



THINK
HUMAN®

Assurances et questionnaires de santé : ce qu'il faut savoir

Document réalisé en partenariat avec

mundipharmaoncologie

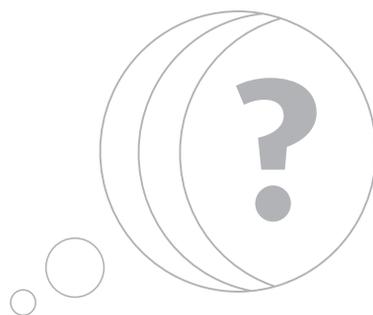
THINK HUMAN® www.mundipharma.fr

*Au cœur de l'humain



SILLC
AIDE SOUTIEN INFORMATION

association de Soutien et d'Information
à la Leucémie Lymphoïde Chronique et la Maladie de Waldenström



Assurances et questionnaires de santé : ce qu'il faut savoir

Vincent BOIZARD
Avocat au barreau de Paris

Direction éditoriale
Thierry CASAGRANDE
Directeur juridique, ANALYS-SANTÉ

SOMMAIRE

Ce qu'il faut savoir sur les assurances	5
Pourquoi assurer sa santé ?	6
Qu'est-ce qu'un contrat d'assurance, un sinistre, une police d'assurance ?	7
Je souhaite souscrire une assurance : l'assureur a-t-il le droit de me demander des informations sur ma santé ?	8
Quelles décisions une compagnie d'assurances peut-elle prendre en considération de mon état de santé ?	9
Qu'est-ce qu'un risque aggravé ?	10
Quelles sont les dispositions clés de la Convention AERAS ?	12
La Convention AERAS permet-elle d'emprunter sans questionnaire médical ?	13
Je vais souscrire un prêt et une assurance pour couvrir mon emprunt. Sur quoi dois-je être vigilant ?	14
Ce qu'il faut savoir sur les questions médicales des assureurs	15
Qu'est-ce qu'un questionnaire de santé ?	16
Qu'est-ce qu'un questionnaire médical ?	17
Que se passe-t-il si un assuré ne dit pas tout à son assureur concernant sa santé ?	18

Quels conseils pouvez-vous me donner concernant le questionnaire de santé à compléter, demandant des réponses « oui » « non », au moment de la souscription d'un prêt bancaire ?	20
Lors de la souscription d'un contrat d'assurances pour un prêt bancaire, l'assureur m'interroge sur mes antécédents médicaux. Ayant été traité pour une leucémie, désormais sorti d'affaire, je ne souhaite pas répondre. Puis-je opposer le secret ?	21
Je demande le bénéfice de mon assurance à la suite d'un accident de la circulation. L'assureur me demande mes antécédents médicaux qui n'ont rien à voir avec l'accident : puis-je lui opposer le secret ?	22
A quel médecin vais-je être confronté lors de la souscription du contrat d'assurance ?	23
A quel médecin vais-je être confronté si je demande la mise en oeuvre de la garantie de l'assurance pour raison de santé ?	24
De quoi dois-je me souvenir concernant les informations médicales à transmettre à ma compagnie d'assurances ?	25
Puis-je demander à mon médecin traitant de remplir et signer un questionnaire médical ?	26
Comment prouver à l'assureur que sa garantie doit jouer et qu'il doit verser les sommes prévues au contrat en raison d'un accident de santé ?	27
Lexique	28
Index par mot clé	28



**Ce qu'il faut savoir
sur les assurances**



Pourquoi assurer sa santé ?

La Sécurité sociale offre déjà une assurance de la santé, pour la prise en charge de tout ou partie des frais en cas de maladie, de maternité, d'accident de travail ou de maladie professionnelle. Ces remboursements ou prises en charge directes sont des **prestations dites en nature**.

Il existe également des **prestations dites en espèces**. Il s'agit des indemnités journalières qui sont versées en lieu et place d'un salaire, par exemple en cas d'arrêt maladie.

Mais pour ceux qui le peuvent, il est intéressant d'assurer sa santé pour bénéficier d'autres prestations en cas d'accident de santé.

En droit des assurances, cet accident de santé s'appelle un sinistre. Il peut donner lieu à la mise en œuvre d'une garantie conduisant l'assureur à verser une somme d'argent à l'assuré. Celle-ci peut ainsi aider à financer une perte de revenu liée à une maladie par exemple.

Pour une profession libérale : il peut s'agir de garantir un prêt, mais aussi un revenu dans l'hypothèse d'une maladie ou d'un accident.

