

CONVENTION AERAS

S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE

SOMMAIRE

	Pages
PREAMBULE	3
TITRE 1^{er} : La diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions	8
TITRE II : Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats	10
TITRE III : Le processus de traitement des demandes d'emprunt	12
TITRE IV : La couverture des risques liés aux emprunts	14
TITRE V : Les organismes de suivi de la convention	17
TITRE VI : Dispositions particulières	20

PREAMBULE

1/ Etant préalablement rappelé que :

a) l'accès au crédit représente un enjeu important dans le monde moderne, en France notamment. La question se pose avec une acuité particulière lorsqu'elle concerne des personnes candidates à l'emprunt placées, de par les aléas de la vie, en situation de risque de santé aggravé du fait d'une maladie ou d'un handicap, puisque l'assurance est souvent une condition d'obtention des prêts.

Une convention conclue en septembre 1991 entre les Pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance a apporté des aménagements tangibles, notamment en matière de traitement des données médicales, à l'assurance décès des prêts immobiliers aux personnes séropositives. Ce dispositif, outre son champ d'application restreint, n'a répondu que de façon partielle aux attentes qu'il avait suscitées ;

b) début 1999, les Pouvoirs publics ont souhaité qu'une réflexion soit menée en vue de favoriser une amélioration des réponses aux personnes séropositives au VIH, et plus généralement à celles présentant un risque de santé aggravé.

Le Comité installé le 1^{er} juin 1999, sous la présidence de Monsieur Jean-Michel BELORGEY, Conseiller d'Etat, a élargi sa composition par la représentation des établissements de crédit, d'organisations de consommateurs, d'associations d'aide aux malades, et a étendu ses travaux et ses réflexions à l'assurabilité des risques aggravés en général dans le cadre de l'assurance emprunteurs ;

c) le Comité a clos ses travaux en préconisant la recherche d'une solution conventionnelle, impliquant les différentes parties prenantes, qui permette de répondre aux demandes légitimes des personnes désireuses d'emprunter pour les besoins de leur vie privée ou professionnelle, dans le respect de leur dignité comme de leur droit à la confidentialité, tout en étant compatible avec les contraintes inhérentes aux métiers de l'assurance et du crédit.

d) Une convention sur l'accès à l'assurance et au crédit pour les personnes présentant un risque de santé aggravé a ainsi été signée en 2001 entre les pouvoirs publics, les professionnels, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées.

Cette convention a permis de faire progresser l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé, ainsi que la prise de conscience des difficultés auxquelles était confrontée cette catégorie spécifique de clients. Elle s'est également traduite par l'instauration d'une commission de suivi et de propositions, d'une section scientifique et d'une section de médiation.

e) Pour autant, les partenaires de la convention conviennent que des progrès apparaissent encore possibles s'agissant notamment :

- du champ de la convention ;
- de la diffusion de l'information relative au dispositif ;
- de la couverture du risque invalidité ;
- du fonctionnement du dispositif de médiation ;
- de la connaissance scientifique relative à ces risques ;
- du respect de l'obligation de confidentialité ;

- de l'accroissement des échanges entre professionnels de la banque et de l'assurance et médecins spécialistes ;
- de la rapidité de traitement des demandes de prêt ;
- de la mutualisation des surprimes d'assurance ;
- du recours aux garanties alternatives et délégations d'assurance.

f) Les Pouvoirs publics réaffirment leur volonté de soumettre au Parlement des dispositions législatives confortant le dispositif conventionnel.

2/ Entre :

■ **l'Etat, représenté par :**

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie,

- ◆ le ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie : Thierry Breton

Ministère de la Santé et des Solidarités,

- ◆ le ministre de la Santé et des Solidarités : Xavier Bertrand

■ **les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées :**

- ◆ AIDES, représentée par : Vincent Vivet
- ◆ Sida Info Services, représentée par : Lise Grivois
- ◆ Familles Rurales, représentée par : Catherine Decaux
- ◆ Contre le Cancer, la Ligue, représentée par : Henri Pujol
- ◆ La fédération des AVIAM de France (association d'aide aux victimes des accidents médicaux et à leur famille), représentée par : Marc Morel
- ◆ La FFAAIR (Fédération française des Associations et Amicales d'Insuffisants respiratoires), représentée par : Jean-Claude Roussel
- ◆ L'UFCS (Union Féminine Civique et Sociale), représentée par : Mariannick Lambert
- ◆ Vaincre la Mucoviscidose, représentée par : Jean Lafond
- ◆ L'AFM (Association Française de lutte contre les Myopathies), représentée par : Laurence Tiennot
- ◆ Le LIEN (Association de Lutte, d'Information, et d'Etude des Infections Nosocomiales), représentée par : Claude Rambaud
- ◆ Le CISS (collectif inter associatif sur la santé) représenté par : Jean-Luc Bernard
- ◆ L'AFP (Association Française des Polyarthritiques), représentée par : René Mazars
- ◆ La FNATH (association des accidentés de la vie), représentée par : Arnaud de Broca
- ◆ La FNAIR (fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux), représentée par : Yvanie Caillé
- ◆ L'AFD (Association Française des Diabétiques), représentée par : Pierre Albert Lefebvre

- ♦ SOS Hépatites, représenté par : Michel Bonjour

Ci-après désignées « les associations »

■ **la Profession bancaire :**

- ♦ Association Française des Etablissements de Crédit et des Entreprises d'Investissement (AFECEI), représentée par : Baudoin Prot

Ci-après désignée « les établissements de crédit »

■ **la Profession de l'assurance :**

- ♦ la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), représentée par : Gérard de La Martinière
- ♦ le Groupement des Entreprises d'Assurances Mutuelles (GEMA) représenté par : Jean-Luc de Boissieu
- ♦ La FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française), représentée par : Daniel Lenoir

Ci-après désignée « les assureurs » ;

Les deux professions étant désignées ci-après « les professions »

Tous désignés ci-après « les signataires »

3/ Il est convenu ce qui suit :

Les signataires souhaitent marquer leur volonté commune de mettre au point un dispositif d'ensemble tendant à élargir, dans les meilleures conditions, l'accès à l'emprunt et l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé.

