de garantie alors que le sinistre à indemniser se trouve sans lien avec la maladie.

Pour vos rapporteurs, il semble donc nécessaire, également, de mieux communiquer sur les contours relatifs à cette disposition afin de ne pas pénaliser les consommateurs pouvant en bénéficier.

À ce titre, et concernant notamment la substituabilité, un prochain rapport du CCSF étudiant la réalité des garanties assurées ainsi que les remboursements effectifs en cas de sinistralité, devrait paraître mi-novembre et éclairer d'un jour nouveau cet aspect plus général relatif à l'assurance emprunteur.

2. L'évolution de la grille AERAS et le relèvement de son plafond d'emprunt n'ont pas nécessité de passer par la voie réglementaire

L'article 9 de la loi du 28 février 2022 dispose, **qu'en absence d'avancées et d'accord entre les parties à la convention AERAS**⁽¹⁾ (les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles bancaire et financière, et de l'assurance, de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs), concernant **l'ouverture du droit à l'oubli à d'autres pathologies, l'inclusion d'autres pathologies dans la grille de référence AERAS et le relèvement du plafond d'emprunt pour accéder au dispositif AERAS**, un **décret en Conseil d'État**, devait être pris, au plus tard, le **31 juillet 2022**, pour fixer les conditions d'accès à la convention sans que les nouvelles conditions soient moins favorables que les conditions existantes.

(1) *S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.*

Les négociations devaient s'engager dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la loi, soit le 22 février 2022.

Les négociations ont débuté en mars 2022 au sein du **groupe de travail, « Droit à l'oubli/Grille de référence AERAS »**, mis en place en 2015, présidé par un médecin désigné par la direction générale de la santé, et composé, à parité, de représentation des assureurs, des associations et des agences d'expertise de l'État.

Les propositions d'évolution reposent sur une analyse des données scientifiques attestant des progrès thérapeutiques ce qui permet une nouvelle appréciation des risques liés à ces pathologies. **Toute évolution de la grille AERAS ne peut donc se faire qu'en s'appuyant sur des données scientifiques disponibles**, ce qui a été plus facile jusqu'ici pour les pathologies cancéreuses, l'**Institut national du cancer (l'INCa)** étant doté de forts moyens budgétaires.

À ce stade, **les études scientifiques disponibles ne permettent pas d'ouvrir le droit à l'oubli à d'autres pathologies, – excepté les cancers dits de bon pronostic au regard des études faites par l'INCa** – mais seulement une évolution de la grille AERAS pour certaines pathologies déjà représentées.

Un plan d'action est également prévu sur plusieurs années pour conduire de nouvelles études afin de faire entrer dans le dispositif AERAS d'autres pathologies.

Quant au relèvement du plafond d'emprunt, il a été acté.

À plusieurs reprises les différentes personnes auditionnées ont signalé la nécessité de disposer de davantage de moyens pour mener des études qui nécessitent des cohortes importantes et donc des moyens financiers suffisants. **Le groupe de travail estime par ailleurs que pour mener à bien son travail de recherche, la convention AERAS aurait besoin d'une dotation de 570 000 euros pour les années 2022 et 2023.**

Le groupe de travail **s'est réuni à six reprises**. La commission de suivi et de propositions a approuvé, **lors de sa réunion du 22 juin 2022, les évolutions proposées**.

a. Évolution des conditions pour les pathologies déjà incluses au sein de la grille d'accès

Pour rappel, **la convention AERAS a été conclue, en 1991**, entre les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles bancaire et financière, de l'assurance, de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs pour **proposer une meilleure réponse assurantielle aux personnes présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé et souhaitant emprunter, notamment pour l'achat d'un bien immobilier**.

Rénovée en 2011, la convention a mis en place une **grille de référence AERAS qui définit les caractéristiques des pathologies.**

Le **niveau 1** de la grille concerne les pathologies pour lesquelles **aucune majoration de tarif ni exclusion de garantie ne sera appliquée.**

Le **niveau 2** de la grille concerne les **pathologies qui font l'objet de taux de surprime maximaux et d'exclusion de garanties.**

L'accès à ce dispositif d'emprunt est également conditionné par **l'âge de l'emprunteur**, le terme des contrats devant intervenir **avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur**, et **le montant de la part assurée ne pouvant excéder 320 000 euros pour un emprunteur, soit 640 000 euros pour un couple.**

Concernant **le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**, les travaux du groupe de travail ont permis de faire passer cette pathologie de **la partie 2 de la grille à la partie 1, ce qui correspond à une absence de surprime et d'exclusion de garantie.** Cette évolution conduit selon le rapport de la commission de suivi à ce que **plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH puissent être assurées dans des conditions standard, à savoir sans surprimes ou exclusion de garanties, au bout d'un délai d'un an d'observation de la réponse au traitement.** Avec les conditions en vigueur dans la grille AERAS précédente de 2020, seulement 10 % de personnes vivant avec le VIH étaient concernées par ces conditions plus favorables.