Pour un salarié : il peut s'agir de garantir le remboursement des échéances d'un prêt en cas de maladie, d'invalidité ou de décès.

Les motifs de garantir sa santé sont nombreux. Et mieux vaut s'assurer lorsqu'on est jeune et en bonne santé. Ensuite, les garanties sont plus onéreuses et plus difficiles à obtenir. Par définition, une assurance couvre un risque aléatoire, incertain, improbable.

Qu'est-ce qu'un contrat d'assurance, un sinistre, une police d'assurance ?

Un contrat d'assurance est un contrat par lequel un « assureur » s'engage auprès d'un « assuré » à couvrir des risques aléatoires limitativement déterminés en contrepartie du paiement d'une « **prime d'assurance** ».

Ce contrat s'appelle une « **police d'assurance** ».

Les conditions initiales du contrat sont modifiées par « **avenants** ».

Le « **sinistre** » désigne toute circonstance prévue au contrat (ex : vol, incendie, dégât des eaux), dont la survenance génère la mise en œuvre de la garantie convenue.

Le contrat peut couvrir un bien (ex : assurance automobile) ou une personne (ex : assurance décès-invalidité-arrêt de travail). On parle dans ce dernier cas d'assurance de personne.

Le contrat doit être « **aléatoire** », dépendre d'un évènement incertain, à peine de nullité. Par exemple, un assureur ne peut pas garantir un accident de voiture déjà survenu. Il n'y aurait pas d'aléa (mais plutôt une escroquerie à l'assurance). Le contrat ne peut garantir qu'un accident qui n'est pas encore survenu au moment de la conclusion du contrat. Mais il existe des exceptions, en particulier pour les assurances complémentaires santé. Une nouvelle mutuelle santé continue à assurer des prestations pour des soins déjà engagés.

Parmi les **assurances de personne**, on distingue deux catégories, qui parfois se chevauchent :

- **les assurances en cas de vie** : il s'agit essentiellement de produits d'épargne (ex : versement d'une somme d'argent tous les mois, somme bloquée pendant plusieurs années, mais dont les intérêts bénéficieront d'une fiscalité peut-être avantageuse),
- **les assurance en cas de décès, de maladie ou d'accident** : elles prévoient le versement de prestations en cas de réalisation du risque assuré, si toutes les conditions sont réunies.

On distingue aussi :

- **La prévoyance** : elle apporte une couverture complémentaire en cas de décès, de maladie ou d'accident. Elle s'ajoute aux garanties minimum apportées par la Sécurité sociale,
- **L'assurance santé** : obligatoire (Sécurité sociale), et complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances privées).

Je souhaite souscrire une assurance : l'assureur a-t-il le droit de me demander des informations sur ma santé ?

Oui. Une compagnie d'assurances a le droit de tenir compte des antécédents médicaux du candidat à l'assurance pour déterminer les conditions de garanties de certains contrats.

Le questionnaire de santé et le questionnaire médical permettent à la compagnie d'assurances d'obtenir des renseignements sur l'état de santé de son futur assuré et ainsi, de mieux évaluer le niveau de risque potentiel pour adapter son produit, et donc ses engagements.

Si vous êtes parfaitement libre de choisir la compagnie d'assurances avec laquelle vous voulez contracter un prêt par exemple, vous êtes obligé de répondre honnêtement au questionnaire de santé qui vous est proposé.

Le risque garanti pour l'assureur, dans l'hypothèse des garanties maladie-invalidité-décès, est la personne elle-même. Pour prendre sa décision, l'assureur doit donc connaître l'étendue du risque, c'est-à-dire l'état de santé du candidat à l'assurance. Pour cela, l'assureur va chercher à s'informer, à poser des questions.

Sont pris en considération par l'assureur : l'âge de l'assuré, son état de santé, le montant des sommes assurées, la durée et la nature du contrat (ainsi, les questionnaires médicaux sont plus succincts pour les personnes jeunes, empruntant peu et beaucoup plus précis pour les personnes plus âgées, empruntant beaucoup).

Le Code des assurances impose à tout assuré de répondre exactement et sincèrement aux questions posées par la compagnie d'assurances si plus tard il veut être pris en charge (article L 113-2 du Code des assurances).

Quelles décisions une compagnie d'assurances peut-elle prendre en considération de mon état de santé ?

Le service médical de la compagnie d'assurances traite les informations reçues et émet un avis sur la prise en charge. Son avis sera transmis au service chargé de l'acceptation des risques.

