



NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE N°001/900/31

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°001/900/31 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 d'intermédiaire en assurance immatriculé 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'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) -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 336 480€, RCS Nantes n°433 841 285 - APE 672 Z - Adresse : CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9 - 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).

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).

2 - CAPACITE A ADHERER AU CONTRAT

Les personnes physiques doivent avoir leur résidence fiscale en France.

Les personnes physiques 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 à l'article 3.

Les personnes morales doivent être immatriculées en France.

3 - PERSONNES POUVANT ETRE ASSUREES

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 et n'ayant pas atteint leur 70^{ème} anniversaire au 31/12,
- 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.

4 - 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 (PTIA).

Ne peuvent être candidates à l'Option 1 que les personnes physiques n'ayant pas atteint leur 70^{ème} anniversaire au 31/12 suivant la date de leur adhésion. La garantie PTIA s'applique uniquement aux personnes physiques n'ayant pas atteint leur 65^{ème} anniversaire au 31/12 suivant la date de leur adhésion. Toutefois, pour les découverts d'un montant inférieur ou égal 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 Euros).

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 et les personnes en vacances temporaire d'emploi au moment de la demande d'adhésion peuvent être candidats à l'Option 2 sous réserve du paiement des cotisations correspondant à cette Option.

Cas particulier des crédits étudiant d'un montant inférieur ou égal à 25 000 Euros : l'emprunteur doit être âgé de moins de 29 ans au 31/12 suivant la date de l'adhésion.

5 - FORMALITES D'ADMISSION

Chaque personne à assurer (et l'adhérent lorsqu'il est distinct de l'assuré) doit compléter, dater et signer une demande individuelle d'adhésion par laquelle elle donne son consentement à l'assurance. L'assurance repose sur la tête de chaque personne à assurer selon la quotité indiquée par chacun sur la demande individuelle

d'adhésion sans que la garantie puisse pour chaque assuré être supérieure à 100% du montant du prêt.

La quotité d'assurance retenue s'applique à l'ensemble des garanties couvertes.

L'adhérent et la personne à assurer doivent ensuite satisfaire aux formalités contractuelles qui leur sont demandées en fonction de l'âge de la personne à assurer 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 d'examens médicaux, la personne à assurer peut se faire assister par le médecin de son choix. **En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du risque de la part de l'Assuré, son adhésion est nulle (Article 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 être amené à prendre en compte des éléments complémentaires, notamment la profession, les déplacements fréquents à l'étranger, le lieu de résidence, les sports pratiqués. L'Adhérent et la personne à assurer peuvent être amenés à se soumettre à des formalités financières lorsque les encours assurés et/ou à assurer sont supérieurs à 1 500 000 Euros. Conformément à la convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, les dossiers refusés sont soumis à un dispositif dit de « 2^{ème} niveau » permettant le 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 Euros 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 Euros. 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, une garantie invalidité spécifique peut vous être proposée. 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 individuelle d'adhésion et l'acceptation de l'Assureur devra être déclarée et pourra nécessiter le renouvellement des formalités d'admission sous peine de nullité de l'Assurance en cas de mauvaise foi établie (article 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 6 mois.

Pour les opérations de crédit-bail, après acceptation par l'Assureur, la réception du matériel financé devra intervenir dans un délai de 6 mois.

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

6 - EFFET DES GARANTIES

Sous réserve d'avoir satisfait aux conditions et formalités d'admission ainsi qu'au paiement de la prime, 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 individuelle 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, accidents vasculaires cérébraux, les pathologies soudaines, les épidémies et les pandémies ainsi que le suicide ou la tentative de suicide.**

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

- Pour les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente résultant d'une maladie ou d'un accident 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.

7 - 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.

L'Assuré est bénéficiaire des prestations Incapacité/Invalidité.

8 - 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 5 de la présente notice d'information :

- a) la demande individuelle 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

En cours de sinistre, toute modification des garanties consécutive à la renégociation de l'opération de crédit 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 (notamment passage de l'option 2 à l'option 1).

9 – 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 résolutives 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. Dans le cadre de la Convention AERAS, la prime peut être calculée en appliquant un taux de cotisation sur le capital initial.

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.