Lorsque les informations demandées à la personne à assurer comportent des indications sur son état de santé, celles-ci doivent être recueillies, transmises et utilisées dans des conditions qui garantissent pleinement la confidentialité et le respect de la vie privée.

Ces considérations inspirent les dispositions qui suivent, dont l'objet est :

I – La diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions

II – Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats

III – Le processus d'instruction des demandes d'emprunt

IV - La couverture des risques liés aux emprunts

V – Les organismes de suivi de la convention

VI - Dispositions particulières

4/ Toute personne présentant un risque de santé aggravé, du fait d'une maladie ou d'un handicap, peut se prévaloir de la présente convention sans avoir en particulier à justifier de son adhésion à l'une des associations signataires ou adhérentes à cette convention.

* *
*

TITRE I : LA DIFFUSION DE L'INFORMATION SUR L'EXISTENCE DE LA CONVENTION ET SES DISPOSITIONS

L'efficacité de l'application de la convention repose largement sur une diffusion très en amont du processus de demande de prêt, notamment immobilier, d'une information adéquate sur la convention auprès des publics concernés.

Les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées, les pouvoirs publics, les représentants du milieu médical et les professionnels de la banque et de l'assurance ont un rôle déterminant à jouer à cet égard.

Pour améliorer la diffusion de l'information, les mesures suivantes seront mises en œuvre dans les meilleurs délais à compter de la signature de la convention :

Dénomination de la convention : afin d'accroître la lisibilité du dispositif, les signataires conviennent de la dénommer "s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé - AERAS" et de privilégier l'utilisation de cette dénomination dans tous les documents d'information et actions de communication engagées sur la convention.

En outre,

a) Les pouvoirs publics s'engagent à :

- associer les caisses d'assurance maladie des régimes obligatoires et les réseaux de soins à la diffusion de l'information sur l'existence et les dispositions de la convention ;
- créer un site internet dédié à la convention ;
- prendre des dispositions pour assurer un relais efficace de cette information auprès des professionnels (par exemple notaires, agents immobiliers) impliqués dans les opérations de prêt, au moyen de supports appropriés.

b) Les établissements de crédit et les assureurs s'engagent à :

- diffuser des dépliants d'information au sein de leurs réseaux et informer directement les candidats à l'emprunt. Pour ce faire, les établissements de crédit s'engagent notamment à développer un module de formation relatif à l'accueil des publics spécifiques pour les chargés de clientèle et à créer des référents au sein de chaque réseau bancaire. Le référent pourra intervenir en appui du chargé de clientèle ou répondre directement aux questions des candidats à l'emprunt ;
- mentionner la convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et introduire un lien avec le site de la convention ;
- indiquer dans les documents de simulations de prêt, l'existence de la convention et les numéros verts ou coordonnées du référent du réseau bancaire.

c) Les associations s'engagent à :

- mentionner la convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et introduire un lien avec le site de la convention ;
- participer activement à la démarche d'information en diffusant à leurs membres et aux publics appropriés une information sur la convention, via notamment divers outils de communication (plaquettes d'information et affiches) et des lignes d'information téléphonique ;
- encourager les publics concernés à faire jouer la concurrence.

TITRE II : LE TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES NECESSAIRES A LA SOUSCRIPTION ET A L'EXECUTION DES CONTRATS

- 1) La demande légitime par l'assureur des informations nécessaires à l'acceptation du risque et, lorsque le risque se réalise, au règlement de la prestation garantie, doit être conciliée avec la confidentialité qui s'impose, s'agissant d'informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes.

Dans cet esprit, les professions s'engagent à respecter les principes de la présente convention et du code de bonne conduite, de portée générale, qui y est annexé.

Ce code constate les procédures de confidentialité existantes et les actualise. Il innove sur un certain nombre de points par des recommandations renforçant la protection de la confidentialité des informations touchant la personne des assurés.

- 2) S'agissant des contrats liés à un emprunt, afin de respecter la confidentialité, les établissements de crédit veillent à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé. Afin de se conformer à l'exigence de confidentialité, il y répond seul quel que soit le support utilisé qu'il s'agisse d'un support papier ou d'une procédure informatique sécurisée ; il lui est proposé de le remplir seul soit sur place soit à son domicile. Toutefois, à sa demande, le client peut être assisté par son interlocuteur pour remplir le questionnaire. En ce cas, avant de l'assister le conseiller bancaire lui rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite annexé à la présente convention.
- 3) Les questionnaires de santé respectent les principes suivants :
- a) les questions posées sont précises et portent sur les événements relatifs à l'état de santé (ex : existence d'une rente d'invalidité, intervention chirurgicale ...), les pathologies recherchées, les arrêts de travail et de situations liées à la protection sociale (ex : exonération du ticket modérateur ...) ;
 - b) les questionnaires de santé ne font aucune référence aux aspects intimes de la vie privée, et notamment à la sexualité ;
 - c) dans l'hypothèse d'une question portant sur des tests de dépistage, elle ne porte que sur les sérologies virales, notamment sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine et sous la forme suivante :

« Avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? A quelle date ? »

Il ne peut être demandé au candidat à l'assurance de se soumettre à de tels tests que si l'importance des capitaux souscrits ou les informations recueillies par le questionnaire de risques le justifient.

