

**Avis du Comité consultatif du secteur financier  
sur les contrats d'assurance emprunteur des crédits immobiliers**

**Éléments de contexte**

La loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur, dite « loi Lemoine », a introduit deux avancées majeures pour les contrats d'assurance emprunteur relatifs à des crédits immobiliers répondant au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation : la résiliation infra-annuelle des contrats d'assurance emprunteur et l'interdiction pour l'assureur de solliciter toute information relative à l'état de santé de l'assuré ou tout examen médical, lorsque la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédits n'excède pas 200 000 euros et que l'échéance de remboursement intervient avant les 60 ans de l'emprunteur <sup>1</sup>.

Si la loi Lemoine n'a pas été transposée dans la Code de la mutualité (absence d'équivalent à l'article L. 113-2-1 du Code des assurances), les mutuelles proposant des contrats d'assurance emprunteur se conforment aux dispositions de la loi.

Le CCSF a établi un bilan positif de la mise en œuvre de la loi Lemoine dans le cadre de son rapport adopté à l'unanimité au cours de sa séance plénière du 12 décembre 2023. Il y soulignait néanmoins la nécessité de poursuivre les travaux afin de garantir un accès optimal à la substitution d'assurance : éviter les situations d'absence de couverture pour les assurés, veiller à ce que l'information de l'assuré soit claire notamment sur la notion « d'équivalence du niveau de garanties » qui peut, dans certains cas, porter à confusion, améliorer encore l'information entre les acteurs dans le processus de substitution d'assurance et rester vigilant sur la qualité des couvertures contenues dans les contrats. C'est dans cette perspective que, par une lettre de mission du 5 juillet 2024, le ministère de l'Économie et des Finances a demandé au CCSF de poursuivre ses travaux sur l'assurance emprunteur, en approfondissant les pistes d'amélioration et de clarification mises en lumière par son bilan.

En 2024, le nombre de contrats d'assurance emprunteur couvrant les crédits immobiliers s'élève à 22,15 millions <sup>2</sup> et les cotisations correspondantes représentent près de 7 milliards d'euros.

<b>Cotisations des contrats emprunteurs prêt immobilier</b>	<b>2024</b>
Assurance décès toutes causes / PTIA	4,545 Md €
Assurance incapacité-invalidité	2,285 Md €
<b>Total</b>	<b>6,830 Md €</b>

Source : France Assureurs – sociétés soumises au Code des Assurances

Les données recueillies par le CCSF dans le cadre de ses travaux montrent une augmentation des demandes de substitution acceptées <sup>3</sup> et une progression de la part de marché des assureurs alternatifs <sup>4</sup>. On observe également une progression continue de la part du nombre des contrats souscrits sans sélection médicale, tant en stock qu'en flux, entre la fin de l'année 2023 et la fin de l'année 2024, au

<sup>1</sup> La loi Lemoine a également instauré la réduction du droit à l'oubli à 5 ans.

<sup>2</sup> Source : questionnaire du Secrétariat général du CCSF (SG CCSF) – données bancassureurs.

<sup>3</sup> En 2024, les établissements bancaires ont recensé 496 654 demandes de substitution (contre 198 530 en 2021) et 93,91 % des demandes de substitution sont acceptées en 2024 (contre 92,86 % en 2021).

<sup>4</sup> La part de marché des crédits en portefeuille couverts par des assureurs alternatifs externes est passée de 16 % en 2021 à 17,48 % en 2024.

sein des portefeuilles des bancassureurs comme des assureurs alternatifs, étant précisé que le panel des bancassureurs couvre l'ensemble du marché, tandis que celui des assureurs alternatifs demeure partiel ; ainsi, la part des contrats souscrits sans sélection médicale dans le stock total de contrats est passée de 4,44 % à 6,73 % chez les bancassureurs et de 4,34 % à 7,13 % chez les assureurs alternatifs, tandis que la part des nouveaux contrats relevant de ce dispositif a atteint 38,86 % des nouveaux contrats chez les bancassureurs et 21,61 % chez les assureurs alternatifs à fin 2024.

Type d'assureurs	Bancassureurs		Assureurs alternatifs	
	2023	2024	2023	2024
Données à fin...				
Stock contrats souscrits sans sélection médicale sur stock des contrats	4,44 %	6,73 %	4,34 %	7,13 %
Nouveaux contrats souscrits sans sélection médicale sur ensemble nouveaux contrats	37,44 %	38,86 %	18,57 %	21,61 %

Source : SG CCSF sur base des réponses des organismes d'assurance au questionnaire.

