

Règlement

SOMMAIRE

TITRE I	
GÉNÉRALITES	
Article 1 : Objet du Régime	1
Article 2 : Mise en œuvre	1
TITRE II	
CHAMP D'APPLICATION DU RÉGIME	
Article 3 : Adhésion	2
Article 4 : Conditions d'affiliation	2
TITRE III	
FONCTIONNEMENT TECHNIQUE DU RÉGIME	
Article 5 : Acquisition des droits	2
Article 6 : Garanties du Régime	2
Article 7 : Gouvernance	2
Article 8 : Les réserves du Régime	3
Article 9 : La participation aux bénéficies	3
Article 10 : Rémunération de l'Assureur et Contribution à la consolidation du Régime	3
Article 11 : Contribution aux frais de promotion et de fonctionnement du C.G.O.S	4
TITRE IV	
FONDS DE SOLIDARITÉ ET FONDS SOCIAL	
Article 12 : Fonds de Solidarité	4
Article 13 : Fonds Social	5
TITRE V	
PHASE DE CONSTITUTION DU COMPLÉMENT DE RETRAITE	
Article 14 : Cotisations	5
Article 15 : Exonération de cotisations pour invalidité	5
Article 16 : Compte de points	5
Article 17 : Garantie en cas de décès de l'affilié	5
Article 18 : Rachat et transfert	6
TITRE VI	
PHASE DE RESTITUTION DU COMPLÉMENT DE RETRAITE	
Article 19 : Liquidation	7
Article 20 : Capital unique libératoire	7
Article 21 : Choix des options	7
TITRE VII	
EFFETS DE LA RÉSILIATION DE LA CONVENTION SUR LE RÉGIME ET LES GARANTIES	
Article 22 : Résiliation de la convention	8
Article 23 : Effets de la Résiliation de la convention sur les garanties en cours	8
TITRE VIII	
MODIFICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	
Article 24 : Modification du Règlement	8
Article 25 : Interprétation du Règlement	8

TITRE I GÉNÉRALITÉS

Article 1 : Objet du Régime

Le présent Régime a pour objet le service, en faveur des Bénéficiaires définis à l'article 4, d'un complément de retraite correspondant à :

- une rente de retraite ;
- avec une possibilité de sortie partielle en capital ;
- une allocation de réversion ;
- un capital en cas de décès de l'affilié survenant avant sa retraite.

Article 2 : Mise en œuvre

La mise en œuvre du Régime Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH), dont les caractéristiques sont exposées dans le présent règlement, est assumée par le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers publics (C.G.O.S) relevant du Ministère de Tutelle. Elle fait l'objet d'une convention d'assurance de groupe souscrite par le C.G.O.S auprès de la compagnie « Allianz Vie », ci-après dénommée l'« Assureur », le 2 décembre 1965, et révisée le 28 mars 2008, puis le 1^{er} septembre 2016. Les révisions de la convention ont pour objet la mise en place d'un plan de consolidation du régime de la C.R.H visant à assurer sa stabilité à terme dans le calendrier prévu par la réglementation. La convention, dans sa version révisée, entre en

vigueur le 1^{er} octobre 2016. Elle prend effet le 1^{er} octobre 2016 pour les nouvelles affiliations souscrites à compter de cette date, et le 1^{er} janvier 2017 pour les affiliations en cours.

Dans les conditions prévues par les dispositions de l'article 6.1 ci-dessous, l'Assureur délivre une garantie viagère du montant et du service des compléments de retraite déterminés par le présent Règlement.

L'Assureur et le C.G.O.S peuvent déléguer partie de leurs obligations.

Le présent Règlement définit les droits et obligations des adhérents et des affiliés du Régime, visés aux articles 3 et 4, et régit leurs rapports avec le C.G.O.S. Les décisions concernant le régime du complément de retraite sont opposables aux adhérents et aux affiliés du Régime visés ci-après.

L'Assureur établit la Notice d'information qui définit, pour les affiliés, les garanties d'assurance et leurs modalités d'entrée en vigueur et qui leur est remise par le C.G.O.S.

Le contrat collectif est conclu pour la période couverte par le plan de consolidation. Il se renouvellera ensuite par tacite reconduction, par période d'un an, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties contractantes signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception six mois au moins avant la date de renouvellement. Les effets de la résiliation sont régis par les articles 22 et 23 ci-après.