- 4) En fonction des réponses apportées par le candidat à l'assurance, le service médical de l'assureur a la possibilité de demander des informations complémentaires.

TITRE III : LE PROCESSUS D'INSTRUCTION DES DEMANDES D'EMPRUNT

Ce titre s'applique aux prêts professionnels et immobiliers.

1) La durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit et les assureurs n'excède pas une durée maximum de 5 semaines à compter de la réception d'un dossier complet :

- a) les assureurs s'engagent à ce qu'entre la réception de l'ensemble des pièces d'un dossier et la réponse formulée par l'assureur, y compris le cas échéant après intervention du 3^{ème} niveau, le délai écoulé n'excède pas 3 semaines ;
- b) les établissements de crédit s'engagent à prendre et à communiquer une décision au candidat à l'emprunt dans les 2 semaines suivant la transmission à l'établissement de crédit de l'acceptation par le client de la proposition de l'assureur.

2) L'intérêt des futurs emprunteurs est de préparer le plus en amont possible leur dossier, notamment si les risques de santé auxquels ils sont exposés nécessitent des examens qui allongent la durée d'analyse de leur dossier. Afin de répondre à ce besoin et de réduire les délais de traitement, ils peuvent soit s'adresser à un assureur de leur choix, soit demander par l'intermédiaire de leur banque une assurance emprunteur, quand bien même une telle demande ne serait pas liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier. Les établissements de crédit s'engagent alors à transmettre à l'assureur du contrat groupe les demandes d'assurance effectuées par un candidat à l'emprunt.

3) Les assureurs s'engagent à étudier tout dossier de demande d'assurance effectuée directement ou via un établissement de crédit par un candidat à l'emprunt demandant à bénéficier des garanties de la présente convention quand bien même cette demande d'assurance n'est pas directement liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier.

4) Lorsqu'une proposition d'assurance est transmise à un candidat à l'emprunt, cette proposition d'assurance, qu'il s'agisse d'un contrat d'assurance de groupe ou d'un contrat individuel, est, au regard de l'état de santé du demandeur, valable pendant une durée de 4 mois. S'agissant des emprunts contractés dans le cadre de l'acquisition d'un bien immobilier, cette durée est valable y compris pour l'acquisition d'un bien immobilier différent de celui pour lequel la proposition d'assurance initiale a été réalisée pour autant que la demande d'emprunt porte sur un montant et une durée inférieurs ou égaux à la précédente demande.

5) Motivation

- a) Les établissements de crédit s'engagent à motiver par écrit les refus de prêt autour du seul critère d'assurabilité.
- b) L'assureur porte par courrier à la connaissance de l'intéressé de façon claire et explicite les décisions de l'assureur relatives au refus d'assurance, aux ajournements, aux exclusions de garantie et aux surprimes. Il est indiqué à l'intéressé dans le même courrier la possibilité de prendre contact par courrier avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'assurance. Il est mentionné l'existence et les coordonnées de la commission de médiation.

Le présent titre concerne la couverture du risque décès et invalidité des personnes présentant un risque de santé aggravé, liée aux emprunts suivants :

- à caractère professionnel : prêts pour l'acquisition de locaux et de matériels ;
 - à caractère personnel : prêts immobiliers et crédits à la consommation ;
- dans les conditions précisées ci-dessous.

1) L'assurance des prêts au logement et des prêts professionnels

Les professions, directement ou par délégation, déclarent que, dès lors que l'analyse d'un questionnaire de risque de santé conduit à refuser à un candidat à l'emprunt le bénéfice de l'assurance de groupe associé à cet emprunt, le traitement de son dossier sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance "de deuxième niveau" qui permette un réexamen individualisé de sa demande.

En outre, un pool des risques très aggravés est mis en place par les assureurs pour permettre le réexamen des cas de refus par le "deuxième niveau". Ce pool traite les demandes relatives à un encours cumulé de prêts d'au plus 300 000 euros et pour des prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Une description de ce mécanisme de "deuxième niveau" et du pool des risques très aggravés figure en annexe à la présente convention. Ce dispositif ne fait pas obstacle à la mise en jeu des garanties alternatives mentionnées au 5) ci-dessous.

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

Les professions s'accordent sur la suppression des questionnaires de risques médicaux pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, sous réserve des conditions suivantes :

- leur montant ne dépasse pas 15 000 euros,
- leur durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans,
- le candidat à l'assurance a 50 ans au plus,
- le candidat à l'assurance dépose une déclaration sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà du plafond susmentionné.

3) Délégations d'assurance

Les établissements de crédit s'engagent à accepter des contrats individuels d'assurance décès et invalidité dès lors que ces derniers présentent un niveau de garantie équivalent au contrat groupe. Ils s'engagent également à ne pas imposer leur contrat groupe au candidat emprunteur dans les cas où le contrat groupe ne permet pas d'apporter une réponse satisfaisante à un candidat. Ils s'engagent enfin

à assurer des conditions d'emprunt identiques quelle que soit la solution assurantielle retenue.

