

CONVENTION AERAS COMMISSION DE MEDIATION

BILAN DE L'ACTIVITE DE LA COMMISSION DE MEDIATION EN 2018

Mars 2019

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE - PRESENTATION DE LA COMMISSION DE MÉDIATION	3
I) Rôle de la Commission de médiation.....	4
II) Composition de la Commission de médiation	4
III) Fonctionnement de la Commission de médiation.....	5
IV) Principales conclusions de la Commission de médiation.....	5
1) <i>Nature et évolution des demandes de médiation.....</i>	5
2) <i>Le Droit à l'oubli et la Grille de référence.....</i>	6
3) <i>Surprimes d'assurance.....</i>	8
4) <i>Exclusions/limitations de garanties</i>	9
5) <i>Respect des trois niveaux d'examen des demandes d'assurance dans le cadre d'AERAS.....</i>	9
6) <i>L'assurance décès des prêts à la consommation dédiés ou affectés.....</i>	10
7) <i>Délégation d'assurance</i>	11
8) <i>Garantie Invalidité Spécifique AERAS</i>	11
9) <i>Garanties alternatives à l'assurance</i>	12
10) <i>Processus d'instruction des demandes d'emprunt.....</i>	12
11) <i>Divers.....</i>	13
DEUXIÈME PARTIE – BILAN CHIFFRÉ	14
I) Les demandes de médiation	15
1) <i>Nature et évolution des demandes de médiation.....</i>	15
2) <i>Les demandes non recevables</i>	17
3) <i>Les demandes recevables.....</i>	19
II) Les médiations	21
1) <i>La phase de « pré-médiation ».....</i>	22
2) <i>Le déroulement des médiations donnant lieu à intervention auprès des organismes bancaires et d'assurance.....</i>	22
3) <i>Le résultat des médiations</i>	23
TROISIÈME PARTIE – LE DROIT À L'OUBLI ET LA GRILLE DE RÉFÉRENCE	26
I) Contexte	27
II) Fonctionnement.....	27
1) <i>Droit à l'oubli.....</i>	28
2) <i>Grille de référence</i>	28
III) Les demandes de médiation clôturées en 2018.....	30
1) <i>Médiations relatives au Droit à l'oubli</i>	30
2) <i>Médiations relatives à la Grille de référence</i>	31
IV) Problématiques soulevées.....	34
1) <i>Droit à l'oubli.....</i>	34
2) <i>Grille de référence</i>	35
ANNEXE – PROCESSUS DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE MÉDIATION	36

PREMIÈRE PARTIE

PRESENTATION DE LA COMMISSION DE MÉDIATION

I) Rôle de la Commission de médiation

La Commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles portant sur un ou plusieurs domaines du champ de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). En effet, les personnes présentant un risque aggravé de santé et souhaitant accéder à l'emprunt et à l'assurance des emprunts peuvent adresser des réclamations à la Commission si elles estiment que certains dispositifs prévus par ladite convention n'ont pas été appliqués de façon conforme en ce qui les concerne.

Dans le cadre de son périmètre d'intervention tel que défini par la convention précitée, la Commission de médiation prend ainsi toutes les décisions de nature à favoriser un règlement amiable et diligent des dossiers dont elle est saisie, notamment par des recommandations transmises aux parties concernées.

Elle favorise en tant que de besoin le dialogue entre le médecin conseil de l'assurance et le spécialiste de la pathologie qui suit, médicalement, le candidat à l'emprunt et à l'assurance.

II) Composition de la Commission de médiation (en mars 2019)

- Président : Monsieur **Emmanuel CONSTANS**, Inspecteur Général des Finances (h).
- Les membres :
 - 1) Représentants des organisations professionnelles du secteur bancaire et de l'assurance :
 - Monsieur Pierre BOCQUET (Fédération Bancaire Française), titulaire,
 - Monsieur Philippe BERNARDI (Fédération Française de l'Assurance), titulaire,
 - Monsieur Laurent BERTONNAUD (BNP PARIBAS), suppléant,
 - Monsieur Hicham AFRACHE (Fédération Française de l'Assurance), suppléant.
 - 2) Représentants des associations de consommateurs et des associations représentant les personnes malades ou handicapées :
 - Madame Agnès LECAS (Ligue contre le cancer), titulaire,
 - Monsieur Marc MOREL (France Assos Santé), titulaire,
 - Madame Marianick LAMBERT (Familles Rurales), suppléante,
 - Monsieur Mehdi ASLAM (Ligue contre le cancer), suppléant.
- Le Secrétariat :
 - Madame Fabienne RINERO (responsable du Secrétariat),
 - Madame Sylvie LOURY (assistante).

Le Président de la Commission invite également à assister aux travaux de la Commission des représentants de l'État et de l'ACPR :

- Madame Virginie DOUBLET (Ministère des Solidarités et de la Santé – DSS),
- Madame Françoise GEORGIN (Ministère de l'Économie et des Finances – DGT),
- Monsieur Romain BOURIEL (ACPR).

III) Fonctionnement de la Commission de médiation

En 2018, la Commission de médiation s'est réunie à quatre reprises : les 12 février, 23 mai, 19 septembre et 12 décembre 2018.

Au cours de ces séances et dans le cadre des missions qui lui sont assignées, la Commission s'est attachée à effectuer les travaux suivants :

- Elle a présenté des données statistiques quantitatives (nombre de courriers reçus, nombre de courriers reçus recevables, nombre de courriers clôturés, nombre de médiations terminées...) et qualitatives (nature des demandes de médiation, résultats des médiations...);
- Elle s'est consacrée à l'examen des dossiers les plus sensibles traités ou en cours de traitement par le Président de la Commission et le Secrétariat, et notamment ceux qui posaient un problème d'interprétation des dispositions de la convention. À cet égard, la Commission de médiation a systématiquement examiné les demandes de médiation soulevant des problématiques en matière de Droit à l'oubli ou de Grille de référence ;
- Elle a débattu sur les dispositifs de la convention évoqués de façon récurrente lors des demandes de médiation. Les dispositifs relatifs à l'écrêtement des surprimes, à la 2^{ème} revue des demandes d'assurance et à la Garantie Invalidité Spécifique AERAS ont notamment fait l'objet de clarifications.

Par ailleurs, le Président et les membres de la Commission de médiation ont participé aux réunions de la Commission de suivi et de propositions (CSP)¹ et l'ont ainsi tenu régulièrement informée de leurs activités.

IV) Principales conclusions de la Commission de médiation

1) Nature et évolution des demandes de médiation

Au cours de l'année 2018, la Commission de médiation a reçu 613 courriers, un nombre en recul de 21% par rapport à 2017 (780 courriers). Cette évolution est en ligne avec la baisse (-26%) de la production de crédit à l'habitat observée sur la même période (203 milliards d'euros en 2018 contre 273 milliards d'euros en 2017, données Banque De France).

Tout comme en 2017, la plupart des demandes de médiation ont porté sur des contestations d'exclusions, de limitations et/ou de surprimes (32% contre 43% en 2017) ou sur des refus de niveau 1, 2 ou 3 (23% contre 20% en 2017). La part des

¹ La CSP est principalement en charge de la bonne application et de l'amélioration de la convention AERAS.

demandes relatives au Droit à l'oubli ou à la Grille de référence s'est accrue, passant de 2% à 2017 à 6% en 2018.

Les saisines adressées par erreur à la Commission de médiation (notamment les courriers de demandes des raisons médicales justifiant les décisions prises par les médecins conseil ou les courriers de transmission de propositions d'assurance signées) représentent encore une part importante dans le total des courriers reçus (26% contre 25% en 2017).

2) Le Droit à l'oubli et la Grille de référence

Les problématiques soulevées dans le cadre du Droit à l'oubli et de la Grille de référence ont fait l'objet d'un suivi attentif par la Commission de médiation et son Secrétariat. Dans le cadre de l'instruction des médiations, ce dernier est ainsi intervenu à plusieurs reprises auprès des assureurs et des médecins conseil des assureurs, ce qui a permis aux réclamants de recevoir des propositions d'assurance sans surprime ni exclusion de garanties ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard.

➤ Le Droit à l'oubli

Au regard de l'examen des dossiers concernés, il est apparu que le dispositif afférent était globalement connu et en général correctement appliqué par les organismes d'assurances.

Quelques cas d'absence de conformité à ce dispositif ont toutefois été identifiés. Ils ont tous fait l'objet d'une médiation, impliquant une ou plusieurs interventions auprès des organismes d'assurance concernés. Ces médiations ont systématiquement abouti à l'octroi d'une assurance sans surprime ni exclusion de garanties s'agissant des pathologies cancéreuses relevant du Droit à l'oubli. La présentation de certains de ces cas en Commission de médiation a permis d'aboutir aux recommandations générales suivantes :

→ Si une ancienne pathologie cancéreuse n'a pas été déclarée dans le questionnaire de santé et qu'elle est néanmoins mentionnée dans un document médical relatif à une autre pathologie – qui, elle, a été déclarée –, l'organisme d'assurance ne doit pas solliciter des informations complémentaires sur cette ancienne pathologie cancéreuse dès lors que celle-ci a été signalée par le candidat comme relevant du Droit à l'oubli, et ce, quand bien même il s'agirait de vérifier le risque de fausse déclaration ;

→ Si la pathologie d'un assuré n'est pas couverte par le Droit à l'oubli au moment de la souscription du contrat (soit parce que le contrat a été souscrit avant 2015 – à savoir avant la mise en œuvre du Droit à l'oubli – soit parce que les conditions d'éligibilité ne sont pas remplies) et si cet assuré souhaite bénéficier du dispositif afférent car il remplit désormais les conditions requises (la fin du protocole thérapeutique datant notamment de plus de 10 ans), celui-ci devra résilier son contrat actuel et demander une nouvelle adhésion dans les nouvelles conditions (la date de résiliation et de nouvelle adhésion devant être simultanées).

En ce qui concerne les réclamants, le Droit à l'oubli se situe encore dans une phase de mise en œuvre et sa compréhension globale n'est pas encore maîtrisée par l'ensemble des demandeurs de médiation. En effet, il a été relevé un nombre non négligeable de

cas de demandes de mise en œuvre du Droit à l'oubli non éligibles soit parce que le délai post-protocole thérapeutique de 10 ans n'était pas atteint soit parce que la pathologie en question n'était pas de nature cancéreuse. À cet égard, → les membres de la Commission de médiation ont insisté sur la nécessité de poursuivre la rédaction de réponses pédagogiques auprès des réclamants concernés. Ces réponses doivent en effet, d'une part, présenter clairement l'ensemble des conditions d'accès au Droit à l'oubli, les textes afférents et les raisons pour lesquelles la demande n'est pas éligible. Il est, d'autre part, nécessaire qu'elles rappellent que l'absence d'éligibilité au Droit à l'oubli n'est pas un obstacle à l'examen au cas par cas des possibilités d'accès à l'assurance, la convention AERAS prévoyant d'autres dispositifs dont les conditions diffèrent de celles relatives au Droit à l'oubli.

La Commission de médiation a par ailleurs clarifié les éléments suivants :

→ Le Droit à l'oubli porte uniquement sur le cancer. Il ne couvre pas ses conséquences ou celles des traitements (notamment leurs effets secondaires). Il convient donc de déclarer dans les questionnaires de santé ces nouvelles pathologies ainsi que les ALD (Affections de Longue Durée) ;

→ Dans l'attente de la publication au printemps 2019 du prochain avenant à la convention AERAS et de la rédaction d'une nouvelle fiche d'information précisant les conditions d'accès au Droit à l'oubli, les critères d'application du dispositif associé relatifs à la nature du prêt, au montant assuré ou à la durée de contrat d'assurance sont ceux listés par la convention AERAS révisée de 2015.

