

Hépatite Conseil

n°6

Ma maladie



Mon traitement



Ma vie sociale



"Questions d'assurance pour emprunter"



Sommaire

- 1 J'ai une hépatite C chronique, puis-je emprunter de l'argent à mon banquier ? Si oui, combien ?
- 2 Je veux emprunter pour acheter une maison et je dois répondre à un "questionnaire de santé" ? Comment vais-je faire ?
- 3 Mon banquier me dit que je ne peux choisir que l'assureur qu'il me propose. Est-ce vrai ?
- 4 L'assureur peut-il demander des informations sur mon état de santé et plus particulièrement sur mon hépatite ? Puis-je être certain(e) que la confidentialité sera respectée ?
- 5 Quel est le délai de réponse de l'assureur ?
- 6 Compte tenu de mon hépatite C, l'assureur peut-il exclure certains risques ? Peut-il y avoir des restrictions de garantie sur un risque donné ?
- 7 Dans quels cas peut s'appliquer une surprime liée à mon hépatite C ?





- 8 Un refus est-il toujours lié à la gravité de ma maladie ?
- 9 Peut-on contester la réponse de l'assureur ? Que faire en cas de refus ? Y a-t-il des recours ? Des alternatives ?
- 10 Une surprime, une exclusion ou un refus d'assurance ne risquent-ils pas d'alerter mon banquier et compromettre nos relations habituelles ?
- 11 Quelles structures indépendantes des assureurs peuvent m'aider dans cette démarche ?



*Nous remercions Sophie Priollaud (service juridique du réseau VHC de Haute Garonne)
et les Docteurs Guillaume Bonnaud et Bruno Graisely (Hépatvie) pour leur précieux concours à l'élaboration de ce document.*

Document réalisé en collaboration avec



Fédération

BP 88 - 52103 Saint-Dizier - Tél. : 03 25 06 12 12 - Fax : 03 25 06 99 54 - e-mail : contact@soshepatites.org

1 J'ai une hépatite C chronique, puis-je emprunter de l'argent à mon banquier ? Si oui, combien ?



L'accès au crédit est en général assujéti à l'évaluation de **deux risques différents** : le risque **financier** (qui relève du banquier) puis le risque **médical** (qui relève de l'assureur).

C'est par principe le banquier, et lui seul, qui déterminera la somme maximale que vous pouvez emprunter en fonction de votre solvabilité.

Mais lorsque vous demanderez de l'argent à un organisme financier, il exigera de vous une **protection vis-à-vis de certains aléas de la vie** en adhérant à une assurance-groupe. Cette assurance-emprunteur vous couvrira en cas de décès, d'accident ou de maladie entraînant une incapacité temporaire de travail ou une invalidité qui ne vous permettrait plus d'assurer le remboursement de vos échéances.

Afin d'améliorer l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, la convention "Belorgey" du 19 janvier 2001 prévoit des mécanismes particuliers de garantie des prêts à la consommation d'une part et des prêts immobiliers ou professionnels d'autre part :

• Prêt à la consommation

Dans le cadre d'un prêt à la consommation, vous n'aurez pas à remplir de questionnaire médical si :

- le montant du prêt ne dépasse pas 10.000 euros et que sa durée est inférieure à 4 ans ;
- vous déclarez sur l'honneur ne pas cumuler de prêts, assortis de cette dispense de questionnaire médical, au-delà de 10.000 euros ;
- vous avez moins de 45 ans ;



La suppression du questionnaire de santé est désormais étendue à tous les prêts personnels qui sont destinés à l'achat d'un bien et souscrits dans les mêmes conditions que les prêts à la consommation affectés.

- Prêts immobiliers et professionnels

Pour ces prêts, votre dossier sera examiné selon un **dispositif à trois niveaux** :



Le 1^{er} niveau : l'assurance-groupe de l'établissement financier prêteur

D'une manière générale, lors d'une demande d'emprunt par toute personne à un organisme financier, ce dernier vous propose d'adhérer à un contrat d'assurance-groupe qu'il a négocié avec son propre assureur dans le cadre d'une assurance collective.