L'hépatite C a également fait l'objet d'une évolution. Pour l'hépatite virale C qui est référencée dans la partie I de la grille de référence, le délai d'accès à l'assurance emprunteur **est réduit de 48 à 24 semaines**, ainsi que pour l'hépatite virale chronique à VHC⁽¹⁾ qui se trouve sur la partie II de la grille de référence.

Ces nouvelles dispositions sont entrées en vigueur au 1^{er} octobre 2022.

b. Extension du dispositif AERAS à de nouvelles pathologies

Les études actuelles n'étant pas encore suffisamment complètes, le dispositif n'a pas encore pu être ouvert à de nouvelles pathologies. En revanche, un plan d'action sur quatre ans est prévu pour conduire de nouvelles études afin de l'ouvrir à de nouvelles pathologies.

- Études prévues pour la fin 2022 : *épilepsies et cancers dits « de bon pronostic »* ;
- Études prévues pour la fin 2023-2024 : *insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) bénéficiant d'un traitement de substitution par dialyse ou par greffe, hémophilie A et B, maladie de Von Willebrand, incapacité de travail et d'invalidité* ;

(1) virus de l'hépatite C.

– Études prévues après 2024 : *diabète de type 1 et 2, maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI), sclérose en plaques.*

Certaines maladies rares sont également en cours d'étude. Le temps d'étude peut être long au regard des données disponibles, qui dépendent tant de la recherche médicale que du financement des travaux de recherche.

c. Évolution du plafond d'emprunt

Après consultation de France assureurs, un nouveau seuil a été proposé pour bénéficier de la grille de référence, il s'élève aujourd'hui à 420 000 euros au lieu des 320 000 euros initiaux, conformément aux dispositions de la loi Lemoine.

Ce nouveau plafond couvre selon le ministère de la santé 95 % des demandes de prêt, même s'il ne répond pas à la situation particulière des zones tendues, en particulier l'Île-de-France, comme le déplorent certaines associations de malade.

Cette disposition est également entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2022.

Les avancées constatées par vos rapporteurs dans la reprise des négociations entre partenaires pour faire évoluer la grille de la convention AERAS ainsi que le plafond d'emprunt justifiaient amplement de ne pas passer par la voie réglementaire, comme y invitait la loi en l'absence d'accord.

Au regard des enjeux, vos rapporteurs considèrent, comme évoquée en propos liminaire, qu'une évaluation de la loi, conformément à l'alinéa 3 de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale serait entièrement justifiée trois ans après son entrée en vigueur, soit en 2025.

*

* * *

EXAMEN EN COMMISSION

Lors de sa réunion du 9 novembre 2022, la commission a approuvé la publication du présent rapport d'information.

Cette réunion n'a pas fait l'objet d'un compte rendu écrit. La vidéo est disponible à l'adresse suivante :

<https://assnat.fr/HfjZJ0>.

ANNEXE 1 : FICHE STANDARDISÉE D'INFORMATION

7 mai 2015

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 12 sur 120

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS

Arrêté du 29 avril 2015 précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt

NOR : FCPT1425918A

Publics concernés : candidats à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt.

Objet : format et contenu d'une fiche standardisée d'information.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur au 1^{er} octobre 2015.

Notice : le présent arrêté fixe le format et le contenu de la fiche standardisée d'information prévue par l'article L. 312-6-2 du code de la consommation.

Références : le présent arrêté est pris en application de l'article L. 312-6-2 du code de la consommation. Le texte peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le ministre des finances et des comptes publics, le ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique et la secrétaire d'Etat chargée du commerce, de l'artisanat, de la consommation et de l'économie sociale et solidaire,

Vu la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 modifiée relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu le code de la consommation, notamment son article L. 312-6-2 ;

Vu les avis du comité consultatif de la législation et de la réglementation financières en date du 13 février 2015 et du 13 mars 2015 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la mutualité en date du 12 mars 2015 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 2 avril 2015,

Arrêtent :

Art. 1^e. – Pour l'application de l'article R. 312-0-1 du code de la consommation, la fiche standardisée d'information contient les mentions prévues au modèle annexé au présent article, dans l'ordre prévu par ce modèle.

Art. 2. – Le présent arrêté est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française sous réserve de remplacer dans l'annexe :

1^o La référence au numéro « SIREN » par la référence au numéro « RIDET » en Nouvelle-Calédonie et par la référence au numéro « TAHITI » en Polynésie française ;

2^o Les mots : « euros » par les mots : « francs CFP » ;

3^o La première phrase du dernier alinéa par les dispositions suivantes : « Conformément à la loi, dès aujourd'hui et jusqu'à la signature de l'offre de prêt, vous pouvez souscrire une assurance auprès de l'assureur de votre choix et la proposer en garantie au prêteur. Celui-ci ne peut pas la refuser si elle présente un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance qu'il vous a proposé. »

Art. 3. – Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} octobre 2015.

Art. 4. – Le directeur général du Trésor et la directrice générale de la consommation et de la répression des fraudes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 29 avril 2015.