## Les travaux du Comité

Le Comité s'est réuni à sept reprises en groupe de travail pour aborder les différents sujets inscrits à sa feuille de route :

- la continuité de la couverture de l'assuré en cas de substitution d'assurance ;
- la garantie invalidité ;
- la clarification de la notion d'encours cumulé des contrats de crédit ;
- les enjeux d'équivalence du niveau des garanties ;
- le déroulement concret du processus de substitution.

Le présent Avis traite des trois premiers thèmes, tandis que les deux derniers font encore l'objet de travaux au sein du CCSF.

La restitution des travaux s'organise autour de trois thématiques :

- garantir la continuité de la couverture de l'assuré en cas de substitution d'assurance ;
- améliorer l'accès aux contrats souscrits sans sélection médicale ;
- renforcer la qualité des couvertures ainsi que la lisibilité et la compréhension des contrats.

### Garantir la continuité de la couverture de l'assuré en cas de substitution d'assurance

La loi Lemoine a généré une hausse des demandes de substitutions d'assurance depuis son entrée en vigueur<sup>5</sup>. Le changement de contrat d'assurance peut, dans certains cas, provoquer des « discontinuités » en termes de couverture pour l'assuré, du fait de la rédaction des conditions et des exclusions de prise en charge des sinistres dans les contrats d'assurance emprunteur.

Cette situation peut notamment se produire dans le cas où un emprunteur ayant fait les démarches nécessaires pour substituer son contrat d'assurance emprunteur, se retrouve en arrêt de travail (ou en incapacité temporaire totale) avant la date effective de la prise d'effet de la substitution. Si la fin de la franchise contractuelle – c'est-à-dire le moment où l'assureur commence à indemniser l'assuré (certains assureurs l'assimilent à une période de carence) – intervient après la date de résiliation auprès de l'assureur d'origine, ce dernier peut estimer ne pas devoir indemniser l'assuré puisque la résiliation est intervenue avant l'expiration du délai de franchise. Cela conduit, dans ce type de configuration, à un refus d'indemnisation de l'assureur tenant, laissant l'assuré sans prise en charge, l'assureur repreneur

<sup>5</sup> Source questionnaire du SG CCSF.

---

ne pouvant couvrir un sinistre qui est antérieur à la prise d'effet de son contrat. Le Médiateur de l'assurance a mis en évidence, à plusieurs reprises, ce type de cas <sup>6</sup>.

Un autre cas de rupture de couverture survient lorsque les contrats prévoient une cessation du versement des prestations en cas de résiliation du contrat. Lors d'une substitution, cette clause met fin à la prise en charge des mensualités pour un assuré qui serait en incapacité ou invalidité et en cours d'indemnisation sur le contrat substitué par le nouveau contrat. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a indiqué, dans le cadre des travaux du CCSF, que 85 contrats d'assurance emprunteur sur les 139 qu'elle a analysés, contiennent une telle clause.

Face à ces situations où un arrêt de travail survient après que l'assuré a fait les démarches pour changer d'assureur, les organismes d'assurance ont proposé de s'engager à garantir l'absence totale de « trou de couverture ». Ils acceptent ainsi de déroger à toute clause contractuelle pouvant s'y opposer (telle qu'une clause faisant naître la garantie après la fin de la franchise, ou une clause prévoyant la cessation du versement des prestations en cas de résiliation ou encore une clause d'aléa).

Cet engagement vaut également pour l'assuré qui choisit de changer d'assureur alors qu'il est déjà en arrêt de travail et indemnisé par l'assureur tenant mais avec une nuance dans la mesure où les assureurs considèrent alors qu'il crée lui-même dans ce cas, *de facto*, son trou de garantie.

Dans cette situation, l'assureur d'origine continue de couvrir l'arrêt de travail en cours ainsi que l'invalidité consécutive qui pourrait en découler – s'il n'y a aucune discontinuité dans l'arrêt –, et ceci même après la résiliation du contrat, dérogeant ainsi à toute clause de contrat qui existerait sur la cessation du versement des prestations en cas de résiliation. En revanche, le nouvel assureur appliquera les clauses et conditions de son contrat en cas d'une éventuelle rechute liée à cet arrêt de travail antérieur.