TITRE II CHAMP D'APPLICATION DU RÉGIME

Article 3 : Adhésion

L'adhésion au régime est possible pour les personnes morales (établissements de santé, sociaux et médico-sociaux publics, établissements publics sous tutelle de collectivités territoriales...) ci-après dénommées « Adhérent », ayant adhéré préalablement au C.G.O.S ou liées par une convention avec le C.G.O.S les autorisant à adhérer au régime. Le Ministère de Tutelle et le C.G.O.S peuvent adhérer au régime ouvrant à leur propre personnel le droit de s'affilier.

L'Assureur attribue à chaque adhérent un numéro de code particulier.

TITRE III FONCTIONNEMENT TECHNIQUE DU RÉGIME

Article 5 : Acquisition des droits

• 5.1 Droits acquis par cotisations

Il est ouvert au nom de chaque affilié un compte de points où sont cumulés chaque année les points acquis ou les points exonérés.

À la fin de chaque exercice, les cotisations versées dans l'année par l'affilié donnent lieu à l'attribution au compte de points de l'intéressé, dans les conditions visées à l'article 16 ci-après, d'un nombre de points P calculé selon la formule : P = C/S

Dans laquelle :

P est le nombre de points acquis par les cotisations de l'année

C les cotisations de l'affilié afférentes à l'exercice

S le salaire de référence ou prix d'achat du point, applicable à l'exercice, fixé comme il est dit à l'article 7 ci-après et majoré, le cas échéant, du coefficient d'âge pour les cotisations de rattrapage.

• 5.2 Droits promotionnels financés par le régime

D'un commun accord entre le C.G.O.S et l'Assureur, le régime peut financer, sous réserve de la non remise en cause de son équilibre, l'acquisition de droits, dans le cadre d'opérations promotionnelles destinées à soutenir l'attractivité des cotisations sur le R2. La cotisation financée par le régime est convertie en points selon les modalités détaillées à l'article 5.1.

Article 6 : Garanties du Régime

Le fonctionnement technique du Régime découle des garanties prises quant au montant et à la durée de service des compléments de retraite et pensions.

- **6.1** L'Assureur garantit à tout instant le service viager – à compter de l'échéance normale s'il s'agit de personnes non allocataires et sans délai d'attente s'il s'agit de personnes allocataires – de la rente acquise par des cotisations versées à compter du 1^{er} avril 2008 pour les nouvelles affiliations à cette date et à compter du 1^{er} juillet 2008 pour les affiliations déjà en cours ; le montant de cette rente est égal au nombre de points inscrits au compte du bénéficiaire au titre de ses cotisations multiplié par la valeur de service de ces points. Ce nombre de points est net des éventuels coefficients d'anticipation, de réversion, et de choix d'options de rente précisés dans le présent Règlement du régime.

- **6.2** L'Assureur garantit le service, pendant un nombre d'années déterminé selon les dispositions du présent article – à compter de l'échéance normale s'il s'agit de personnes non allocataires et sans délai d'attente s'il s'agit de personnes allocataires –, de la rente acquise par les cotisations versées avant le 1^{er} juillet 2008 ; le montant de cette rente est égal au produit du nombre de points acquis par cotisation, net de la contribution au Fonds de Solidarité et des éventuels coefficients d'anticipation, de réversion, et de choix d'options de rente précisés dans le présent Règlement du Régime, par la valeur de service de ces points. Au 1^{er} janvier 2017, le nombre d'années de service garanties est de 10 ans pour la rente acquise par des cotisations versées avant 1998, et de 15 ans pour la rente acquise par des cotisations versées entre le 1^{er} janvier 1998 et le 1^{er} juillet 2008.

- **6.3** L'Assureur garantit le service de la rente des points acquis à titre non onéreux pendant un an, sans délai d'attente, de la retraite allouée au titre des services passés n'ayant pas donné lieu à cotisation ; le montant de cette retraite est égal au nombre de points inscrits au compte du bénéficiaire, au titre des services passés, multiplié par la valeur de service de ces points. Ce nombre de points est net de la contribution au Fonds de Solidarité et des éventuels coefficients d'anticipation, de réversion, et de choix d'options de rente précisés dans le présent règlement du régime.