➤ La Grille de référence

S'agissant de la Grille de référence éditée au 30 mars 2017 et applicable jusqu'au 15 juillet 2018, il a été relevé à plusieurs reprises un manque de précision dans la description de certaines pathologies listées (le terme « in situ » des « carcinomes canaux in situ » n'était notamment pas développé), amenant parfois les réclamants, voire certains de leur médecin traitant, à affirmer à tort que leur pathologie répondait aux critères mentionnés dans ladite Grille.

Ce risque d'erreur s'est réduit depuis la publication de la nouvelle Grille de référence en date du 16 juillet 2018. En effet, celle-ci liste désormais les pathologies concernées avec un degré de précision considérablement plus élevé (les carcinomes canaux in situ précités ont d'ailleurs été clarifiés). Toutefois, cette amélioration a rendu plus complexe la lecture de ladite Grille, des connaissances médicales ou une aide extérieure pouvant s'avérer utiles au candidat à l'assurance pour déterminer si sa pathologie figure bien parmi les cas mentionnés. S'agissant des réclamants, il a été plus particulièrement observé que certains avaient des difficultés à établir les caractéristiques de leur pathologie (en particulier le stade de référence) ainsi que le délai post-protocole thérapeutique. Ils s'interrogeaient, d'autre part, sur la correspondance de ces éléments avec ceux listés sur la Grille. Face à l'ensemble de ces constats, les membres de la Commission de médiation ont confirmé la recommandation mentionnée dans la partie introductive de la nouvelle Grille, recommandation selon laquelle → il est nécessaire pour les réclamants de se rapprocher de leur médecin (traitant ou spécialiste) afin d'obtenir la confirmation de l'éligibilité de leur pathologie au dispositif prévu par la Grille de référence. Dans ce cadre et compte tenu d'un cas de réclamation où l'attestation jointe du médecin traitant était imprécise (celle-ci certifiait que « l'ensemble des critères » énumérés par

la Grille étaient remplis s'agissant de la pathologie du patient), → il a également été convenu que la Commission allait examiner avec l'Ordre National des Médecins si des attestations plus précises d'éligibilité ne pourraient pas être rédigées, notamment en validant le respect de « chacun » des critères énumérés par la Grille. L'obtention de telles attestations pourrait ainsi s'avérer décisive dans le cadre de la révision de positions prises par les organismes d'assurance.

En outre, la Commission a pris connaissance de l'existence d'un certain nombre de demandes de mise en œuvre du dispositif associé à la Grille de référence alors même que les pathologies concernées n'étaient pas listées par la Grille. Selon les membres de la Commission, → une réponse d'ordre pédagogique doit être apportée à ce type de demande. Il est en effet fondamental de présenter clairement le périmètre des pathologies couvertes, les conditions d'accès à l'assurance, les textes afférents et les raisons pour lesquelles la demande n'est pas éligible.

Quelques cas d'absence de conformité à la convention, dans l'application par les organismes d'assurance du dispositif prévu par la Grille de référence, ont été observés. Il s'agissait plus particulièrement de cas de cancer (cancer de la thyroïde et carcinome canalaire in situ notamment) pour lesquels les décisions prises par les assureurs n'étaient pas conformes aux conditions d'accès prévues par la Grille. L'ensemble des médiations opérées ont permis de corriger ces dysfonctionnements.

3) Surprimes d'assurance

En matière de surprimes d'assurance, le périmètre d'intervention de la Commission de médiation est principalement limité à la vérification de la bonne application du mécanisme d'écrêtement des surprimes mis en place dans le cadre de la convention AERAS.

À l'occasion de la présentation de demandes de médiation relatives audit mécanisme, la Commission de médiation a rappelé le fonctionnement de la prise en charge des surprimes concernées :

Fonctionnement de la prise en charge des primes écrêtées dans le cadre du dispositif d'écrêtement des surprimes

- 1/ Chaque organisme d'assurance s'assure que les candidats sont éligibles ou pas au dispositif d'écrêtement des surprimes.
- 2/ Les organismes d'assurance déclarent les dossiers éligibles auprès du BCAC (Bureau Commun d'Assurance Collective) en charge de l'organisation de la mutualisation financière des surprimes écrêtées.
- 3/ Le montant des surprimes écrêtées est entièrement financé par les assurances et les banques selon une répartition égale (50% pour les assurances et 50% pour les banques).
- 4/ Le surcoût revenant aux banques est réparti entre les différents établissements bancaires en fonction de leurs encours détenus. De la même façon, le surcoût revenant aux assurances est réparti entre les différents organismes d'assurance en fonction de leurs encours détenus.

Seuls quelques cas d'absence de conformité au mécanisme précité ont été identifiés. Les médiations alors effectuées auprès des organismes d'assurance ont toutes conduit (1) à un rappel sur la nécessité de vérifier de façon appropriée les conditions d'éligibilité des candidats au mécanisme d'écrêtement des surprimes et (2) à une rectification des sur-tarififications appliquées conformément à ce que prévoit la convention.

En cas d'application conforme dudit mécanisme (ce qui reste la généralité), des médiations peuvent toutefois être déclenchées dans les situations suivantes :

- Lorsque les limites imposées par les seuils de l'usure ne permettent pas d'octroyer le crédit et qu'une garantie alternative à l'assurance peut être proposée à l'établissement bancaire, permettant ainsi l'octroi du crédit sans assurance dans les limites des seuils de l'usure ;
- Lorsque de nouveaux éléments médicaux ont été communiqués et qu'ils peuvent a priori contribuer au changement de position des organismes d'assurance concernés ;
- Lorsque les décisions prises par ces derniers sont incohérentes (notamment lorsque la surprime était absente lors d'une décision précédente) ou en total décalage avec l'état de santé du candidat.

Ces dernières médiations, qui pour la plupart ont abouti à une issue favorable au réclamant (baisse voire suppression du taux de surprime), restent peu nombreuses.

4) Exclusions/limitations de garanties

Bien que la Commission de médiation ne soit pas une instance d'appel des décisions d'assurance en matière d'exclusions ou de limitations de garanties, un certain nombre de contestations ont été considérées comme recevables – en raison de la communication de nouveaux éléments de santé, de l'incohérence de la décision notifiée, d'une forte suspicion d'erreur ou lorsque les exclusions/limitations sont telles que la banque refuse de prêter et qu'il existe des garanties alternatives à l'assurance permettant d'obtenir un prêt sans assurance – et ont donc fait l'objet de médiations auprès des organismes d'assurance concernés.

Ces médiations ont abouti à des propositions d'assurance soit dans les conditions standard (les exclusions de pathologies spécifiques initialement prononcées sur certaines garanties ayant notamment été retirées) soit couvrant davantage de risques (la Garantie Invalidité Spécifique AERAS ayant pu être proposée tout comme les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Totale qui ont pu être accordées avec moins de cas d'exclusions).

5) Respect des trois niveaux d'examen des demandes d'assurance dans le cadre d'AERAS

Lorsqu'elle est saisie en raison d'un refus d'assurance, la Commission de médiation vérifie que la procédure suivie par le dossier est conforme aux trois niveaux d'examen des demandes prévus par la convention AERAS.

Les cas, pour lesquels il est apparu que les étapes de la procédure mise en place par la convention n'avaient pas été suivies, restent limités. Les médiations alors entreprises

se sont toutes soldées par une révision des dossiers pour respecter le processus conventionnel.

Lorsqu'aucun dysfonctionnement n'est identifié en matière d'examen des demandes à 3 niveaux, la Commission de médiation s'autorise à intervenir auprès des organismes d'assurance uniquement si de nouveaux éléments médicaux ont été communiqués, si les décisions prises par lesdits organismes sont incohérentes (notamment lorsqu'une demande d'assurance a été acceptée puis refusée quelques temps après alors que, entre les deux demandes, les conditions de prêts sont restées quasiment identiques et la situation de santé n'a pas évolué) ou en total décalage avec l'état de santé du candidat ou si des garanties alternatives à l'assurance existent et qu'elles permettraient l'obtention d'un prêt sans assurance. Sur ce dernier point, il a notamment été présenté deux cas où les banques ont respectivement accepté, en remplacement de l'assurance, la délégation du bénéfice d'un contrat d'assurance vie et l'hypothèque sur un bien immobilier, conduisant les réclamants à obtenir les prêts souhaités sans assurance.

Par ailleurs, en ce qui concerne plus spécifiquement l'examen des demandes d'assurance au 2^{ème} niveau, la Commission de médiation a souhaité clarifier les points suivants :

Examen de 2^{ème} niveau des demandes d'assurance de prêts immobiliers/professionnels

1/ Il s'agit d'une revue individualisée d'un dossier qui a été refusé au préalable au 1^{er} niveau, et ce, quel que soit le traitement du dossier au 1^{er} niveau.

2/ Cette 2^{ème} revue, indépendante de la 1^{ère} revue, permet un 2^{ème} regard plus fin et plus individualisé que le 1^{er} regard opéré lors de la 1^{ère} revue.

3/ Les 1^{er} et 2^{ème} regards peuvent avoir lieu lors de l'étude d'un même contrat d'assurance ou via deux contrats différents (le 1^{er} regard étant alors dédié à un 1^{er} contrat et le 2^{ème} regard à un 2^{ème} contrat).

6) L'assurance décès des prêts à la consommation dédiés ou affectés

La Commission de médiation a compétence pour intervenir auprès des organismes d'assurance qui n'auraient pas accordé aux personnes en risque aggravé de santé une assurance décès de prêt à la consommation affecté ou dédié alors qu'elles remplissaient les conditions d'octroi prévues par la convention AERAS.

Un seul dysfonctionnement à ce dispositif a été remonté à la Commission de médiation. Ce dysfonctionnement concernait un contrat d'assurance qui prévoyait des cas d'exclusion d'anciennes pathologies dans la prise en charge des sinistres alors que → la convention prévoit l'octroi de cette garantie Décès dans des conditions standard (principe confirmé par les membres de la Commission). Suite à la médiation effectuée auprès de l'organisme concerné, ce dernier a répondu que la clause d'exclusion visée avait été supprimée et que, s'agissant des sinistres de personnes ayant adhéré au contrat sous son ancienne version, ladite clause ne leur serait pas opposée. Dans ce cadre, → la Commission de médiation attire l'attention sur la nécessité pour les organismes

d'assurance de tenir à jour l'ensemble de leurs contrats en tenant notamment compte de la dernière version de la convention AERAS.

7) Délégations d'assurance

La Commission de médiation a été saisie de quelques demandes relatives au refus de délégation d'assurance de la part d'établissements de crédit. Ces médiations ont abouti, à plusieurs reprises, à une issue favorable.

La Commission de médiation a toutefois relevé que les démarches engagées par les intéressés auprès des établissements bancaires au titre de la délégation d'assurance étaient parfois contraignantes et chronophages, conduisant, dans certains cas, les réclamants à renoncer à une proposition assurantielle plus favorable, voire à abandonner leur projet immobilier.