Les représentants des consommateurs et de patients ont salué ces avancées qui répondent aux situations de trous de garantie que le Médiateur avait présentées.

Ils ont néanmoins exprimé des inquiétudes quant au risque de voir subsister des cas de « trous de garantie », en raison de l'application d'une nouvelle franchise par le nouvel assureur après la substitution du contrat <sup>7</sup>, ou encore de délais de carence ou d'attente prévus dans le nouveau contrat.

En effet, les franchises atteignent fréquemment 90 jours, particulièrement dans les contrats relevant de la loi Lemoine, et peuvent même aller jusqu'à 120 ou 180 jours. Par ailleurs, quelques contrats comportent des délais de carence particulièrement longs – parfois jusqu'à 365 jours – pour les garanties de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), et parfois également pour les garanties d'incapacité et d'invalidité. Des délais d'attente existent également dans certains contrats pour les adhésions qualifiées de tardives, c'est-à-dire lorsque le crédit est déjà en cours et non assuré au moment de l'adhésion, dès lors que le sinistre est consécutif à une maladie <sup>8</sup>.

Les représentants des assureurs rappellent que l'assuré conserve la possibilité de rester avec son assurance initiale pour éviter toute interruption de garantie.

## **Améliorer l'accès aux contrats souscrits sans sélection médicale dits « Lemoine »**

### ***Les clauses d'exclusion liées aux états pathologiques antérieurs***

En application de la loi Lemoine, n° 2022-270 du 28 février 2022, l'assureur ne peut solliciter « aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical de l'assuré » pour l'assurance des crédits immobiliers, lorsque la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré et que l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au

---

<sup>6</sup> Dix-sept cas ont été traités par la médiation de l'assurance entre 2020 et 2024.

<sup>7</sup> La plupart des contrats d'assurance emprunteur prévoient qu'il ne sera pas à nouveau fait application du délai de franchise pour les rechutes en arrêt de travail qui interviennent dans un délai inférieur à 60 jours dans de nombreux cas. Si l'assuré était resté chez l'assureur d'origine, il n'aurait pas subi de « double franchise ».

<sup>8</sup> Source ACPR.

---

soixantième anniversaire de l'assuré (art. L. 113-2-1 Code des assurances). Cette disposition est une exception au principe posé par l'article L. 113-2 du Code des assurances aux termes duquel « *L'assuré est obligé [...] 2° de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge* ». Cette exception exclut du périmètre de la déclaration du risque les informations relatives à l'état de santé.

La loi Scrivener de 1979 a rendu par ailleurs les contrats d'assurance emprunteur engageant sur toute la durée du prêt pour l'assureur, qui ne peut se délier de sa garantie et de ses tarifs. Il en résulte que l'assuré n'est pas non plus tenu de révéler à l'assureur en cours de contrat les éléments relatifs à l'évolution de son état de santé qui seraient de nature à modifier le risque assuré.

Il a été relevé, dans le cadre des travaux du CCSF, que 93 contrats d'assurance emprunteur comportent une clause indiquant que les contrats ne couvrent pas les « états pathologiques antérieurs » ou les pathologies dont les premiers symptômes sont apparus avant la prise d'effet du contrat, et que dans 24 contrats, l'exclusion s'applique aux emprunteurs ayant souscrit sans sélection médicale<sup>9</sup>. Ces exclusions peuvent être formulées de manière générale comme ci-dessus, ou parfois viser une liste précise de pathologies ci-après nommées « clauses d'exclusion spécifiques ».

Les clauses d'exclusion des états pathologiques antérieurs dans les contrats « Lemoine » ont fait l'objet de débats quant à leur adéquation avec l'esprit de la loi Lemoine. Des consultations juridiques ont été menées par le CCSF et certains de ses membres, faisant apparaître des analyses divergentes.

Certaines analyses mettent en avant la nature de mécanisme de délimitation du risque assuré de ces clauses, encadré par le droit en vigueur. Selon ces analyses, les clauses d'exclusion - dont les clauses d'exclusion pour états pathologiques antérieurs - sont des dispositions encadrées par le Code des assurances, qui permettent à un assureur d'encadrer de façon formelle et limitée, le périmètre de risque qu'il est prêt à assurer. Ces analyses soulignent que la présence de clauses d'exclusion dans un contrat d'assurance est une faculté relevant de la liberté contractuelle de chaque assureur et de sa politique de souscription et que contrairement à un questionnaire de santé, une clause d'exclusion pour états pathologiques antérieurs ne repose sur aucun recueil d'informations individuelles auprès de l'assuré et n'emporte aucune déclaration de sa part quant à ses antécédents médicaux.