- **6.4** Si, à la fin d'un exercice, le ratio de couverture des réserves mathématiques, défini comme le rapport entre la valeur de marché des actifs du R1 et les réserves mathématiques du R1 telles que définies dans le présent article, est inférieur à 115 % pour une cause qui n'est pas imputable à un manquement substantiel de l'Assureur aux

Article 4 : Conditions d'affiliation

Peuvent s'affilier à la CRH les personnels et praticiens des adhérents :

- ayant moins de 67 ans ;

- en activité, et percevant de l'administration ou de son employeur un traitement ou salaire.

Peuvent également s'affilier à la CRH, s'ils ont moins de 67 ans, le conjoint, le concubin, sur présentation du certificat de concubinage notoire, et le partenaire lié par un PACS à un affilié. Les demandes individuelles d'affiliation au régime sont transmises par les adhérents à l'Assureur qui procède dans le délai d'un mois à l'enregistrement desdites demandes, sans préjuger de leur bien-fondé.

L'Assureur attribue à chaque nouvel affilié un numéro d'affiliation et adresse à l'affilié un certificat sur lequel figure le numéro d'affiliation et le cas échéant le numéro de code de l'adhérent.

obligations mises à sa charge dans la convention d'assurance, les mesures décrites ci-dessous prennent immédiatement effet :

- I. les garanties du régime définies par les articles 6.2 et 6.3 ci-dessus s'exercent immédiatement ;
- II. le service des rentes acquises par des cotisations versées avant le 1^{er} juillet 2008 est limité à la durée définie par l'article 6.2 ;
- III. le service de la retraite allouée au titre des services passés n'ayant pas donné lieu à cotisation est limité à un an ;
- IV. la détermination des paramètres techniques des points visée à l'article 7.1 est confiée à l'Assureur. En cas de désaccord du C.G.O.S, la décision de l'Assureur est prise dans les conditions prévues par l'article 7.2. §4.

Les mesures ci-dessus s'appliquent de manière définitive si le ratio de couverture des réserves mathématiques reste inférieur à 115 % à la fin de chaque exercice sur une période égale à la durée définie par l'article 6.2 pour une cause qui n'est pas imputable à un manquement substantiel de l'Assureur aux obligations mises à sa charge dans la Convention. Le ratio de couverture des réserves mathématiques visé est déterminé sur la base de réserves mathématiques, tenant compte des garanties contractuelles du régime, évaluées avec un taux correspondant au maximum entre le taux technique conforme à la réglementation en vigueur et 60 % du TME (Taux Moyen des Emprunts d'Etat) du mois de décembre de l'année considérée. Seules les rentes acquises par des cotisations versées avant le 1^{er} juillet 2008 et liquidées après le jour où le ratio est devenu inférieur à 115 % pendant toute la durée définie par l'article 6.2 seront alors servies pour une durée totale de versement égale à la durée définie par l'article 6.2.

Ainsi, à la fin de la période où le ratio est devenu inférieur à 115 % pendant la durée définie par l'article 6.2 :

- pour les rentes qui étaient en service le jour où le ratio est devenu inférieur à 115%, le paiement des rentes cessera définitivement ;
- pour les rentes qui n'étaient pas en service le jour où le ratio est devenu inférieur à 115%, la durée totale de service des rentes sera égale à la durée définie par l'article 6.2.

Article 7 : Gouvernance

• 7.1 Des décisions relatives aux points acquis avant le 1^{er} juillet 2008

Pour la détermination des paramètres techniques des anciens points (valeurs de service et de revalorisation visées aux articles 6.2 et 6.3), les parties adoptent le schéma décisionnel suivant :

1. L'Assureur établit annuellement ou sur simple demande du C.G.O.S :
 - une étude actuarielle prospective sur l'évolution de la CRH en tenant compte de différentes hypothèses démographiques et financières ;
 - les états comptables et statistiques permettant de connaître :
 - le montant des prestations ;
 - le montant des provisions techniques selon la durée des engagements ;
 - le montant du fonds de capitalisation et du Fonds de Solidarité ;
 - le compte de participation aux bénéfécies ;
 - le taux de couverture des engagements s'ils étaient viagérés et calculés à un taux d'actualisation de droit commun (régime L.441-1 du Code des assurances);
 - l'ensemble des états statistiques inhérents aux affiliés et allocataires ;
 - un rapport sur la gestion financière des placements.L'ensemble de ces études et documents au sein desquels l'Assureur formule des propositions est transmis au C.G.O.S, à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) et aux Autorités de Tutelle.
2. Le Conseil d'administration du C.G.O.S délibère et informe l'Assureur, l'ACPR et les Autorités de Tutelle de ses décisions.
3. L'Assureur donne un avis motivé sur les décisions prises par le Conseil d'administration du C.G.O.S. Cet avis motivé est également transmis à l'ACPR et aux Autorités de Tutelle.