NI 1.9 10.2015

Le tarif applicable est indiqué dans les conditions particulières du contrat de prêt ou 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'Adhérent est remboursé du paiement des cotisations, selon la quotité choisie, afférant à la présente adhésion pendant tout le service des prestations Incapacité Temporaire Totale / Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

10 - 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 :

- **75^{ème} anniversaire pour la garantie Décès, sauf cas particuliers :**
 - pour les assurés admis au 3^{ème} niveau, selon les définitions de la convention AERAS, la garantie cesse au 70^{ème} 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 65^{ème} anniversaire.
- **65^{ème} anniversaire pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.**
- **65^{ème} 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 particuliers (art. L. 331-1 et suivants du Code de la Consommation), sauf en cas de maintien de l'assurance prévu par le plan.
- en cas de changement d'assuré en cours du contrat.

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.

11- RESILIATION DE VOTRE ADHESION

- **Résiliation dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt immobilier.**

L'Assuré, a la possibilité de résilier par lettre recommandée avec accusé de réception son adhésion à tout moment dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt immobilier. Cette résiliation est possible uniquement si l'assuré fournit un autre contrat d'assurance en substitution du présent contrat et que cette demande de substitution est acceptée par la banque. L'acceptation de la banque doit être jointe à la demande de résiliation du contrat d'assurance.

- **Résiliation annuelle dans un délai supérieur à 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt**

L'Assuré peut résilier son adhésion au contrat d'assurance à chaque date anniversaire, moyennant un préavis de 2 mois avant cette date (le cachet de la poste faisant foi), par lettre recommandée avec avis de réception.

L'assureur se réserve la possibilité de résilier annuellement, dans les mêmes conditions, sauf cas d'aggravation du risque.

La résiliation prend effet à la date anniversaire (0 heure) de l'adhésion, qui suit la notification de la résiliation par l'Assuré ou l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

12 - 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.

13 - RECLAMATIONS – MEDIATION

Lorsque l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application de son contrat, son interlocuteur habituel CBP Solutions est en mesure d'étudier ses demandes. Voici leurs coordonnées : CBP Solutions - Service réclamations – CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9

En cas de réclamation, l'assuré peut adresser une demande écrite à CBP Solutions qui s'engage à accuser réception de sa demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à lui apporter une réponse dans un délai maximum de 2 mois.

Si les réponses apportées ne le satisfont pas, il pourra alors écrire à : HSBC Assurances Vie (France) - Département Service Client - Service Prévoyance/Réclamations - 75419 Paris CEDEX 08. HSBC Assurances Vie (France) s'engage à lui répondre sous 10 jours ouvrables (ou 2 mois maximum en cas de réclamation nécessitant un traitement particulier). Dans ce cas, l'Assuré sera informé du déroulement du traitement de sa réclamation.

Si le désaccord persiste, l'assuré a le droit de demander l'avis neutre et indépendant du Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances à l'adresse suivante: Le Médiateur de la FFSA - BP 290

NI 1.9 10.2015

- 75425 Paris cedex 09. Pour plus d'information, il convient de consulter le site www.ffsa.fr comprenant la Charte de la Médiation. 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.

14 - 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.

15 - LE DÉLAI DE PRESCRIPTION

Le délai de prescription est un délai au-delà duquel il n'est plus possible, tant pour vous que pour l'Assureur, d'introduire une action en justice trouvant sa cause dans la conclusion ou dans l'exécution de votre 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'événement susceptible de donner naissance à cette action en justice. Lorsque le bénéficiaire du contrat est une personne distincte de l'adhérent, il est porté à dix ans. En tout état de cause, l'action du bénéficiaire est prescrite au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

• L'interruption de la prescription qui a pour objet d'effacer le délai de prescription et de faire courir un nouveau délai, peut être provoquée, conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, par :

⇒ les causes ordinaires d'interruption de la prescription qui sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil)
- la demande en justice, même en référé, et ce même lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil)
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil)
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires ou à l'un de ses héritiers par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres même contre les autres héritiers sous réserve que l'obligation ne soit pas divisible. (article 2245 du Code civil).