8) Garantie Invalidité Spécifique (GIS) AERAS

Suite aux interrogations des réclamants sur la nature de la GIS AERAS, ce qu'elle couvre, son cadre d'application et ses différences par rapport aux garanties Invalidité classiques, la Commission de médiation a souhaité clarifier les points suivants :

GIS AERAS : définition, cadre d'obtention et cadre d'application en cas de sinistre

1/ Elle permet de couvrir une personne en risque aggravé de santé au moment de la signature du contrat d'assurance dès lors qu'elle se retrouverait en situation d'Invalidité Spécifique telle que définie par la convention AERAS, c'est-à-dire dès lors qu'elle se retrouverait, de façon définitive, en incapacité professionnelle totale (à attester par la production d'un titre administratif spécifique⁶) et avec un taux d'incapacité fonctionnelle d'au moins 70% (à attester par le médecin conseil de l'assurance suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires).

2/ Elle peut être proposée en complément d'une garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) avec réserves ou/et d'une garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) avec réserves (les "réserves" s'entendent comme une exclusion d'une ou de plusieurs pathologies spécifiques ou comme une limitation sur toutes les maladies).

3/ Elle doit être étudiée par les assureurs si la garantie Invalidité n'a pas pu être proposée dans les conditions standard.

4/ Elle est en revanche in fine proposée ou refusée par les assureurs en fonction, notamment, des objectifs indicatifs chiffrés fixés en Commission de suivi et de propositions.

5/ Lorsqu'elle est accordée, elle ne comporte aucune exclusion de pathologies autre que celles qui seraient éventuellement prévues dans les conditions générales du contrat.

6/ En cas de sinistre provoquant une invalidité :

6.1/ Si les garanties IPT/IPP avec réserves ont été accordées en complément de la GIS AERAS : l'organisme d'assurance étudiera, dans un 1er temps, la possibilité de prise en

charge du sinistre via ces garanties IPT/IPP avec réserves. Cette prise en charge sera effective (i) si le sinistre ne résulte pas des réserves prononcées à l'admission et (ii) si la situation d'invalidité de l'intéressé correspond à celle définie dans les conditions générales du contrat. Si les conditions de prise en charge via les garanties IPT/IPP avec réserves ne sont pas remplies, l'organisme étudiera, dans un 2^{ème} temps, la possibilité de prise en charge du sinistre via la GIS AERAS ;

6.2/ La prise en charge - via la GIS AERAS - sera effective si les critères d'éligibilité définis aux points 1/ (attestation conforme de l'incapacité professionnelle permanente totale et du taux d'incapacité fonctionnelle permanente > ou = à 70%) et 5/ (le sinistre ne résulte pas des exclusions prévues par les conditions générales du contrat) sont remplis ;

6.3/ Lorsque les critères d'éligibilité à la GIS AERAS sont remplis, les modalités de prise en charge sont celles de la garantie Invalidité standard prévues dans les conditions générales du contrat (versement mensuel de la perte de salaire, versement mensuel du montant de l'emprunt mensuel dû, remboursement du capital restant dû...). La prestation servie sera au minimum indemnitaire en couvrant la perte de revenu de l'assuré.

^α Titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, congé de longue maladie pour les fonctionnaires, notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

9) Garanties alternatives à l'assurance

Plusieurs médiations ont porté sur la prise en compte par les établissements de crédit de garanties alternatives à l'assurance. Ces médiations ont généralement conduit à une issue favorable, les établissements de crédit concernés ayant en fin de compte notamment accepté la délégation du bénéfice de contrats d'assurance vie ou la mise en place d'hypothèque sur des biens immobiliers (cf. ci-dessus le point 5) « Respect des trois niveaux d'examen des demandes d'assurance dans le cadre d'AERAS »).

Au regard de la présentation de ces cas de médiation, il a été observé que les garanties alternatives n'étaient souvent pas des éléments connus par les candidats à l'emprunt, et ce, notamment parce que les conseillers bancaires sollicités n'en ont pas mentionné l'existence. Face à ce constat et de manière plus générale en matière de garanties alternatives à l'assurance, → la Commission de médiation a insisté sur la nécessité pour les conseillers bancaires de communiquer davantage sur l'existence de ces garanties alternatives auprès des candidats à l'assurance. Il est en outre indispensable que ces derniers puissent informer les conseillers en question sur l'ensemble des éventuelles garanties à leur disposition, et ce, le plus tôt possible dans le processus d'emprunt. Enfin, les établissements bancaires sont tenus de prendre en compte ces garanties dès lors qu'elles offrent une sécurité suffisante et qu'elles sont réelles et mobilisables.

10) Processus d'instruction des demandes d'emprunt

La Commission de médiation a compétence lorsqu'un établissement n'a pas respecté le processus d'instruction des demandes d'emprunt prévu par la convention. Elle intervient notamment lorsque le délai de traitement des dossiers par les assurances/banques excède respectivement 3 semaines et 2 semaines. Elle intervient également lorsque la décision de l'assureur ou la réponse – par le médecin conseil – à une demande de raisons médicales à l'origine de cette décision tardent à être envoyées.

Les quelques médiations déclenchées à ce titre ont toutes été présentées à la Commission. Elles ont abouti soit à un rappel des dispositions en matière de délai de traitement soit à l'obtention rapide des raisons médicales à l'origine de la décision notifiée par l'assureur.

11) Divers

La Commission de médiation a été informée qu'un certain nombre de réclamants concernés par l'obésité considéraient que les décisions défavorables d'assurance prises à leur égard (refus ou accord avec surprime ou réserves) relevaient de la discrimination. Les membres de la Commission ont rappelé à cet égard que → ce sont les risques induits par l'obésité – risques qui augmentent d'ailleurs avec l'âge –, et non pas l'obésité en tant que telle, qui peuvent empêcher l'obtention d'une assurance dans des conditions standard.

La Commission a également pris connaissance de cas d'absence d'obtention de prêt bancaire à des personnes en situation d'invalidité. À cet égard, il a été précisé que :

→ La décision d'octroi de crédit dépend principalement de deux paramètres : la capacité de remboursement du client sur la durée du prêt et le « reste à vivre ». La situation d'invalidité en soi ne rentre pas en considération dans l'analyse de ces deux paramètres ;

→ La pension d'invalidité versée par la sécurité sociale est saisissable dans les mêmes conditions que le salaire sous réserve du respect de certaines limites (il existe en effet des limites sur le montant de la pension après saisie selon la catégorie d'invalidité et également des limites sur le montant de la saisie en cas de créances hospitalière) et peut ainsi être prise en compte dans l'évaluation de la solvabilité du candidat à l'emprunt.

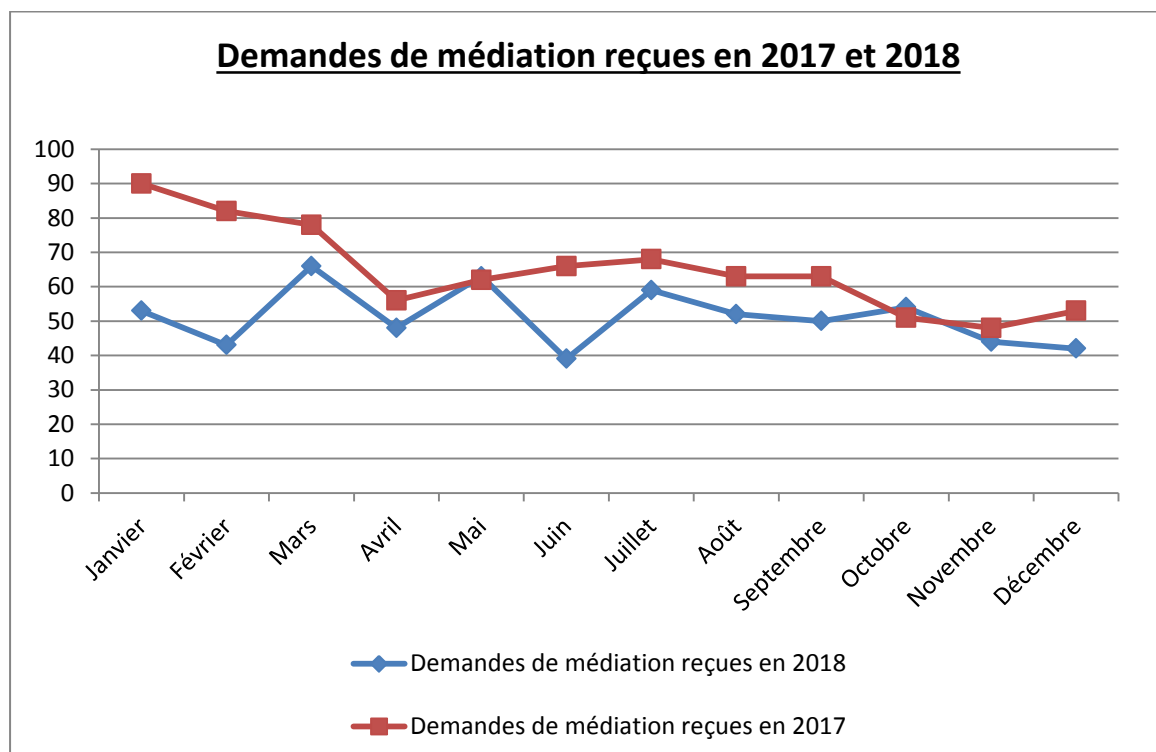
DEUXIÈME PARTIE

BILAN CHIFFRÉ

I) Les demandes de médiation

1) Nature et évolution des demandes de médiation

Au cours de l'année 2018, la Commission de médiation a reçu 613 courriers, un nombre en recul de 21% par rapport à 2017 (780 courriers) :

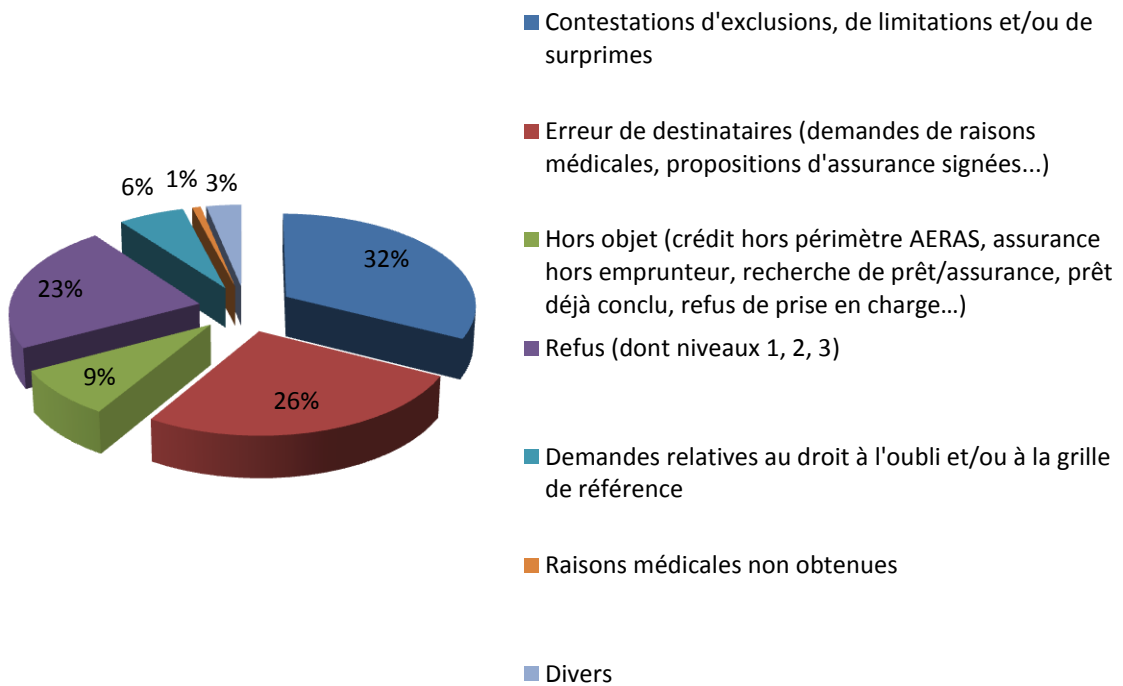


Cette évolution est en ligne avec la baisse (-26%) de la production de crédit à l'habitat observée sur la même période (203 milliards d'euros en 2018 contre 273 milliards d'euros en 2017, données Banque De France).