L'assurance-groupe vise, en cas d'accident ou de maladie, à couvrir les risques de décès et le plus souvent d'incapacité de travail ou d'invalidité, qui pourraient compromettre le remboursement de vos échéances. Elle est un élément clé de protection pour vous et votre famille. Elle vous permettra dans ces circonstances difficiles de conserver votre bien et d'éviter la transmission de votre dette à vos héritiers.

Il s'agit d'un contrat d'assurance destiné au plus grand nombre et supportant des frais de gestion réduits. Il est dès lors avantageux quand l'état de santé du candidat à l'assurance ne pose pas ou peu de problèmes.



Dans le cadre de la souscription de cette assurance-groupe, il vous **sera demandé de remplir un questionnaire de santé**. Les informations ainsi fournies sont nécessaires à l'assureur pour apprécier le risque qu'il prend en charge. Vous devez donc veiller à y répondre complètement et avec la plus grande exactitude car ces déclarations vous engagent (art. L113-8 du Code des Assurances).

Compte tenu de vos réponses à ce questionnaire de santé ou des renseignements et examens complémentaires qui auront pu vous être par la suite demandés par le médecin-conseil, l'assureur peut estimer ne pas pouvoir couvrir le risque ou peut vous proposer une couverture avec des restrictions et/ou surprimes. Toutefois, dès lors que vous aurez déclaré une ou plusieurs affections, il y a de fortes chances pour que cette assurance-groupe vous soit purement et simplement refusée. Vous relevez alors, selon la Convention Belorgey, du deuxième niveau du dispositif.



Le 2^e niveau : réexamen à un niveau individualisé de l'état de santé du candidat à l'assurance visant à l'intégrer dans un autre contrat, et ce de manière automatique sans distinction d'âge du souscripteur ni de montant ou de durée du prêt.

Le service médical de l'assureur que vous avez choisi (assureur de l'organisme de financement ou un autre) va alors le plus souvent vous adresser une demande

d'informations complémentaires (questionnaire, examens, compte-rendu opératoire) de manière à examiner votre cas dans le cadre d'un **contrat "surrisques"**. Il pourra l'avoir fait dès le premier niveau en demandant d'emblée un **contrôle médical** chez un médecin examinateur ainsi qu'un **bilan biologique**. Ce contrôle est d'ailleurs souvent exigé sur des critères d'âge, de montant et de durée du prêt...

Après le réexamen de votre dossier, trois réponses pourront vous être données :

- 1) **Acceptation** avec ou sans surprime et avec ou sans exclusion de garanties
- 2) **Ajournement** (votre dossier peut être réexaminé dans un délai variable)
- 3) **Refus**.

Le médecin-conseil de l'assureur doit désormais vous indiquer les raisons de la décision de l'assureur si vous en faites la demande.

En cas de refus de deuxième niveau, si le montant de l'emprunt est au maximum de 250 000 euros pour une durée inférieure ou égale à 15 ans et si vous avez moins de 60 ans, la Convention Belorgey prévoit que votre dossier doit être automatiquement réétudié en 3^e niveau : "le pool des risques très aggravés".

Attention, si un réexamen à ce troisième niveau n'aboutit pas, vous ne disposerez plus d'aucun recours.



Si, finalement, vous ne pouvez obtenir cette assurance-emprunteur, vous devez **contacter votre notaire pour étudier les différentes possibilités de garanties alternatives** en couverture de prêt (Recours à un contrat spécifique, transfert au profit du prêteur de garanties souscrites dans le cadre d'un contrat d'assurance-vie, nantissement d'un capital dont vous pourriez disposer par ailleurs, recours à d'autres sûretés, caution ou gage...).

Dans le cadre de la convention Belorgey, les établissements de crédit se sont engagés à étudier ces alternatives qui peuvent vous apporter des garanties dont la valeur et la mise en jeu vous offriront la même sécurité que l'assurance.