⇒ les causes d'interruption de la prescription spécifiques au contrat d'assurance qui sont :

- la désignation d'expert à la suite d'un sinistre
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

• La prescription ne court pas ou est suspendue (le délai de prescription est arrêté mais n'est pas effacé) :

- contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure (article 2234 du Code civil),

- contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrrages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts (article 2235 du code civil)

- entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité (article 2236 du Code civil), contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession (article 2237 du Code civil),

- à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à

défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation.

- à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative (article 2238 du Code civil)
- lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès (article 2239 du Code civil).

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

16.1 - 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**).

16.2 - 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 individuelle 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 individuelle 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 individuelle 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 individuelle 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 individuelle d'adhésion.

- **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.**

16.3 - RISQUES EXCLUS

- le suicide, lorsqu'il survient dans 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 ;

- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie préexistante à l'admission à l'Assurance et celle qui résulte de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'Admission non déclarés lors de l'adhésion et non acceptés par l'Assureur.

16.4 - 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,

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

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

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

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

17.1 - DEFINITIONS ET DETERMINATION DU TAUX D'INVALIDITE

- Incapacité Temporaire Totale

L'Assuré qui est dans l'impossibilité complète et continue 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

Le médecin expert désigné par l'assureur fixe le taux contractuel d'invalidité :

- à la date de consolidation c'est-à-dire au moment de la stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré constaté médicalement, cet état n'évoluant ni vers une amélioration, ni vers une aggravation,

- ou au plus tard 3 ans après le début de l'arrêt de travail.

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 un calcul d'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 **Invalidité 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 Invalidité Permanente Partielle.

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

Paiement anticipé du capital restant dû : si l'assuré est atteint d'une invalidité 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.

17.2 - 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.

En cours de sinistre, toute modification des garanties consécutives à la renégociation de l'opération de crédit, 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 échéances (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 tous les cas, l'Assureur verse les prestations correspondant aux échéances de remboursement du crédit à échoir ou des loyers à échoir, sans application d'un prorata temporis.

- 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 individuelle 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%.

La somme des indemnités versées par l'Assureur, ramenée sur une base mensuelle, est limitée à 10 000 euros (DIX MILLE 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 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.

• 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. Ce délai démarre à compter de la date de cessation d'activité professionnelle relative à l'Incapacité/Invalidité.

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 continus, la période d'Incapacité et la période de rechute seront considérées comme un seul et même sinistre.

Si la rechute intervient au-delà des 3 mois continus, 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.

17.3 - 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 cas de force majeure),

- 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 16 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.

17.4 - 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, non déclarés lors de l'adhésion et non acceptés par l'Assureur,
- des accidents ou maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'admission de l'Assuré à l'assurance, non déclarés lors de l'adhésion et non acceptés par l'Assureur,- 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 (l'exclusion ne s'applique pas lorsque l'assuré prend une part active à une émeute ou un mouvement populaire dans le cadre de son activité professionnelle notamment les militaires, policiers, gendarmes, services de sécurité)
- 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 réalisé à titre professionnel ou sous contrat rémunéré, non déclarés lors de l'adhésion et non acceptés par l'Assureur,
- des accidents et maladies occasionnés par la pratique par l'Assuré, à titre amateur, d'un sport comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur y compris véhicule de loisirs (quad, kart) sauf si l'activité est encadrée par un professionnel habilité et est pratiquée à titre occasionnel,
- des accidents et maladies occasionnés par la pratique par l'Assuré d'un sport comportant l'utilisation d'un appareil de navigation aérienne avec ou sans moteur (avion, hélicoptère, parapente, delta, planeur, ULM) non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- des accidents consécutifs à la participation par l'Assuré à des compétitions, démonstrations, tentatives de record, raids, acrobaties, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur,
- des accidents de navigation aérienne non garantis en matière de Décès,
- des accidents et maladies résultant de l'usage par l'Assuré 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 de l'Assuré,
- 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 9 jours continus a été nécessaire pendant cet arrêt de travail ou si de ce fait l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant cet arrêt de travail.

17.5 - 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.

Ces pièces doivent être adressées à partir du 61^{ème} jour d'arrêt de travail et avant le 180^{ème} 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.