*Le ministre des finances
et des comptes publics,
MICHEL SAPIN*

*Le ministre de l'économie,
de l'industrie et du numérique,
EMMANUEL MACRON*

*La secrétaire d'Etat
chargée du commerce,
de l'artisanat, de la consommation
et de l'économie sociale et solidaire,
CAROLE DELGA*

A N N E X E

MODÈLE DE FICHE STANDARDISÉE D'INFORMATION

Assurance emprunteur des prêts immobiliers

1. Le distributeur

Nom :
Dénomination sociale :
Adresse : Tél. :
N° SIREN pour les organismes d'assurance :
N° ORIAS pour les intermédiaires :
S'il y a lieu, lien avec une ou plusieurs entreprises d'assurance :

2. Le candidat à l'assurance

Nom : Prénom :
Né(e) le : Lieu de résidence :
Activité exercée actuellement :
Vous êtes : emprunteur coemprunteur caution (cocher la case correspondante)
S'il y a lieu, dénomination sociale : Siège social :

3. Les caractéristiques du (des) prêt(s) demandé(s)

Nom du prêteur, s'il est connu :
Projet à financer : (cocher la case correspondante) résidence principale résidence secondaire travaux investissement locatif autre :

PRÊT	MONTANT EN EUROS	TYPE DE PRÊT	DURÉE DU PRÊT en mois	TAUX D'INTÉRÊT nominal indicatif
Prêt n° 1		[Amortissable/in fine/relais]		
Prêt n° 2		[Amortissable/in fine/relais]		

Amortissable : une fraction du capital emprunté est remboursée à chaque échéance.

In fine : le capital est remboursé à la fin du prêt.

Relais : crédit in fine destiné à financer un nouvel achat immobilier dans l'attente de la vente d'un précédent bien.

4. Les garanties minimales exigées par votre prêteur

Votre prêteur exige que vous souscriviez des garanties d'assurance minimales pour l'octroi de votre prêt. Parmi les critères de garanties exigibles, votre prêteur a retenu la liste de critères suivante, qui correspond à ses exigences générales liées à sa politique de risque, en fonction du type d'opération, du type de prêt et de votre statut professionnel.

	CRITÈRES SPÉCIFIQUES	QUOTITÉ EXIGÉE
Garantie décès, le cas échéant	[à compléter]	[à compléter] %
Garantie PTIA, le cas échéant	[à compléter]	[à compléter] %
Garantie incapacité temporaire totale, le cas échéant	[à compléter]	[à compléter] %
Garantie invalidité permanente totale, le cas échéant	[à compléter]	[à compléter] %
Garantie invalidité permanente partielle, le cas échéant	[à compléter]	[à compléter] %
Garantie perte d'emploi, le cas échéant	[à compléter]	[à compléter] %

Les caractéristiques détaillées des garanties exigées doivent vous être communiquées par votre prêteur afin de vous permettre d'apprécier l'équivalence des niveaux de garanties entre les contrats.

Pour en savoir plus sur l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur, rendez-vous sur le site du comité consultatif du secteur financier : www.banque-france.fr/ccsf/fr/index.htm ;

OU

Vous pouvez vous rapprocher de votre prêteur pour qu'il vous communique ses exigences en matière d'assurance emprunteur, afin de vous permettre d'apprécier l'équivalence des niveaux de garanties entre les contrats.

Pour en savoir plus sur l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur, rendez-vous sur le site du comité consultatif du secteur financier : www.banque-france.fr/ccsf/fr/index.htm ;

OU

Votre prêteur n'exige aucune assurance pour l'octroi de votre prêt.

5. Les garanties que vous pouvez souscrire

5.1. *Les types de garanties que nous proposons*

Vous pouvez adhérer au contrat d'assurance/souscrire au contrat d'assurance [à adapter nom du produit ; nom de la ou des entreprises d'assurance ; nom de la formule si formule], qui comporte les garanties suivantes [cocher les cases correspondantes] :

La garantie décès, dénommée dans le contrat (1) : elle intervient en cas de décès de la personne assurée. La prestation est le remboursement au prêteur du capital assuré. Dans notre contrat :

- la garantie décès vous couvre durant toute la durée du prêt ;
- la garantie décès cesse au ° anniversaire de l'assuré.

La garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), dénommée dans le contrat (1) : elle intervient lorsque l'assuré se trouve dans un état particulièrement grave, nécessitant le recours permanent à une tierce personne pour exercer les actes ordinaires de la vie. La prestation est le remboursement au prêteur du capital assuré. Dans notre contrat :

- la garantie PTIA vous couvre durant toute la durée du prêt ;
- la garantie PTIA cesse au ° anniversaire de l'assuré.

La garantie incapacité temporaire totale (ITT), dénommée dans le contrat : elle intervient lorsque la personne assurée est temporairement inapte à exercer : [cocher les cases correspondantes]

- strictement son activité professionnelle ;
- toute activité pouvant lui procurer des revenus.