En fonction de l'avis médical, le service de gestion des risques prend une décision :

- acceptation au tarif normal,
- acceptation avec éventuelle surprime,
- acceptation avec exclusion d'une ou plusieurs pathologies et de ses suites ; les conditions particulières du contrat doivent alors mentionner clairement et limitativement les exclusions ou restrictions de garantie consécutives aux maladies antérieures, en assurance individuelle ou collective,
- refus : la compagnie d'assurances informe le candidat de sa décision, lequel peut obtenir des renseignements complémentaires du médecin-conseil de la compagnie s'il le souhaite (mais en pratique, les assureurs ne reviennent pas sur leur décision).

Qu'est-ce qu'un risque aggravé ?

On parle généralement de "risque aggravé" lorsque le risque de voir se produire l'événement garanti (en pratique souvent pour la maladie, l'invalidité, le décès) pour une personne déterminée est statistiquement supérieur à celui d'une population de référence.

Il faut savoir qu'en droit des assurances, le risque aggravé n'est pas limité à une pathologie. Il peut s'agir d'une activité particulière. Par exemple, un musicien professionnel ou un sportif de haut niveau présente un risque aggravé. Mais ici, nous aborderons uniquement la Convention AERAS qui concerne les questions de santé.

Depuis 2001, avec la Convention dite Belorgey, il existe un dispositif qui facilite l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème de santé. Il s'agit désormais de la Convention dite AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé).

La Convention AERAS s'adresse aux patients dont l'état de santé ne permet pas d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standard du contrat, c'est-à-dire sans majoration de tarif ou exclusion de garantie.

Quelques chiffres (AERAS, 2011) :

- 13 % des demandes d'assurance de prêt concernent un risque aggravé,
- 94 % des demandes présentant un risque aggravé de santé ont reçu une proposition d'assurance couvrant au moins le risque de décès,
- 472 923 demandes d'assurance présentant un risque aggravé ont été formulées en 2011.

Cette convention concerne :

- **les crédits à la consommation, d'un montant maximum de 17 000 €, pour une durée de 4 ans au plus, pour un emprunteur de 50 ans au maximum,**
- **les prêts immobiliers et professionnels pour un montant emprunté maximum de 320 000 €, pour un emprunteur âgé au maximum de 70 ans.**

La Convention AERAS ne permet pas à tous de s'assurer à moindre frais sans considération de l'état de santé actuel ni des antécédents. Néanmoins, le dispositif fonctionne et facilite le parcours du demandeur à l'assurance.

Certes, en phase de traitement d'une longue maladie, il est très difficile d'obtenir une assurance, si ce n'est pour les prêts bénéficiant d'une forme de franchise et ne prévoyant pas d'informations médicales. Les dossiers sont donc le plus souvent mis en attente.

Une fois traité, le patient a plus de chance d'obtenir une assurance par l'intermédiaire de ce dispositif.

L'assurance des risques aggravés entraîne une surprime parfois très lourde et/ou l'exclusion de certains risques. Mais l'accès à l'assurance est facilité et les demandes sont traitées rapidement. De nombreuses personnes concernées par un risque aggravé peuvent ainsi bénéficier d'une assurance, même à coût plus élevé et avec une couverture moindre. Ainsi, même en cas d'exclusion de certains risques ou de certaines pathologies, l'assuré bénéficie d'autres garanties pour d'autres risques.

Quelles sont les dispositions clés de la Convention AERAS ?

La Convention AERAS a été signée par les fédérations de banques et assurances.

Désormais, les assureurs doivent respecter les dispositions suivantes :

- diffuser l'information sur l'existence de cette convention,
- renforcer les procédures de confidentialité des informations médicales,
- instruire plus vite les demandes de prêt : la durée globale de traitement du dossier de prêt est réduite à 5 semaines,
- proposer la couverture invalidité dans un maximum de cas.

La Convention AERAS permet-elle d'emprunter sans questionnaire médical ?

Oui, mais la faculté de pouvoir emprunter sans questionnaire de santé est limitée :

- aux patients dont l'état de santé ne permet pas d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standard (c'est-à-dire sans majoration de tarif ou exclusion de garantie),
- aux crédits à la consommation, d'un montant maximum de 17 000 €, pour une durée de 4 ans au plus, pour un emprunteur de 50 ans au maximum.

Pour les autres contrats, le questionnaire médical est la règle.

Pour les risques dits « aggravés », le médecin traitant du patient a la possibilité de répondre à un questionnaire ciblé qui permet de renseigner le médecin de la compagnie d'assurances.

