

1 - OBJET DE L'ASSURANCE

HSBC France a souscrit, tant pour son compte que pour celui de ses filiales (« la Banque »), auprès de HSBC Assurances Vie (France) (« l'Assureur ») le contrat d'assurance collective n°001/900/29 afin de procurer à ses adhérents tout ou partie des garanties exposées ci-après. La présente notice d'information est un extrait des conditions de ce contrat.

La Banque dont l'objet social est principalement d'effectuer des opérations de banque, propose en sa qualité de société de courtage en assurance immatriculée auprès de l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance – www.orias.fr) à ses clients, emprunteurs et locataires, d'adhérer à ce contrat selon les modalités exposées ci-dessous.

L'Assureur, HSBC Assurances Vie (France), est une société anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation, régie par le Code des Assurances, placée sous le contrôle de l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) -Secteur Assurance- 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

Les adhésions au contrat sont possibles tant que le contrat d'assurance collective est en vigueur entre la Banque et l'Assureur. En cas de résiliation du contrat d'assurance collective, les adhésions nouvelles ne seront plus possibles mais toutes les adhésions en cours à la date de la résiliation continueront à bénéficier des dispositions du présent contrat.

Le présent contrat est régi par la loi française et par le Code des assurances. Les garanties assurées par ce contrat relèvent de la branche 20 (Vie-Décès) de l'article R.321-1 du Code des Assurances. La Banque et l'Assureur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé).

La présente notice d'information présente les droits et obligations nés de l'adhésion ainsi que les engagements pris par l'Assureur à l'égard de l'Assuré.

La gestion administrative de ce contrat est assurée par CBP Solutions —SAS au capital de 142 500 €, RCS Nantes n°433 841 285 - APE 672 Z - Adresse : BP 11615, 44016 Nantes Cedex 1 - agissant en tant que courtier d'assurance immatriculé auprès de l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance), sous le numéro 07.009.023 (informations consultables sur le site Internet www.orias.fr).

2 - PERSONNES POUVANT ETRE ASSUREES

Par opération de crédit, il faut entendre toute opération de prêt et de crédit-bail (crédit bail mobilier, location simple ou location avec option d'achat).

Par « la Banque » ou « l'Organisme prêteur » il faut entendre aussi bien l'établissement de crédit qui octroie un prêt que le bailleur qui consent une opération de crédit-bail (ci-après dénommée la Banque).

Peuvent bénéficier des garanties issues du contrat, sous réserve de satisfaire aux conditions d'admission propres à l'option choisie et aux formalités d'admission décrites ci-après :

- les personnes ayant atteint leur 18^{ème} anniversaire au 31/12 suivant la date de leur adhésion,
- les candidats au(x) prêt(s) et/ou à l'obtention d'un crédit-bail (ci-après dénommée l'opération de crédit) consenti(s) par la Banque (emprunteurs, co-emprunteurs, locataires),
- leur(s) caution(s) personne(s) physique(s),
- les dirigeants et/ou cautions de personnes morales (à l'exclusion des collectivités publiques), et les associés de personnes morales.

En outre, les personnes à assurer doivent avoir leur résidence fiscale en France lors de l'adhésion.

Les personnes dont la résidence fiscale se situe, lors de l'adhésion, hors de France mais dans un Etat membre de l'Espace Economique Européen, Andorre ou Monaco peuvent également adhérer au contrat dans le cadre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (Option 1), sous réserve de remplir les conditions énumérées ci-dessus.

3 - OPTIONS DE GARANTIES ET CONDITIONS D'ADMISSION

Deux options de garanties sont proposées à l'adhésion :

Option 1 :

- Décès,

- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Ne peuvent être candidates à l'Option 1 que les personnes physiques n'ayant pas atteint leur 70ème anniversaire au 31/12 suivant la date de leur adhésion. Toutefois, pour les découverts d'un montant inférieur à 150 000 Euros, ne peuvent être candidates à l'option 1 que les personnes physiques n'ayant pas atteint leur 65^{ème} anniversaire au 31/12 suivant la date de leur adhésion (le montant maximum des découverts assurables est de 150 000 €).

Option 2 :

- Décès,

- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,

- Incapacité Temporaire Totale de travail,

- Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Cette option ne peut être souscrite dans le cadre d'un crédit personnel d'un montant inférieur ou égal à 17 000 Euros, ni dans le cadre d'un découvert, d'un prêt relais, ou d'un prêt In Fine. Ne peuvent être candidates à l'Option 2 que les personnes physiques âgées de moins de 65 ans au 31/12 suivant la date de leur adhésion et effectivement en activité professionnelle à la date de leur adhésion et ce jusqu'à l'acceptation de l'Assureur.

Les demandeurs d'emploi peuvent être candidats à l'Option 2 sous réserve du paiement des cotisations correspondant à l'Option 2, mais le bénéfice des prestations Incapacité/Invalidité ne leur sera accordé que si, lors de la mise en jeu des garanties :

• ils étaient pris en charge par le Pôle emploi jusqu'au premier jour d'Incapacité/Invalidité

• puis, s'ils perçoivent des indemnités journalières ou une rente d'Invalidité du Régime de la Sécurité Sociale.