4) Garantie des prêts immobiliers et professionnels en cas de risque d'invalidité

Un emprunteur présentant un risque de santé aggravé peut se trouver dans l'incapacité de rembourser tout ou partie des échéances de son emprunt si son état de santé se dégrade et le met ainsi dans l'impossibilité de maintenir le niveau de revenu qu'il avait au moment de l'octroi du prêt. Dans leur intérêt comme dans celui de l'emprunteur, les établissements de crédit, soumis en outre à des obligations juridiques et notamment au devoir d'alerte des prêteurs, sont donc conduits à rechercher les garanties nécessaires à la couverture de ce risque.

Afin de mettre pleinement en œuvre l'objectif de la présente convention de rechercher les moyens propres à assurer le meilleur accès possible au crédit des personnes concernées, il est prévu un dispositif tendant à rechercher systématiquement la ou les solutions adaptées à chaque cas en matière de risque invalidité.

a) Le risque invalidité entre dans le champ de la présente convention au même titre que le risque décès et permet donc aux personnes concernées de bénéficier des dispositions de la convention, notamment en matière de médiation, de motivation et de mutualisation.

b) Lorsque l'assurance est possible, les assureurs s'engagent à proposer une assurance invalidité, dans le cas où celle-ci s'avérerait nécessaire à l'aboutissement de la demande de prêt, assurant au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi qu'une couverture additionnelle d'invalidité dans des cas déterminés prévus au contrat.

Cette couverture conduira l'assureur, lors de la survenance d'un sinistre, à verser des prestations à ses assurés relevant alors de la 3^{ème} catégorie d'invalidité définie à l'article L341-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à environ un tiers de ses assurés relevant alors de la 2^{ème} catégorie d'invalidité.

Les signataires s'engagent à définir en commun d'ici la fin de l'année 2006 un processus et des indicateurs pour suivre la réalisation de cet objectif et à examiner les résultats obtenus dans un délai de 18 mois suivant l'entrée en application de la présente convention.

Les établissements de crédit s'engagent à fonder leur décision de prêt sur le seul critère de la solvabilité du candidat à l'emprunt, et à ce que l'apparition d'un problème lié à l'obtention d'une assurance invalidité n'entraîne pas de conséquence systématique sur l'octroi d'un prêt. Lorsque les couvertures mentionnées au premier paragraphe du b) sont proposées par les assureurs et acceptées par le candidat à l'emprunt, les établissements de crédit s'engagent à n'exiger aucune autre garantie s'agissant de la couverture du risque santé, sauf si l'examen particulier du dossier du candidat à l'emprunt ne leur permet pas de disposer d'une garantie raisonnable sur sa capacité à s'acquitter des annuités d'emprunt.

Les établissements de crédit mettront en place un mécanisme de suivi effectif de cet engagement dont les modalités techniques seront définies dans le cadre de la Commission de suivi et de propositions.

5) Garanties alternatives à l'assurance

Les établissements de crédit, directement ou par délégation, s'engagent à accepter, notamment en cas de refus d'assurance en garantie des prêts, quel que soit leur montant, les alternatives à l'assurance de groupe qui peuvent apporter des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. Il peut s'agir, selon les cas, notamment de biens immobiliers, d'un portefeuille de valeurs mobilières, de contrats d'assurance vie ou de prévoyance individuelle ou de cautions.

6) Mécanisme de mutualisation

Un mécanisme de mutualisation des risques d'assurance à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit est mis en place pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels, pour permettre de consentir un écrêtement des primes en faveur de personnes disposant de revenus modestes.

Le seuil d'éligibilité retenu dans ce mécanisme dépend du revenu et du nombre de parts accordées au foyer fiscal du candidat à l'emprunt au terme de la législation fiscale en vigueur :

- revenu inférieur ou égal à 1 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ou 2 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,25 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 2,5 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus.

Dans les conditions d'éligibilité définies ci-dessus, la prime d'assurance ne peut représenter plus de 1,5 point dans le taux effectif global de l'emprunt.

Il est régulièrement rendu compte du fonctionnement de ce mécanisme de mutualisation au sein de la Commission de suivi et de propositions.

TITRE V : LES ORGANISMES DE SUIVI DE LA CONVENTION

I. Commission de suivi et de propositions de la convention

1) Composition

La Commission de suivi et de propositions de la convention est composée comme suit :

- six membres désignés par les professions, à raison de trois par les établissements de crédit et trois par les assureurs ;
- six membres désignés par les associations représentant les malades ou les personnes handicapées et les associations de consommateurs ;
- quatre représentants de l'Etat nommés par les ministres chargés de l'économie et de la santé ;
- sept membres qualifiés dont au moins deux médecins, désignés par les ministres chargés de l'économie et de la santé, un représentant de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles et un représentant de la Commission Bancaire.

La Commission de suivi et de propositions de la convention est présidée par un membre qualifié, désigné par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

Elle se réunit en formation plénière, sur convocation de son président, au moins quatre fois par an.

En plus des commissions spécialisées prévues au 3) ci-après, la Commission de suivi et de propositions de la convention peut prendre toute décision tendant à l'instauration de groupes de travail consacrés à l'étude d'une question particulière de sa compétence.