Avec une moyenne de 52 courriers reçus par mois, les demandes de médiation se répartissent de façon relativement équilibrée tout au long de l'année. On observe toutefois une baisse marquée en juin (39 courriers) ainsi qu'un pic en mars (66 courriers) et mai (63 courriers).

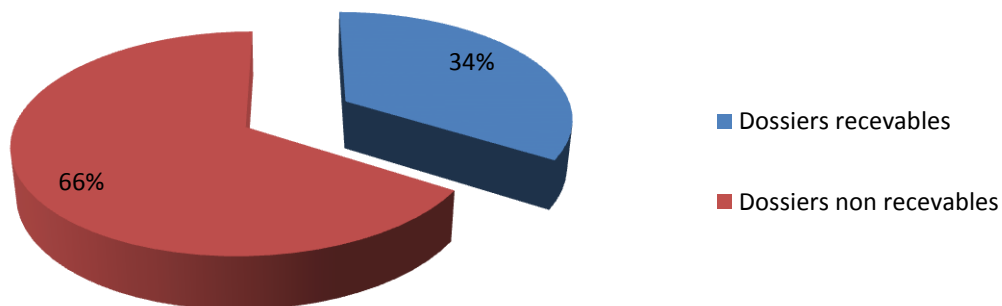
Tout comme en 2017, la plupart des demandes de médiation ont porté sur des contestations d'exclusions, de limitations et/ou de surprimes (32% contre 43% en 2017) ou sur des refus de niveau 1, 2 ou 3 (23% contre 20% en 2017). La part des demandes relatives au Droit à l'oubli ou à la Grille de référence s'est accrue, passant de 2% à 2017 à 6% en 2018. Les saisines adressées par erreur à la Commission de médiation (notamment les courriers de demandes des raisons médicales justifiant les décisions prises par les médecins conseil ou les courriers de transmission de propositions d'assurance signées) représentent encore une part importante dans le total des courriers reçus (26% contre 25% en 2017) :

Nature des demandes de médiation reçues en 2018



Sur les 613 réclamations reçues, 208 (soit 34% du total) ont été qualifiées de recevables :

Répartition des dossiers recevables et non recevables reçus en 2018



Pour précision, les dossiers considérés comme recevables relèvent de deux catégories :

- La première catégorie concerne les dossiers donnant lieu à une **intervention auprès des organismes d'assurance ou des établissements bancaires/sociétés de financement** : il s'agit soit des cas où un manquement à la convention AERAS a été relevé soit des cas pour lesquels il a été identifié un fait marquant susceptible de modifier les décisions prises par les organismes (absence de prise en compte d'éléments médicaux majeurs,

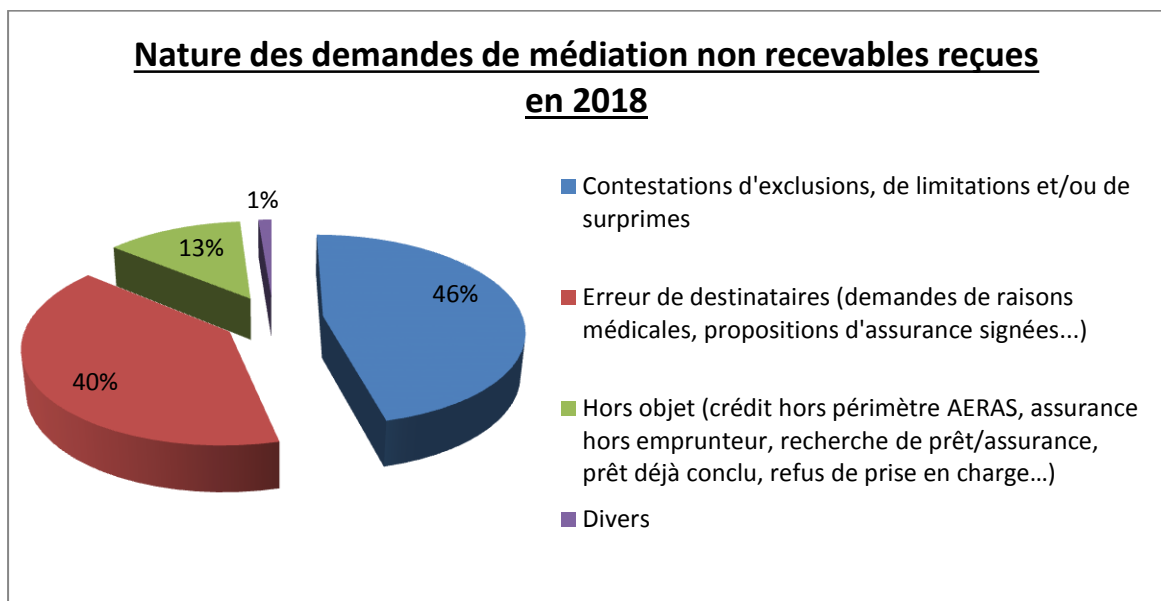
décisions prises par les organismes incohérentes ou en total décalage avec l'état de santé ou la situation financière du candidat...);

- La seconde catégorie porte sur les dossiers pour lesquels des **vérifications sur la base des informations disponibles ou des interventions auprès de tiers autres que les banques/assurances** (BCAC, médecin référent AERAS...) ont été nécessaires pour s'assurer in fine de l'absence de manquement à la convention AERAS puis, éventuellement, de l'absence d'autres leviers de médiation. Les vérifications et interventions visées ici sont notamment celles où l'étude des renseignements collectés a conclu au respect par les banques/assurances des dispositions relatives au Droit à l'oubli, à la Grille de référence ou aux différents niveaux d'examen des demandes d'assurance.²

Les demandes pour lesquelles les interventions et vérifications précitées ne sont pas effectuées sont donc considérées comme non recevables.

2) Les demandes non recevables

405 demandes de médiations non recevables ont été reçues en 2018. Elles ont toutes été réorientées en fonction de la nature de leur irrecevabilité :



➤ Contestations d'exclusions, de limitations et/ou de surprimes

La majorité des demandes non recevables ont porté sur la contestation du niveau des surprimes, la contestation d'exclusions ou de limitations de garanties ou la contestation à la fois du niveau de la surprime et des exclusions ou limitations de garanties (187 cas, soit 46% du total des demandes de médiation non recevables).

² Avant 2018, les dossiers considérés comme recevables relevaient d'un périmètre plus réduit : ils s'agissait uniquement des dossiers ayant donné lieu à une médiation auprès des organismes d'assurance ou des établissements bancaires. Ils n'incluaient pas les dossiers pour lesquels des vérifications sur la base des informations disponibles ou des interventions auprès de tiers autres que les banques/assurances étaient nécessaires pour s'assurer de l'absence de manquement à la convention AERAS puis de l'absence d'autres leviers de médiation.

L'importance de ce type de réclamations tient à de nombreuses raisons : l'absence d'identification concernant l'assureur dans des cas où l'assurance emprunteur est gérée par l'établissement de crédit, le manque de lisibilité de certaines décisions (absence d'indication sur le montant de la prime ou de la surprime, voire sur le taux, par exemple), le caractère peu clair des procédures à suivre en cas de contestation, le sentiment d'incompréhension et d'injustice ressenti par les intéressés (notamment lorsque l'exclusion, voire la limitation de garanties, s'accompagne d'une surprime)... sont autant de raisons qui font que le candidat à l'emprunt et à l'assurance s'adresse à la Commission de médiation dont les coordonnées lui sont fournies dans la décision contestée, sans qu'il ait toujours connaissance du champ précis de compétence de la Commission.

C'est dans ce contexte que la Commission de médiation a continué à s'assurer que les informations relatives à son périmètre d'intervention et fournies aux clients des banques et assurances par les différents organismes n'étaient pas erronées ou susceptibles de prêter à confusion.

Bien que non recevables, ces réclamations ont fait l'objet de lettres adressées, dans des délais très brefs, aux intéressés et signées par le Secrétariat de la Commission de médiation (par ordre de son Président). Ces lettres rappellent le champ de compétence de cette dernière et comportent toutes les informations pouvant être utiles aux réclamants : conditions d'accès au dispositif d'écrêtement des surprimes, possibilité de recourir à d'autres assureurs ou à des garanties alternatives à l'assurance, procédure à suivre pour obtenir les raisons médicales de la décision contestée ou pour éventuellement réviser cette dernière... Les réclamants sont en outre invités à saisir à nouveau la Commission en cas de difficultés relevant de sa compétence.

➤ **Courriers adressés par erreur à la Commission de médiation**

Au cours de l'année de l'année 2018, le nombre de courriers (161) – destinés aux établissements de crédits/sociétés de financement ou aux organismes d'assurance et adressés par erreur à la Commission de médiation – représente une part importante du total des demandes de médiation non recevables (40%). Il s'agit notamment des courriers de transmission de propositions d'assurance signées (courriers que le Secrétariat de la Commission de médiation retransmet soit au réclamant soit à l'organisme d'assurance concerné) ou des courriers de demandes des raisons médicales justifiant les décisions prises par les médecins conseil. S'agissant de ces dernières demandes, des réponses sont systématiquement adressées aux candidats afin de leur rappeler le périmètre d'intervention de la Commission et de les réorienter vers les médecins conseils à l'origine des décisions notifiées. Ces réponses incluent également d'autres éléments d'informations pouvant être utiles aux réclamants (possibilité de recourir à la délégation d'assurance ou aux garanties alternatives notamment).