Le CCSF relève toutefois qu'une majorité de ses membres considère que les clauses d'exclusion relatives aux états pathologiques antérieurs, qu'elles soient formulées de manière générale ou spécifique, apparaissent difficilement conciliables avec l'esprit et les objectifs de la loi Lemoine qui vise à « *mettre en place un système inclusif et solidaire, qui rejette la discrimination dont sont victimes les personnes malades* », selon les termes du rapport n° 367 du sénateur Daniel Gremillet. En effet, dès lors que la loi interdit la collecte d'informations relatives à l'état de santé du candidat à l'assurance dans les situations qu'elle encadre, la mise en œuvre de telles exclusions serait susceptible de neutraliser, en pratique, la portée de cette interdiction et donc l'effectivité de la protection instaurée par le législateur.

### ***L'encours cumulé des contrats de crédit***

Comme indiqué *supra*, l'interdiction de solliciter des « *informations relatives à l'état de santé* » du candidat à l'assurance s'applique lorsque « *la part assurée sur l'encours cumulé de contrats de crédit consentis par tous établissements de crédit confondus n'excède pas 200 000 euros par assuré*<sup>10</sup> » et que « *l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire* » de l'emprunteur.

---

<sup>9</sup> Source ACPR.

<sup>10</sup> Article 3 de l'arrêté du 27 mai 2022 modifiant l'arrêté du 29 avril 2015 modifié précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt.

---

La notion d'« encours cumulé des contrats de crédit » fait toutefois l'objet d'une application hétérogène. Selon une étude du CCSF, la plupart des acteurs ne considèrent que l'encours des crédits immobiliers assurés, tandis que certains y incluent également, de manière plus marginale, des prêts à la consommation ou des prêts professionnels.

Afin d'assurer une interprétation plus uniforme, les assureurs ont proposé de s'engager à ne prendre en compte, pour l'appréciation du seuil de 200 000 euros, que les crédits immobiliers mentionnés au 1<sup>o</sup> de l'article L. 313-1 du Code de la consommation, c'est-à-dire les crédits destinés au financement de l'acquisition, de la construction ou de travaux sur un immeuble à usage d'habitation ou mixte.

Cette harmonisation précise les conditions d'accès aux contrats souscrits sans sélection médicale. En excluant les prêts à la consommation, les crédits professionnels contractés à titre d'usage professionnel exclusivement, ou tout autre financement non immobilier du calcul de l'encours cumulé, un plus grand nombre d'emprunteurs resteront en-dessous du seuil de 200 000 euros, ce qui leur permettra, en principe, d'accéder plus facilement aux contrats souscrits sans sélection médicale et donc d'accéder à l'assurance emprunteur sans conditions liées à leur état de santé. La limitation du périmètre de l'encours aux seuls crédits immobiliers devrait contribuer à augmenter le nombre de contrats entrant dans le champ d'application de la loi Lemoine, renforçant ainsi la protection et l'accès à l'assurance pour les emprunteurs.

### **Renforcer la qualité des couvertures, ainsi que la lisibilité et la compréhension des contrats**

Le bilan du CCSF avait mis en exergue des difficultés de compréhension sur les principales notions de garanties des contrats d'assurance emprunteur telles que l'invalidité permanente totale ou partielle qui ne correspondent pas aux définitions données par les régimes obligatoires de l'assurance maladie. Au-delà des différences avec les « références » que peuvent constituer pour le consommateur les définitions des régimes obligatoires issues du Code de la Sécurité sociale <sup>11</sup> (l'invalidité permanente 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale), il existe une grande diversité de définitions de la garantie et de la prise en charge en cas d'invalidité dans les différents contrats proposés sur le marché de l'assurance emprunteur :