4. Si l'Assureur formule des réserves sur la décision prise par le Conseil d'administration du C.G.O.S pour assurer la réussite du plan de convergence du régime de la CRH, le C.G.O.S recueille l'avis motivé de l'ACPR avant que son Conseil d'administration ne prenne une décision définitive.
5. Tous les ans l'Assureur fait le point de la viagerisation des prestations et propose au C.G.O.S une augmentation ou le maintien de la durée de service garantie des rentes acquises par des cotisations versées à compter du 1^{er} janvier 1998 et avant le 1^{er} juillet 2008, et visée à l'article 6.2.
6. En cas de désaccord du C.G.O.S, la décision est prise par l'Assureur dans les conditions prévues par l'article 7.2 §4.

• 7.2 Des décisions relatives aux points acquis après le 1^{er} avril 2008 pour les nouvelles affiliations à cette date et le 1^{er} juillet 2008 pour les affiliations déjà en cours

Pour la détermination des paramètres techniques des nouveaux points visés à l'article 6.1, les parties adoptent le schéma décisionnel suivant :

1. L'Assureur établit annuellement ou sur simple demande du C.G.O.S :
 - une étude actuarielle prospective sur l'évolution de la CRH en tenant compte de différentes hypothèses démographiques et financières ;
 - les états comptables et statistiques permettant de connaître :
 - le montant des prestations ;
 - le montant des provisions techniques ;
 - le montant des primes du contrat ;
 - le compte de participation aux bénéfécies ;
 - le taux de rendement (= valeur de service / valeur d'achat du point) ;
 - le taux de couverture des engagements ;
 - l'ensemble des états statistiques inhérents aux affiliés et allocataires ;
 - un rapport sur la gestion financière des placements.L'ensemble de ces études et documents est transmis au C.G.O.S.
2. L'Assureur fixe l'ensemble des paramètres techniques et transmet immédiatement ses décisions au C.G.O.S.
3. Le C.G.O.S donne un avis motivé sur les décisions prises par l'Assureur.
4. Si le C.G.O.S formule des réserves sur l'opportunité, la pertinence ou l'adéquation des décisions prises par l'Assureur, ce dernier recueille l'avis motivé de l'ACPR avant de prendre une décision définitive.

• 7.3 Des décisions relatives aux paramètres du Fonds de solidarité

Les paramètres relatifs à la détermination de l'accroissement de la contribution au Fonds de Solidarité, visés à l'article 12, sont revus tous les cinq ans. Les parties adoptent le schéma décisionnel suivant :

1. L'Assureur, sur la base d'une étude actuarielle prospective sur l'évolution de la CRH, en tenant compte de la situation économique et de la situation du régime, propose les paramètres applicables à l'accroissement futur de la contribution au Fonds de Solidarité et transmet ses décisions, ainsi que les éléments permettant de les motiver, au C.G.O.S ;
2. Le C.G.O.S donne un avis motivé sur les paramètres transmis par l'Assureur ;
3. En cas d'accord conjoint entre l'Assureur et le C.G.O.S, les paramètres sont modifiés. L'Assureur et le C.G.O.S informent l'ACPR de la décision conjointe ;
4. En cas de désaccord entre l'Assureur et le C.G.O.S, l'ACPR émet un avis motivé sur les paramètres proposés par l'Assureur ;
5. En cas de désaccord persistant après l'avis de l'ACPR, les paramètres d'accroissement de la contribution au Fonds de Solidarité resteraient inchangés par rapport aux paramètres précédemment appliqués.

Article 8 : Les réserves du Régime

• 8.1 Provision mathématique théorique

Chaque année, l'Assureur calcule le montant de la provision mathématique théorique contractuelle qui serait nécessaire pour assurer le service des rentes contractuellement garanties, immédiates et différées, sur la base de la valeur de service à la date de l'inventaire.

Le montant des rentes annuelles garanties est égal au produit du nombre de points, net des éventuels coefficients d'anticipation, de réversion, et de choix d'options de rente précisés dans le règlement du Régime, par la valeur de service de ces points, diminué du montant de contribution au Fonds de Solidarité atteint à la fin de l'exercice considéré.