De même, les personnes en vacance temporaire d'emploi au moment de la demande de l'opération de crédit peuvent choisir l'Option 2 lors de leur adhésion à l'assurance, sous réserve du paiement des cotisations correspondant à cette option. Cependant, le bénéfice des prestations Incapacité/Invalidité ne leur sera accordé que :

• s'il y a eu reprise d'une activité professionnelle,

• et si la période d'Incapacité/Invalidité se situe pendant la durée de la reprise.

Cas particulier des crédits étudiant : l'emprunteur doit être âgé de moins de 29 ans au 31/12 suivant la date de l'adhésion.

4 - FORMALITES D'ADMISSION

Chaque personne à assurer doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion par laquelle elle donne son consentement à l'assurance.

Elle doit ensuite satisfaire aux formalités médicales qui lui sont demandées en fonction de son âge à l'adhésion (calculé par différence de millésimes), du montant emprunté, de la nature de l'opération de crédit et éventuellement du montant de l'encours assuré et/ou à assurer. **En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, son adhésion est nulle (Art L.113-8 et L.132-26 du Code des Assurances).**

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie :

- si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur peut soit maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit résilier l'adhésion dans les conditions de l'article L113-9 du Code des Assurances
- si elle est constatée lors d'un sinistre, l'indemnité due est réduite dans les proportions prévues par l'article L113-9 du Code des Assurances.

Dans le cas où l'assuré a rempli le Questionnaire de Santé, son dossier médical sera examiné par le médecin conseil de l'assureur. Ce dernier pourra alors :

- soit accorder l'Assurance aux conditions normales,
- soit accorder l'Assurance moyennant une cotisation majorée spécifique et/ou si nécessaire, en formulant des restrictions de garantie,
- soit demander des renseignements complémentaires,
- soit refuser purement et simplement l'admission de la personne concernée.

L'Assureur peut également être amené à prendre en compte des éléments complémentaires, notamment la profession, les déplacements fréquents à l'étranger, le lieu de résidence.

Conformément à la nouvelle convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), entrée en vigueur le 1^{er} mars 2011, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, les dossiers refusés seront soumis à un dispositif dit de « 2^{ème} niveau » permettant la réexamen individualisé du dossier.

Dans le cas où ce dispositif refuserait la demande à l'assurance, le dossier sera transmis pour nouvel examen à un pool de risques très aggravés. Ce pool traite les demandes d'assurance relatives aux opérations de prêts d'au plus 320 000€ à compter du 1^{er} septembre (300 000€ jusqu'à cette date), sans tenir compte des crédits relais lorsqu'il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale. Dans les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels, le pool traite les demandes relatives à un encours cumulé de prêts d'au plus 320 000€. Pour toutes les demandes d'assurance de prêts immobiliers et professionnels, la durée maximum du prêt est telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans en fin de prêt. Ce pool pourra soit proposer une solution particulière au demandeur à l'Assurance, soit refuser le dossier. Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site officiel www.aeras-info.fr.

Dans le cadre de la convention AERAS et à compter du 1^{er} septembre 2011, il vous sera proposé une garantie invalidité spécifique. Si vous bénéficiez des conditions d'accès à l'assurance prévues par la convention AERAS, un document complémentaire décrivant l'étendue de la garantie invalidité vous sera remis.

Toute modification de l'état de santé de la personne à assurer intervenant entre la date de la demande d'adhésion et l'acceptation de l'Assureur devra être déclarée sous peine de nullité de l'Assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances).

Les personnes dont l'adhésion est acceptée dans des conditions restrictives (exclusion de risques ou limitation de garanties) ou avec surprime, devront, pour être assurées, communiquer par écrit leur accord sur les conditions qui leur ont été proposées.

Toute personne admise à l'Assurance est appelée « Assuré ».

Pour les prêts, après acceptation par l'Assureur, le déblocage des fonds, l'acceptation de l'offre de crédit ou la signature de l'acte de crédit devra intervenir dans un délai de six mois.

Pour les opérations de crédit-bail, après acceptation par l'Assureur, la réception du matériel financé devra intervenir dans un délai de six mois.

Dans le cas contraire, la personne admissible serait tenue de se soumettre à nouveau à toutes les formalités d'admission.

En tout état de cause, les conditions d'acceptation des personnes physiques portant sur un encours assuré et/ou à assurer supérieur à 750 000 Euros seront déterminées au cas par cas (éventuellement exclusions, taux de cotisations,.....).

5 - EFFET DES GARANTIES

Sous réserve d'avoir satisfait aux conditions et formalités d'admission, les garanties prennent effet :

- Pour les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente résultant d'un accident, dès la date de signature de la demande d'adhésion. Cette garantie accidentelle est accordée dans la limite de 750 000 euros, sous déduction éventuelle des capitaux déjà assurés et à régler par l'Assureur au titre des autres opérations de crédit.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Dans le cas où l'accident entraîne le décès de l'assuré, celui-ci doit intervenir immédiatement ou dans les 6 mois suivant l'accident. Dans le cas où l'accident entraîne la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnue médicalement, celle-ci doit être constatée dans les 24 mois suivant l'accident. **Toutefois, ne sont pas considérés comme accidents les insulations, les empoisonnements (sauf s'il s'agit d'absorption par suite d'une erreur dûment établie d'une substance vénéneuse ou corrosive), les lésions causées par les rayons X, les infarctus, les pathologies soudaines, les épidémies et les pandémies ainsi que le suicide ou la tentative de suicide.**