En pratique, il est donc important et nécessaire de mettre dès le départ toutes les chances de votre côté pour que votre dossier médical d'assurance soit accepté en niveau 2. **Pour augmenter vos chances vous pouvez faire jouer la concurrence entre différents assureurs ou faire appel à certains courtiers spécialisés en risque médical "aggravé".** Vous pouvez aussi optimiser l'évaluation de votre risque médical par Hépavie (voir détail question n°11). Cette structure vous aidera à présenter un dossier médical d'emblée complet de manière à accélérer l'avis de l'assureur et à lui proposer une évaluation au plus juste de votre risque médical



2



L'organisme financier doit vous donner toutes les informations sur les garanties et sur les coûts. Il doit également, en principe, vous **remettre une notice d'explication sur la convention Belorgey**. Réclamez-la si vous ne l'avez pas obtenue.

- Les sociétés d'assurance peuvent poser toute question relative à l'état de santé. Elles ne sont en effet pas soumises à la loi qui protège les personnes contre les discriminations liées à l'état de santé (art 225-1 à 225-4 du Nouveau Code Pénal).



Compte tenu des difficultés d'accès à l'assurance en présence de certaines pathologies, il peut néanmoins paraître tentant de faire une fausse déclaration sur son état de santé pour pouvoir obtenir son prêt bancaire. Nous souhaitons insister sur les conséquences d'une telle décision. En effet, **si vous répondez faussement, l'article L113-8 du Code des assurances prévoit que l'assureur peut rompre le contrat.** Cela signifie qu'en cas de sinistre il ne prendra pas en charge les échéances, avec toutes les conséquences financières que cela peut entraîner pour vous et votre famille. Vous vous exposeriez donc à des dettes importantes et à de possibles poursuites civiles. Et toutes les primes inutilement versées à l'assureur lui resteraient acquises !

- **Rôle du médecin-conseil de l'assureur**

Le médecin-conseil de l'assureur devra ensuite émettre un **avis sur l'assurabilité de votre dossier**, mais il ne devra en aucun cas transmettre à l'établissement de crédit et à l'assureur les éléments de fait qui auront fondé sa décision (sérologie etc.), sous peine de contrevenir aux dispositions du code pénal, du code de la santé publique et du code de déontologie médicale.

Si vous le souhaitez et lui en faites la demande, le médecin-conseil vous donnera les raisons médicales de la décision de l'assureur, soit directement, soit par l'intermédiaire de votre médecin traitant.

Le questionnaire de santé permet à l'assureur d'obtenir les informations nécessaires à l'acceptation d'un risque.

En fonction des réponses apportées par le candidat à l'assurance, le service médical de l'assureur a la possibilité de demander des informations et/ou examens complémentaires.

- Puis-je me faire aider par mon médecin traitant ?

Bien entendu, votre médecin traitant est un **interlocuteur privilégié** pour vous fournir les informations médicales dont vous avez besoin.

Il peut vous délivrer des certificats, attestations et pièces médicales justificatives pour permettre au médecin-conseil de l'assureur d'effectuer une meilleure évaluation de votre risque médical. Tous ces **documents** doivent vous être **remis en mains propres**.

Toutefois, même avec votre assentiment, votre médecin traitant n'a pas à remplir un questionnaire de santé ou un questionnaire médical, ni à le valider en le contresignant.

- Est-ce confidentiel ?

D'une manière générale, afin de vous protéger, seul **un médecin est habilité à recevoir les informations** médicales sur votre état de santé. Cependant, rien n'empêche un candidat à l'assurance de remettre au conseiller financier de la banque, à un courtier d'assurance toutes pièces pouvant accélérer le règlement de son dossier. Mais il a aussi le droit de suivre la **procédure prévue dans la convention Belorgey** afin de protéger la confidentialité de ses données médicales.





La convention prévoit que **“tout candidat à l’assurance doit pouvoir prendre connaissance seul et remplir seul le questionnaire médical”**. N’hésitez donc pas à demander à votre interlocuteur de quitter la pièce si nécessaire lorsque vous remplissez ce document. Vous pouvez également emporter le questionnaire chez vous pour le remplir tranquillement. Le questionnaire de santé doit par conséquent être détachable du reste du dossier de prêt ou d’assurance.