La valeur de service des points diffère :

- selon qu'il s'agit de points acquis par cotisations ou non,

- selon l'année d'acquisition de ces points.

La provision mathématique théorique contractuelle est calculée selon les tables de mortalité et du taux technique conformes à la réglementation en vigueur.

• 8.2 Provisions techniques

Les droits des affiliés sont couverts par les provisions techniques suivantes, comptabilisées distinctement pour les droits issus de points acquis avant le 1^{er} juillet 2008 (points R1) et les droits issus de points acquis après le 1^{er} avril 2008 pour les nouvelles affiliations à cette date et le 1^{er} juillet 2008 pour les affiliations déjà en cours (points R2).

8.2.1 - Les provisions techniques du R1 sont constituées de :

- La provision technique spéciale pour les droits acquis avant le 1er juillet 2008, qui est égale à la valeur nette comptable des placements réalisés jusqu'à cette date, sur laquelle sont prélevées les prestations afférentes, et à laquelle s'ajoutent notamment la participation aux bénéfécies et les transferts de participation aux bénéfécies des droits acquis après le 1er juillet 2008, ainsi que les différentes contributions à la consolidation du régime R1 ;
- La provision pour risque d'exigibilité mentionnée à l'article R. 343-3 du Code des Assurances ;
- Le Fonds de Solidarité, alimenté par les contributions visées à l'article 12, et venant créditer chaque année la provision technique spéciale ;
- La réserve de capitalisation des droits acquis par des cotisations versées avant le 1er juillet 2008 calculée sur le portefeuille de titres et de placements correspondant, et qui n'est plus dotée depuis le 1^{er} avril 2008.

8.2.2 - Les provisions techniques du R2 sont constituées de :

- La provision technique spéciale pour les droits acquis depuis le 1er avril 2008 pour les nouvelles affiliations à cette date et le 1er juillet 2008 pour les affiliations déjà en cours, sur laquelle sont prélevées les prestations servies afférentes et à laquelle sont affectées les cotisations versées, nettes de chargements et de taxes, ainsi qu'une participation aux bénéfécies, qui tient compte le cas échéant des transferts de la participation aux bénéfécies au profit des droits acquis avant le 1er juillet 2008 ;
- La provision technique spéciale complémentaire, égale à la différence entre la provision technique spéciale et la provision mathématique théorique du R2, constituée lorsque le montant de la provision technique spéciale du R2 est inférieur au montant de la provision mathématique théorique du R2 ;
- La provision pour risque d'exigibilité mentionnée à l'article R.343-3 du Code des assurances.

Article 9 : La participation aux bénéfécies

Les sommes gérées en contrepartie des engagements pris par l'Assureur au titre du présent contrat sont investies, pour le R2, dans l'actif distinct « Hospitaliers 2008 » et, pour le R1, dans l'Actif distinct « Hospitaliers 1965 ». Ces deux portefeuilles de valeurs mobilières font l'objet d'une comptabilité spécifique dans les comptes de l'Assureur. À l'issue de chaque exercice, l'Assureur fait bénéficier ces sommes d'une participation aux bénéfécies qui augmente les provisions techniques. La participation aux bénéfécies du régime est égale à l'intégralité des produits financiers générés par les actifs gérés par l'Assureur et majorée des reprises éventuelles des provisions réglementaires ou contractuelles affectées au régime, déduction faite des éléments suivants :

- la rémunération de l'Assureur, en application de l'article 10 ;
 - la contribution au Fonds de promotion visée à l'article 11, destiné à financer la communication et la promotion de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers ;
 - la contribution au Fonds de fonctionnement visée à l'article 11, destiné à financer les dépenses administratives de fonctionnement de la CRH par le C.G.O.S ;
 - la dotation au Fonds Social visée à l'article 13, destiné aux cotisants et allocataires de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers.
- Sont ensuite déduites les éventuelles provisions réglementaires ou contractuelles affectées au Régime.

Est enfin déduit pour le portefeuille « Hospitaliers 2008 » et pour le portefeuille « Hospitaliers 1965 » l'éventuel solde débiteur du compte de l'année précédente.

• 9.1 Participation aux bénéfécies du R1

À la participation aux bénéfécies résultant des produits financiers du R1 s'ajoutent les transferts en provenance du R2 dans les conditions prévues par l'article suivant.