- **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 du décompte ou du justificatif de paiement de la pension d'invalidité allouée de la Sécurité Sociale ou de certificats médicaux. 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.

18 - RESPONSABILITE FISCALE

Il appartient à l'adhérent/assuré de satisfaire à l'ensemble de ses obligations d'ordre fiscal concernant notamment le dépôt des déclarations ou de tout document rendu obligatoire par la réglementation fiscale ainsi qu'au paiement de l'ensemble des impôts dont il est redevable (impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés impôt sur la fortune, droits de succession...).

L'adhésion, la détention et les opérations exécutées sur le contrat peuvent avoir pour l'adhérent/assuré des implications fiscales qui dépendent de plusieurs facteurs dont, sans toutefois s'y limiter le lieu du domicile, le lieu d'établissement de l'entité ou son lieu de constitution, sa nationalité.

Les législations fiscales de certains pays peuvent avoir une portée extraterritoriale et ce, quel que soit le lieu de domicile de l'adhérent. Il est recommandé à ce dernier de se rapprocher d'un conseil indépendant afin d'obtenir les conseils juridiques et fiscaux appropriés. L'adhérent/assuré reconnaît et accepte que l'Assureur n'encourt aucune responsabilité en ce qui concerne l'une quelconque des obligations fiscales lui incombant.

19 - INFORMATIQUE ET LIBERTES - SECRET PROFESSIONNEL - GESTION DU RISQUE LIE AU CRIME FINANCIER

Pour une meilleure compréhension de ladite clause, certains termes et expressions sont définis ci-après.

"Obligations en matière de Conformité": désignent les obligations pour toute entité du Groupe HSBC de respecter :

- a) ordonnances, lois, décrets, leurs textes d'applications, normes interprétatives et régimes de sanctions, décisions judiciaires applicables en France ou à l'étranger ainsi que les accords entre une entité du Groupe HSBC et une Autorité, ou tous accords ou traités entre plusieurs Autorités qui seraient applicables à l'Assureur ou une entité du Groupe HSBC ou toutes lignes directrices, politiques ou procédures internes du Groupe HSBC, et ce dans la limite de la réglementation applicable;
- b) toute demande adressée par des Autorités ou toute obligation légale, réglementaire ou fiscale aux fins de communication, information, déclaration auprès des Autorités
- c) les Lois et règlements ou tout texte d'application et de mise en œuvre obligeant HSBC à vérifier l'identité de ses relations d'affaire.

"Personne Rattachée": désigne une personne ou entité dont les données (y compris les Données à Caractère Personnel ou les Données Fiscales) sont, dans le cadre de la présente adhésion, soit fournies par l'adhérent, soit par l'assuré, soit reçues par l'Assureur ou par tout autre membre du Groupe HSBC. Cette notion ne recouvre pas les bénéficiaires en cas de décès désignés dans le cadre de contrat d'assurance vie.

"Données de l'adhérent/assuré": désignent les Données à Caractère Personnel et/ou les Données Fiscales de l'adhérent, et/ou de l'Assuré dans le cadre d'une adhésion par une personne morale.

"Crime Financier": désigne le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme, la corruption, l'évasion fiscale, la fraude, le fait de se soustraire à des mesures d'embargo ou de sanctions financières ou commerciales et/ou les violations ou tentatives de contourner ou violer les Lois ou réglementations applicables dans ce domaine ou tout autre agissement susceptible d'être considéré comme délit ou crime financier.

"Groupe HSBC": désigne l'ensemble des sociétés détenues ou contrôlées directement ou indirectement par HSBC Holdings Plc, tel que le «contrôle» s'apprécie au sens de l'Article L.233-3 du Code de commerce français.

"Détenteur(s) Substantiel(s)": désigne(nt) la/les personne(s) physique(s) ayant droit à plus de 10 % des bénéfices d'une entité ou possédant une participation de plus de 10 % dans cette entité, que ce soit directement ou indirectement.

"Données à Caractère Personnel": désignent toutes données concernant une personne physique qui est, ou peut être identifiée, directement ou indirectement.