- Pour les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente résultant d'une maladie et sous réserve de l'acceptation de l'Assureur :

- à la date d'expiration du dernier délai légal de rétractation dont disposent l'emprunteur, les co-emprunteurs et les cautions pour les prêts à la consommation régis par les articles L 311-1 et suivants du Code de la Consommation.
- à la date de la dernière des acceptations de l'offre de prêt par l'emprunteur, les co-emprunteurs et les cautions pour les prêts immobiliers régis par les articles L 312-1 et suivants du Code de la Consommation.
- à la date de l'engagement de la Banque pour les autres prêts.
- à la date de signature du procès verbal de réception du matériel financé pour les opérations de crédit-bail.

Le risque d'origine accidentelle est garanti pour une période maximum de 6 mois à compter de la signature de la demande d'adhésion. En tout état de cause, elle cesse le jour où l'assureur refuse l'admission.

6 - BENEFICIAIRES DES GARANTIES

La Banque est désignée bénéficiaire irrévocable des capitaux ou indemnités garantis à concurrence des sommes lui restant dues, le solde éventuel revenant :

- si l'emprunteur ou le locataire est une personne morale :
 - à l'emprunteur ou au locataire

- si l'emprunteur ou le locataire est une personne physique :

- Pour la garantie décès : Au conjoint de l'Assuré non séparé de corps judiciairement, à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître par parts égales, vivants ou représentés, à défaut, aux héritiers de l'Assuré.

Sur demande écrite, datée et signée, l'Assuré a la faculté de modifier, dans les conditions des articles L 132-8 et L 132-9 du Code des Assurances, le ou les bénéficiaires, ci-dessus désignés, du solde éventuel de l'indemnité garantie en cas de Décès. La désignation peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Dans ce dernier cas, il vous suffit alors d'indiquer à l'Assureur les coordonnées du notaire concerné.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez indiquer ses coordonnées afin que l'Assureur puisse l'informer de sa désignation au moment de l'exigibilité du capital.

- Pour les autres garanties : à l'Assuré.

7 - MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE PENDANT LA DURÉE DU CREDIT

L'assuré qui bénéficie des garanties de l'option 1 pourra demander son admission aux garanties de l'option 2 en cours d'assurance, sous réserve de satisfaire aux formalités d'admission.

De plus, en cas d'augmentation du risque assuré ayant pour effet de franchir le seuil imposant des formalités médicales ainsi que dans les cas suivants, l'assuré devra se soumettre à nouveau aux formalités d'admission, conformément à l'article 4 de la présente notice d'information :

- a) la demande d'adhésion a été signée par le client il y a moins de 6 mois et le prêt n'est pas encore décaissé ou le matériel financé n'a pas encore été réceptionné :
 - Augmentation du montant du prêt ou du crédit-bail ou de la quotité assurée supérieure à 15% du capital assuré à l'origine
 - ou Allongement de plus de 5 ans de la durée initiale du prêt
 - ou Allongement de plus de 6 mois de la durée initiale de l'opération de crédit-bail
- b) l'opération de crédit est en cours :
 - Augmentation du montant assuré ou de la quotité assurée
 - ou Allongement de plus de 5 ans de la durée initiale du prêt
 - ou Allongement de plus de 6 mois de la durée initiale de l'opération de crédit-bail

Toute modification des garanties consécutive à la renégociation de l'opération de crédit en cours de sinistre sera soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

L'Assuré demeure garanti aux conditions précédemment accordées jusqu'à la date d'acceptation de l'Assureur des modifications de l'adhésion.

Néanmoins, pour les prêts à échéances modulables, les cas d'aménagement de crédit tels que prévus initialement dans l'offre de crédit ne généreront pas de nouvelles formalités d'admission.

Les autres cas de modification du risque assuré ne généreront pas de nouvelles formalités d'admission.

8 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Le prélèvement des cotisations a lieu dès que le contrat de l'opération de crédit est réputé définitif.

Le contrat de prêt est réputé définitif dès la levée des conditions suspensives et résolutoires prévues par ce contrat même en dehors de tout déblocage de fonds.

Le contrat de crédit-bail est réputé définitif dès la signature du procès verbal de réception du matériel financé.

• Montant des cotisations :

Concernant les prêts immobiliers, les prêts professionnels, les prêts personnels d'un montant supérieur à 150 000 Euros, la prime est calculée à chaque échéance en appliquant un taux de cotisation sur le capital restant dû.

Concernant les prêts personnels d'un montant inférieur ou égal à 150 000 Euros, les prêts étudiants et les découverts, la prime est calculée en appliquant un taux de cotisation sur le capital initial.

Concernant les opérations de crédit-bail, la prime est calculée en appliquant un taux de cotisation sur la valeur conventionnelle d'assurance définie dans le contrat de crédit-bail.

Le taux de cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Assuré à l'adhésion (calculée par différence de millésimes), de la quotité et de l'option choisies et des conditions d'acceptation.

Le tarif applicable est indiqué dans les conditions particulières de l'offre de crédit.