• 9.2 Participation aux bénéfécies du R2

La part de participation aux bénéfécies résultant des produits financiers du R2 qui excède le taux de couverture conventionnel de 103 % après revalorisation vient majorer la participation aux bénéfécies du R1.

Le transfert de participation des bénéfécies du R2 vers le R1 ne saurait excéder 50% des produits financiers du R2. Le taux de couverture conventionnel est égal au plus faible des deux taux suivants :

- le taux de couverture comptable qui est égal au rapport entre :
 - la valeur comptable au 31 décembre de l'exercice des actifs du R2 ;
 - les engagements du R2 à cette date tels que calculés à l'article 8.1 ;
- le taux de couverture économique qui est égal au rapport entre :
 - la valeur de marché au 31 décembre de l'exercice des actifs du R2 ;
 - les engagements du R2 à cette date tels que calculés à l'article 8.1

Le solde est destiné au R2. Si le solde d'un compte de participation aux bénéfécies est débiteur, le montant du débit est reporté dans le compte de participation aux bénéfécies de l'année suivante.

La participation aux bénéfécies allouée ne peut être négative ; en conséquence, le taux minimum garanti annuel est égal à zéro.

Article 10 : Rémunération de l'Assureur et Contribution à la consolidation du Régime

• 10.1 Définition du concept de rémunération globale

On entend par rémunération globale, les frais réellement perçus par l'Assureur en numéraire auxquels s'ajoutent les frais de gestion des OPCVM gérés par Allianz Global Investors France

utilisés par l'Assureur dans le cadre de la gestion financière des actifs du Régime, ainsi que les avoirs fiscaux et les crédits d'impôts récupérés par l'Assureur au titre de la gestion financière des actifs du régime.

10.2 Dispositions applicables aux frais de l'Assureur

10.2.1 - Jusqu'à la viagerisation du régime, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2030, la rémunération globale de l'Assureur est figée au niveau indiqué dans le tableau ci-après (en millions d'euros) :

Année	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Valorisation des frais de gestion	16,28	16,61	16,96	17,31	17,66	18,01	18,36
Année	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valorisation des frais de gestion	18,71	19,10	19,50	19,90	20,30	20,70	21,10

Ces frais sont répartis entre le R1 et le R2 au prorata des provisions techniques.

10.2.2 - À compter de la viagerisation du régime, et au plus tard du 1^{er} janvier 2030, à l'initiative de l'une des parties à la convention d'assurance, une négociation de bonne foi doit s'engager sur la détermination de la rémunération qui sera versée à l'Assureur à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante. Cette rémunération devra notamment prendre en compte les pratiques du marché à l'époque considérée.

Si les modalités de cette rémunération ne sont pas déterminées par les parties le 1^{er} avril de l'année suivant la viagerisation du Régime, et au plus tard de 2030, chacune des parties devra désigner un arbitre dans un délai de quinze jours. Si les deux arbitres ainsi choisis n'arrivaient pas à se mettre d'accord dans un délai de quinze jours à compter de la nomination du dernier arbitre sur le choix d'un troisième arbitre, celui-ci sera désigné par le président du Tribunal de grande instance de Paris, statuant à la requête de la partie la plus diligente.

La sentence arbitrale fixant les modalités de la rémunération de l'Assureur devra être rendue avant le 30 septembre de l'année suivant la viagerisation du Régime, et au plus tard de 2030.

Les arbitres sont dispensés de toute formalité judiciaire. Ils statuent en dernier ressort comme amiables compositeurs sans appel. Les frais sont pris en charge à parité par les parties.

La décision a l'autorité de la chose jugée relativement à la contestation qu'elle tranche.

La procédure ci-dessus sera soumise aux dispositions du Nouveau Code de Procédure Civile applicables en matière d'arbitrage.

10.3 Contribution de l'Assureur à la viagerisation du régime de la CRH

10.3.1 - Conformément au plan de consolidation de la CRH, l'Assureur alloue au R1, jusqu'à la viagerisation du Régime de la CRH et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2030, une somme annuelle de 24 millions d'euros, l'allocation totale de l'Assureur ne

pouvant excéder 546 millions d'euros sur la période courant du 1^{er} avril 2008 au 31 décembre 2030.