"Données Fiscales": désignent les documents ou données (déclarations, renoncations et autorisations qui les accompagnent) ayant un rapport direct ou indirect avec

- (i) le statut fiscal de l'adhérent (que ce dernier soit un particulier ou une entreprise, un organisme à but non lucratif ou tout autre type de personne morale) et
- (ii) tout propriétaire, Détenteur Substantiel ou bénéficiaire effectif d'un adhérent, qui permettent à l'Assureur de respecter les obligations de l'une quelconque des entités du Groupe HSBC envers une Autorité Fiscale (ou établir leur conformité ou l'absence de tout manquement). L'expression "Données Fiscales" inclut notamment les informations suivantes relatives à l'adhérent/assuré, de manière non limitative : la résidence fiscale, et/ou le siège social de l'entité (suivant le cas), le domicile fiscal, le numéro d'identification fiscale, les formulaires d'attestation fiscale, certaines Données à Caractère Personnel (y compris le(s) nom(s), l'adresse ou les adresses de domicile, l'âge, les date et lieu de naissance, la (les) nationalité(s)),

19.1 INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et dans la limite permise par la réglementation applicable, l'Assureur ou tout membre du Groupe HSBC peuvent recueillir et utiliser les Données de l'adhérent/assuré (notamment les informations relatives à l'adhérent/assuré, ou aux opérations réalisées par ce dernier). Les

Données de l'adhérent/assuré peuvent lui être demandées directement (ou par l'intermédiaire d'une personne agissant pour le compte de l'adhérent/assuré) ou peuvent aussi être recueillies par ou pour le compte de l'Assureur, à partir d'autres sources produites ou combinées avec toute information disponible chez l'Assureur ou tout membre du Groupe HSBC (y compris à partir d'informations disponibles au public).

• Finalité des traitements des Données de l'adhérent / assuré

Il est précisé que toutes les Données de l'adhérent/assuré recueillies dans le cadre des présentes sont obligatoires pour la conclusion et l'exécution du présent contrat et qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont le responsable est l'Assureur, ce qu'accepte l'adhérent/assuré.

Dans la limite permise par la réglementation applicable, l'assureur et tout membre du Groupe HSBC traiteront les Données de l'adhérent dans le cadre suivant :

- a) la gestion des opérations effectuées en exécution du présent contrat ;
- b) la détection et l'évaluation du risque ; le respect des critères d'exigence opérationnels internes de l'Assureur ;
- c) la lutte contre la fraude ; le respect des Obligations en matière de Conformité ; l'exercice des Activités de Gestion du Risque lié au Crime Financier (tel que défini ci-après) ;
- d) le suivi de l'ensemble de la relation de l'Assureur avec l'adhérent/assuré (y compris à des fins de prospection commerciale et d'études de marché).

• Destinataire des Données de l'adhérent /assuré

L'adhérent/assuré du présent contrat accepte que l'Assureur puisse, conformément à la réglementation applicable et dans les limites requises et appropriées aux finalités décrites ci-dessus, transférer et communiquer les Données de l'adhérent / assuré aux destinataires suivants :

- entité du Groupe HSBC,
- sous-traitants, agents, prestataires de services,;
- aux Autorités (judiciaire, fiscale ou de régulation), en réponse à leurs demandes;
- à toutes sociétés agissant en tant qu'intermédiaire en assurance au titre du présent contrat;
- à une nouvelle entité dans le cadre de tous transferts, cessions, fusions ou acquisitions d'activités de l'Assureur ;

et à tout autre destinataire nécessaire à l'exécution du présent contrat ;

et ce, quel que soit le pays dans lequel le destinataire est situé, notamment dans des pays qui ne disposent pas de législation en matière de protection des données pour autant qu'ils confèrent un niveau de protection équivalent à celui de la France.

Ces destinataires peuvent être situés en France ou à l'étranger, notamment dans des pays tiers à l'Union européenne, pour l'exécution du présent contrat ou pour respecter les exigences légales, fiscales ou réglementaires de HSBC. Dans le cadre d'un transfert vers des pays tiers à l'Union européenne (actuellement l'Inde, la Chine, l'Égypte, la Malaisie, le Sri Lanka, les Philippines ou les États-Unis), des règles assurant la protection des données ont été mises en place et peuvent être consultées sur le site www.hsbc.fr, ainsi que la liste mise à jour des pays destinataires des données.