- l'invalidité peut être permanente partielle ou totale, et se déclencher selon des seuils différents selon les organismes d'assurance ;
- le barème d'évaluation de l'invalidité croisant l'incapacité fonctionnelle et l'incapacité professionnelle peut utiliser des référentiels différents selon les organismes d'assurance : l'incapacité fonctionnelle mesurant l'impact sur la vie quotidienne de la victime peut être évaluée selon le barème indicatif du concours médical ou celui de la Sécurité Sociale en matière d'accidents du travail ; l'incapacité professionnelle peut s'apprécier selon les contrats sur base de l'activité exercée ou en fonction de tout type d'activité ;
- le barème croisé peut en outre ne pas aboutir au même pourcentage de prise en charge pour un même taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle, selon les organismes d'assurance ;
- les organismes d'assurance peuvent par ailleurs appliquer, ou non, la « règle de Balthazar » en cas d'infirmités simultanées liées à un même événement, responsable d'atteintes d'organes ou de membres différents et de fonctions distinctes ;
- la prise en charge peut être sur une base forfaitaire, à savoir basée sur la mensualité du crédit mais parfois avec application d'un pourcentage de prise en charge (50 %) ou d'une formule (N-33)/33, ou indemnitaire, c'est-à-dire fonction de la perte de revenus subie par l'assuré suite à son invalidité.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a relevé également, s'agissant de la couverture du risque invalidité, « *des garanties complexes, à géométrie variable, difficile à expliquer aux emprunteurs* » <sup>12</sup>. Dans un arrêt récent de la deuxième chambre civile <sup>13</sup>, la Cour de cassation a

---

<sup>11</sup> Articles L. 341-1 et suivants et R. 341-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

<sup>12</sup> Source matinée de l'ACPR du 14 mars 2025 « Protection des clientèles des banques et des assurances ».

<sup>13</sup> [Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 7 mai 2025, 23-14.896.](#)

---

conclu qu'une clause de garantie d'invalidité dans un contrat d'assurance emprunteur n'était pas claire et compréhensible en ce qu'elle ne comportait pas « *les informations suffisantes permettant à un consommateur moyen, normalement informé et raisonnablement attentif et avisé, de comprendre le calcul du taux d'invalidité déterminant l'octroi de la rente* ».

Les organismes d'assurance ont proposé de s'engager à harmoniser leurs pratiques en définissant des seuils communs : une invalidité permanente totale correspondra à un taux d'invalidité d'au moins 66 %, et une invalidité permanente partielle à un taux compris entre 33 % et 66 %. Un assureur pourra proposer des seuils plus favorables, mais ne pourra en aucun cas dépasser ces limites.

Par ailleurs, tout contrat d'assurance emprunteur lié à un prêt immobilier devra explicitement faire figurer dans les conditions générales un certain nombre d'informations permettant à l'assuré de mieux comprendre le calcul du taux d'invalidité final, notamment un exemple concret illustratif du calcul du taux d'invalidité.

Enfin, les professionnels proposent que l'incapacité professionnelle de l'assuré soit évaluée par l'ensemble des assureurs au regard de son aptitude à exercer son activité professionnelle, et non plus toute activité professionnelle. Même si seuls un petit nombre de contrats prévoyaient encore cette seconde approche (7 pour la garantie incapacité et 15 pour la garantie invalidité, sur les 135 contrats analysés en 2024 <sup>14</sup>), les associations de consommateurs et de patients ont salué cette clarification, qui renforce la protection des assurés. Ils ont toutefois regretté que leur principale demande, à savoir l'alignement des assureurs sur les décisions de la Sécurité sociale en matière de classement en invalidité, n'ait pas été satisfaite. Ils soulignent que des incompréhensions vont donc perdurer puisqu'un assuré peut être considéré invalide catégorie 2 par la Sécurité sociale et ne pas être reconnu invalide par son contrat d'assurance. Ils ont regretté également que les assureurs n'aient pas pu se mettre d'accord *a minima* sur un barème commun pour évaluer l'incapacité fonctionnelle.

Il était apparu que la rédaction des contrats d'assurance concernant la garantie décès pouvait générer des ambiguïtés, voire des absences de couvertures en cas de sinistre dans le cas par exemple d'AVC, d'infarctus, de malaise vagal, de mort subite, etc. où le décès n'est ni clairement qualifié d'accident, ni de maladie dans le contrat. Les organismes d'assurance ont proposé de s'engager à ce que la garantie décès couvre désormais explicitement « tout type de décès » afin de garantir une couverture pour les cas précités. Cet engagement n'emporte toutefois pas la suppression des exclusions légales (comme le suicide la première année) ou contractuelles (comme les sports extrêmes, activités dangereuses), qui demeurent applicables ainsi que les règles usuelles de fonctionnement des contrats d'assurance. Les représentants des associations de consommateurs et de patients ont salué cette clarification.