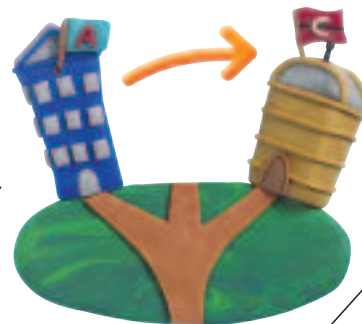
Une fois le questionnaire rempli, l’organisme financier auprès duquel vous constituez votre dossier de prêt doit **transmettre le document au médecin-conseil de l’assureur** en préservant la **confidentialité** des pièces transmises.

Pour ce faire, votre interlocuteur doit en principe vous remettre **deux enveloppes** :

- l’une cachetée, destinée au médecin-conseil,
- l’autre (plus grande) destinée au service compétent de l’établissement de crédit.

Ainsi vous pouvez, si vous souhaitez que vos réponses ne soient connues que du médecin-conseil, glisser le questionnaire sur votre état de santé dans l’enveloppe cachetée. Vous insérerez ensuite cette enveloppe dans l’enveloppe destinée au service compétent de l’établissement de crédit.

Si ces éléments (questionnaire détachable, deux enveloppes distinctes pré-imprimées) ne sont pas mis à votre disposition, vous êtes en droit de les réclamer et de signaler ce dysfonctionnement au Comité de suivi et de propositions de la Convention Belorgey.



Faites jouer la concurrence !

Ainsi, vous pouvez souscrire une assurance-emprunteur auprès de n'importe quelle compagnie d'assurance et la déléguer à votre banquier pour garantir l'emprunt, sous réserve d'un niveau de garantie équivalent à celui du contrat groupe de la banque.

Pensez à vous faire aider d'un **courtier en assurance** qui facilitera vos démarches. Il connaît les assureurs les plus compétitifs pour votre risque spécifique.

4

L'assureur peut-il demander des informations sur mon état de santé et plus particulièrement sur mon hépatite ? Puis-je être certain(e) que la confidentialité sera respectée ?

- Pourquoi demande-t-il ces informations ?

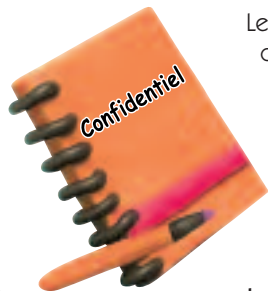
Les assurances de personnes n'étant pas, contrairement à l'assurance-maladie, des assurances obligatoires, candidat à l'assurance et assureur ont chacun la faculté de passer ou non un contrat.

Or l'assureur ne peut assurer que s'il est informé des risques qu'il doit garantir dans ce contrat qui l'engagera. Une **information loyale** de l'assureur par le candidat à l'assurance est donc primordiale.

- Comment doivent être collectées ces informations ?

Il était important de concilier la légitimité de ce questionnaire avec la confidentialité qui s'impose, s'agissant d'informations sur la vie privée et la santé des personnes. C'est pourquoi un **Code de bonne conduite** concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé a été annexé à la **Convention Belorgey** du 19 septembre 2001. Les principes suivants doivent être respectés dans le questionnaire de santé :

- Les questions posées ne doivent faire aucune référence aux aspects intimes de la vie privée, notamment la sexualité.
- Les questions posées doivent être claires et précises.



- Qui peut demander ces informations ?

En revanche les services administratifs des sociétés d'assurance ne peuvent connaître les éléments relatifs à votre état de santé.



- **À qui peut s'adresser cette demande ?**

Cette demande ne peut s'adresser qu'à vous directement. Elle ne peut être adressée à quiconque d'autre, qu'il s'agisse de votre médecin traitant, de votre conjoint ou toute autre personne proche ou non.

- **Comment puis-je y répondre ?**

Vous devez tout d'abord remplir avec exactitude et honnêteté le **questionnaire de santé** qui vous est soumis par l'organisme financier ou par l'assureur.