En cas de cessation des garanties Incapacité/Invalidité d'une personne assurée en option 2, la garantie Décès est couverte par la cotisation globale prévue pour l'option 2, au titre de surprime due à l'âge du client.

• Modalités de paiement :

La cotisation est payable obligatoirement en Euro lors de chaque échéance de l'opération de crédit, sauf cas particuliers et découverts.

En cas de remboursement anticipé partiel de l'opération de crédit, l'assiette des cotisations sera réduite du montant du remboursement anticipé.

L'Assuré est exonéré du paiement des cotisations afférant à la présente adhésion pendant tout le service des prestations Incapacité Temporaire Totale / Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

9 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent en tout état de cause, à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré atteint son :

- **75ème anniversaire pour la garantie Décès, sauf cas particuliers :**
 - pour les assurés admis au 3ème niveau, selon les définitions de la convention AERAS, la garantie cesse au 70ème anniversaire de l'assuré.
 - pour les assurés ayant souscrit un découvert, la garantie cesse à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré atteint son 65ème anniversaire.
- **65ème anniversaire pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.**
- **65ème anniversaire et avant ce terme, à sa date de mise à la retraite ou mise en préretraite, pour les garanties Incapacité Temporaire Totale – Invalidité Permanente Totale ou Partielle,**

Toutes les garanties prennent également fin :

- au remboursement total de l'opération de crédit, (soit à l'échéance finale soit par anticipation)
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme prévu (y compris en raison de la défaillance de l'emprunteur)
- au jour du règlement par l'Assureur du capital prévu en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à l'égard de l'Assuré.
- au jour de la mise en place d'un plan conventionnel de redressement par la Commission de surendettement des consommateurs (art. L. 331-1 et suivants du Code de la Consommation), sauf en cas de maintien de l'assurance prévu par le plan.

Cas particuliers : pour les autorisations de découvert, toutes les garanties prennent également fin au terme d'un délai de 10 ans à compter de la date d'adhésion.

10 - CONTROLE MEDICAL

Pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail ou Invalidité Permanente Totale ou Partielle, l'Assureur se réserve le droit de contrôler les déclarations qui lui sont faites et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis.

L'Assureur aura la possibilité de ne pas suivre la position de la Sécurité Sociale et organismes assimilés. Il peut à cet effet faire contre-visiter, à ses frais, par un de ses médecins, l'Assuré en Incapacité ou en Invalidité ; si l'Assuré le désire, cette contre-visite pourra avoir lieu en présence de son médecin traitant et à ses frais. En cas de refus de l'Assuré, celui-ci peut être mis en demeure, par lettre recommandée, d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix jours, le cachet de la poste faisant foi, cette lettre recommandée reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si celui-ci maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et celui de l'Assureur, les parties auront la possibilité de signer une convention par laquelle elles décident de soumettre le désaccord à un arbitre.

Cette convention doit prévoir que l'arbitre est désigné par les médecins susvisés et que ses frais et honoraires sont supportés pour moitié par chacune des parties. Faute d'entente sur ce choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Lorsque l'Assureur procède à un contrôle médical, la prise en charge pourra être suspendue jusqu'aux conclusions du médecin conseil de l'Assureur, qui décide alors de la poursuite éventuelle de cette prise en charge.

Cas particulier : pour l'assuré résidant ou séjournant hors du territoire français au moment de la réalisation du sinistre et ayant souscrit les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et/ou Incapacité Temporaire Totale de travail ou Invalidité Permanente Partielle ou Totale, les prestations au titre de ces garanties sont servies uniquement si son état de santé est médicalement constaté en France - les frais de déplacement pour s'y rendre restant à sa charge - ou auprès de tout médecin accrédité auprès de l'Ambassade ou du Consulat de France de l'Etat de résidence.

11 - RECLAMATIONS – MEDIATION

En cas de réclamation au sujet du contrat ou de son exécution, l'Assuré peut adresser une demande écrite à : CBP Solutions – BP 11615 – 44016 NANTES CEDEX 01. En cas de désaccord persistant, l'Assuré a le droit de demander l'avis neutre et indépendant du Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont l'adresse lui sera communiquée sur simple demande écrite. Lorsque l'avis du Médiateur ne lui est pas favorable, l'Assuré dispose toujours de la faculté d'agir en justice si le différend subsiste.

12 - ATTRIBUTION DE COMPETENCE :

Tout litige né ou à naître de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat relève de la compétence exclusive des juridictions françaises, les parties renonçant à toute procédure judiciaire dans tout autre état.

13 - DELAI DE PRESCRIPTION

Le délai de prescription est un délai au-delà duquel il n'est plus possible, tant pour l'Assuré que pour l'Assureur, d'introduire une action en justice trouvant sa cause dans la conclusion ou dans l'exécution du contrat.

Conformément à l'article L.114-1 du Code des Assurances, ce délai est de deux ans à compter de la survenance de l'évènement susceptible de donner naissance à cette action en justice. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Lorsque le bénéficiaire du contrat est une personne distincte du souscripteur, il est porté à dix ans, à compter du jour où ce bénéficiaire a eu connaissance du sinistre. En tout état de cause,

l'action du bénéficiaire est prescrite au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances par l'une des causes ordinaires de l'interruption de prescription (demande en justice, acte d'exécution forcée...), et par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre. Elle peut aussi résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, adressée par l'Assureur à l'Assuré s'agissant de l'action en paiement de la prime, et par l'Assuré à l'Assureur s'agissant du règlement de l'indemnité. Elle est également suspendue durant la procédure de médiation.