2) Compétences

La Commission de suivi et de propositions de la convention veille à la bonne application des dispositions de la présente convention et au respect des engagements des parties. Elle peut s'appuyer pour cela sur les enseignements des travaux sur les dispositifs de contrôle interne mis en place par les professionnels pour vérifier l'application des normes professionnelles. Elle formule toute recommandation aux signataires qu'elle juge utile.

La Commission de suivi et de propositions de la convention étudie tout sujet en rapport avec l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, qui susciterait des difficultés non résolues par la convention. Elle débat de toutes mesures susceptibles d'améliorer les dispositions conventionnelles.

Elle rassemble les données statistiques transmises par les professionnels sur la mise en œuvre de la convention en matière de crédit immobilier et professionnel, notamment :

- le nombre de personnes accédant aux 2^{ème} et 3^{ème} niveaux ;
 - le nombre de personnes bénéficiant d'une proposition d'assurance en distinguant couverture décès et couverture invalidité et en précisant dans le cadre d'enquêtes spécifiques la pathologie et le montant des surprimes ;
 - les enquêtes spécifiques sur les prêts proposés et accordés ;
- Elle peut diligenter toute enquête ponctuelle ou spécifique nécessaire au bon suivi de l'exécution de la convention.

Les signataires conviennent d'étudier un mécanisme de vérification, impliquant professionnels et associations, permettant de suivre l'application de la présente convention.

La Commission de suivi et de propositions de la convention remet au Gouvernement, aux présidents des assemblées ainsi qu'au président du conseil national consultatif des personnes handicapées, tous les deux ans, un rapport rendu public sur son activité, la mise en œuvre de la convention et sur les nouvelles mesures adoptées ou en voie de l'être, en vue d'améliorer l'assurance et l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé. Ce rapport comporte, le cas échéant, des propositions de nature à parfaire le dispositif conventionnel, légal ou réglementaire existant.

3) *Le Secrétariat de la Commission*

La Commission de suivi et de propositions de la convention dispose d'un Secrétariat. Ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'Etat.

II) Commission des études et recherches

Il est instituée auprès de la Commission de suivi et de propositions de la convention une Commission des études et recherches, animée par le ministère de la santé et de la solidarité, comportant notamment des représentants de l'INSERM, de l'Institut National de Veille Sanitaire et d'autres organismes de recherche, de représentants d'associations, d'assureurs et de réassureurs et de personnalités qualifiées. Sa composition est fixée d'un commun accord après avis de la Commission de suivi et de propositions de la convention .

En tant que de besoin, elle associe à ses travaux des spécialistes, concernés par les pathologies étudiées.

La Commission des études et recherches est chargée de recueillir et étudier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés ou fondés les refus de garantie. Elle engage un programme de recherche en ce domaine, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque.

Les assureurs tiennent compte, pour les opérations d'assurance destinées à garantir les prêts entrant dans le champ de la présente convention, des conclusions des études produites.

III. La Commission de médiation

1. Il est institué une Commission de médiation :

- composée de quatre membres titulaires et de quatre membres suppléants désignés en son sein par la Commission de suivi et de propositions, à parité entre les professionnels et les associations ;
- présidée par une personnalité qualifiée désignée par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

La Commission, sur décision de son président, peut s'attacher le concours, en tant que de besoin, de personnes extérieures, sans que celles-ci aient voix délibérative.

2. La Commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont adressées par des candidats à l'emprunt dans le cadre du fonctionnement de la présente convention.

Elle prend toutes dispositions 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 spécialiste de la pathologie qui suit, médicalement, le candidat à l'emprunt et le médecin conseil de l'assureur.

3. La Commission de médiation informe périodiquement, notamment grâce à son rapport annuel d'activité, la Commission de suivi et de propositions de ses travaux et des enseignements qui s'en dégagent.

4. La Commission de médiation dispose d'un secrétariat. Ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'Etat.

TITRE VI : DISPOSITIONS PARTICULIERES

- 1) La présente convention annule et remplace la convention du 19 septembre 2001 sur l'accès au crédit et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé.
- 2) Elle est conclue pour une période de 3 ans renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par une des parties, moyennant un préavis de six mois.

Lorsque leurs statuts le rendent nécessaires, les associations et professions soumettent à ratification en assemblée générale, la présente convention au plus tard le 31 décembre 2006.

- 3) Les signataires ont conscience des délais nécessaires à la pleine mise en œuvre des dispositions de la présente convention. Celle-ci requiert en effet :
 - d'informer les membres des professions, des associations et des consommateurs en général ;
 - de former les salariés et les intermédiaires des professions ;
 - de concevoir, négocier, souscrire et mettre en place les contrats de groupe ouvert dits de « deuxième niveau » ;
 - de mettre en place les structures de gestion et d'examen des risques soumis au pool des risques très aggravés.

La Commission de suivi et de propositions procédera à une évaluation régulière de la mise en œuvre des dispositions conventionnelles.

- 4) Les dispositions de la présente convention entrent en vigueur 6 mois à compter de leur signature par les partenaires concernés.