\*\*\*\*\*

---

<sup>14</sup> Source ACPR.

---

## L'Avis du CCSF

Lors du comité plénier du 26 mai 2026, les membres du CCSF ont adopté l'Avis suivant.

### **1) Le Comité accueille favorablement la proposition des professionnels de s'engager sur les points suivants.**

#### **1.1) Concernant les continuités de couvertures en cas de substitution**

##### **Pour l'ensemble des contrats d'assurance emprunteurs liés à des prêts immobiliers.**

Si une substitution entre un assureur A et un assureur B intervient pendant la période de franchise d'un sinistre déclaré à l'assureur A :

- l'assureur A maintient sa couverture pour le sinistre déclaré et ses suites immédiates dans le cas notamment d'une invalidité suivant un arrêt de travail sans interruption ;
- en cas de rechute après la prise d'effet de la substitution consécutive à un arrêt de travail déclaré avant la substitution, l'assureur B prendra en charge cette rechute dans les conditions de son contrat comme un nouvel arrêt de travail ;
- le décès et la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) seront pris en charge par l'assureur du contrat en cours au moment de la survenance de l'événement.

##### **Pour les seuls contrats d'assurance emprunteurs liés à des prêts immobiliers et souscrits sans sélection médicale<sup>15</sup>.**

Si une substitution entre un assureur A et un assureur B intervient alors que l'assuré est en cours d'indemnisation par l'assureur A pour un sinistre qui lui a été préalablement déclaré :

- l'assureur A maintient sa couverture pour le sinistre déclaré et ses suites immédiates dans le cas notamment d'une invalidité suivant un arrêt de travail sans interruption ;
- le décès et la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) seront pris en charge par l'assureur du contrat en cours au moment de la survenance de l'événement.

Les assureurs proposent de mettre en place ces dispositions dès le 1<sup>er</sup> septembre 2026 avec une généralisation au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2027.

#### **1.2) Concernant l'interprétation du seuil des 200 000 euros de la loi Lemoine**

Afin de clarifier et homogénéiser les pratiques des assureurs, il est proposé que le périmètre à prendre en compte soit le suivant : la part assurée de la somme des encours des crédits immobiliers mentionnés au 1<sup>o</sup> de l'article L. 313-1 du Code de la consommation (crédits destinés à financer, pour les immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation, leur acquisition, y compris la réalisation de travaux, la réalisation de leur construction).

Les assureurs proposent de mettre en place cette disposition dès le 1<sup>er</sup> septembre 2026 avec une généralisation au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2027.

---

<sup>15</sup> Ce cas vise les contrats d'assurance liés à des prêts immobiliers et souscrits sans sélection médicale auprès de l'assureur B, en substitution d'un contrat souscrit auprès de l'assureur A, avec ou sans sélection médicale.

---

### **1.3) Améliorations en termes de compréhension et de lisibilité des contrats d'assurance emprunteurs**

Afin d'améliorer la compréhension et la lisibilité des contrats, sont proposées les dispositions suivantes concernant l'ensemble des contrats d'assurance emprunteurs liés à des prêts immobiliers :

- dans le cadre de la garantie « invalidité », l'appréciation de l'incapacité professionnelle de la victime se fera sur la base de son aptitude à exercer son activité professionnelle au moment de la survenance du sinistre et non sur la base de son aptitude à exercer toute activité professionnelle ;
- tous les contrats fixeront les mêmes seuils pour définir une invalidité permanente totale et une invalidité partielle : 66 % de taux d'invalidité pour l'invalidité totale et 33 % de taux d'invalidité pour l'invalidité partielle. Les assureurs seront libres de proposer des seuils plus favorables aux assurés dans leurs contrats ;
- tous les contrats expliciteront dans leurs conditions générales :
  - le barème de référence utilisé pour apprécier l'incapacité fonctionnelle,
  - le tableau permettant de fixer le taux d'invalidité total en fonction des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle,
  - un exemple concret de calcul de taux d'invalidité d'un assuré sinistré ;
- les assureurs proposent de s'engager à ce que le terme générique « décès » soit entendu dans les contrats emprunteurs comme décès de tous types (accident et maladie y compris les AVC, infarctus, malaise vagal, mort subite, etc.). Cet engagement n'emporte toutefois pas la suppression des exclusions légales (comme le suicide la première année) ou contractuelles (comme les sports extrêmes, activités dangereuses). Lorsque la garantie décès est restreinte au risque accidentel, il convient de se référer à la définition du contrat.