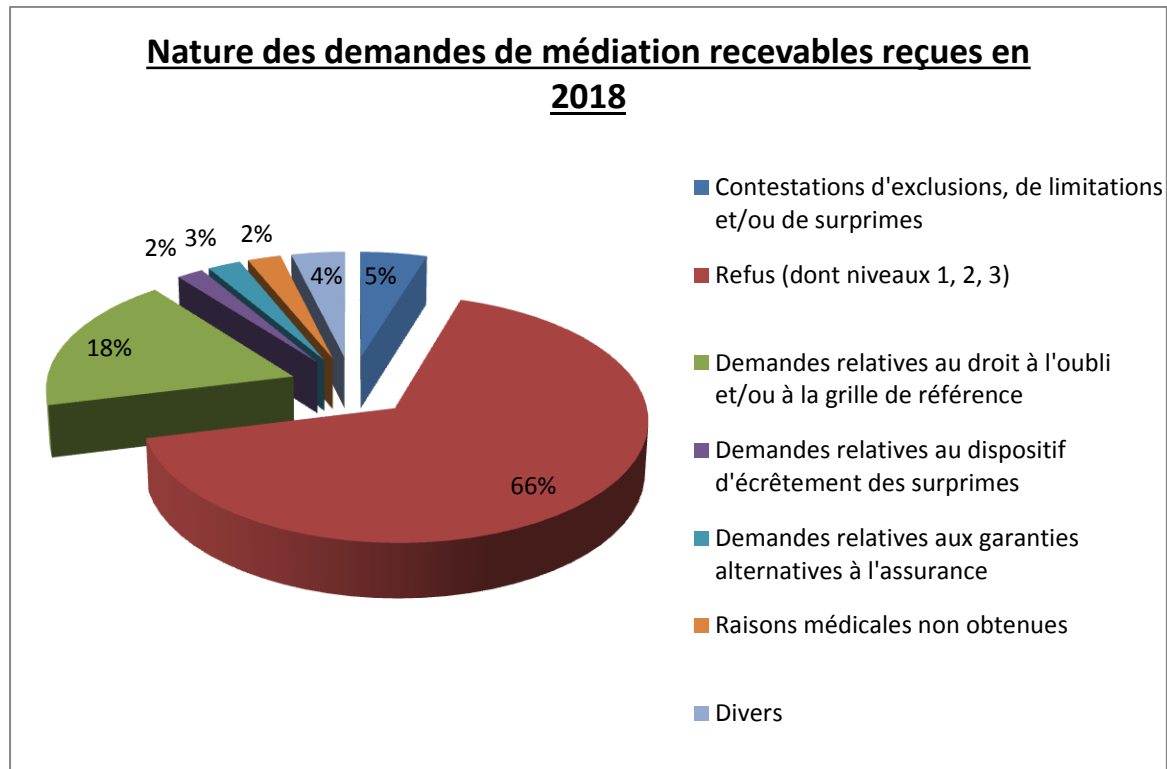
➤ **Autres demandes**

Les autres courriers non recevables ont principalement porté sur des refus de prise en charge de sinistres (26 cas, soit 6,4% des réclamations non recevables), sur des prêts déjà conclus (9 cas, soit 2,2% des réclamations non recevables), sur des contrats d'assurance ne relevant pas du périmètre couvert par la convention AERAS (8 cas, soit 2% des

réclamations non recevables) et sur des demandes d'assurance ou de prêt (7 cas, soit 1,7% des réclamations non recevables).

3) Les demandes recevables

208 demandes de médiation recevables ont été reçues en 2018. L'objet de ces demandes était varié :



➤ Contestations de refus d'assurance

Les contestations de refus d'assurance – notamment après des examens en 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} niveaux – représentent 66% des demandes de médiation recevables.

Bien que la plupart ne fassent pas l'objet d'interventions auprès des banques/assurances, ces contestations sont classées comme recevables dans la mesure où elles font systématiquement l'objet (1) de vérifications d'absence de dysfonctionnements quant à l'application de la convention AERAS puis (2) de recherches d'éventuels autres leviers de médiation. En particulier, s'agissant des prêts immobiliers ou professionnels, le Secrétariat de la Commission de médiation s'assure que :

- En cas de refus d'assurance au 1^{er} niveau d'examen, un 2^{ème} niveau d'étude est prévu ou a été effectué ;
- En cas de refus d'assurance au 2^{ème} niveau d'examen et sous réserve que (1) l'encours de prêts à assurer (hors prêts relais s'agissant des financements immobiliers liés à la résidence principale et après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie s'agissant des autres prêts immobiliers et des prêts professionnels) n'excède pas 320.000 EUR et que (2) l'échéance du contrat d'assurance demandé intervienne avant le 71^{ème} anniversaire

de l'emprunteur, un 3^{ème} niveau d'étude est prévu ou a été effectué. Pour cela, le BCAC est régulièrement consulté.

Les dysfonctionnements relevés à la suite des vérifications opérées ont concerné 11% des contestations de refus d'assurance. La nature de ces dysfonctionnements était très variée. Il a en effet tout d'abord été identifié des cas pour lesquels, contrairement aux informations comprises par les réclamants concernés, la demande d'assurance était toujours en cours (il s'agissait notamment de cas où le BCAC n'avait pas encore rendu sa position). Il a également été identifié des situations où la convention AERAS n'était pas appliquée de façon conforme, ce qui a conduit à la mise en œuvre de médiations auprès des banques/assurances concernées. Les manquements à la convention ainsi relevés étaient les suivants : absence de revue de demandes d'assurance à un 2^{ème} niveau – compte tenu notamment d'un bug informatique –, revue inappropriée effectuée au 2^{ème} niveau avec la prise en compte d'éléments de santé inexacts, absence de communication par courrier des décisions prises par l'assureur, incohérences entre les décisions prises par le BCAC et les décisions in fine communiquées par les organismes d'assurance sollicités, absence de communication par les organismes d'assurance d'un changement de décision du BCAC ou des documents requis par ce dernier en vue d'une étude complète du dossier, délai de traitement de la demande d'assurance supérieur au délai requis par la convention et acceptation tardive par une banque de la délégation d'assurance.

➤ **Demandes relatives au Droit à l'oubli ou à la Grille de référence**

Représentant 18% des réclamations recevables (soit 38 cas), les demandes de médiation relatives au Droit à l'oubli ou à la mise en œuvre de la Grille de référence ont fait l'objet d'un suivi particulièrement attentif de la part de la Commission de médiation (cf. Troisième Partie).

➤ **Contestations d'exclusions, de limitations et/ou de surprimes**

Bien que la Commission de médiation ne soit pas une instance d'appel des décisions d'assurance, 10 contestations (soit 5% des réclamations recevables) d'exclusions, de limitations de garanties et/ou de surprimes ont été considérées comme recevables – en raison de la communication de nouveaux éléments de santé, de l'incohérence de la décision notifiée, d'une forte suspicion d'erreur ou lorsque les exclusions/limitations/surprimes sont telles que la banque refuse de prêter (notamment en raison du dépassement du taux d'usure) et qu'il existe des garanties alternatives à l'assurance permettant d'obtenir un prêt sans assurance – et ont donc fait l'objet de médiations auprès des organismes concernés.

➤ **Autres demandes**

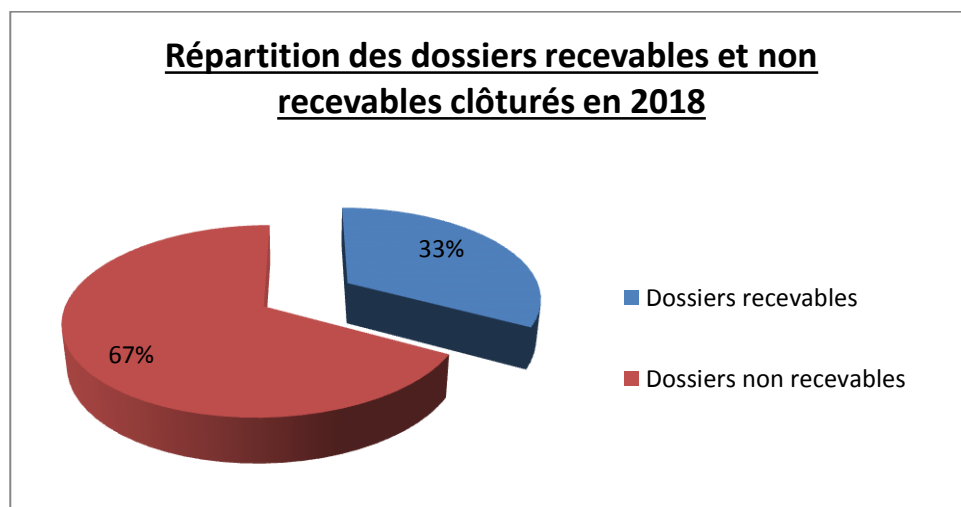
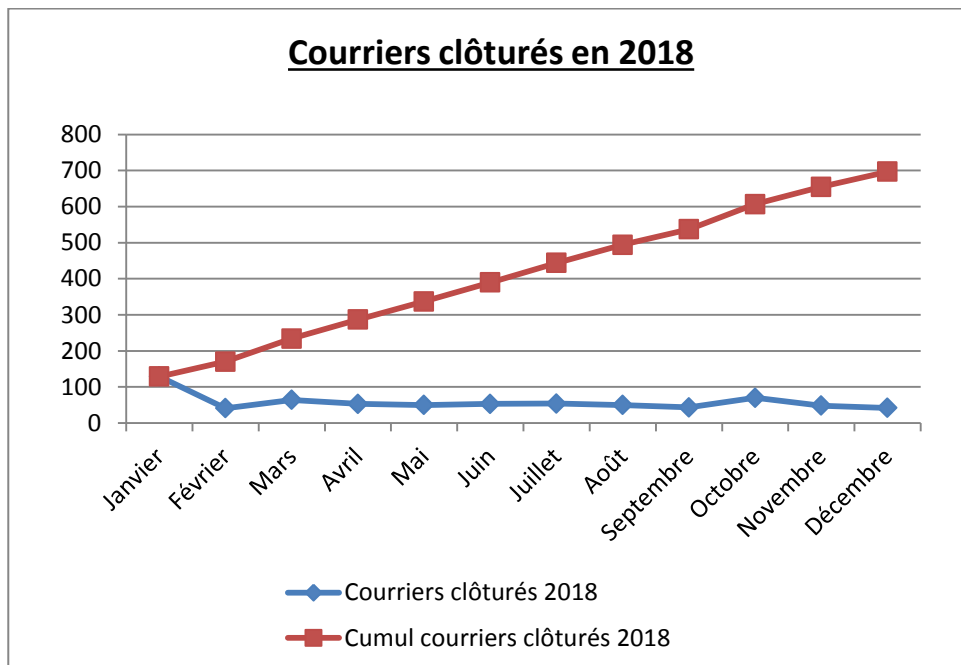
3% des demandes de médiation recevables étaient relatives à la mise en œuvre de garanties alternatives à l'assurance. Les garanties alternatives proposées étaient en général la délégation du bénéfice d'un contrat d'assurance vie ou une hypothèque sur un bien immobilier. Ces demandes ont toutes conduit à une médiation auprès des banques sollicitées.

Les demandes relatives au dispositif d'écrêtement des surprimes représentent 2% des demandes de médiation recevables. Elles ont toutes fait l'objet d'une médiation auprès des organismes d'assurance concernés.

2% des demandes de médiation recevables étaient relatives au retard dans l'envoi des raisons médicales à l'origine de décisions d'assurance. Pour les cas visés, une médiation a systématiquement été déclenchée auprès des médecins conseil concernés.

II) Les médiations

Sur les 697 demandes de médiation clôturées en 2018, 33% étaient recevables et ont donc fait l'objet d'une médiation (soit 229 demandes). Dans le cadre de ces médiations, le nombre d'interventions effectuées auprès des banques/assurances s'élèvent à 48, soit 7% des dossiers clôturés :



1) La phase de « pré-médiation »

Les demandes de médiation a priori recevables ont été instruites par le Secrétariat de la Commission, sous l'autorité de son président, en privilégiant d'abord le contact direct avec les intéressés pour un meilleur accompagnement dans la démarche d'emprunt et d'assurance, l'objectif principal étant de parvenir à une analyse complète du dossier dans des délais compatibles avec la réalisation du projet individuel.

Ainsi, dans la plupart des cas, l'instruction de ces réclamations a débuté par un entretien téléphonique avec l'intéressé, ce qui a permis de faire le point sur les démarches effectuées jusque-là et d'obtenir les précisions et les documents nécessaires à une éventuelle intervention auprès de l'organisme concerné. En effet, un nombre important de réclamations parviennent à la Commission de médiation dépourvues des précisions et documents indispensables à leur analyse ou à leur traitement.

Une fois les informations complémentaires obtenues et dès lors que la nécessité d'intervenir auprès des organismes bancaires et d'assurance était confirmée, ces derniers ont été saisis de la demande de médiation.