Dans notre contrat, la garantie ITT : [cocher la case correspondante]

- vous couvrez durant toute la durée du prêt ;

cesse au plus tard [cocher la case correspondante] ;

couvre à hauteur de % de l'échéance de remboursement du prêt l'assuré n'exerçant pas ou plus d'activité professionnelle au moment du sinistre ;

ne couvre pas l'assuré n'exerçant pas ou plus d'activité professionnelle au moment du sinistre.

Les affections dorsales [cocher la case correspondante]

sont couvertes : avec conditions d'hospitalisation

sans condition d'hospitalisation ;

sans condition d'intervention chirurgicale ;

ne sont pas couvertes.

Les affections psychiatriques [cocher la case correspondante]

sont couvertes : avec conditions d'hospitalisation

sans condition d'hospitalisation ;

ne sont pas couvertes.

La prestation est : [cocher la case correspondante]

forfaitaire (le montant qui vous sera versé correspond à % de l'échéance de remboursement du prêt, quelle que soit votre perte de revenu) ;

indemnitaire (le montant qui vous sera versé dépendra de votre perte de revenu).

Les prestations incapacité

sont plafonnées à ;

ne sont pas plafonnées.

Les indemnités sont dues par l'assureur après un délai de franchise maximale de jours après l'interruption de l'activité.

La garantie invalidité permanente totale (IPT), dénommée [à compléter] dans le contrat, intervient lorsque la personne assurée est, de façon définitive, incapable d'exercer : [cocher les cases correspondantes]

- strictement son activité professionnelle ;

toute activité pouvant lui procurer des revenus.

Avec un taux d'invalidité supérieur à Les indemnités sont dues après la reconnaissance de l'état d'invalidité par l'assureur selon une méthode d'évaluation mentionnée au contrat.

Dans notre contrat, la garantie invalidité : [cocher la case correspondante]

vous couvre durant toute la durée du prêt ;

cesse au

Les affections dorsales [cocher la case correspondante]

sont couvertes : avec conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ;

sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ;

ne sont pas couvertes.

Les affections psychiatriques [cocher la case correspondante]

sont couvertes : avec conditions d'hospitalisation ;

sans condition d'hospitalisation ;

ne sont pas couvertes.

La prestation est : [cocher la case correspondante]

forfaitaire (le montant qui vous sera versé correspond à % de l'échéance de remboursement du prêt, quelle que soit votre perte de revenu) :

indemnitaire (le montant qui vous sera versé dépendra de votre perte de revenu).

Les prestations invalidité permanente totale

sont plafonnées à

ne sont pas plafonnées.

La garantie invalidité permanente partielle (IPP), dénommée, dans le contrat, est un complément de la garantie invalidité permanente totale. Elle intervient à compter d'un taux d'invalidité Les indemnités sont dues après la reconnaissance de l'état d'invalidité par l'assureur selon une méthode d'évaluation mentionnée au contrat.

La garantie perte d'emploi, dénommée dans le contrat : elle couvre l'assuré en cas de licenciement : et lorsqu'il perçoit une allocation de chômage. Elle est accordée, après une période de franchise de mois et une période de carence de mois, pour une couverture de mois par période de chômage et pour une durée totale maximale cumulée de mois.

Dans notre contrat, la garantie perte d'emploi : [cocher la case correspondante]

vous couvre durant toute la durée du prêt ;

cesse au

Les prestations :

sont plafonnées à

ne sont pas plafonnées.

La prestation est : [cocher la case correspondante] :

forfaitaire (le montant qui vous sera versé correspond à % de l'échéance de remboursement du prêt, quelle que soit votre perte de revenu) ;

indemnitaire (le montant qui vous sera versé dépendra de votre perte de revenu).

(1) Si la dénomination commerciale de la garantie dans le contrat est identique aux libellés, respectivement, « décès » et « perte totale et irréversible d'autonomie », il n'est pas besoin de spécifier cette dénomination commerciale.

5.2. La solution d'assurance que vous envisagez à ce stade

Compte tenu de votre situation, vous envisagez d'assurer tout ou partie du capital emprunté avec les garanties suivantes :

- Décès et cette garantie est couverte à % ;
 Perte totale et irréversible d'autonomie et cette garantie est couverte à % ;
 Incapacité et cette garantie est couverte à % ;
 Invalidité permanente totale et cette garantie est couverte à % ;
 Invalidité permanente partielle et cette garantie est couverte à % ;
 Perte d'emploi et cette garantie est couverte à %.

6. Formalisation du devoir de conseil

[A compléter. Si les informations ne sont pas suffisantes au moment de la remise de la fiche pour permettre la délivrance du conseil en assurance, l'indiquer]

7. Estimation personnalisée du coût de la solution d'assurance envisagée

Compte tenu des caractéristiques connues du ou des prêts, de votre âge de ans, des types de garanties envisagées et de la part du capital à couvrir, le tableau ci-dessous propose une estimation du coût de l'assurance.