14 - LES DROITS DE L'ASSURE SUR LES FICHIERS INFORMATIQUES

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent contrat sont obligatoires pour la conclusion du contrat et son exécution et, qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont les responsables sont l'Assureur et CBP Solutions.

Ces données à caractère personnel pourront être utilisées pour les besoins de la gestion des opérations effectuées en exécution du présent contrat, pour répondre aux obligations légales et réglementaires, ainsi que pour des actions commerciales de l'Assureur, des sociétés du groupe HSBC FRANCE et du groupe HSBC ainsi que des réassureurs. Elles pourront, à ces fins, être communiquées aux sociétés desdits groupes ou à des tiers, situés en France ou à l'étranger, notamment dans des Etats n'appartenant pas à la Communauté Européenne.

Les personnes sur lesquelles portent les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent contrat auront le droit d'en obtenir communication auprès de l'Assureur, d'en exiger, le cas échéant, la rectification, de s'opposer à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement ou à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale.

15 - GARANTIES EN CAS DE DECES OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (OPTION 1 ET OPTION 2)

15.1 - DEFINITION DE LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'il est reconnu, par un médecin expert désigné par l'Assureur, totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui donnant gain ou profit et devant avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (**se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir**).

15.2 - INDEMNITE GARANTIE EN CAS DE DECES OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Pour les prêts, l'indemnité garantie est égale au capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (conformément au barème d'amortissement), auquel est appliquée la quotité choisie par l'Adhérent sur sa demande d'adhésion.

Pour les opérations de crédit-bail, l'indemnité garantie correspond à la somme des loyers restant dus au jour du décès ou de la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (conformément à l'échéancier des loyers) augmentée de la valeur résiduelle du matériel financé.

L'indemnité garantie est versée en Euro.

Cas particuliers pour les prêts :

- **Prêt comportant une période d'attente avant le déblocage des fonds ou un déblocage des fonds en plusieurs étapes :** l'indemnité garantie est égale au capital initial autorisé diminué des

amortissements en capital réalisés, auquel est appliquée la quotité choisie par l'Assuré sur sa demande d'adhésion.

- **Prêt Relais, prêt In Fine, prêt comportant un report d'intérêts** : l'indemnité garantie est égale au capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, majoré des intérêts et frais courus et non échus à la date du règlement, auquel est appliquée la quotité choisie par l'Assuré sur sa demande d'adhésion.

- **Prêt à échéances progressives** : si le décès survient après le déblocage du prêt, le montant de l'indemnité garantie est majoré du montant des intérêts compensatoires, auquel est appliquée la quotité choisie par l'Assuré sur sa demande d'adhésion.

- **Découvert ou prêt s'analysant sous forme d'un découvert ou d'un découvert permanent** : l'indemnité garantie est égale au montant du capital autorisé au jour du décès, auquel est appliquée la quotité choisie par l'Assuré sur sa demande d'adhésion.

- **Prêt en devises étrangères** : seuls sont couverts les prêts pour lesquels un tableau d'amortissement a été établi sur la contre-valeur en euros de l'avance devises au moment de la signature du contrat de prêt, avec indication des intérêts calculés forfaitairement au taux du jour pris en considération dans ce même contrat de prêt. Le tableau (dont les montants déterminés comme ci-dessus seront majorés de 10 %), servira de base pour le calcul, d'une part des cotisations, et d'autre part, des indemnités garanties en cas de sinistre.

- **Si, une mensualité, trimestrialité, semestrialité ou annuité vient à échoir le jour du Décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**, elle est considérée comme postérieure à cette date et, par conséquent, la part d'amortissement comprise dans la mensualité, trimestrialité, semestrialité ou annuité, est incluse dans l'indemnité due par l'Assureur.

- **Les intérêts générés par une défaillance de l'emprunteur ne sont pas garantis par le contrat d'assurance.**

15.3 - RISQUES EXCLUS

- le suicide, lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'adhésion, dans la limite du montant mentionné au décret, visé par l'article L. 132-7 du Code des Assurances, en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré ;

- la navigation aérienne si l'appareil et/ou le pilote est en situation irrégulière, ou résultant de la participation de l'Assuré à des compétitions, des démonstrations, des tentatives de records ou de raids, ainsi que les accidents occasionnés par des vols sur aile volante, des vols acrobatiques, des vols d'essai, des vols sur prototypes, des vols en U.L.M. ou par la pratique du parapente, ainsi que les descentes en parachute que n'exigerait pas la situation critique de l'appareil ;

- la guerre étrangère qui ne sera couverte que selon la législation à intervenir dans ce domaine ;

- les risques provenant d'une transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules : effets directs ou indirects d'explosions, dégagements de chaleur, et irradiations

- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résultant de tout fait intentionnel de l'Assuré, celle préexistante à l'admission à l'Assurance et celle qui résulte de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'Admission.

15.4 - JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR LA MISE EN JEU DES GARANTIES

La demande de mise en jeu des garanties devra être déposée à la Banque qui l'adressera à CBP Solutions accompagnée d'une attestation justifiant du montant des indemnités à verser.