Les dossiers, qui n'ont pas donné lieu à intervention auprès des banques/assurances mais qui ont toutefois nécessité des vérifications, sur la base des informations disponibles, ou des interventions auprès de tiers (BCAC, médecin référent AERAS...) pour conclure au respect de la convention, ont été considérés comme faisant l'objet d'une médiation. Les réclamants concernés ont systématiquement fait l'objet d'un courrier dans lequel il leur était proposé plusieurs réorientations possibles (demande de raisons médicales ou de révision de décisions d'assurance à adresser auprès du médecin conseil de l'organisme d'assurance sollicité, délégation d'assurance, garanties alternatives à l'assurance).

2) Le déroulement des médiations donnant lieu à intervention auprès des organismes bancaires et d'assurance³

Selon l'urgence du dossier, les échanges avec les organismes ont eu lieu soit par téléphone soit par courriel soit par courrier. Ce dernier moyen d'échange était utilisé lorsque les délais le permettaient ou quand la position de l'organisme devait être clarifiée ou confirmée.

Dans le cadre de ces médiations, les représentants des banques et des assurances au sein de la Commission ont continué à apporter un appui efficace au Secrétariat de la Commission, notamment en termes d'expertise sur des sujets complexes ou en cas de retard dans les réponses demandées aux organismes.

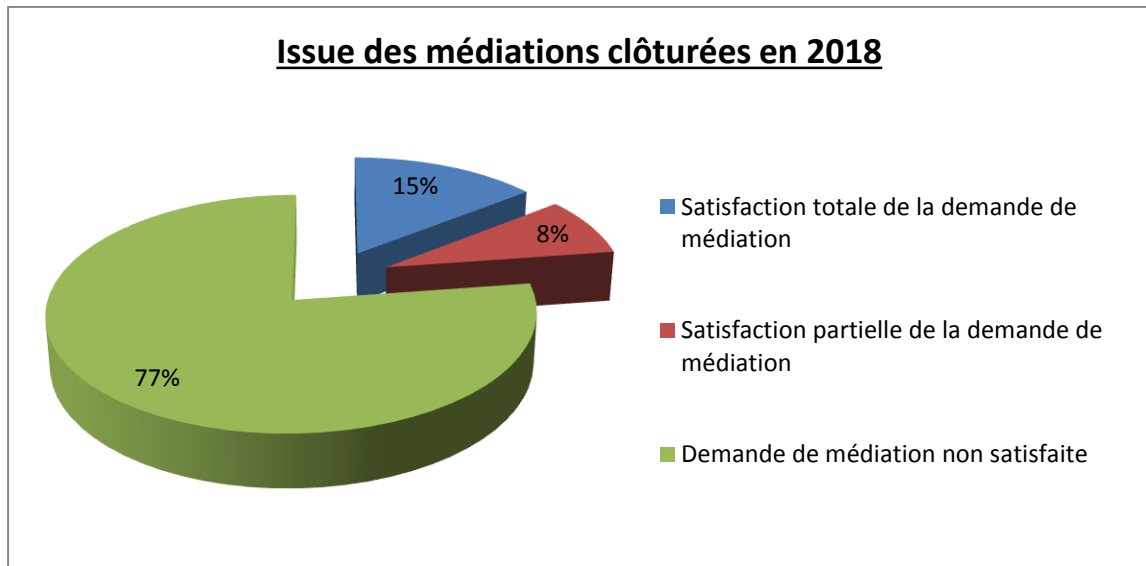
Une fois l'instruction des médiations considérée comme aboutie, les projets de lettres de clôture de médiation sont soumis au Président de la Commission et – dans les cas les plus délicats, notamment lorsque la question soulevée pose un problème d'interprétation des

³ Les interventions auprès des banque/assurances s'inscrivent dans un processus plus global de traitement des demandes de médiation (ou des autres demandes) décrit en annexe.

dispositions de la convention – à la consultation de la Commission de médiation elle-même.

Une lettre de clôture de la médiation signée par le Président de la Commission est ensuite adressée aux demandeurs concernés pour leur faire part du résultat de la médiation.

3) *Le résultat des médiations*



➤ **Les médiations dont la demande a été satisfaite**

Sur les 229 médiations clôturées en 2018, satisfaction a été donnée en tout ou en partie aux demandeurs dans 23% des cas (52 dossiers). Les médiations ainsi opérées ont permis d'aboutir aux issues favorables suivantes :

- Réduction voire suppression des surprimes, en particulier dans le cadre de l'application des dispositifs relatifs à l'écrêtement des surprimes, au Droit à l'oubli et à la Grille de référence,
- Extension du périmètre de couverture des garanties (obtention notamment de la GIS AERAS) voire suppression de toutes les exclusions et limitations initialement notifiées, en particulier dans le cadre de l'application des dispositifs relatifs au Droit à l'oubli et à la Grille de référence,
- Accès à l'assurance après un refus ou ajournement (de 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} niveau), notamment dans le cadre de l'application du Droit à l'oubli et de la Grille de référence,
- Obtention des raisons médicales à l'origine de décisions d'assurance,
- Promesse de réexamen de décisions de banque ou d'assurance dans l'attente, le cas échéant, de documents médicaux/financiers complémentaires,

- Obtention des décisions d'assurance (avec, s'agissant des refus d'assurance de prêts immobiliers ou professionnels, l'information sur le niveau d'étude auquel la décision a été rendue et, le cas échéant, la justification de l'absence de revue du dossier au 3^{ème} niveau),
- Octroi de l'assurance Décès d'un crédit à la consommation dans les conditions prévues par la convention,
- Prêt accordé avec restriction de garantie et/ou surprimes,
- Prêt accordé sans assurance mais avec des garanties alternatives à l'assurance (en général, il s'agissait du nantissement d'un contrat d'assurance vie ou d'une hypothèque sur un bien immobilier),
- Prêt accordé sans assurance et sans garanties alternatives à l'assurance,
- Délégation d'assurance accordée par la banque,
- Solvabilité du candidat à l'emprunt validée par la banque,
- Explications fournies suite aux demandes de renseignements au sujet des dispositifs prévus par la convention (notamment en matière de revue de demandes d'assurance sur plusieurs niveaux, de Droit à l'oubli, de Grille de référence et de GIS AERAS),
- Explications fournies aux réclamants suite à la mauvaise compréhension des dispositifs prévus par la convention,
- Rappel auprès de plusieurs banques/assurance de la nécessité de se conformer aux dispositions prévues par la convention (notamment en matière de délai de traitement des dossiers, de communication sur l'existence et le contenu de la convention AERAS et de dispositifs relatifs à l'écrêtement des surprimes, au Droit à l'oubli et à la Grille de référence).

➤ **Les médiations dont la demande n'a pas été satisfaite**

Dans 77% des cas (177 dossiers), la demande de médiation n'a pas été satisfaite : les positions initiales des différents organismes concernés étant, après vérification, conformes aux dispositions de la convention AERAS. Sur l'ensemble de ces cas, il a ainsi été conclu les éléments suivants :

- Les refus d'assurance contestés s'inscrivaient dans un processus en ligne avec le dispositif de revue sur plusieurs niveaux mis en place par la convention : il s'agissait en effet soit de refus prononcés au 1^{er} niveau en attente d'une étude en 2^{ème} niveau soit de refus prononcés au 2^{ème} niveau en attente d'une étude au 3^{ème} niveau soit de refus prononcés en 2^{ème} niveau non éligible au 3^{ème} niveau en raison du montant du prêt assuré ou/et de l'âge de l'emprunteur en fin de contrat d'assurance ;
- S'agissant des dysfonctionnements signalés en matière de Droit à l'oubli, il est apparu que le dispositif afférent était appliqué de façon conforme par les organismes concernés. Les refus, surprimes ou/et exclusions/limitations de garanties initialement notifiés ont ainsi été maintenus généralement soit parce que la pathologie à l'origine de ces conditions

d'assurance n'était pas cancéreuse soit parce que le délai post-protocole thérapeutique n'était pas suffisant soit parce que les conditions en termes de nature de prêt, de montant assuré ou de durée de contrat d'assurance n'étaient pas remplies (cf. Troisième Partie) ;

- S'agissant des dysfonctionnements rapportés concernant l'application de la Grille de référence, il est apparu que le dispositif afférent mis en place par les organismes visés était en ligne avec le dispositif conventionnel. Les refus, surprimes ou/et exclusions/limitations de garanties initialement notifiés ont ainsi été maintenus généralement soit parce que la pathologie à l'origine de ces conditions d'assurance n'était pas mentionnée par la Grille soit parce que les critères listés, notamment en termes de stade de référence ou de délais d'accès, n'étaient pas remplis soit parce que les conditions plus générales en matière de nature de prêt, de montant assuré ou de durée de contrat d'assurance n'étaient pas satisfaites (cf. Troisième Partie) ;

- S'agissant des dysfonctionnements signalés en matière d'écrêtement des surprimes, il est apparu que le dispositif afférent était conforme à la convention. Les surprimes initialement appliquées ont ainsi été maintenues soit parce que les conditions requises en termes de revenus, d'âge, de nature et de montant de prêts assurés n'étaient pas remplies soit parce que les surprimes appliquées restaient inférieures aux plafonds instaurés par la convention ;

- Les surprimes ou/et exclusions/limitations de garanties contestées (en dehors du cadre relatif au Droit à l'oubli, à la Grille de référence et au dispositif d'écrêtement des surprimes) n'ont pas été modifiées par les organismes sollicités, leurs décisions étant en effet à la fois conforme à la convention AERAS et en ligne avec leur propre politique commerciale et de gestion des risques ;

- Les dépassements de délais signalés dans le traitement des dossiers n'ont pas été confirmés, les organismes d'assurance et les établissements bancaire visés ayant respectivement tenu leur délais des 3 et 2 semaines avant de rendre leurs décisions ;

- Les refus – prononcées par les banques en matière de délégation d'assurance et ayant fait l'objet de contestations – étaient finalement conformes à la convention compte tenu de l'absence d'équivalence du niveau de garantie requis (le niveau de garantie requis étant en général celui du contrat Groupe auquel la banque a souscrit) ;

- Les refus par les banques des garanties alternatives à l'assurance restaient conformes à l'esprit de la convention dans la mesure où la nature et/ou la valeur de ces garanties n'étaient qualifiées de suffisantes par les banques.

TROISIÈME PARTIE

LE DROIT À L'OUBLI ET LA GRILLE DE RÉFÉRENCE

I) Contexte

L'avenant du 2 septembre 2015 à la convention AERAS révisée a introduit, sous certaines conditions, la notion de « Droit à l'oubli » pour les anciens malades du cancer. Ce Droit à l'oubli assure à ces personnes, passé certains délais et sous réserve de satisfaire à plusieurs autres conditions, de ne plus avoir à déclarer leur ancien cancer lors de la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur et de ne se voir appliquer aucune exclusion de garanties ou surprime du fait de ce cancer même s'il a été déclaré.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé le dispositif relatif au Droit à l'oubli en réduisant le délai au terme duquel aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses passées ne peut être demandée par les organismes assureurs.

La prochaine version de la convention AERAS (prévue au printemps 2019) intégrera ces nouveaux délais, appliqués par les assureurs depuis l'entrée en vigueur de la loi, et précisera les autres conditions d'accès audit dispositif.