Fait à Paris, le

Pour l'Etat

Ministère de l'Economie,
des Finances et de l'Industrie

Ministère de la Santé
et des Solidarités

**Pour associations de consommateurs et les associations représentant les
personnes malades ou handicapées :**

AIDES

SIDA INFO SERVICES

CONTRE LE CANCER, LA LIGUE

LE LIEN

FAMILLES RURALES

AVIAM

FFAAIR

UFCS

Vaincre la Mucoviscidose

AFM

CISS

FNATH

FNAIR

AFD

SOS Hépatites

AFP

Pour les Professionnels

AFECEI

FFSA

GEMA

FNMF

CODE DE BONNE CONDUITE
CONCERNANT
LA COLLECTE ET L'UTILISATION DE DONNÉES
RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ
EN VUE DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION
D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

Les organismes d'assurance sont appelés à recueillir et à traiter des informations concernant l'état de santé d'une personne, et notamment :

- en assurances de personnes, avant la souscription d'un contrat (ou l'adhésion à celui-ci s'il s'agit d'une assurance de groupe) ;
- dans toutes assurances intervenant en cas de décès ou d'atteintes corporelles, lors de la déclaration d'un sinistre ou de la demande de prestations.

Cette collecte et ce traitement d'informations médicales, indispensables à l'activité d'assurance, ont toujours tenu compte des impératifs de confidentialité de ces informations touchant à la personne des assurés, ainsi que de la volonté librement exprimée par ceux-ci quant à l'usage qu'il convient de faire des informations et documents médicaux les concernant.

Tout en reconnaissant :

- qu'un assureur, un banquier ou un intermédiaire est astreint au secret professionnel dans ses relations avec ses clients ;
- que toute personne peut disposer des informations la concernant et couvertes par le secret médical, en particulier pour faire valoir ses intérêts ;

la collecte, la circulation, le traitement et la conservation de l'information médicale relative à une personne soulèvent, en raison de la nature de cette information, des risques particuliers, auxquels il est impératif d'apporter des solutions selon des procédures de confidentialité strictes et restreintes.

Compte tenu des évolutions législatives et des réflexions conduites, sous l'égide des pouvoirs publics, sur les problèmes que pose l'utilisation de ces informations dans des conditions compatibles à la fois avec les exigences d'ordre éthique et l'exercice de l'activité d'assurance, il est apparu souhaitable d'améliorer les procédures existantes, en matière d'organisation de confidentialité médicale. A cette fin sont formulées un certain nombre de recommandations de nature à renforcer la confidentialité de ces procédures, tant dans l'organisation du service médical des sociétés d'assurances (I) qu'au stade de la souscription des contrats (II) ou à celui de l'exécution du contrat (III).

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

I/ LE SERVICE MEDICAL DES SOCIETES D'ASSURANCES

L'appréciation du risque comme le règlement des prestations nécessite des examens, des contrôles et des évaluations faisant appel au concours de médecins.

Ceux-ci agissent pour le compte de l'organisme d'assurance concerné dans le respect de la déontologie médicale.

En tout état de cause, compte tenu des risques assurés et de la nature spécifique des informations fournies, il est impératif que les sociétés d'assurances concernées disposent d'un service médical apte à analyser et conserver ces informations.

Dans ce service médical, les dossiers sont placés sous l'autorité d'un médecin collaborateur à temps plein ou partiel auquel doit être garantie l'indépendance technique et morale. Celui-ci est garant de la confidentialité des informations médicales fournies aux sociétés.

Formé aux spécificités de traitement des données médicales, et à la déontologie qui s'y applique, le personnel est astreint au secret professionnel ; il est informé des sanctions encourues en cas de non-respect de cette règle. Pour ce faire, ce service bénéficie de locaux particuliers et d'un personnel spécifique.

La confidentialité doit être organisée au sein des entreprises, physiquement pour le service, administrativement pour les circuits (courrier, téléphone, informatique, meubles de rangement des dossiers, etc). Une protection totale des dossiers et des informations transmises est assurée.

En aucun cas, les services administratifs des sociétés d'assurance ne peuvent connaître les éléments relatifs à l'état de santé qui ont fondé la décision (acceptation avec ou sans surprime, refus, ajournement ou demande de complément d'instructions médicales), ni les éléments des contrats ayant trait à l'état de santé.

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

Enfin, le responsable du service médical, souvent qualifié de « médecin-chef », coordonne l'activité des autres médecins attachés au service. En outre :

- il organise et maintient les contacts nécessaires avec des médecins correspondants, indépendants de l'entreprise, et chargés d'examiner les assurables en vue de la conclusion d'une assurance, ou d'examiner ou contrôler les personnes malades, ou invalides, ou les victimes d'accidents, dans le cadre du règlement d'un sinistre ou d'une demande de prestations ;
- il procède lui-même ou fait procéder par ses collaborateurs médecins aux examens et contrôles précités lorsque la proximité et l'organisation du service le permettent ;
- il donne son avis médical sur les dossiers de souscription ou de règlement qui sont soumis au service médical ;
- il conseille l'organisme d'assurance en matière de sélection médicale des risques, de prévention et de règlement. Il participe à ce titre à la définition des normes d'acceptation, à l'élaboration des questionnaires de santé et des formulaires de déclaration de sinistre, ainsi qu'à l'information des services techniques en matière médicale ;
- lorsque le proposant le saisit d'une demande d'information, il lui répond soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin désigné par celui-ci.

Il s'agit donc d'une triple mission de contrôle, d'expertise et de conseil, qui n'est confondue ni avec celle de l'expert judiciaire désigné par une juridiction, ou en exécution d'une convention d'arbitrage, ni avec celle des médecins contrôleurs des organismes de sécurité sociale.