Pour les prêts immobiliers et professionnels, le dispositif concerne un montant emprunté maximum de 320 000 €, pour un emprunteur âgé au maximum de 70 ans au terme du prêt. Ici la Convention AERAS prévoit que, dès lors que l'analyse d'un questionnaire de risque de santé conduit à refuser un emprunt, le traitement du dossier de l'emprunteur est automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance « de deuxième niveau » qui permet un réexamen individualisé de sa demande.

En présence d'un risque aggravé, en pratique, mieux vaut donc emprunter :

- pour un prêt à la consommation, 17 000 € plutôt que 18 000 €,
- pour un prêt immobilier ou professionnel, 320 000 € plutôt que 321 000 €.

- En cas d'affection ou de maladie de longue durée, il est parfois possible d'emprunter.
- Pour certains contrats, le questionnaire de santé est supprimé.
- Dans le cas contraire, pour l'assurance des risques aggravés, vous pouvez demander à votre médecin traitant s'il accepte de renseigner le questionnaire médical.

Pour plus d'informations :

- www.aeras-infos.fr
- serveur vocal de la FBF (Fédération bancaire française) : 0821 221 021 (0,12 €/min)

Je vais souscrire un prêt et une assurance pour couvrir mon emprunt. Sur quoi dois-je être vigilant ?

Vous achetez un appartement, une maison ou une voiture : pour ce faire, vous empruntez tout ou partie de la somme. Le banquier va nécessairement vous demander de souscrire, en accessoire à ce prêt, une assurance emprunteur. Ce caractère accessoire explique peut-être le fait que nombre d'assurés n'y prêtent guère attention.

Ce contrat d'assurance est, le plus souvent, « *vendu* » par le banquier qui agit alors comme intermédiaire d'assurance, mais reste peu au fait des règles du Code des assurances.

Le banquier vous expliquera, le plus souvent longuement, le taux d'intérêt, les échéances, le plan de financement, les facultés de rachat anticipé, mais peu les garanties offertes par la police d'assurance.

Il est essentiel de ne pas négliger le questionnaire de santé. Mais il ne faut pas non plus négliger le reste du contrat.

Il est important d'avoir de bonnes relations avec son banquier, néanmoins, vous n'êtes pas dans l'obligation de choisir l'assureur qu'il vous propose.

Vous pouvez souscrire une garantie d'assurance auprès d'un autre assureur, par le biais, le plus souvent, d'un courtier ou d'un agent d'assurances. C'est un peu plus compliqué, mais souvent un peu moins cher ou avec des garanties plus adaptées à votre situation.

Pour vous prémunir des conséquences d'une maladie ou d'un accident, et en fonction de vos besoins, vous pouvez souscrire avant tout pour des garanties :

- décès,
- invalidité permanente et absolue,
- invalidité absolue et définitive,
- incapacité totale de travail.



**Ce qu'il faut savoir sur les
questions médicales des assureurs**



Qu'est-ce qu'un questionnaire de santé ?

Il s'agit du questionnaire dans lequel l'assuré est appelé à répondre essentiellement « oui » ou « non » à des questions générales sur sa santé.

Exemple : « Avez-vous été atteint, au cours des 10 dernières années, de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, médicaments) pendant plus de 30 jours ? oui/non »

Pour les faibles capitaux empruntés, ou pour les faibles rentes garanties, seule une déclaration relative à l'état de santé ou un questionnaire succinct est, en général, demandé : c'est le questionnaire de santé.

Il n'est jamais demandé par l'assureur que ce simple questionnaire de santé soit rempli par ou avec un médecin. Pour le remplir, le recours à un médecin n'est en principe pas nécessaire si les questions ne sont pas trop complexes. Mais en cas de doute, mieux vaut prendre conseil auprès de son médecin traitant.

La Convention AERAS recommande que les questionnaires de santé précisent au souscripteur d'adresser ses réponses sous pli cacheté (avec une enveloppe spécifique à l'adresse du médecin-conseil de la compagnie d'assurances).

IMPORTANT

Transmettez votre questionnaire de santé sous pli cacheté au médecin-conseil du service médical de la compagnie d'assurances. Ne le communiquez pas au banquier lui-même ou à l'agent d'assurance car il contient des informations confidentielles.

Conservez une copie du questionnaire de santé que vous avez renseigné. Car plus tard, en cas de demande d'engagement de la garantie, peut-être aurez-vous oublié la nature des questions et les réponses que vous y avez apportées. Cette copie sera alors très utile pour vérifier que vous avez répondu honnêtement aux questions.