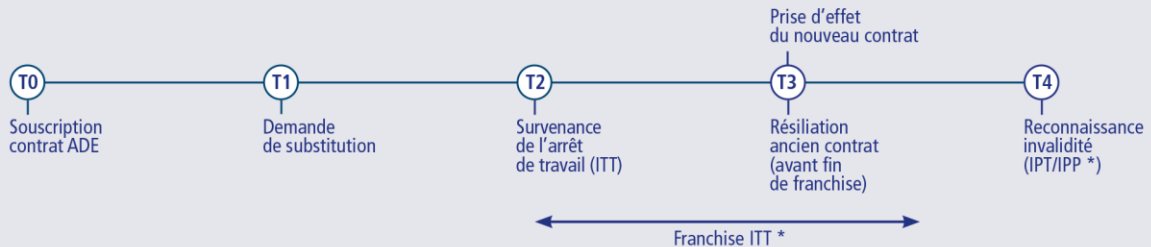
Les assureurs proposent que ces dispositions visant à améliorer la compréhension et la lisibilité des contrats soient appliquées aux affaires nouvelles dès le 1<sup>er</sup> septembre 2026 avec une généralisation pour toute affaire nouvelle postérieure au 1<sup>er</sup> juin 2027.

**2 )** Les travaux conduits au sein du CCSF ont fait apparaître des analyses juridiques divergentes quant à l'appréciation des clauses d'exclusion pour états pathologiques antérieurs au regard de l'esprit de la loi n° 2022-270 du 28 février 2022 dite « loi Lemoine ». Certaines analyses mettent en avant leur nature de mécanisme de délimitation du risque assuré. Une lecture majoritaire considère toutefois que les clauses d'exclusion relatives aux états pathologiques antérieurs, qu'elles soient formulées de manière générale ou spécifique, qu'elles figurent dans l'assurance souscrite avec le contrat de prêt ou à l'occasion de la souscription d'un contrat de substitution, apparaissent difficilement conciliables avec l'esprit et les objectifs de la loi Lemoine. En effet, dès lors que la loi interdit la collecte d'informations relatives à l'état de santé du candidat à l'assurance dans les situations qu'elle encadre, la mise en œuvre de telles exclusions est susceptible de neutraliser, en pratique, la portée de cette interdiction.

Le Comité estime, pour sa part, que les clauses d'exclusion pour états pathologiques antérieurs ne sont pas conformes à l'objectif poursuivi par la loi Lemoine.

Un bilan de la bonne application de l'Avis sera mené après sa mise en place effective. Ce bilan inclura, à horizon 2028, un suivi de l'évolution des tarifs et de la sinistralité.

# Un cas de figure illustré en cas de substitution loi Lemoine



\* ITT : incapacité temporaire totale, IPT : incapacité permanente totale, IPP : incapacité permanente partielle

## Avant l'Avis du CCSF / Risque de trou de garantie

### Conséquences AVANT :

- Assureur sortant
  - ☹ refuse l'ITT (franchise non échue à la résiliation)
  - ☹ refuse l'invalidité (prestations cessent avec la résiliation)
- Assureur entrant
  - ☹ refuse l'ITT et l'invalidité (sinistre antérieur à la prise d'effet)



### TROU DE GARANTIE

La rupture se produit entre T2 et T3 : la résiliation intervient avant la naissance du droit à prestation, et avant la consolidation vers l'invalidité.

### Effets APRÈS :

- Assureur sortant
  - 😊 maintient la prise en charge de l'ITT à l'issue de la franchise
  - 😊 maintient la couverture jusqu'à la reconnaissance de l'invalidité si celle-ci est consécutive (sans discontinuité de prise en charge) de l'arrêt de travail
  - 😊 prend en charge l'IPT/IPP qui en résulte
- Assureur entrant
  - 😊 en cas d'absence de continuité de l'arrêt de travail et d'une rechute ultérieure, même si liée au même fait générateur, prend en charge comme un nouvel arrêt de travail, selon les conditions du nouveau contrat



### CONTINUITÉ DE COUVERTURE ASSURÉE

## Après l'Avis du CCSF / Continuité sécurisée