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

II/ LA SOUSCRIPTION

A) L'APPRECIATION DES RISQUES LORS DE LA SOUSCRIPTION (ASSURANCES DE PERSONNES)

- 1) L'état de santé de l'assurable est un élément essentiel d'appréciation du risque pour la souscription d'une assurance comportant des garanties de prévoyance (décès, invalidité, maladie).

L'âge, le montant des sommes assurées, la durée et la nature du contrat, conditionnent le niveau d'information et de contrôle :

- pour les assurances dont les capitaux ou rentes garantis sont faibles, seule une déclaration relative à l'état de santé ou un questionnaire succinct est généralement demandé ;
- lorsque les capitaux ou rentes dépassent un certain montant ou lorsque l'état de santé du candidat à l'assurance, ne lui permet pas de souscrire une telle déclaration, *ou que des réponses laissent supposer un risque aggravé*, ou que son âge excède la norme fixée, il est demandé de remplir un questionnaire de risque plus détaillé ;
- lorsqu'un certificat médical ou des pièces justificatives sont demandés au candidat à l'assurance, son médecin traitant le lui remet en mains propres *sous enveloppe* pour transmission au service médical de l'assureur ;
- en fonction des réponses au questionnaire de risque ou de la déclaration d'une pathologie particulière, le médecin conseil de l'assureur demande le cas échéant des examens complémentaires : analyses, radiographies, ou échographies, électrocardiogrammes, etc, ces examens pouvant éventuellement être remplacés par la communication par le proposant des pièces, strictement nécessaires, faisant partie de son dossier médical ;
- l'assureur peut également – si les réponses au questionnaire de risque ou le montant du capital le justifient – demander à l'assurable de se soumettre à un examen médical.

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

Cet examen peut être précédé ou complété par des analyses biologiques;

- en cas de demande d'examens médicaux, ceux-ci sont effectués par un ou des médecins désignés par l'assureur pour examiner l'assuré, ou par un ou des médecins choisis par celui-ci ;
- les résultats des examens médicaux et les résultats d'examens complémentaires (biologiques, radiologiques) sont remis au proposant qui les transmet au médecin conseil de l'assureur ;
- les conclusions du ou des médecins sont transmises directement sous pli confidentiel au service médical de l'assureur.

Les rapports médicaux et les examens complémentaires relèvent des mêmes règles de confidentialité que les questionnaires médicaux.

- 2) Les questionnaires répondent à un souci de clarté et de concision pour pouvoir être compris par les assurés, tout en étant suffisamment détaillés pour permettre une appréciation correcte du risque par l'assureur.

Ils comportent généralement deux types de questions :

- des questions portant sur des faits matériels (par exemple : avez-vous eu un arrêt de travail de plus de (x) jours durant la dernière période d'un an ? quels médicaments prenez-vous actuellement ? avez-vous subi des tests médicaux au cours des (y) derniers mois) ;
- des questions portant sur des maladies (par exemple : êtes vous traité pour hypertension ?).

Il existe enfin, pour certaines maladies des questionnaires adaptés, que les personnes concernées remplissent généralement avec le concours de leur médecin traitant.

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

Le contenu et le traitement de ces questionnaires de risques respectent les principes suivants :

- ils ne doivent comporter aucune question concernant le caractère intime de la vie privée, et en particulier de la vie sexuelle des proposants ;
 - les déclarations et questionnaires médicaux de risques sont transmis au service médical par le candidat à l'assurance, qui déclare dans le formulaire accepter cette communication (cf. §B) 2) ;
 - les autres déclarations de risques (par exemple, la pratique de certains sports ou certaines professions à risques) peuvent être transmises à un service d'acceptation de risques ;
 - ces informations sont traitées *en toute confidentialité* sous la pleine responsabilité du médecin responsable du service médical de l'entreprise ;
 - compte tenu des dispositions de l'article L.112-3 du code des assurances, les formulations de questions trop générales du type « vous estimez-vous en bonne santé ? » sont à écarter. De manière plus générale, afin d'éviter les difficultés d'interprétation et les litiges pouvant en résulter, les questions doivent être rédigées de manière claire et précise.
- 3) Enfin, en ce qui concerne les exclusions, les conditions particulières du contrat en mentionnent l'existence. Ces exclusions sont portées à la connaissance du candidat par un courrier particulier émanant du service médical.

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

**B) LA COLLECTE, LA TRANSMISSION ET LE TRAITEMENT DES
INFORMATIONS RECUEILLIES**

Les assureurs sont soumis au secret professionnel, comme tous les professionnels recueillant des informations confidentielles. En conséquence, ils prennent les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité de ces informations relatives à l'état de santé d'une personne.

1) Collecte et transmission des informations

La nature et la complexité des informations à recueillir sur la santé du candidat à l'assurance lors de la souscription conduisent à proposer une démarche en deux étapes :

- dans un premier temps, le souscripteur est clairement informé des conditions dans lesquelles les informations qu'il va donner dans la suite du questionnaire seront communiquées à la société d'assurance ;
- dans un second temps, il répond seul, s'il le souhaite, aux questions relatives à son état de santé et aux données médicales le concernant.

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

Sur le premier point, il est recommandé de faire précéder le questionnaire de santé d'une formule du type suivant :

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) (par la procédure de (télé)transmission sécurisée ...) au médecin conseil du service médical de la société.

*Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, **vous êtes formellement invité** à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) (par la procédure de (télé)transmission sécurisée ...) au médecin conseil du service médical de la société.*

Dans ce cas, vous utilisez (l'enveloppe ci-jointe) (la procédure sécurisée ...) à destination du médecin conseil de la société d'assurances

Dès lors, et à condition qu'il soit répondu aux questions précédentes et qu'elles respectent la réglementation sur la nature des questions à poser, l'architecture du questionnaire et la formulation des questions sur l'état de santé et les données médicales du proposant sont du ressort de la société d'assurances, qui peut éventuellement les répartir entre un "questionnaire de santé", supposé simplifié et un "questionnaire médical", concernant notamment des pathologies ou des interventions chirurgicales.

De même, le rapport du médecin examinateur, et les résultats des différents examens demandés au candidat à l'assurance sont transmis, sous pli confidentiel, au service médical de la société d'assurance dans les conditions précisées antérieurement.

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

2) Traitement

Le service médical émet un avis sur les dossiers comportant des documents confidentiels, des rapports médicaux et plus généralement qui soulèvent un problème d'appréciation médicale. Cet avis est transmis au service chargé de l'acceptation des risques.

Ce dernier service prend pour chacune des garanties du contrat une décision parmi les options suivantes :

- acceptation au tarif normal ;
- acceptation avec surprime et éventuellement limitation de la durée de l'assurance ;
- acceptation avec exclusion d'une ou plusieurs pathologies particulières et de ses suites (ce sont généralement les maladies qui préexistaient à l'entrée à l'assurance) ;
- ajournement (de 1 à 5 ans le plus souvent) ;
- refus.

Le candidat à l'assurance est informé de la décision de la société et de la possibilité de saisir le médecin conseil pour information complémentaire (cf. I – page 5 – dernier ■).

3) Suites de maladies antérieures

Conformément à l'article 3 a) de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les conditions particulières du contrat doivent mentionner clairement et limitativement les exclusions ou restrictions de garanties consécutives aux maladies antérieures en assurance individuelle ou collective non obligatoire. A cet effet, l'information nécessaire est transmise par le service médical de la société au service d'acceptation des risques d'une part, et au service administratif chargé d'établir le contrat d'autre part.

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

III/ L'EXECUTION DU CONTRAT

A/ OBSERVATIONS GENERALES

Conformément aux principes généraux de notre droit, il appartient à l'assuré ou au bénéficiaire de l'assurance qui en demande l'exécution de justifier de ses droits. De même la victime d'une atteinte corporelle due à l'action fautive d'un tiers doit établir la réalité de son préjudice.

L'exécution du contrat peut ainsi nécessiter que l'assureur subordonne le règlement des prestations à la production d'attestations médicales ou au résultat d'examens de contrôle ou d'évaluation effectués par des médecins missionnés à cet effet. L'assureur peut également demander à l'assuré de répondre à un questionnaire s'inscrivant dans le cadre de la déclaration de sinistre. Cette procédure administrative légère convient particulièrement à l'assurance de remboursement de frais médicaux qui exige une grande rapidité de règlement.

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.

La loi du 31 décembre 1989 renforçant la garantie offerte aux personnes assurées contre certains risques prévoit que dans les contrats collectifs non obligatoires et dans les contrats individuels couvrant des risques de prévoyance, l'assureur peut à certaines conditions (cf II) - B) - 3) refuser la prise en charge des suites de maladies antérieures à la conclusion du contrat. Il doit alors apporter la preuve de l'antériorité de la maladie, dans le respect du secret professionnel auquel il est tenu.

**CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET
L'UTILISATION DE DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE
DE LA SOUSCRIPTION OU L'EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

B/ LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement des prestations nécessite le rapprochement des déclarations initiales faites lors de la souscription du contrat de celles effectuées à la suite du sinistre ; il en est de même en cas de constatations médicales ou autres résultats du dossier de règlement.

Les problèmes de confidentialité liés à l'établissement des questionnaires de règlement ou aux relations de l'assureur avec le corps médical en vue de ce règlement ne sont pas fondamentalement différents en assurances de personnes de ceux relatifs à la souscription de l'assurance.

Néanmoins, les précisions suivantes peuvent être apportées :

- les questionnaires destinés aux personnes déclarant un sinistre distinguent les rubriques de caractère administratif de celles proprement médicales. Lorsque ces dernières doivent être remplies par le médecin traitant de l'assuré ou de la victime, elles font l'objet d'un document distinct ;
- tout document établi par un médecin ayant donné ses soins à l'assuré est remis à celui-ci ou à ses ayants droits qui demeurent libres de son usage ;
- tout médecin intervenant pour le compte d'un assureur auprès d'un assuré d'une victime demandant réparation d'un dommage corporel ou de leurs ayants droit précise clairement qui l'a missionné et quel est le but de sa mission, afin d'éviter toute confusion, notamment avec les médecins contrôleurs de la sécurité sociale ;
- l'exigence de justificatifs ou de contrôles médicaux, si elle est nécessaire au respect des engagements réciproques des parties au contrat d'assurance, ainsi qu'à la défense des intérêts légitimes de l'ensemble des assurés constituant la mutualité couverte par l'assureur, est limitée aux mesures indispensables sans perdre de vue la situation particulière de l'assuré, de ses ayants droit ou de la victime. Les informations émanant du service médical comportent une partie administrative, communiquée au service gestionnaire, et une partie médicale séparée qui est conservée par le service médical.