Qu'est-ce qu'un questionnaire médical ?

Le questionnaire médical est plus précis que le questionnaire de santé. Il porte sur des pathologies identifiées.

Il s'agit du questionnaire que le candidat à l'assurance est amené à remplir :

- dans un second temps, s'il a répondu « oui » à l'une des questions du questionnaire de santé,
- ou si les capitaux empruntés ou la rente prévue au contrat sont importants,
- ou si son âge dépasse un seuil qui ne lui permet pas de souscrire une déclaration simplifiée sans questionnaire de santé.

Le questionnaire médical est transmis sous pli cacheté au médecin-conseil du service médical de la compagnie d'assurances concernée.

Distinguez bien questionnaire de santé, à renseigner par le patient et questionnaire médical, à renseigner par un médecin.

Que se passe-t-il si un assuré ne dit pas tout à son assureur concernant sa santé ?

L'omission ou l'inexactitude des réponses au questionnaire est sanctionnée par la nullité du contrat lorsqu'elle est intentionnelle (article L 113-8 du Code des assurances).

Toutefois, si l'assuré est de bonne foi (sans volonté de tromper l'assureur) :

- lorsque la fausse déclaration est découverte **avant le sinistre**, l'assureur peut soit résilier le contrat, soit augmenter les primes,
- lorsque la fausse déclaration est découverte **après le sinistre**, elle est sanctionnée par la réduction proportionnelle de l'indemnité (article L 113-9 du Code des assurances).

La sanction n'est encourue que si l'assureur avait, au moment de la souscription du contrat, posé une question à l'assuré qui aurait dû conduire ce dernier à lui déclarer un élément propre à modifier son opinion sur le risque.

Mais l'assuré doit répondre sincèrement à toutes les questions posées par l'assureur, même si elles portent sur un risque exclu de la garantie.

IMPORTANT

Répondez exactement aux questions posées par le questionnaire de santé, c'est primordial.

Exemple

Je vais signer l'achat d'un appartement et je rencontre mon banquier pour le prêt. Il m'indique que cet emprunt est conditionné à une garantie d'assurance (pour pouvoir prendre en charge les mensualités dans l'hypothèse où je serais arrêté pour maladie). Mon banquier me propose de souscrire auprès de la compagnie d'assurances avec laquelle il travaille habituellement. Il me remet un questionnaire de santé à remplir : sur l'une des questions posées, il m'est demandé si j'ai été réformé du Service national pour une cause médicale. J'ai effectivement été réformé Y 5 (légère déficience visuelle). Depuis lors, je porte des lunettes, mais rien de plus. Mon banquier me dit que si je réponds « oui » à cette question, cela va créer des difficultés, retarder le déblocage et la signature de l'acte de vente de l'appartement. Il m'indique que l'assureur ne vérifie jamais et que cette vieille exemption du Service national est une « histoire passée ».

Ne l'écoutez pas !

Si dans 5 ou 10 ans, votre médecin vous prescrit un arrêt de travail pour une affection de longue durée sans rapport avec vos yeux, lorsque l'assureur étudiera la prise en charge de vos mensualités, il vérifiera vos antécédents (le plus souvent par l'intermédiaire de son médecin-conseil). S'il découvre la fausse déclaration et même si celle-ci n'a rien à voir avec la cause de votre arrêt-maladie, le contrat d'assurance sera :

- soit annulé, c'est-à-dire que l'assurance ne prendra pas en charge les mensualités,
- soit réduit, en proportion de la prime qui aurait été appelée si le risque avait été exactement déclaré.

La nullité est prononcée en cas de fausse déclaration intentionnelle et l'indemnité réduite en cas de fausse déclaration non intentionnelle. Il sera difficile de faire admettre à un magistrat que vous aviez « oublié avoir été réformé du Service national ».

Quels conseils pouvez-vous me donner concernant le questionnaire de santé à compléter, demandant des réponses « oui » « non », au moment de la souscription d'un prêt bancaire ?

Quatre conseils :

- ne répondez jamais de façon mensongère dans un questionnaire de santé,
- lisez soigneusement les questions posées et répondez-y exactement. S'il faut répondre « oui » à l'une d'elles, répondez oui,
- en cas de doute sur une question, demandez conseil à votre médecin traitant. Il ne remplira pas le questionnaire à votre place mais pourra vous éclairer,
- ne jouez pas sur les mots (articles L 113-2, 113-8, L 113-9 du Code des assurances).