L'adhérent accepte d'informer l'Assureur par écrit et immédiatement, quelles que soient les circonstances, de toute modification de ses Données et en réponse à toute demande qui lui sera adressée.

• Droit d'accès, de rectification et de suppression des données de l'adhérent :

Les personnes sur lesquelles portent les données susmentionnées ont le droit d'en obtenir communication auprès de l'Assureur (HSBC Assurances Vie (France) - Pôle Information et Conseil - 75419 PARIS), d'en exiger, le cas échéant, la rectification, et de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale. L'adhérent/assuré confirme que la Personne Rattachée (dans le cadre d'adhésion par des personnes morales) dont les informations

(incluant les Données à Caractère Personnel et les Données Fiscales) ont été communiquées à l'Assureur ou à toute entité du Groupe HSBC, a été informée de cette communication.

19.2. SECRET PROFESSIONNEL

Les données confidentielles traitées par l'Assureur dans le cadre du présent contrat, en ce comprises les Données à Caractère Personnel, peuvent être communiquées à, et utilisées par, des entités du Groupe HSBC ou des tiers (en particulier : autorités, sociétés sous-traitantes, consultants,) pour les besoins des présentes et des actions commerciales (sauf opposition de l'adhérent dans l'hypothèse d'actions commerciales) de l'Assureur et des sociétés du Groupe HSBC. L'Assureur pourra également communiquer les données confidentielles de l'adhérent/assuré pour répondre à ses obligations légales, fiscales ou réglementaires ainsi que communiquer auprès des autres entités du Groupe HSBC les données confidentielles nécessaires aux fins de gérer au sein du Groupe HSBC, le risque lié au Crime Financier et aux Activités de Gestion du Risque lié au Crime Financier tels que définis aux présentes. Dans tous les cas visés ci-dessus, l'Assureur sera délié de son obligation de secret professionnel.

19.3 LES ACTIVITES DE GESTION DU RISQUE LIE AU CRIME FINANCIER

L'Assureur et les entités du Groupe HSBC sont tenus de respecter les Obligations en matière de Conformité dans le cadre de la détection, de l'enquête et de la prévention du Crime Financier et peuvent prendre toutes les mesures qu'elles considèrent

appropriées à cet égard dans le respect de la réglementation applicable.

En ce qui concerne plus particulièrement la détention d'un contrat par un particulier résidant dans un pays autre que la France et qui répond à la définition des Personnes Politiquement Exposées, visée aux articles L.561-10-2 et R.561-18 du Code Monétaire et Financier, l'Assureur est également tenu de rechercher l'origine des fonds investis dans le présent contrat parallèlement à ses obligations susmentionnées.

L'Assureur a l'obligation de s'informer auprès de ses adhérents/assurés lorsqu'une opération lui semble inhabituelle en raison notamment de ses modalités, de son montant ou son caractère exceptionnel. Dans ce cas, l'adhérent/assuré s'engage à fournir à l'Assureur toutes informations à ce sujet ou à lui remettre les documents justifiant l'opération.

L'adhérent/assuré est informé que pour répondre à ses obligations légales, l'Assureur, en sa qualité de responsable de traitement des opérations, met en œuvre un système de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme.

L'adhérent/assuré est également informé que ces informations peuvent être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires.

Dans la mesure autorisée par la loi, ni l'Assureur ni aucune autre entité du Groupe HSBC ne sont responsables envers l'adhérent/assuré ou un tiers d'un préjudice financier dès lors que le préjudice résulte de mesures prises en application d'un texte législatif ou réglementaire.

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 - FRANCE

HSBC FRANCE • SOCIETE ANONYME AU CAPITAL DE 337189 135 EUROS • SIREN 775 670 284 RCS PARIS • SIEGE SOCIAL : 103, AVENUE DES CHAMPS-ÉLYSEES - 75008 PARIS - FRANCE • BANQUE ET INTERMEDIAIRE EN ASSURANCE IMMATRICULE AUPRES DE L'ORIAS (ORGANISME POUR LE REGISTRE DES INTERMEDIAIRES EN ASSURANCE - www.orias.fr) SOUS LE N°07 005 894