Les pièces suivantes devront, en outre, être produites :

En cas de Décès

- original de l'Acte de Décès,

- certificat médical, sur formulaire de l'Assureur,

- le cas échéant, l'assureur se réserve le droit de demander un rapport de police ou de gendarmerie.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- certificat médical sur formulaire de l'Assureur accompagné d'un courrier du médecin traitant, indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'invalidité conduisant à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,

- et, pour les salariés, notification de la reconnaissance d'une invalidité de 3^{ème} catégorie, par la Sécurité Sociale.

Les documents médicaux pourront être adressés, sous pli confidentiel, au Médecin Conseil de l'Assureur.

16 - GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE OU D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE (OPTION 2)

Si ces garanties sont souscrites, la demande d'adhésion doit le préciser.

16.1 - DEFINITIONS ET DETERMINATION DU TAUX D'INVALIDITE

- Incapacité Temporaire Totale

L'Assuré qui est dans l'impossibilité complète d'exercer ses activités professionnelles sur prescription médicale et qui n'exerce aucune autre activité ou occupation susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.

- Invalidité Permanente

A la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré, et au plus tard trois ans après le début de l'arrêt de travail, le médecin expert désigné par l'assureur fixe le taux contractuel d'invalidité. Ce taux est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi en dehors de toute considération professionnelle et est basé sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie, d'après le guide barème du concours médical de 1982.

Le taux d'incapacité professionnelle est établi d'après le taux et la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

Le tableau ci-dessous indique le taux d'invalidité permanente à retenir résultant de la combinaison du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

| TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE | TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 10 | | | | 29,24 | 33,02 | 36,59 | 40,00 | 43,27 | 46,42 |
| 20 | | | 31,75 | 36,94 | 41,60 | 46,10 | 50,40 | 54,51 | 58,48 |
| 30 | | 30,00 | 36,34 | 42,17 | 47,62 | 52,78 | 57,69 | 62,40 | 66,94 |
| 40 | 25,20 | 33,02 | 40,00 | 46,42 | 52,42 | 58,09 | 63,50 | 68,68 | 73,68 |
| 50 | 27,14 | 35,57 | 43,09 | 50,00 | 56,46 | 62,57 | 68,40 | 73,99 | 79,37 |
| 60 | 28,85 | 37,80 | 45,79 | 53,13 | 60,00 | 66,49 | 72,69 | 78,62 | 84,34 |
| 70 | 30,37 | 39,79 | 48,20 | 55,93 | 63,16 | 70,00 | 76,52 | 82,79 | 88,79 |
| 80 | 31,75 | 41,60 | 50,40 | 58,48 | 66,04 | 73,19 | 80,00 | 86,54 | 92,83 |
| 90 | 33,02 | 43,27 | 52,42 | 60,82 | 68,68 | 76,12 | 83,20 | 90,00 | 96,55 |
| 100 | 34,20 | 44,81 | 54,29 | 63,00 | 71,14 | 78,84 | 86,18 | 93,22 | 100,00 |

Lorsque le taux d'incapacité professionnelle et /ou le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé entre deux dizaines, le taux d'invalidité sera déterminé par interpolation linéaire.

L'assuré est en **Invalidité Permanente Totale** si le taux contractuel d'invalidité déterminé d'après le tableau est égal ou supérieur à 66%.

L'assuré est en **Incapacité Permanente Partielle** si le taux contractuel d'invalidité déterminé d'après le tableau est égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66%.

Exemple : L'Assuré qui a une incapacité fonctionnelle évaluée à 40% et une incapacité professionnelle évaluée à 60% présente un taux d'invalidité permanente de 45,79%. Il est donc en Incapacité Permanente Partielle.

Aucune indemnité n'est due lorsque le taux d'invalidité est ou devient inférieur à 33%.

Païement anticipé du capital restant dû : si l'assuré est atteint d'une incapacité le mettant dans l'impossibilité absolue et définitive d'exercer une profession quelconque, l'assureur pourra rembourser le capital restant dû après examen du médecin conseil de l'assureur.

16.2 - INDEMNITES GARANTIES

• Base de calcul de l'indemnité :

- Pour les opérations de crédit comportant un remboursement mensuel, les échéances servant de base au calcul des prestations sont établies conformément au tableau d'amortissement en vigueur au moment de l'arrêt de travail. Dans le cadre d'un prêt à taux révisable, l'indemnisation suivra la variation des taux prévu dans le contrat de prêt à la hausse comme à la baisse.

- Pour les opérations de crédit, comportant un remboursement trimestriel, semestriel ou annuel, les échéances servant de base au calcul sont déterminées en divisant les trimestrialités, semestrialités et annuités en mensualités ou loyers égales/aux et échelonné(e)s. Cette base de calcul sera identique pendant toute la durée de versement des prestations.

Toute modification des garanties consécutive à la renégociation de l'opération de crédit, en cours de sinistre sera soumise à l'accord préalable de l'assureur.

L'indemnité garantie est versée en Euro.

• Montant de l'indemnité :

- **Dans le cadre d'une Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente Totale :**

Pour les prêts, l'indemnité sera au maximum égale au montant des mensualités (intérêts seuls ou intérêts + amortissements) comme déterminé ci-dessus.