S'il le juge nécessaire, le **médecin-conseil de l'assureur peut vous demander :**

- des **examens complémentaires** (analyses biologiques, radios,...)
- de vous soumettre à un **examen médical de contrôle** par un médecin examinateur missionné par la compagnie d'assurances agissant dans le cadre de la médecine de contrôle (ce rôle ne peut être tenu par votre médecin traitant comme on le voit hélas trop souvent)
- tous types de certificat médical ou pièces médicales justificatives de nature à préciser votre état de santé.

Enfin, vous pouvez également, via **HEPAVIE**, faire effectuer une **évaluation de votre risque médical** que vous joindrez à votre dossier médical de demande d'assurance. HEPVIE vérifiera aussi que ce dossier médical comprend toutes les informations médicales pertinentes nécessaires à l'évaluation de votre risque. Avec un dossier présenté d'emblée complet, vous limiterez les demandes d'informations de l'assureur et vous accélérerez sa prise de décision.



- Qui prend en charge les frais liés à cette demande ?

Ce que l'assureur demande est à sa charge (Examen médical de contrôle, bilan biologique, etc.). En revanche, pour la production de certificats, vous devrez vous-même rémunérer votre médecin traitant contre des honoraires mesurés, hors du cadre conventionnel de l'assurance maladie.

Conseil : Les assureurs demandant à peu près tous la même chose, envoyez l'original à celui qui a demandé et payé l'examen et conservez-en un double pour compléter votre dossier personnel. Il pourra vous resservir pour un autre assureur le cas échéant. Procédez de même avec les certificats médicaux.



5 Quel est le délai de réponse de l'assureur ?

Aucun délai n'est imposé à l'assureur pour vous faire part de sa décision.

Tout dépend :

- d'une part, de la rapidité avec laquelle vous constituez votre dossier et adressez toutes les pièces médicales,
- d'autre part, de la gestion du dossier par l'assureur qui pourrait prendre plus de temps que vous ne le pensez...

C'est pourquoi nous vous conseillons de **préparer le plus en amont possible de votre démarche d'emprunt**, c'est-à-dire dès que vous envisagez l'acquisition d'un bien, **vos dossier médical** d'assurance en rassemblant les différentes pièces (certificats médicaux, pièces médicales justificatives etc.)

Plus vous transmettez rapidement un dossier complet, plus vous augmenterez vos chances d'obtenir une réponse rapide. Il est aussi probable que vous augmenterez vos chances d'être accepté dans l'assurance au meilleur coût.

Faites également jouer la concurrence pour vous prémunir contre une réponse négative au dernier moment.

Enfin, pensez à éventuellement **demandeur un allongement de la durée de la clause suspensive** au moment de la signature de la promesse de vente. En effet, l'obtention de votre assurance peut s'avérer longue compte tenu de votre hépatite C et il n'y a pas de délai légal. C'est donc un point qui peut être négocié avec votre vendeur.



6 **Compte tenu de mon hépatite C, l'assureur peut-il exclure certains risques ? Peut-il y avoir des restrictions de garantie sur un risque donné ?**

L'assureur est en droit d'évaluer et de choisir les risques qu'il souhaite garantir, selon l'état de santé des candidats à l'assurance. En pratique, s'agissant d'une maladie antérieure à la conclusion du contrat, il peut donc accepter de vous garantir moyennant l'**exclusion de certains risques** ou l'**application d'une surprime**.

En pratique, pour faciliter l'accès à l'assurance des patients infectés par le VHC l'assureur peut soit refuser la garantie du risque incapacité-invalidité, soit appliquer une exclusion partielle de garantie portant sur les effets adverses du ou des traitements prescrits au titre de l'hépatite C, principale cause d'incapacité des patients infectés par le VHC sans cirrhose.

L'**exclusion partielle de garantie** doit être formelle, c'est-à-dire clairement mentionnée dans les conditions particulières du contrat, et limitée, c'est-à-dire concerner un événement de santé précis et facilement identifiable.

L'hépatite C, dont les manifestations cliniques sont diverses, ne peut donc être considérée comme étant une exclusion partielle de garantie car il ne s'agit pas d'un risque limité.