L'avenant précité a également introduit une Grille de référence venant compléter le dispositif du Droit à l'oubli. En effet, cette Grille liste les pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies) à déclarer et pour lesquelles l'assurance est accordée, dans des délais moindres que ceux prévus par le dispositif du Droit à l'oubli s'agissant des pathologies cancéreuses, aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, sans surprime ni exclusion de garanties ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard, sous réserve de répondre à plusieurs critères/conditions.

Entrée en vigueur le 4 février 2016, la Grille de référence a fait l'objet de plusieurs actualisations. Sa dernière version, qui date du 16 juillet 2018, a inclus de nouvelles pathologies (cancer du rein, leucémies, tumeur cérébrale, cancer de la prostate, mucoviscidose et hépatite C), ce qui a permis d'accroître le nombre de personnes assurables au sein de la population présentant un risque aggravé de santé.

II) Fonctionnement

Les dispositions concernant le Droit à l'oubli et la Grille de référence, comme leurs évolutions, sont élaborées par un groupe de travail dénommé « droit à l'oubli et grille de référence AERAS » puis approuvés par la Commission de suivi et de propositions. Elles sont in fine reprises dans un document d'information élaboré par la même Commission de suivi et de propositions. Ce document est obligatoirement remis, simultanément au questionnaire de santé, aux personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le champ de la convention AERAS.

Les mises à jour de ces dispositions (et notamment celles relatives à la nature des pathologies visées ainsi que celles concernant les délais à compter desquels les dispositifs s'appliquent) sont établies en tenant compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles sur certaines pathologies. La mise à jour des questionnaires de santé, consécutives à ces actualisations, doit être effectuée dans un délai de 3 mois.

1) Droit à l'oubli

Le Droit à l'oubli assure aux anciens malades du cancer, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions listées ci-dessous, de ne se voir appliquer aucune surprime ni exclusion de garanties du fait de ce cancer.

Plus précisément, aucune information médicale relative à une pathologie cancéreuse n'a à être déclarée ou ne peut être sollicitée par l'assureur dès lors que le protocole thérapeutique relatif à cette pathologie est achevé depuis plus de 10 ans (la fin du protocole thérapeutique étant 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 ; la rechute étant ici entendu comme toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie). Pour les cancers diagnostiqués jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, ce délai est ramené à 5 ans. Si le candidat à l'assurance fait état d'informations médicales relatives à une pathologie éligible au Droit à l'oubli, l'assureur ne doit pas en tenir compte.

Ledit candidat est en outre invité à se rapprocher de son médecin afin que ce dernier valide la nature cancéreuse de sa pathologie ainsi que le délai requis post-protocole thérapeutique.

Ce dispositif s'applique lorsque les 3 conditions suivantes sont réunies au préalable⁴ :

- La demande d'assurance concerne la couverture de prêts immobiliers ou de prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;
- S'agissant des demandes d'assurance de prêts immobiliers liés à la résidence principale, le montant à assurer – hors opérations de crédits relais – n'excède pas 320.000 euros. S'agissant des demandes d'assurance de prêts immobiliers sans lien avec la résidence principale ou des demandes d'assurance de prêts professionnels, le montant à assurer n'excède pas 320.000 euros après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie ;
- L'échéance du contrat d'assurance demandé intervient avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

Les autres pathologies et facteurs de risque, en lien ou non avec la pathologie couverte par le Droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et feront l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telles.

2) Grille de référence

La Grille de référence liste les pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques) à déclarer et pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de conclure qu'une assurance emprunteur (Décès-PTIA-Incapacité-Invalidité) peut être accordée, dans un délai inférieur aux délais des 5 et 10 ans prévus par le dispositif du Droit à l'oubli s'agissant des pathologies cancéreuses, aux malades ou

⁴ La prochaine version de la convention AERAS prévoit d'élargir le périmètre des prêts concernés par le Droit à l'oubli aux prêts à la consommation dédiés ou affectés. Elle prévoit également de supprimer la condition relative au plafond en termes de montant assuré.

anciens malades, qui en ont souffert ou en souffrent, sans surprime ni exclusion liée à la pathologie identifiée dans la liste ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard, sous réserve de satisfaire à plusieurs critères/conditions.

➤ **Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard**

Dans sa 1^{ère} partie, la Grille de référence dresse la liste des pathologies à déclarer à l'assureur et pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de conclure qu'une assurance emprunteur peut être accordée aux anciens malades, qui en ont souffert, sans surprime ni exclusion liée à la pathologie identifiée dans la liste.

Outre la nature des pathologies visées, elle dresse également leurs caractéristiques précises (notamment les types histologiques et les stades de référence) ainsi que les délais à compter desquels de telles assurances sont accordées.

➤ **Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard**

Dans sa 2^{ème} partie, la Grille de référence liste les pathologies à déclarer à l'assureur et pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de conclure qu'une assurance emprunteur peut être accordée, aux malades ou anciens malades, qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions se rapprochant des conditions standard.

Elle précise ainsi, par pathologie, (i) la définition précise de ces pathologies, (ii) les conditions d'acceptation et les surprimes maximales applicables par garantie (Décès, PTIA et GIS AERAS) ainsi que (iii) les délais à compter desquels de telles assurances sont accordées.

➤ **Éléments communs à l'ensemble des dispositifs prévus par la Grille de référence**

Les dispositifs d'accès à l'assurance dans des conditions standard ou dans des conditions de rapprochant des conditions standard s'appliquent lorsque les 3 conditions suivantes sont réunies au préalable :

- La demande d'assurance concerne la couverture de prêts immobiliers ou de prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;
- S'agissant des demandes d'assurance de prêts immobiliers liés à la résidence principale, le montant à assurer – hors opérations de crédits relais – n'excède pas 320.000 euros. S'agissant des demandes d'assurance de prêts immobiliers sans lien avec la résidence principale ou des demandes d'assurance de prêts professionnels, le montant à assurer n'excède pas 320.000 euros après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie ;
- L'échéance du contrat d'assurance demandé intervient avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

Concernant les délais à compter desquels ces dispositifs s'appliquent, la date de référence à partir de laquelle ils courent est soit la fin du protocole thérapeutique pour les pathologies cancéreuses soit la date de référence adaptée à chaque autre type de pathologie.

Par ailleurs, le service médical de l'organisme d'assurance sollicité a la possibilité de demander des informations complémentaires afin de pouvoir vérifier si les conditions/critères précis énumérés par la Grille sont bien remplis, conditions/critères que le candidat à l'assurance pourra au préalable faire valider par son médecin (recommandé).

III) Les demandes de médiation clôturées en 2018

En 2018, 40 médiations relatives au Droit à l'oubli ou à la Grille de référence ont été clôturées.

Sur ces 40 médiations, 34 dossiers ont été réglés par la Commission de médiation et son Secrétariat après vérification auprès du médecin référent de la cellule AERAS ou à partir de la documentation disponible. Dans le cas de ces médiations, il est apparu que la position suivie par les assureurs concernés était en ligne avec la convention AERAS.

6 médiations ont conduit à des interventions spécifiques auprès des assureurs concernés.

1) Médiations relatives au Droit à l'oubli

En 2018, 20 médiations relatives au Droit à l'oubli ont été clôturées. Dans la plupart des cas, les réclamants s'étaient vu prononcer soit un refus d'assurance soit des surprimes ou/et des exclusions/limitations de garanties compte tenu de leur ancienne pathologie cancéreuse (cancers du côlon, cancer du sein, cancer de la prostate, liposarcome, mélanome...) et souhaitaient obtenir une assurance sans qu'il ne soit pas appliqué de surprimes ni d'exclusions/limitations de garanties du fait de ces cancers, conformément au dispositif prévu par le Droit à l'oubli.

Sur ces 20 médiations, 18 ont pu être traitées directement par la Commission de médiation et son Secrétariat compte tenu des raisons suivantes :

- La pathologie à l'origine des refus/surprimes/exclusions/limitations n'était pas cancéreuse (il s'agissait notamment d'AVC, de malformations cardiaques ou de rectocolite hémorragiques) ;
- Le délai post-protocole thérapeutique n'était pas atteint ;
- Les conditions en termes de nature de prêt (il s'agissait notamment de prêts à la consommation⁵), de montant assuré⁶ ou de durée de contrat d'assurance n'étaient pas remplies ;
- Les conséquences de l'ancien cancer éligible au Droit à l'oubli (notamment les ALD) ne relevaient pas du Droit à l'oubli ;
- La souscription au contrat d'assurance a été réalisée avant 2015, soit avant la mise en œuvre du Droit à l'oubli.

S'agissant de ces 18 médiations, les refus, surprimes et/ou exclusions/limitations de garanties initialement prononcés par les assureurs ont ainsi été maintenus.

⁵ En 2018 et jusqu'à la publication de la prochaine version de la convention AERAS, les prêts à la consommation affectés ou dédiés ne sont pas couverts par le Droit à l'oubli.

⁶ En 2018 et jusqu'à la publication de la prochaine version de la convention AERAS, il existe un plafond en termes de montant assuré pour pouvoir bénéficier du dispositif relatif au Droit à l'oubli.

Les 2 médiations ayant donné lieu à des interventions spécifiques auprès des organismes d'assurance concernés se sont soldées par une issue favorable aux demandeurs, conduisant les réclamants à être complètement satisfaits de leur demande de médiation :

Cas	Contexte	Action de la Commission de médiation	Issue de la médiation
1	<p>- L'intéressée a souscrit à une assurance emprunteur en 2013.</p> <p>- Elle souhaitait une nouvelle instruction de son dossier afin de bénéficier du dispositif relatif au Droit à l'oubli : la fin du traitement thérapeutique associé à son ancienne pathologie cancéreuse datait en effet de plus de 10 ans (2007).</p>	<p>Il a été demandé, dans un courriel envoyé à l'organisme d'assurance, de ne pas prendre en compte, dans la nouvelle évaluation des risques, les informations relatives à l'ancienne pathologie cancéreuse de l'intéressée : ces informations, qui avaient été communiquées lors de la demande initiale d'adhésion en 2013, faisaient en effet désormais l'objet d'un Droit à l'oubli.</p>	<p>Les conditions d'assurance appliquées en 2013 ont été révisées, l'intéressée bénéficiant désormais d'une assurance emprunteur sans exclusion ni surprime liée à son ancienne pathologie cancéreuse.</p>
2	<p>Alors que le protocole thérapeutique effectué pour le traitement d'un cancer du réclamant était achevé depuis plus de 10 ans, l'organisme d'assurance, qui avait eu connaissance de l'existence de cette pathologie via des documents relatifs à une autre pathologie, a réclamé auprès de l'intéressé des documents complémentaires afin de s'assurer du respect des critères d'éligibilité au Droit à l'oubli. À la suite du refus par la réclamante d'envoyer ces informations, l'organisme d'assurance a refusé sa demande de souscription.</p>	<p>Un courrier, à la signature du Président de la Commission de médiation, a été envoyé à l'organisme d'assurance. Ce courrier rappelait les dispositions prévues dans le cadre du Droit à l'oubli et invitait l'organisme à réviser sa position en acceptant l'adhésion de l'intéressée à un contrat d'assurance emprunteur dans des conditions qui ne prendraient pas en compte sa pathologie couverte par la Droit à l'oubli.</p>	<p>L'assureur a proposé un contrat d'assurance emprunteur ne prenant pas compte, dans sa tarification, la pathologie relative au Droit à l'oubli.</p>

2) Médiations relatives à la Grille de référence

En 2018, 20 médiations portant sur le dispositif relatif à la Grille de référence ont été clôturées. Dans la plupart des cas, les réclamants s'étaient vu prononcer soit un refus d'assurance soit des surprimes ou/et des exclusions/limitations de garanties compte tenu d'une pathologie, ancienne ou pas, listée par la Grille (la majorité des demandes concernaient les pathologies suivantes : cancer du rein, mélanome, cancer du côlon, cancer du sein, lymphome de Hodgkin, VIH, hépatite C, mucoviscidose). L'objet des saisines était donc d'obtenir une assurance – dans des conditions standard ou s'en rapprochant – ou, dans les cas où une assurance avait été proposée, de réduire voire de supprimer la surprime ou/et l'exclusion/limitation imposées, conformément au dispositif prévu en la matière.