Lors de la souscription d'un contrat d'assurances pour un prêt bancaire, l'assureur m'interroge sur mes antécédents médicaux. Ayant été traité pour une leucémie et désormais sorti d'affaire, je ne souhaite pas répondre. Puis-je opposer le secret ?

La réponse est extrêmement simple :

- vous pouvez refuser de répondre au questionnaire médical posé par l'assureur,
- l'assureur, lui, est autorisé à vous poser ces questions (article L 113-2 du Code des assurances),
- vous êtes parfaitement libre de ne pas y répondre, mais... l'assureur est libre de ne pas donner suite à votre demande,
- vous ne seriez, à l'évidence, pas garanti par cet assureur et seriez contraint, si vous souhaitez être garanti, de passer par le questionnaire médical d'un autre assureur.

En cas de prêt immobilier vous pouvez refuser la garantie, mais il vous faudra disposer de (très) bonnes garanties pour obtenir le prêt de votre banquier.

IMPORTANT

L'assurance de la santé repose sur la prise en compte de l'état de santé de l'assuré au moment où il souscrit l'assurance.

Si l'assuré refuse de répondre au questionnaire de santé, il sera refusé par l'assureur.

Je demande le bénéfice de mon assurance à la suite d'un accident de la circulation. L'assureur me demande mes antécédents médicaux qui n'ont rien à voir avec l'accident : puis-je lui opposer le secret ?

Les choses sont un peu plus complexes que dans le cas d'une maladie existante car ici, il s'agit de demander le bénéfice de la garantie. Mais l'issue est tout aussi limpide :

- l'assureur peut légitimement souhaiter obtenir, en cas de sinistre, des renseignements sur vos antécédents afin de vérifier si vous n'avez pas répondu faussement au questionnaire de santé, auquel cas il serait en droit de vous opposer une réduction proportionnelle ou une nullité du contrat,
- aussi longtemps que vous ne répondez pas aux questions de l'assureur, il risque de refuser sa garantie,
- si toutefois l'assureur tente de prouver qu'il y a eu fausse déclaration au moment de la souscription du contrat, c'est à lui de le prouver.

En pratique, cette preuve repose nécessairement sur des pièces médicales.

IMPORTANT

L'assurance de la santé repose sur la prise en compte de l'état de santé de l'assuré au moment où il souscrit l'assurance.

Si l'assuré refuse après sinistre de livrer les informations sur son état de santé, l'assureur pourra toujours refuser de payer (!) ou avoir recours au Juge.

S'abriter derrière le secret médical ne permet pas de dissimuler une mauvaise foi.

A quel médecin vais-je être confronté lors de la souscription du contrat d'assurance ?

Lors de la souscription, vous pouvez remplir un questionnaire de santé simple, sans avoir recours en aucune façon à un médecin. Tout au plus, en cas de doute, vous pouvez demander conseil à votre médecin traitant.

Si votre état de santé, votre âge ou le montant des capitaux empruntés impose de renseigner un questionnaire médical (après le questionnaire de santé), vous serez sans aucun doute amené à réaliser des examens complémentaires et à faire remplir le questionnaire par un médecin.

Ce médecin peut être :

- un praticien proposé par l'assureur,
- un praticien de votre choix hors médecin traitant,
- voire votre médecin traitant (dans le cas particulier où votre demande s'inscrirait dans le cadre des risques aggravés).

A quel médecin vais-je être confronté si je demande la mise en œuvre de la garantie de l'assurance pour raison de santé ?

Il s'agit ici d'un sinistre, c'est-à-dire d'une situation susceptible de mettre en œuvre la garantie souscrite auprès de l'assureur.

L'assureur aura besoin de renseignements médicaux pour apporter sa garantie. Dans cette hypothèse, vous aurez affaire soit à votre médecin traitant, soit à un médecin contrôleur désigné par la compagnie d'assurances. Souvent l'un et l'autre.

Votre médecin traitant peut :

- soit vous transmettre, à votre demande, les éléments de votre dossier médical permettant de répondre à des questions du service médical de l'assureur (il vous appartiendra de les transmettre à l'assureur, sous pli cacheté, à l'attention du service médical),
- soit, s'il estime disposer d'éléments suffisamment pertinents, vous établir un certificat médical détaillé, ou un certificat médical dit « négatif » où il répondra à l'interrogation de l'assureur mais sans rien révéler de la pathologie. Par exemple, votre médecin est peut-être en mesure d'attester que la maladie ou l'accident que vous présentez ou avez présenté ne ressort pas d'une exclusion du contrat (ce qui suppose que vous lui présentiez le contrat ou que l'assureur vous pose une question précise).