7 Dans quels cas peut s'appliquer une surprime liée à mon hépatite C ?



Hépatite sans cirrhose, traitée et guérie

En l'absence de cirrhose, il **serait souhaitable que la plupart des patients**, considérés comme "guéris" selon les conclusions de leur hépatologue, **soient pris en charge au tarif normal**, dans le cadre de l'**assurance groupe**.

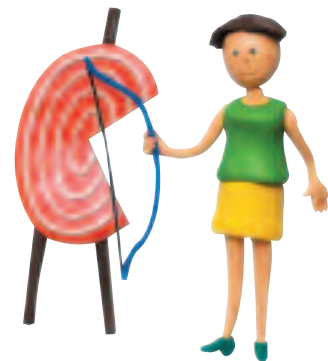
Ce ne sont pas les constatations habituelles. Des enquêtes ont montré qu'après traitement, une partie des patients ne récupèrent pas la qualité de vie des sujets qui n'ont jamais été infectés : une fatigue "les empêchant d'agir comme avant" persiste fréquemment. Ces faits pourraient donc justifier le refus de l'assureur d'appliquer le tarif normal des contrats standards de groupe pour la garantie incapacité-invalidité. En tout cas, il n'y a pas de justification à ce que ces dossiers ne soient pas acceptés en niveau 1. Car en niveau 2, où l'assurance est vraiment individualisée, la modification des bases de tarification pénalise dans ce cas souvent injustement le patient, alors que le surrisque lié à la maladie "guérie" est minime.

Prenons l'exemple d'un sujet de 50 ans guéri. S'il est accepté dans le cadre de l'assurance groupe (niveau 1), il bénéficiera de la mutualisation des risques sans tenir compte de son âge et aura une prime décès d'environ 0,2 %. S'il n'est pas accepté à ce niveau, on lui proposera alors une assurance individuelle (niveau 2) et compte tenu uniquement de son âge, sa prime décès sera déjà de 0,5 % sans compter le surrisque éventuellement rajouté lié à son hépatite C guérie, responsable du refus de prise en charge en assurance groupe...

Les patients ayant une hépatite C chronique représentent pour l'assureur et la mutualité de ses assurés "un risque aggravé".

Les **risques garantis** et le niveau des **surprimes** vont dépendre de nombreux facteurs :

- l'**âge** du sujet : avec l'âge, le surrisque directement lié à l'hépatite C diminue proportionnellement aux risques liés aux autres maladies ;
- le **taux des transaminases**, bon témoin de l'activité, qui individualise le groupe des patients à transaminases normales avec un pronostic plus favorable ;
- la **sévérité de l'hépatite** : l'évaluation de l'histologie hépatique (aspect microscopique du tissu) par des méthodes invasives (ponction biopsie du foie) ou non invasives (Fibrotest, par exemple) est habituellement nécessaire ;
- le **génotype viral** chez les personnes non encore traitées : un patient infecté par un virus de génotype 2 ou 3 aura environ 80 % de chances de guérir s'il doit être traité durant la période de son emprunt.





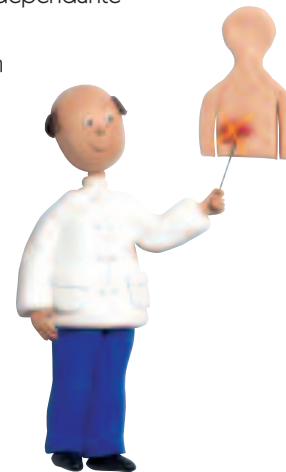
Hépatite avec cirrhose

Si l'infection virale C est guérie et la cirrhose compensée, une prise en charge du risque décès doit être obtenue.

En l'absence de guérison de l'hépatite C, même si le surrisque décès peut paraître modéré pour le patient informé par son équipe soignante, la traduction financière de ce surrisque en surprime devient inacceptable pour son budget et il devra alors envisager avec son établissement financier une alternative à l'assurance.

D'une part, le refus peut avoir été motivé pour **une autre affection associée** et indépendante de l'hépatite C (VIH, cancer, hémophilie...).