Sur ces 20 médiations, 16 n'ont pas nécessité d'intervention spécifique auprès des organismes d'assurance concernés compte tenu des raisons suivantes :

- La pathologie à l'origine des refus/surprimes/exclusions/limitations n'était pas listée dans la Grille. Il en a été notamment ainsi pour les réclamants ayant souffert de cancers du rein ou de la peau et dont la demande d'adhésion au contrat d'assurance a été effectuée avant le 16 juillet 2018 : en effet, la Grille de référence publiée avant cette date n'intégrait pas ces 2 pathologies ;
- Le délai d'accès à l'assurance n'était pas atteint : cela a été particulièrement observé s'agissant des réclamations relatives aux cancers du sein ou aux mélanomes (le délai post-protocole thérapeutique de 1 an n'était pas atteints) ou encore en ce qui concerne les réclamations afférentes aux cancers du rein ou aux lymphomes Hodgkiniens (les délais respectifs post-protocoles thérapeutiques des 6/8 et 6 ans n'étaient pas non plus atteints) ;
- Le stade de référence était supérieur au stade requis. Ce constat a été particulièrement relevé lorsque la demande de médiation portait sur un carcinome canalaire : il ne s'agissait pas en effet de carcinome canalaire « in situ strict » ou dont la zone de micro-invasion était inférieure au 1 mm requis. Plusieurs cas de cancers du côlon ou de mélanomes étaient également concernés par le dépassement des stades requis ;
- Les critères très précis de la pathologie, autres que ceux relatifs au délai d'accès à l'assurance ou au stade de référence, n'étaient pas entièrement satisfaits. Les pathologies les plus concernées par ce constat étaient le VIH, l'hépatite C, la mucoviscidose et le cancer du rein ;
- Les conditions plus générales en termes de nature de prêt, de montant assuré ou de durée de contrat d'assurance n'étaient pas remplies.

S'agissant de ces 16 médiations, les refus, surprimes et/ou exclusions/limitations de garanties initialement prononcés ont ainsi été maintenus.

Les 4 médiations ayant donné lieu à des interventions spécifiques auprès des organismes d'assurance se sont toutes soldées par une issue favorable aux demandeurs, conduisant les réclamants à être complètement satisfaits de leur demande de médiation :

Cas	Contexte	Action de la Commission de médiation	Issue de la médiation
1	<ul style="list-style-type: none"> - Le réclamant s'est vu appliquer une surprime de 50% par l'assureur compte tenu d'un cancer de la thyroïde survenu en 2013. - Or, ce cancer de la thyroïde répondait bien aux critères définis par la Grille de référence : le cancer papillaire était de stade I, il avait été diagnostiqué avant 45 ans (l'intéressé avait 36 ans au moment du diagnostic) et le protocole thérapeutique était achevé depuis plus de 3 ans (le protocole était en effet achevé depuis presque 5 ans). 	Un courriel, dans lequel il a été demandé d'appliquer le dispositif relatif à la Grille de référence de façon conforme, a été envoyé à l'assureur.	L'assureur a proposé un nouveau contrat d'assurance sans surprime du fait de ce cancer de la thyroïde.
2	- La réclamante s'est vu appliquer une surprime par l'assureur compte tenu d'un ancien cancer	Il a été demandé à l'organisme d'assurance, par courriel, d'appliquer le	L'organisme a pris note de l'éligibilité de l'intéressée au

	<p>du sein (carcinome canalaire in situ de haut grade, étendu) traité en 2012.</p> <p>- Or, ce cancer du sein faisait bien partie des cas mentionnés par le Grille de référence dans la mesure où il correspondait au cas plus général du carcinome canalaire in situ tel que listé dans la Grille et que la date de fin du protocole thérapeutique datait de plus de 1 an.</p>	<p>dispositif relatif à la Grille de référence de façon conforme.</p>	<p>dispositif prévu dans le cadre de la Grille de référence : un certificat d'adhésion – sans surprime ni exclusion en lien avec la pathologie cancéreuse en question – lui a donc été adressé.</p>
3	<p>- La réclamante s'est vu appliquer une surprime par l'assureur compte tenu d'une ancienne pathologie cancéreuse (adénocarcinome intracanaulaire étendu du sein droit) traité en 2016.</p> <p>- Or, il s'agissait d'un carcinome intracanaulaire strict sans signe de micro-invasion qui est inclus dans le cas plus global du carcinome canalaire in situ tel que mentionné par la Grille de référence. En outre, la date de fin du protocole thérapeutique datait de plus de 1 an. Dans ces conditions, l'intéressée pouvait bénéficier du dispositif associé et donc de l'absence de surprime et d'exclusion.</p>	<p>Il a été demandé à l'organisme d'assurance, par courriel, d'appliquer le dispositif relatif à la Grille de référence de façon conforme</p>	<p>L'assureur a proposé un contrat d'assurance emprunteur au tarif normal sans surprime ni exclusion en lien avec la pathologie cancéreuse en question.</p>
4	<p>- Au moment de la demande de médiation, le dossier de la réclamante était en cours de revue au niveau 2 par l'assureur compte tenu de plusieurs antécédents de santé dont une hépatite C virale (guérie en 2013).</p> <p>- La réclamante s'inquiétait de se voir appliquer une surprime ou une exclusion au regard de cette ancienne hépatite alors que, selon son médecin traitant, elle répondait aux critères énoncés par la Grille de référence pour pouvoir bénéficier de l'absence de restriction et de surprime s'agissant de cette pathologie (la fin de son protocole thérapeutique datant notamment de plus de 48 semaines).</p>	<p>Dans le courriel adressé à l'organisme d'assurance :</p> <p>- Ledit organisme a été informé de la probable éligibilité de l'intéressée au dispositif associé à la Grille de référence s'agissant de son ancienne hépatite C virale ;</p> <p>- Il a été demandé, si l'éligibilité était bien confirmée, d'en tenir compte lors de la revue de 2ème niveau du dossier.</p>	<p>- L'assureur a confirmé que l'intéressée était éligible au dispositif prévu dans le cadre de la Grille de référence s'agissant de son ancienne hépatite C virale : aucune majoration ni exclusion ne lui a donc été appliquée à ce titre.</p> <p>- Des restrictions sur la garantie ITT ont toutefois été émises compte tenu d'autres antécédents de santé, ce qui reste conforme au dispositif conventionnel.</p>

IV) Problématiques soulevées

1) Droit à l'oubli

En matière de Droit à l'oubli, plusieurs points d'attention ont été relevés lors du traitement des médiations :

- Il arrive que certains organismes d'assurance sollicitent des informations concernant une ancienne pathologie cancéreuse non déclarée mais dont ils ont eu connaissance par le biais de documents médicaux relatifs à d'autres pathologies qui, elles, ont été déclarées. Or, dès lors que cette ancienne pathologie cancéreuse a été signalée par le candidat comme relevant du Droit à l'oubli, l'assureur ne doit pas demander de telles informations, et ce, quand bien même il s'agirait de vérifier le risque de fausse déclaration ;

- Certains assurés, dont l'ancienne pathologie cancéreuse n'était pas couverte par le Droit à l'oubli au moment de la souscription à leur contrat d'assurance (soit parce que le contrat a été souscrit avant 2015 – à savoir avant la mise en œuvre du Droit à l'oubli – soit parce que les conditions d'éligibilité n'étaient pas remplies) peuvent rencontrer des difficultés avec leurs assureurs lorsqu'ils demandent la modification de leurs conditions d'assurance compte tenu d'un Droit à l'oubli auquel ils sont désormais éligible. À cet égard, ils sont invités à résilier leur contrat d'assurance actuel et à le remplacer par un contrat tenant compte des nouveaux paramètres de santé (et notamment du Droit à l'oubli concernant l'ancienne pathologie cancéreuse) ;

- Il arrive encore que des candidats à l'assurance demandent la mise en œuvre du Droit à l'oubli alors même que les pathologies en question ne sont pas de nature cancéreuses ou que le délai depuis la fin du protocole thérapeutique est inférieur au délai requis. Une réponse d'ordre pédagogique leur est alors adressée ;

- Lorsque les candidats à l'assurance rencontrent des difficultés quant à la nature des éléments à déclarer ou pas dans le questionnaire de santé, il leur est régulièrement rappelé que le Droit à l'oubli, et donc l'absence de déclaration, porte uniquement sur le cancer : il ne couvre donc pas ses conséquences ou celles des traitements (notamment leurs effets secondaires). Il convient par conséquent de déclarer dans les questionnaires de santé ces nouvelles pathologies ainsi que les ALD ;

- Les textes de référence décrivant les modalités d'application du dispositif de Droit à l'oubli ne sont pas clairement identifiés par certaines associations : dans l'attente de la publication au printemps 2019 du prochain avenant à la convention AERAS et de la rédaction d'une nouvelle fiche d'information précisant les conditions d'accès au Droit à l'oubli, les critères d'application du dispositif associé relatifs à la nature du prêt, au montant assuré ou à la durée de contrat d'assurance sont ceux listés par la convention AERAS révisée de 2015 tandis que les critères en termes de délais post-protocole thérapeutique relèvent de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

- Le sentiment de « double peine » pour les anciens malades du cancer ne pouvant pas encore bénéficier du Droit à l'oubli (notamment parce que le délai post-protocole

thérapeutique n'est pas encore atteint) est régulièrement mentionné par ces derniers au cours du traitement de leur réclamation. À cet égard, il leur est rappelé qu'il existe d'autres dispositifs prévus par la convention AERAS pouvant leur permettre de favoriser l'accès à l'emprunt et à l'assurance de ces emprunts.

2) Grille de référence

Les points d'attention identifiés lors du traitement des médiations relatives à la Grille de référence ont été les suivants :

- Si la dernière Grille de référence a permis de préciser les critères requis pour pouvoir bénéficier du dispositif afférent, sa lecture est en revanche devenue plus complexe pour la plupart des candidats à l'assurance. Sur ce point, il est régulièrement rappelé aux réclamants de se rapprocher de leurs médecins (traitant ou spécialiste) afin que ces derniers valident si leur pathologie répond bien à chacun des critères énumérés par la Grille de référence ;
- Il arrive encore que des candidats à l'assurance demandent la mise en œuvre du dispositif relatif à la Grille de référence alors même que les pathologies en question ne sont pas mentionnées par ladite Grille. Une réponse d'ordre pédagogique leur est alors adressée ;
- Plusieurs réclamantes, ayant été traitées pour un cancer du sein dont les caractéristiques ne répondent pas aux critères/conditions requis par la Grille de référence, considèrent comme particulièrement injuste les refus d'assurance, les surprimes et/ou les exclusions/limitations de garanties qui leur sont notifiées. La dernière Grille de référence, qui a permis d'élargir le périmètre des cancers du sein assurables, devrait remédier à une partie de ces contestations.

Annexe : Processus de traitement des demandes de médiation (ou des autres demandes)