Le médecin-conseil de l'assureur peut vous demander de lui transmettre des informations médicales, mais sans pouvoir vous y contraindre. Préalablement, il doit vous informer qu'il agit dans le cadre strict d'un contrôle à la demande de l'assureur, conformément au Code de déontologie médicale.

Vos réponses et la fourniture des documents doivent être limitées au contrôle exercé.

En cas d'affection de longue durée, vous pouvez être examiné régulièrement par le médecin-conseil de l'assurance pour vérifier que votre état de santé justifie toujours l'attribution de sa garantie (ex : paiement des mensualités d'un prêt). Attention, à cette occasion, nombre d'assureurs en profitent pour vérifier (mais sans le dire !) que vous n'aviez pas fait de fausse déclaration dans le questionnaire de santé.

De quoi dois-je me souvenir concernant les informations médicales à transmettre à ma compagnie d'assurances ?

Il faut distinguer deux situations.

Lors de la souscription :

- Questionnaire de santé : je me débrouille seul, mais je peux faire appel à mon médecin traitant pour m'éclairer si besoin.
- Questionnaire médical (sans risque aggravé) : j'ai recours au médecin-conseil de l'assurance ou à un médecin de mon choix qui n'est pas mon médecin traitant.
- Questionnaire médical avec risque aggravé : je peux avoir recours à mon médecin traitant.

Pour faire jouer la garantie de l'assurance :

- Je fournis certificat ou documents demandés avec le cas échéant l'aide (indirecte) de mon médecin traitant.
- Je serai parfois confronté au médecin-conseil de l'assurance qui doit toujours me préciser la mission qui lui a été confiée.

Puis-je demander à mon médecin traitant de remplir et signer un questionnaire médical ?

Lors de la conclusion d'un contrat d'assurance décès-invalidité à l'occasion de l'acquisition d'un bien immobilier par exemple, les assureurs souhaitent connaître le risque présenté par l'emprunteur. Ils demandent (exigent ?) que le futur assuré fasse remplir par son médecin traitant un questionnaire médical qui ne se limite pas aux données d'un examen clinique à jour mais fait également référence à des antécédents.

Les assureurs vont souvent demander que ce document soit au surplus signé par votre médecin traitant.

En effet, votre médecin traitant est sans doute le mieux à même de décrire votre état de santé. Mais dans le respect de la déontologie médicale, il peut refuser de renseigner un questionnaire médical. Ce n'est pas sa mission.

Le Conseil de l'Ordre des médecins reconnaît que pour assurer un risque aggravé, le médecin traitant est un bon interlocuteur du service médical de la compagnie d'assurances. Mais de façon générale, le Conseil de l'Ordre n'incite pas les médecins traitants à apporter leur concours aux compagnies d'assurances pour leurs patients.

L'idéal est de demander à votre médecin, ou à l'hôpital, de vous fournir des résultats d'examens ou des comptes rendus (ex : d'hospitalisation) que vous pourrez transmettre au médecin désigné par la compagnie d'assurance.

IMPORTANT

Vous ne pouvez pas exiger de votre médecin traitant qu'il renseigne pour vous un questionnaire médical.

L'assureur ne le peut pas non plus.

Vous pouvez demander à votre médecin traitant des documents médicaux ou un certificat médical pour les transmettre au service médical de votre assureur.

Comment prouver à l'assureur que sa garantie doit jouer et qu'il doit verser les sommes prévues au contrat en raison d'un accident de santé ?

C'est à celui qui prétend bénéficier d'un contrat d'en rapporter la preuve.

Inversement, si l'assureur conteste, c'est à lui de le prouver.

La force de l'assureur repose sur le fait qu'il détient les cordons de la bourse. C'est lui qui décide de payer, ou non.

En pratique, le plus souvent, des précisions médicales sont nécessaires à l'assureur afin d'émettre le paiement (ou de refuser sa prise en charge).

Il s'agit donc de prouver que :

- l'accident de santé (ex : affection de longue durée) n'est pas exclu du contrat d'assurance (clause d'exclusion),
- les informations de santé fournies lors de la souscription n'étaient pas mensongères.

Comment le prouver ?

En pratique l'assureur et l'assuré peuvent avoir recours :

- à des attestations médicales,
- aux résultats d'examens ou visites de contrôle,
- à la réponse, une fois encore, d'un questionnaire,
- à une expertise (quand tout va mal entre eux !).