Et si finalement il paraît justement motivé par la “gravité” de l’hépatite C (cirrhose active), il est important d’insister de nouveau sur la discordance entre un risque de décès de 3 % par an pouvant paraître modéré pour une équipe soignante et le patient, mais inacceptable financièrement et jugé “grave” par l’assureur pour un prêt pouvant s’échelonner sur 25 ans.



9 **Peut-on contester la réponse de l'assureur ? Que faire en cas de refus ? Y a-t-il des recours ? Des alternatives ?**



Un assureur est libre de déterminer les risques qu'il accepte ou non de prendre en charge et donc d'accorder ou non sa garantie. C'est bien dire en pratique que vos chances de voir votre réclamation satisfaite dans le temps qui vous est imparti sont très faibles !

Toutefois, en cas de refus exprimé par l'assureur, deux possibilités s'offrent à vous :

- **saisir le médecin contrôleur de la compagnie d'assurance** pour obtenir des informations complémentaires. Ce dernier vous répondra soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin que vous lui aurez désigné ;
- **formuler une réclamation écrite à l'assureur**, lui demandant de réexaminer sa décision.

Si vous avez formulé une demande de crédit immobilier ou professionnel d'un montant inférieur ou égal à 250 000 euros sur une durée maximale de 15 ans et si vous n'avez pas plus de 60 ans, vous bénéficiez de la Convention Belorgey qui prévoit, en cas de refus de votre dossier au deuxième niveau (cf question 1) un réexamen automatique de votre dossier au troisième niveau par la Commission de suivi et de propositions. Vous en serez normalement tenu informé.

À défaut, écrivez à "la Section médiation de la commission de suivi et de propositions",
54 rue de châteaudun, 75436 Paris cedex 09.

Nous vous conseillons dans tous les cas d'envisager ces différentes solutions sans attendre la décision de l'assureur, puis de les examiner au préalable avec votre notaire.



10 Une surprime, une exclusion ou un refus d'assurance ne risquent-ils pas d'alerter mon banquier et compromettre nos relations habituelles ?

Le rôle de votre banquier se limite en principe à l'évaluation du risque financier de votre dossier. Trois cas peuvent en pratique se présenter :

- **Vous avez obtenu votre assurance d'emprunt sans aucune exclusion de garantie mais avec une surprime**

Le banquier se doit de traiter votre dossier de la même manière que si vous n'aviez pas eu de surprime car vos garanties sont les mêmes. Il ne sera d'ailleurs pas forcément au courant de la surprime dans le cas d'une délégation d'assurance. Certains ne cherchent pas à le savoir tant que les garanties sont suffisantes.

- **Votre assurance comporte des restrictions de garantie sur un risque donné**

Votre banquier pourra objectivement estimer que vos garanties sont dès lors insuffisantes. Vous devrez donc réétudier avec lui votre dossier d'emprunt. Le cas le plus courant est l'exclusion de la garantie incapacité-invalidité. Contrairement à la garantie Décès, jugée indispensable à votre banquier pour monter un dossier de prêt immobilier, la garantie incapacité-invalidité n'est pas obligatoire du moment que les sûretés habituelles notamment garantie hypothécaire ou garantie d'un organisme de caution mutualiste

- L'assurance vous a été purement et simplement refusée

Vous êtes bien entendu en droit de changer de banquier si vous constatez postérieurement à votre demande d'emprunt que les relations que vous entreteniez habituellement avec lui se sont détériorées et ne vous satisfont plus.