Il s'agit d'un tarif indicatif avant examen du dossier et du questionnaire médical par l'organisme d'assurance. Lorsqu'une personne présente un risque aggravé de santé, elle peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS, « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggrave de Santé ». Il s'agit d'un dispositif conventionnel, appliquée par l'ensemble des réseaux bancaires et des assureurs présents sur le marché de l'assurance emprunteur, qui permet de repousser les limites de l'assurabilité des personnes qui présentent ou ont présenté un risque aggravé de santé. La proposition d'assurance peut comporter une surprime d'assurance et/ou une limitation de la garantie (cf. www.aeras-infos.fr).

	PART DU CAPITAL assuré pour chaque type de garantie	Types de garanties	COTISATION en euros par [à compléter] de l'emprunteur (*)	COÛT TOTAL de l'assurance de l'emprunteur sur la durée du prêt, en euros	ESTIMATION du Taux Annuel Effectif de l'Assurance relatif à la totalité du prêt (**)
Prêt 1 < capital emprunté > < durée prêt 1 >	< quotité par type de garantie ; prêt 1 >%	<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> Incapacité <input type="checkbox"/> Invalidité permanente totale <input type="checkbox"/> Invalidité permanente partielle <input type="checkbox"/> Perte d'emploi	< cotisation [s'il y a lieu, moyenne] (*) [compléter la période] prêt 1 >	< coût total ass prêt 1 >	< TAEA prêt 1 >
Prêt 2 < capital emprunté > < durée prêt 2 >	< quotité par type de garantie prêt 2 >%	<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> Incapacité <input type="checkbox"/> Invalidité permanente totale <input type="checkbox"/> Invalidité permanente partielle <input type="checkbox"/> Perte d'emploi	< cotisation [s'il y a lieu, moyenne]* [compléter la période] prêt 2 > euros	< coût total ass prêt 2 >	< TAEA prêt 2 >

(*) Si la cotisation est variable, indiquer la cotisation périodique moyenne.

(**) [Compléter la mention des garanties incluses dans le périmètre du TAEA.]

La cotisation d'assurance est : [cocher la case correspondante] :

- constante sur la durée du prêt ;
- non constante (cotisation [à compléter] minimale : [à compléter] ; cotisation [compléter la période] maximale : [à compléter])

8. Remarques importantes

L'assurance emprunteur constitue une garantie à la fois pour le prêteur et l'emprunteur. Elle peut être un élément déterminant de l'obtention de votre prêt immobilier. Il appartient au professionnel de veiller à ce que les garanties qu'il vous propose de souscrire correspondent à vos besoins et à vos attentes.

Aussi précisez que soient les informations qui vous ont été données, il est très important que vous lisiez attentivement vos documents contractuels notamment la notice d'information et les éventuelles conditions particulières qui déterminent les droits et obligations de l'assuré et de l'assureur. Nous attirons tout particulièrement votre attention sur les risques exclus, les délais de carence (période durant laquelle l'assuré ne peut pas demander la mise en œuvre de la garantie, de franchise (période durant laquelle le sinistre reste à la charge de l'assuré), les dates et motifs d'expiration des garanties.

Nous insistons sur l'importance de la précision et de la sincérité des réponses apportées au questionnaire d'adhésion/de souscription au contrat d'assurance emprunteur, y compris la partie questionnaire médical. Une fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité du contrat et la déchéance des garanties : les échéances ou le remboursement du capital restant dus seraient alors à votre charge ou à celle de vos héritiers.

Les différentes garanties peuvent faire l'objet de contrats séparés.

===== FICHE REMISE LE [date à compléter] =====

[à compléter avec les mentions légales applicables, telles que prévues à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et aux articles R . 123-237 et suivants du code de commerce]

Conformément à la loi, dès aujourd'hui et jusqu'à 12 mois après la signature de l'offre de prêt, voire au-delà si votre contrat de prêt le prévoit, vous pouvez souscrire une assurance auprès de l'assureur de votre choix et la proposer en garantie au prêteur. Celui-ci ne peut pas la refuser si elle présente un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance qu'il vous a proposé.

ANNEXE 2 :
ARRÊTÉ DU 27 MAI 2022 MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 29 AVRIL 2015

29 mai 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 2 sur 23

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

**MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES
ET DE LA SOUVERAINETÉ INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE**

Arrêté du 27 mai 2022 modifiant l'arrêté du 29 avril 2015 modifié précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt

NOR : ECOT2213644A

Publics concernés : organismes et intermédiaires d'assurance, candidats à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt.

Objet : modification de l'arrêté du 29 avril 2015 modifié précisant le format et le contenu d'une fiche standardisée d'information.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1^{er} juin 2022.

Notice : le présent arrêté modifie l'arrêté du 29 avril 2015 modifié précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt.