Pour les opérations de crédit-bail, l'indemnité sera au maximum égale au montant des loyers comme déterminé ci-dessus, à l'exclusion de toute valeur résiduelle.

- **Dans le cadre d'une Invalidité Permanente Partielle :**

L'indemnité sera au maximum égale à 3 N / 2 fois le montant de l'indemnité prévue au titre de l'Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente Totale (« N » : taux d'invalidité reconnu).

Par exemple, pour un taux d'invalidité reconnu de 50%, l'indemnité sera égale à 75% des indemnités prévues au titre de l'Incapacité Temporaire totale.

- **Dans tous les cas** : L'indemnité garantie tient compte de la quotité choisie par l'Assuré sur sa demande d'adhésion.

En cas de sinistre(s) atteignant, en même temps, plusieurs Assurés intervenant au titre d'une même opération de crédit, le montant des indemnités versées par l'Assureur ne pourra en aucun cas excéder globalement le montant des prestations prévues sur une quotité à 100%.

Par ailleurs, si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé, l'indemnité versée est limitée à la perte de revenus correspondant à la différence entre :

- la moyenne des rémunérations et indemnités imposables versées par l'(les) employeur(s) ou Pôle emploi au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, rapportée à la période indemnisée.

- et la somme des rémunérations et indemnités versées par l'employeur, les prestations versées par les organismes de Sécurité Sociale et assimilés et les prestations versées par les

organismes de prévoyance complémentaires, pendant la période indemnisée.

Cette disposition ne s'applique pas aux prêts professionnels.

Indexation :

Ce revenu de référence est indexé au 1^{er} juillet de chaque année sous condition que l'Assuré soit en arrêt de travail depuis plus de 18 mois. L'indice retenu est celui de l'évolution des salaires pour l'ensemble des catégories du secteur privé, publié par le Ministère du travail, ou tout autre indice venant s'y substituer. L'indexation est calculée en rapportant l'indice publié applicable au 1^{er} janvier précédant l'indexation, à celui publié applicable au 1^{er} janvier de l'année antérieure.

La somme des indemnités versées par l'Assureur, ramenée sur une base mensuelle, est fixée à 4800 euros (QUATRE MILLE HUIT CENTS EUROS) par Assuré pour l'ensemble des opérations de crédit assurées souscrites auprès de l'organisme prêteur et assurés auprès de HSBC Assurances Vie (France).

Les intérêts générés par une défaillance de l'emprunteur ne sont pas garantis par le contrat d'assurance.

Cas particuliers pour les prêts :

- **Prêts à échéances modulables** : lorsque le montant de l'échéance a été augmenté à la demande de l'assuré, l'indemnité ne sera déterminée à partir de la nouvelle échéance que si l'augmentation est intervenue au moins 90 jours avant le 1^{er} jour d'arrêt de travail.

- **Prêts en devises étrangères** : seuls sont couverts les prêts pour lesquels un tableau d'amortissement a été établi sur la contre-valeur en euros de l'avance devises au moment de la signature du contrat de prêt, avec indication des intérêts calculés forfaitairement au taux du jour pris en considération dans ce même contrat de prêt. Le tableau (dont les montants déterminés comme ci-dessus seront majorés de 10 %), servira de base pour le calcul, d'une part des cotisations, et d'autre part, des indemnités garanties en cas de sinistre.

• Versement des prestations :

Le versement des prestations ne débute qu'à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours d'Incapacité/Invalidité totale et continue.

Rechute : si l'Assuré reprend son activité professionnelle après un arrêt de travail lui ayant ouvert droit à indemnisation et s'il y a rechute du fait de la même affection dans un délai inférieur à trois mois, la période d'Incapacité et la période de rechute seront considérées comme une seule et même Incapacité/Invalidité.

Si la rechute intervient au-delà des 3 mois, elle est considérée comme une nouvelle incapacité avec application d'une nouvelle franchise.

Congé de maternité : Le service des prestations est suspendu pendant la période légale d'interruption d'activité pré et post-natale des Assurées (articles L 331-3 et L 331-4 du Code de la Sécurité Sociale). Cette disposition s'applique, par assimilation, aux Assurées non salariées.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité/Invalidité n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur ou du locataire au remboursement de l'opération de crédit garantie.

16.3 - CESSATION DU SERVICE DE L'INDEMNITE

L'indemnité servie au titre d'une Incapacité/Invalidité cessera d'être due en cas :

- d'expiration de l'opération de crédit,

- de cessation de l'état d'Incapacité/Invalidité considéré,

- de liquidation de la retraite ou de départ en pré-retraite de l'Assuré,

- de la reprise, même partielle, d'activité sauf si l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle,

- du non renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail,
- de changement d'adresse non notifié à l'Assureur ou à la Banque, rendant impossible l'exercice du contrôle médical,
- de refus de se soumettre au contrôle médical ou d'y apporter son dossier médical (sauf opposition justifiée),
- d'interruption du versement des prestations en espèces par la Sécurité Sociale sauf, pour raison administrative, mais après avis du médecin expert de l'Assureur,
- de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie donnant droit au versement des prestations conformément à l'article 15 de la présente notice d'information. Elle cessera d'être due au plus tard à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré atteindra son 65ème anniversaire.