11 Quelles structures indépendantes des assureurs peuvent m'aider dans cette démarche ?

En marge du cadre réglementaire décrit en réponse à la question 9, deux structures parfaitement complémentaires peuvent optimiser votre démarche



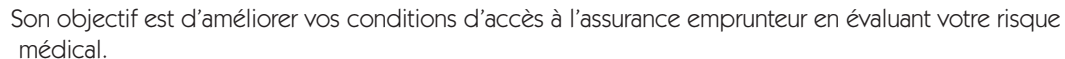
- **Les Courtiers** : optimiser la recherche de l'assureur et accélérer la procédure

Divers courtiers en assurance (Handi-assur par exemple...) proposent, dans le **cadre d'une délégation d'assurance**, de rechercher les **meilleurs tarifs et garanties** auprès de divers assureurs présents sur le marché, en tenant compte de l'hépatite C du candidat. Il s'agit dans ce cas, d'une part de connaître les meilleurs assureurs qui prennent en charge votre risque aggravé puis de les mettre en concurrence et, d'autre part, de mettre en place spécialement pour vous une procédure qui permettra d'accélérer la réponse de l'assureur.

Veillez dans tous les cas à conserver une copie complète du dossier que vous transmettez. En effet, ce dossier vous appartient et demeure votre propriété.

- **Hépavie** : optimiser l'évaluation de votre risque médical

Hépavie est une structure indépendante, créée en 2003 par deux médecins spécialisés l'un en gastro-entérologie, l'autre en médecine interne et leader d'opinion en médecine d'assurance. Hépavie est soutenu par le réseau VHC de Haute-Garonne.



Le Comité d'évaluation médicale d'Hépatie examinera alors votre dossier et vous adressera, à vous et à vous seul, sous une dizaine de jours, l'évaluation médicale de votre propre risque à garantir.

En pratique :

**HEPAVIE 9 bis ancien chemin de Lasserre –
31820 PIBRAC**

Tél/Fax : 05 34 57 46 34

E-mail : hepavie@free.fr

À ce jour, l'action d'Héparvie a permis d'améliorer l'acceptation du risque par les assureurs dans 80 % des dossiers. L'efficacité de l'évaluation d'Héparvie est encore améliorée lorsqu'elle est associée à celle de courtiers tel Handi-Assur.



*"Information et soutien des proches
sont des facteurs déterminants du succès du traitement
et de la qualité de vie des patients"*

SOS HEPATITES FEDERATION

BP 88
52103 St Dizier Cedex
Tél : **03 25 06 12 12**
E-mail : contact@soshepatites.org
Site internet : www.soshepatites.org

SOS HEPATITES AQUITAINE

Maison des Associations/Vie Associative
11 rue du 8 mai
33150 CENON
Tél : **05 57 54 08 02**

SOS HEPATITES BOURGOGNE

3 rue Etienne Baudinet
21000 DIJON
Tél : **03 80 42 97 39**

SOS HEPATITES CHAMPAGNE-ARDENNE

7 rue Herbillon
51130 VERTUS
Tél : **03 26 51 08 78**

SOS HEPATITES CENTRE VAL DE LOIRE

4 rue Langeais
37100 TOURS
Tél : **02 47 51 08 88**

SOS HEPATITES FRANCHE-COMTE

8 rue Baronne Delort
39300 CHAMPAGNOLE
Tél : **03 84 52 04 15**

SOS HEPATITES LANGUEDOC-ROUSSILLON

BP 2063
34566 BEZIERS CEDEX
Tél : **04 67 30 28 89**

SOS HEPATITES LIMOUSIN

Chez M et M^e Barnerie Marcel
6 rue des Mesanges
87170 ISLE
Tél : **05 55 39 69 47**

Hépatite : le patient avant tout !

Vous aider à mieux comprendre votre infection et votre traitement, vous rappeler en termes simples et illustrés l'information délivrée par votre médecin, vous accompagner sur la voie de la guérison, tels sont les objectifs de cette collection Hépatite Conseil.

*Réalisé à l'initiative d'Optimed Editions avec la collaboration de **SOS Hépatites**, Hépatite Conseil vous propose d'aborder les aspects pratiques de votre vie quotidienne autour de trois grandes rubriques :*



"Ma maladie"



"Mon traitement"



"Ma vie sociale"

Pour que vous puissiez trouver à travers chaque thème les réponses aux questions que vous vous posez et les moyens d'améliorer votre qualité de vie durant la maladie, notamment tout au long du traitement.



ISBN : 2-914488-18-1

Prix 4 €

OPT.0242-12/04