

Document d'information AERAS

à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé)
Octobre 2022

La loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur » a supprimé le questionnaire médical pour la souscription d'une assurance emprunteur pour un crédit immobilier sous deux conditions :

- Si la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;
- Si l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

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

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

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

1. Non déclaration d'une ancienne pathologie cancéreuse ou d'une ancienne hépatite virale C : le « droit à l'oubli » pour tous les crédits entrant dans le champ de la Convention

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

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

1.2 Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » si vous avez été atteint d'une maladie cancéreuse ou d'une hépatite virale C sous réserve que :

- la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- **et** qu'il n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

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

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

¹ **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

² **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

2. Déclaration des états de santé : la grille de référence AERAS

2.1 Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont réunies :

- les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- il s'agit soit de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 420 000 €, sans tenir compte des crédits relais; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 420 000 € pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

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

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

a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard (liste I) :

- o La grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, répondant à des critères précis, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser les conditions d'accès à des délais inférieurs à ceux du « droit à l'oubli » au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer ;
- o Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du protocole thérapeutique³ (pathologies cancéreuses, hépatite virale C) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie.
- o Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de l'acceptation aux conditions standard.

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

b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard (liste II) :

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

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

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

3. Évolution du « droit à l'oubli » et du contenu de la grille de référence AERAS

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

³ **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute (toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie), par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

Le « droit à l'oubli » concerne actuellement les personnes souhaitant emprunter et ayant été atteintes d'un cancer (quels qu'en soient la localisation et le type histologique) ou d'une hépatite virale C, 5 ans après la fin du protocole thérapeutique¹ et en l'absence de rechute². Les bénéficiaires de ce dispositif n'ont pas à déclarer cet antécédent à leur assureur. Si celui-ci a été déclaré, alors les propositions d'assurance ne comprennent ni exclusion de garanties ni surprime au titre de cet antécédent. Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle.

Pour les personnes qui ne relèvent pas du « droit à l'oubli », la Convention AERAS met en place, qu'il s'agisse de cancers ou d'autres pathologie, une grille de référence dans le but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées.

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

Edition de Juillet 2022

Cette grille est proposée par un groupe de travail paritaire (médecins d'assurance, représentants d'associations, agences de l'Etat travaillant dans les différents domaines abordés), elle résulte de l'examen des données scientifiques les plus récentes, présentant le meilleur niveau de preuve disponible. Elle est ensuite soumise à l'approbation de la Commission de suivi et de propositions AERAS. Cette grille a vocation à évoluer dans le temps au fur et à mesure des travaux du groupe, et de la publication de données scientifiques conduisant à la prise en compte des innovations thérapeutiques.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif :

- Votre demande d'assurance doit concerner des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
 - Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 420 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 420 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- Votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^{ème} anniversaire.

La grille de référence se divise comme suit :

- La partie I du tableau (en trois colonnes) concerne les personnes ayant souffert de pathologies, déclarées à l'assureur mais qui n'entraîneront ni surprime ni exclusion de garanties, si elles satisfont aux conditions cumulatives de la grille en termes de stade d'évolution au temps du diagnostic, de conduite du traitement, et après une durée d'observation sans rechute, précisée dans la colonne « Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute » (cas des cancers) ou « Délai à compter du diagnostic et de l'instauration du traitement » (cas des pathologies chroniques dont le traitement se poursuivra tout au long de la vie).
- La partie II (en quatre colonnes) traite des situations de personnes souffrant d'une pathologie déclarée à l'assureur, et définie de façon précise par des critères biologiques, des conditions de diagnostic, de traitement et de suivi, pour lesquelles une assurance sera proposée avec un taux de surprime maximum du fait de cette pathologie. Pour ces situations, des limitations de garantie pourront également s'appliquer. Une assurance sera proposée dans ces conditions après une période de traitement et de suivi de durée déterminée par la grille. Les conditions d'assurabilité figurent dans la colonne « Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur ».

Il vous est recommandé de vérifier que vous pouvez bénéficier des conditions d'accès à l'assurance telles que définies par la grille de référence auprès de votre médecin, afin de valider si votre pathologie passée ou présente répond bien aux critères précis énumérés dans la grille.

¹ Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique » : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, 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 ²Ce que l'on entend par « rechute » : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

Partie I :

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances ou de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion si elles répondent aux critères ci-dessous.