16.4 - RISQUES EXCLUS

Sont exclues les conséquences :

- des Invalidités Permanentes pré-existantes à l'admission à l'Assurance ainsi que celles résultant de l'aggravation d'une incapacité pré-existante à l'admission à l'Assurance,
- des accidents ou maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'admission de l'Assuré à l'assurance,
- des accidents et maladies résultant d'un acte intentionnel de l'Assuré, ou accompli avec sa complicité, dans le but d'attenter à son intégrité physique ou de porter atteinte aux biens ou aux personnes,
- des accidents et maladies occasionnés par la tentative de suicide de l'Assuré,
- des accidents et maladies occasionnés par un acte de guerre civile ou étrangère, un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage, une émeute ou un mouvement populaire, lorsque l'Assuré prend une part active à l'un de ces événements,
- les risques provenant d'une transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules : effets directs ou indirects d'explosions, dégagements de chaleur et irradiations,
- des accidents et maladies occasionnés par la pratique de tout sport à titre professionnel (y compris l'enseignement),
- des accidents et maladies occasionnés par la pratique, à titre amateur, d'un sport comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur ou d'un appareil de navigation aérienne avec ou sans moteur (pratique du planeur, du parachutisme sauf en cas de situation critique de l'appareil, du parapente, etc...),
- des accidents consécutifs à l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur à l'occasion d'une compétition ou d'un rallye de vitesse,
- des accidents de navigation aérienne non garantis en matière de Décès,
- des accidents et maladies résultant de l'usage de drogues ou de médicaments non prescrits médicalement,
- des accidents et maladies occasionnés par l'ivresse (état attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal) ou par l'alcoolisme,
- d'une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cet arrêt de travail ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicologie, coccygodynie, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant cet arrêt de travail.

16.5 - JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR LA MISE EN JEU DES GARANTIES

La demande de mise en jeu des garanties devra être déposée à la Banque qui l'adressera à CBP Solutions accompagnée d'une attestation justifiant du montant des indemnités à verser.

Les pièces suivantes devront, en outre, être produites :

• En cas d'Incapacité Temporaire Totale

- certificat médical, sur formulaire de l'Assureur,
- décomptes d'indemnités journalières délivrés par la Sécurité Sociale ou autres organismes,
- avis d'arrêt de travail et de prolongation établis par le médecin traitant.

Pour les salariés, fonctionnaires et assimilés :

- copie des 3 derniers bulletins de salaire avant l'arrêt de travail (ou des 3 derniers décomptes des allocations chômage versées par Pôle emploi ou organismes assimilés) et copie des 3 bulletins de salaire depuis l'arrêt de travail
- dernier avis d'imposition.

Ces pièces doivent être adressées à partir du 61ème jour d'arrêt de travail et avant le 180ème jour d'arrêt de travail. Passé ce délai, l'Assureur ne règle que les sommes dues à compter de la date de réception des pièces, dans la mesure où les délais de prescription légaux (articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances) n'ont pas été atteints.

Par la suite, devront être adressés les certificats de prolongations d'arrêt de travail, les décomptes d'indemnités journalières dès expiration des précédents ainsi que des bulletins de salaire pour les salariés, fonctionnaires et assimilés.

A partir de la mise en Invalidité Permanente, l'Assuré devra transmettre :

- la notification de la reconnaissance par la Sécurité Sociale d'une Invalidité correspondant à la définition de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle,

- à défaut, pour les personnes non assujetties à la Sécurité Sociale, un certificat du médecin traitant indiquant de manière exacte l'importance de l'Invalidité Permanente reconnue par rapport aux critères de la Sécurité Sociale et la date à partir de laquelle cette invalidité peut être considérée comme définitive.

Puis, la poursuite de l'état d'Invalidité Permanente devra être justifiée à l'Assureur par l'envoi régulier des décomptes de pension d'invalidité de la Sécurité Sociale ou de certificats médicaux ainsi que des bulletins de salaire pour les salariés, fonctionnaires et assimilés.

Il est précisé que les pièces émanant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ex-Cotorep) ne permettent pas de justifier un état d'Invalidité Permanente.

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier. Les documents médicaux pourront être adressés, sous pli confidentiel, au Médecin Conseil de l'Assureur.

Septembre 2011

HSBC ASSURANCES VIE (FRANCE) • ENTREPRISE REGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES SOCIETE ANONYME AU CAPITAL DE 115 000 000 EUROS SIREN 338 075 062 RCS PARIS • ADRESSE POSTALE : 75419 PARIS CEDEX 08 • SIEGE SOCIAL : 15, RUE VERNET - 75008 PARIS

HSBC FRANCE • SOCIETE ANONYME AU CAPITAL DE 337189 100 EUROS • SIREN 775 670 284 RCS PARIS • SIEGE SOCIAL : 103, AVENUE DES CHAMPS-ÉLYSEES 75008 PARIS • BANQUE ET SOCIETE DE COURTAGE EN ASSURANCE IMMATRICULEE AUPRES DE L'ORIAS (ORGANISME POUR LE REGISTRE DES INTERMEDIAIRES EN ASSURANCE - www.orias.fr) SOUS LE N°07 005 894