Références : les dispositions du présent arrêté peuvent être consultées sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique,

Vu le code de la consommation, notamment ses articles L. 313-10, L. 313-25, L. 313-28 et suivants ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1141-5 et L. 1141-6 ;

Vu la loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur ;

Vu l'arrêté du 29 avril 2015 modifié précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt ;

Vu l'arrêté du 14 juin 2017 modifiant l'arrêté du 29 avril 2015 précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt ;

Vu l'avis du comité consultatif de la législation et de la réglementation financières en date du 14 avril 2022,

Arrête :

Art. 1^e. — La partie 6 du modèle de fiche standardisée d'information annexé à l'arrêté du 29 avril 2015 susvisé est complétée par les dispositions suivantes :

« Information complémentaire :

« La garantie invalidité telle que prévue au contrat d'assurance emprunteur est indépendante de la notion d'invalidité retenue par la sécurité sociale ou tout autre organisme compétent qui juge de l'inaptitude professionnelle. La reconnaissance d'un état d'invalidité par l'un de ces organismes ne s'impose pas à l'assureur, qui est tenu par la seule définition figurant au contrat. »

Art. 2. — La partie 7 du même modèle est ainsi modifiée :

a) La mention : « 7.1. » est ajoutée devant les mots : « La cotisation d'assurance est : » ;

b) Il est ajouté un 7.2 ainsi rédigé :

« 7.2. Le coût total de l'assurance en euros sur les huit premières années, à compter de la date d'effet du contrat de prêt, est : [à compléter]. »

Art. 3. — La partie 8 du même modèle est ainsi modifiée :

a) Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Conformément à l'article L. 113-2-1 du code des assurances, l'assureur ne peut vous demander de remplir un questionnaire médical si la part assurée sur votre encours cumulé de contrats de crédit consentis par tous établissements de crédit confondus n'excède pas 200 000 euros et si l'échéance de remboursement du crédit contracté intervient avant votre soixantième anniversaire. L'absence de questionnaire médical concerne les prêts

immobiliers octroyés à des consommateurs pour l'acquisition de biens à usage d'habitation et à usage mixte habitation et professionnel. » ;

b) Les huitième et avant-dernier alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Vous pouvez souscrire une assurance auprès de l'assureur de votre choix et la proposer en garantie au prêteur, qui ne peut pas la refuser si elle présente un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance qu'il vous a proposé ou à celui en cours. Pour ce faire, l'assurance emprunteur en cours peut être résiliée à tout moment, conformément à l'article L. 113-12-2 du code des assurances et à l'article L. 221-10 du code de la mutualité. »

Art. 4. – Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juin 2022.

Art. 5. – Le directeur général du Trésor et la directrice générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 mai 2022.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général du Trésor,

E. MOULIN

ANNEXE 3: CONVENTION AERAS ACTUALISÉE

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 surprise ni exclusion si elles répondent aux critères ci-dessous.

Types de pathologies	Types histologiques et stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) (1)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute (2)
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I	3 ans
Cancers du sein <i>in situ</i>	Carcinome lobulaire ou canalaire <i>in situ</i> strict sans caractère micro-infiltrant Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé Carcinome canalaire <i>in situ</i> présentant lors de l'exérèse chirurgicale une ou plusieurs zones de micro-invasion (rupture de la membrane basale) n'excédant pas 1 mm (dans le plus grand axe) et dont l'exploration axillaire (ganglion sentinelle ou curage axillaire) ne montre pas d'envasissement du ou des ganglions prélevés Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome <i>in situ</i> pur sans caractère micro-infiltrant ou de niveau I de Clark - Exérèse complète - Absence de syndrome des nævi dysplasiques	1 an
Cancer du col de l'utérus	Classe CIN III (ou HSIL) ou <i>in situ</i> pur sans caractère micro-infiltrant Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an
Cancers du côlon et du rectum	Stade Tis (stade 0) : - Plus de 50 ans au diagnostic Stade I : T1N0MO : - Plus de 50 ans au diagnostic - Type histologique : adénocarcinome	1 an 4 ans
Cancers de la thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II	3 ans 3 ans

Leucémie aigue promyélocyttaire / LAP / LAM3	- Quel que soit le nombre de leucocytes au diagnostic - Traitement réalisé	3 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.	24 semaines
Infection par le VIH	- Charge virale indétectable un an après instauration du traitement - CD4 $\geq 500/\text{mm}^3$ et charge virale indétectable dans les 12 derniers mois précédant la souscription ; - Absence d'infection opportuniste en cours ; - Absence de co-infection actuelle par le VHB ou VHC ; - Absence de co-infection passée par le VHC, sans stade de fibrose strictement supérieurs à F2 ; - Absence de maladie coronarienne et d'AVC ; - Absence de cancer en cours, ou dans les antécédents notés dans les 10 années antérieures ; - Absence d'arrêt de travail en cours et d'invalidité à la date de souscription ; - Bilan biologique de moins de 6 mois avec résultats dans les normes du laboratoire : • hépatique (transaminases ALAT, ASAT, GGT) ; • fonction rénale (DFG) ; • contrôle de la glycémie à jeun, bilan lipidique (exploration d'une anomalie lipidique) ; - Marqueurs viraux : • marqueurs VHB : Ag HBs négatif, ADN viral négatif ; • marqueurs VHC : ARN viral négatif, avec recul de 24 semaines.	1 an Durée entre début de traitement et fin du contrat d'assurance emprunteur plafonnée à 35 ans. Durée maximale de couverture du prêt fixée à 25 ans.