Types de pathologies	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'envahissement 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 : T1N0M0 : - 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 promyélocytaire / LAP / LAM3	- Quel que soit le nombre de leucocytes au diagnostic - Traitement réalisé	3 ans

Hépatite virale C	<p>Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Charge virale indétectable un an après instauration du traitement - CD4 \geq 500/mm³ 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 : <ul style="list-style-type: none"> • hépatique (transaminases ALAT, ASAT, GGT) ; • fonction rénale (DFG) ; • contrôle de la glycémie à jeun, bilan lipidique (exploration d'une anomalie lipidique) ; - Marqueurs viraux : <ul style="list-style-type: none"> • marqueurs VHB : Ag HBs négatif, ADN viral négatif ; • marqueurs VHC : ARN viral négatif, avec recul de 24 semaines. 	<p>1 an</p> <p>Durée entre début de traitement et fin du contrat d'assurance emprunteur plafonnée à 35 ans.</p> <p>Durée maximale de couverture du prêt fixée à 25 ans.</p>

(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
<p>Hépatite virale chronique à VHC</p> <p>Score de fibrose à F3</p>	<p>Score de fibrose au début du traitement égal à F3 :</p> <p>-Avec les résultats suivants de :</p> <p>Fibroscan : 9,5 à 12,5 kPa</p> <p>Fibrotest : 0,59 à 0,72</p> <p>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, glomérulonéphrite 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 $\geq 40\text{g/l}$, alphafoetoprotéïnémie $< 10\ \text{ng/ml}$.</p>	<p>24 semaines à compter de la fin du traitement</p>	<p>- <u>Décès et PTIA</u> : surprime plafonnée à 125%</p> <p>- <u>GIS</u> : non proposée</p>
<p>Astrocytome pilocytique</p>	<p>-Age au diagnostic : ≥ 21 ans et ≤ 60 ans</p> <p>-Histologie : astrocytome pilocytique de grade I uniquement</p> <p>-Traitement : chirurgie exclusive avec exérèse complète de la tumeur</p>	<p>4 ans à compter de la chirurgie</p>	<p>- <u>Décès et PTIA</u> accordées sans surprime</p> <p>- <u>GIS</u> accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles</p>
<p>Leucémie myéloïde chronique (LMC)</p>	<p>-Traitement en cours</p> <p>-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</p>	<p>5 ans à compter du diagnostic</p>	<p>- <u>Décès et PTIA</u> surprime plafonnée à 150%</p> <p>- <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 150 %</p>

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 et PTIA</u> surprime plafonnée à 50% - <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 50%
Mucoviscidose	<p>1) Conditions <i>cumulatives</i> de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age ≥ 18 ans et ≤ 40 ans -Non-transplanté -Indice de masse corporelle, IMC ≥ 17 kg/m² -VEMS ≥ 25% de la valeur théorique -Absence de diabète -Absence de pneumothorax dans l'année écoulée -Absence de colonisation à Burkholderia cepacia -Absence de colonisation à Mycobactérie atypique -Corticothérapie systémique pendant < (moins de) 3 mois dans l'année écoulée -Absence d'oxygénothérapie de longue durée -Absence de ventilation non-invasive de longue durée <p>2) Conditions <i>complémentaires</i> aux précédentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soit : Absence de colonisation à P.Aeruginosa, -Soit : colonisation à P. Aeruginosa <i>mais</i> absence d'insuffisance pancréatique exocrine 				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 et GIS</u> : non proposées
Adénocarcinome de la prostate en surveillance active	<ul style="list-style-type: none"> -Age au diagnostic : ≥ 55 ans -Stade clinique ≤ T1c -PSA ≤ 10 ng/mL -Score de Gleason ≤ 6 -Nombre de biopsies positives ≤ 2 et % de tissu malin par carotte ≤ 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 conformation-nelle 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 ≤ 6	Inférieur à 0,1 ng/ml	Inférieur à 1,5 ng/ml	1 an	Tarif normal

<p>Cancers du sein Infiltrants</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinome lobulaire ou canalaire infiltrant - Stade I ¹ [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 	<p>3 ans</p>	<p><u>Décès</u> : surprime plafonnée à 100%</p> <p><u>PTIA</u> : surprime plafonnée à 100%</p> <p><u>Incapacité et invalidité</u> : surprime plafonnée à 100%</p>
<p>Leucémies Lymphoïdes Chroniques</p>	<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. -Profil IGHV (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>
<p>Méningiomes cérébraux de grade I opérés</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Résection chirurgicale complète -Absence de récurrence à l’imagerie cérébrale -Absence de radiothérapie -Absence de déficit cognitif ou neurologique <p>Toutes séquelles seront à tarifer séparément (ex : épilepsie)</p>	<p>Délai d’accès de 2 ans après la fin du traitement chirurgical</p>	<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 les mêmes conditions que la garantie Décès</p>
<p>Méningiomes cérébraux « non évolutifs »</p>	<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>	<p>Durée de couverture du contrat d’assurance emprunteur dans les limites d’âges définies par la convention AERAS</p>	<p>- <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</p> <p>- <u>PTIA et GIS</u> accordées dans les mêmes conditions que la garantie Décès</p>

¹ Selon la classification de l’AJCC de 2018