Pour les risques aggravés, la Convention AERAS indique que :

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

Ainsi donc, si des questionnaires peuvent être adressés aux assurés, il ne s'agit pas de les accabler de demandes toutes plus compliquées les unes que les autres.

Enfin, il faut veiller à respecter le délai de déclaration de sinistre auprès de l'assureur. Ce délai figure au contrat.

LEXIQUE

AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) : convention signée par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs. Elle a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé. Elle ne concerne pas tous les emprunts et il existe des plafonds.

Belorgey : la Convention dite Belorgey a défini un code de bonne conduite en 2001 en permettant aux personnes présentant un risque de santé aggravé d'avoir accès à l'assurance-décès dans le cadre d'un emprunt. Elle concerne les crédits à la consommation et les crédits immobiliers. La Convention Belorgey est devenue aujourd'hui la Convention AERAS.

Médecin traitant : désigne ici tout médecin appelé à délivrer des soins à un patient. Un médecin-conseil (ou contrôleur) de compagnie d'assurances n'est pas médecin traitant de la personne qu'il examine dans le cadre d'un contrat d'assurance.

Questionnaire de santé : questionnaire transmis à la personne qui souhaite s'assurer et que l'assureur interroge sur son état de santé. Les questions sont essentiellement formulées en appelant une réponse « oui/non ». Le questionnaire de santé doit être transmis par le futur assuré au médecin-conseil de la compagnie d'assurances.

Questionnaire médical : questionnaire plus précis qu'un questionnaire de santé, généralement renseigné par un médecin qui permettra à l'assureur d'évaluer l'état de santé de l'assuré. Le questionnaire de santé est destiné au médecin-conseil de la compagnie d'assurances.

Sinistre : désigne toute circonstance prévue au contrat (ex : arrêt de travail, maladie) dont la survenance génère la mise en oeuvre de la garantie convenue.

INDEX PAR MOT CLE (les n° renvoient aux n° des pages)

AERAS	10, 12, 13, 16, 27	Médecin-conseil de compagnie d'assurances	9, 16, 17, 19, 24, 25
Antécédents médicaux	8, 21, 22	Décès, invalidité, incapacité (assurance)	7, 8, 26
Risque aggravé	10, 11, 13, 25, 26	Assurance sans questionnaire de santé	13
Assurance (définition)	6, 7	Souscription (conseils)	20, 21, 23, 25
Fausse déclaration	18, 19, 22, 24	Refus de transmettre des informations de santé (à l'assureur)	9, 21, 22
Questionnaire de santé	8, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25	Transmission d'informations de santé (à l'assureur)	26
Questionnaire médical	8, 13, 17, 21, 23, 25, 26		
Médecin traitant	13, 16, 20, 23, 24, 25, 26		

Diffusion : Laboratoire Mundipharma
100, avenue de Suffren - 75015 Paris
Edition : ANALYS-SANTÉ - 1 rue d'Estienne d'Orves
56100 Lorient - Tél. : 02 97 84 65 87 - www.analys-sante.fr
Rédaction : Vincent BOIZARD, Avocat au barreau de Paris
Thierry CASAGRANDE, Directeur juridique d'ANALYS-SANTÉ
Maquette : Michel JAMET
Impression : CLOITRE
Dépôt légal : à parution
Date de diffusion : janvier 2013
A jour au : 1^{er} novembre 2012

Les informations contenues dans cette publication ne peuvent anticiper les évolutions du droit ni répondre à des situations particulières. Certaines informations peuvent par ailleurs faire l'objet d'interprétations de la part de leurs auteurs. Ce document a exclusivement une finalité informative et sa portée est générale. Il ne saurait se substituer ni à une information adaptée à une question particulière ni à une consultation juridique. Les informations contenues dans ce document ne sauraient engager la responsabilité des auteurs, conseils scientifiques, ni de l'éditeur, ni la responsabilité de Mundipharma, ni la responsabilité de la SILLC et de FLE. Toute reproduction, représentation ou diffusion de ce document, même partielle, par quelque moyen que ce soit, y compris par photocopie, constitue une contrefaçon si elle n'est pas autorisée par ANALYS-SANTÉ. Seules sont autorisées les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste (non destinées à une utilisation collective) et les analyses et courtes citations sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source (art.122-5 du Code de la propriété intellectuelle). Pour toute demande de reproduction, merci de bien vouloir vous adresser à l'éditeur ou au diffuseur.

MUN120H055 - janvier 2013



THINK HUMAN* www.mundipharma.fr

*Au cœur de l'humain