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

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

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

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

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des 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
Hépatite virale chronique à VHC Score de fibrose à F3	<p>Score de fibrose au début du traitement égal à F3 :</p> <p>-Avec les résultats suivants de : Fibroscan : 9,5 à 12,5 kPa Fibrotest : 0,59 à 0,72 Fibromètre : 0,72 à 0,84</p> <p>-Réponse virale soutenue, quel que soit le type de traitement ;</p> <p>-Absence d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC ou de carcinome hépatocellulaire (CHC) ;</p> <p>-Absence de co-infection par les virus : VIH, VHB ;</p> <p>-Absence d'évolution vers une cirrhose ;</p> <p>-Absence de manifestation extra-hépatique résiduelle de l'hépatite C (lymphome, cryoglobulinémie mixte, vascularite systémique, gloméronéphrite membrano-proliférative, neuropathies périphériques, polyarthrites inflammatoires) ;</p> <p>-Echographie hépatique de moins de 6 mois sans signe de stéatose ;</p> <p>-Bilan biologique de moins de 6 mois : ASAT, ALAT, Gamma GT normales, numération des plaquettes $\geq 150\ 000/\text{mm}^3$, TP $\geq 80\%$, albuminémie $\geq 40\text{g/l}$, alphafoetoprotéinémie < 10 ng/ml.</p>	24 semaines à compter de la fin du traitement	<p>- <u>Décès et PTIA</u> : surprime plafonnée à 125%</p> <p>- <u>GIS</u> : non proposée</p>

Astrocytome pilocytique	<ul style="list-style-type: none">-Age au diagnostic : ≥ 21 ans et ≤ 60 ans-Histologie : astrocytome pilocytique de grade I uniquement-Traitement : chirurgie exclusive avec exérèse complète de la tumeur	4 ans à compter de la chirurgie	<ul style="list-style-type: none">- <u>Décès</u> et <u>PTIA</u> accordées sans surprime- <u>GIS</u> accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles
Leucémie myéloïde chronique (LMC)	<ul style="list-style-type: none">-Traitement en cours-Transcrit bcr-abl strictement indétectable avec les techniques de détection en vigueur au jour de la souscription, et durant une période de 36 mois continus précédant la souscription avec les techniques validées en vigueur sur cette période	5 ans à compter du diagnostic	<ul style="list-style-type: none">- <u>Décès</u> et <u>PTIA</u> surprime plafonnée à 150%- <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 150 %
Leucémie de Burkitt / lymphome de Burkitt / LAL3	<ul style="list-style-type: none">-Age ≤ 60 ans-Performance Status (définition de l'OMS) 0 ou 1-Traitement réalisé	5 ans à compter du diagnostic	<ul style="list-style-type: none">- <u>Décès</u> et <u>PTIA</u> surprime plafonnée à 50%- <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 50%
Mucoviscidose	<p>1) Conditions cumulatives de base :</p> <ul style="list-style-type: none">-Age ≥ 18 ans et ≤ 40 ans-Non-transplanté-Indice de masse corporelle, IMC $\geq 17 \text{ kg/m}^2$-VEMS $\geq 25\%$ de la valeur théorique-Absence de diabète-Absence de pneumothorax dans l'année écoulée-Absence de colonisation à <i>Burkholderia cepacia</i>-Absence de colonisation à <i>Mycobactérie atypique</i>-Corticothérapie systémique pendant < (moins de) 3 mois dans l'année écoulée-Absence d'oxygénotherapie de longue durée-Absence de ventilation non-invasive de longue durée <p>2) Conditions complémentaires aux précédentes :</p> <ul style="list-style-type: none">-Soit : Absence de colonisation à <i>P. aeruginosa</i>,-Soit : colonisation à <i>P. Aeruginosa</i> mais absence d'insuffisance pancréatique	Pour une durée de prêt de 10 ans maximum	<ul style="list-style-type: none">- <u>Décès</u> avec une surprime plafonnée à 400%- <u>PTIA</u> et <u>GIS</u> : non proposées

	exocrine					
Adénocarcinome de la prostate en surveillance active	<ul style="list-style-type: none">-Age au diagnostic : \geq 55 ans-Stade clinique \leq T1c-PSA \leq 10 ng/mL-Score de Gleason \leq 6-Nombre de biopsies positives \leq 2 et % de tissu malin par carotte \leq 50% ; Histologie : adénocarcinome pur, strictement intra-glandulaire-Exclusion de tout traitement et notamment hormonothérapie				Sans délai	<ul style="list-style-type: none">- <u>Décès et PTIA</u> accordées avec une surprime limitée à 75%- <u>GIS</u> : non proposée
Adénocarcinome de la prostate	Stade	Critères	PSA après prostatectomie radicale (dosage datant de moins de 6 mois)	PSA après radiothérapie conformационnelle ou curiethérapie (dosage datant de moins de 6 mois)		<ul style="list-style-type: none">- <u>Décès / PTIA</u> accordées sans Surprime- <u>GIS</u> accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles
T1N0M0 T2aN0M0	PSA $<$ 10 ng/ml et Gleason \leq 6	Inférieur à 0,1 ng/ml	Inférieur à 1,5 ng/ml	1 an	Tarif normal	

Cancers du sein Infiltrants	<ul style="list-style-type: none">- Carcinome lobulaire ou canalaire infiltrant- Stade I ³ [pT1N0M0]<ul style="list-style-type: none">-Plus grand diamètre tumoral ≤ 20mm-Absence d'envahissement ganglionnaire ou seule présence de cellules isolées ≤ 0,2mm-Absence de métastases à distance- Grade SBR I et II- Reprise sans restriction médicale de l'activité sans interruption supérieure à 3 mois depuis 1 an minimum	3 ans	<ul style="list-style-type: none">- <u>Décès</u>: surprime plafonnée à 100%- <u>PTIA</u>: surprime plafonnée à 100%- <u>Incapacité et invalidité</u>: surprime plafonnée à 100%
Leucémies Lymphoides Chroniques	<ul style="list-style-type: none">-Leucémie lymphoïde chronique détectée chez une personne dont l'âge est compris entre 25 et 70 ans,-Et ne nécessitant aucun traitement à la date de la souscription.-Classification de Binet : stade A.-Lymphocytose strictement inférieure à 15 000/mm3.-ProfilIGHV (immuno-globulin heavy chain variable region) muté.		<p><u>Décès</u>: garantie accordée pour une durée maximale de couverture du prêt de 15 ans. Taux de surprime plafonné à 100%</p> <p><u>PTIA</u>: Accordée dans les mêmes termes que ci-dessus.</p> <p><u>GIS</u>: Accordée dans les mêmes termes que ci-dessus.</p>
Méningiomes cérébraux de grade I opérés	<ul style="list-style-type: none">-Résection chirurgicale complète-Absence de récidive à l'imagerie cérébrale-Absence de radiothérapie-Absence de déficit cognitif ou neurologique <p>Toutes séquelles seront à tarifer séparément (ex : épilepsie)</p>	Délai d'accès de 2 ans après la fin du traitement chirurgical	<p><u>Décès</u>: garantie accordée avec une extra-mortalité temporaire de 6 pour mille annuel** du capital restant dû jusqu'à 5 ans après le traitement chirurgical</p> <p><u>PTIA et GIS</u> accordées dans</p>

³ Selon la classification de l'AJCC de 2018

			les mêmes conditions que la garantie Décès
Méningiomes cérébraux « non évolutifs »	<ul style="list-style-type: none">-Stabilité à l'imagerie cérébrale depuis 5 ans dans tous les cas-Absence de déficit cognitif ou neurologique <p>Toutes séquelles seront à tarifer séparément (ex : épilepsie)</p>	Durée de couverture du contrat d'assurance emprunteur dans les limites d'âges définies par la convention AERAS	<ul style="list-style-type: none">- <u>Décès</u>: garantie accordée avec une extra-mortalité temporaire de 6 pour mille annuel** du capital restant dû jusqu'à 10 ans après le traitement chirurgical- <u>PTIA et GIS</u> accordées dans les mêmes conditions que la garantie Décès

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Par ordre chronologique

Ministère de l'économie, des finances et de la relance

M. Gabriel Cumenge, sous-directeur, ministère de l'économie, direction générale du Trésor

M. Mayeul Tallon, chef du bureau ASSUR1 « Marchés et produits d'assurance »

M. Édouard Jullian, adjoint au chef du bureau ASSUR1

AEMA Securimut *

M. Xavier Michel, directeur des affaires publiques d'Aéma groupe

Mme Isabelle Delange, Présidente du directoire

M. Guillaume Roy, Consultant à Kairos, MSC.

Fédération Bancaire de France (FBF) *

Mme Maya Atig, directrice générale de la FBF

M. Nicolas Bodilis-Reguer, chargé des relations institutionnelles

M. Alain Roussel, Crédit agricole

UFC Que choisir *

M. Matthieu Robin, chargé de mission secteur financier

Banque de France – Comité consultatif du secteur financier (CCSF)

Mme Corinne Dromer, présidente

Ministère de la santé – Direction de la Sécurité sociale

Mme Delphine Chaumel, sous-directrice des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire

M. Stéphanie Micalef, adjointe à la sous-directrice des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire

APCADE (Association pour la promotion de la concurrence en assurance des emprunteurs) *

Mme Catherine Charrier-Leflaive, présidente et présidente de la Fondation April

M. Sylvain Coriat, vice-président, membre du comité exécutif d'Allianz France en charge des assurances de personnes

Rose Up (Association de lutte contre le cancer du sein) *

Mme Isabelle Huet, directrice générale adjointe

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire des représentants d'intérêts de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP), qui vise à fournir une information aux citoyens sur les relations entre les représentants d'intérêts et les responsables publics lorsque sont prises des décisions publiques.*