Cette somme est composée, pendant cette période, de l'abandon de la rémunération globale selon les modalités définies à l'article 10.2, et d'un apport complémentaire tel que la contribution annuelle de l'Assureur soit égale à la somme annuelle de 24 millions d'euros.

L'apport complémentaire sera réglé par l'Assureur à l'expiration de chaque exercice.

10.3.2 - Dans le cas où la viagerisation du régime serait atteinte avant le 31 décembre 2030, la contribution de l'Assureur, composée de l'abandon de rémunération et de l'apport complémentaire, cesserait au 1^{er} janvier de l'année suivant l'atteinte d'un ratio de couverture viager des engagements du R1 par les actifs en valeur comptable supérieur à 100%.

10.3.3 - Dans le cas où le Régime R1 n'aurait pas convergé au 31 décembre 2030, l'Assureur continuerait à contribuer à la consolidation du régime jusqu'à atteinte de la convergence viagère pour le R1. Dans ce cas, au-delà du 31 décembre 2030, la contribution de l'Assureur se limiterait à un abandon de frais pour le seul R1.

Article 11 : Contribution aux frais de promotion et de fonctionnement du C.G.O.S

La communication et la promotion de la CRH sont organisées par le C.G.O.S, après consultation de l'Assureur pour ce qui concerne les points acquis par des cotisations versées avant le 31 mars 2008 et avec l'accord de l'Assureur pour ce qui concerne les points acquis par des cotisations versées après cette date.

Les frais engagés par le C.G.O.S pour assurer les charges liées à la promotion et ses obligations liées au fonctionnement du régime de la CRH sont remboursés au C.G.O.S au moyen d'une contribution du régime versée annuellement par l'Assureur. Elle est destinée à financer :

- les dépenses engagées pour la communication et pour la promotion de la CRH mise en œuvre par le C.G.O.S ;
- les dépenses de fonctionnement liées aux obligations mises à la charge du C.G.O.S en tant que souscripteur de la convention d'assurance.

Le montant total de cette contribution annuelle est fixé à 4,33 millions d'euros au titre de 2016, ce montant étant annuellement revalorisé par référence à l'indice INSEE de l'inflation hors tabac. Ces contributions annuelles sont versées au C.G.O.S dans les conditions visées à l'article 9.

Il est précisé que cette contribution et les dépenses décrites ci-dessus font l'objet d'une comptabilisation isolée dans un chapitre spécifique au sein des comptes établis par le C.G.O.S, lesquels sont validés par le Commissaire aux comptes de l'association.

Les sommes versées au titre de la contribution du régime constituent une compensation et un remboursement des dépenses engagées par le C.G.O.S et ne correspondent aucunement à une rémunération du C.G.O.S.

Par conséquent, dans le cas où le montant de la contribution annuelle ne serait pas intégralement dépensé au cours de plusieurs exercices successifs, au nombre de 3, le montant disponible ainsi constitué, s'il n'est pas engagé par le C.G.O.S. pour un motif lié au présent article, pourra soit, venir minorer un appel de la contribution, voire constituer un motif de non appel de celle-ci, soit être affecté à une activité sociale rendue au profit des affiliés. En cas de survenance d'une telle hypothèse, les modalités de cette opération seront décrites dans un protocole spécifique et signé entre le C.G.O.S et l'Assureur.

12.1.2 - A compter du 1^{er} janvier 2017, la contribution au Fonds de Solidarité est définie de la manière suivante :

$$\text{Contribution totale au Fonds de Solidarité} = \text{Contribution au Fonds de Solidarité atteinte au 31 décembre de l'année précédente} + \text{Contribution additionnelle de l'année en cours}$$

La contribution additionnelle est déterminée au 1^{er} janvier de chaque année selon la formule suivante :

$$\text{Contribution additionnelle} = C - E \times P \times (\text{Taux d'actualisation}_t - \text{Taux d'actualisation}_{2016})$$

Avec :

C : Contribution maximale au Fonds de Solidarité

E : Coefficient d'Équité (coefficient déterminé en fonction des conditions de tarification appliquées l'année de la liquidation de la rente ; ce coefficient est plus favorable aux rentes liquidées dans des conditions tarifaires moins avantageuses). Ce coefficient est de 100% pour les droits acquis entre le 1^{er} janvier 1998 et le 1^{er} juillet 2008, et déterminé selon l'année de liquidation de la rente principale pour les droits acquis avant 1998 (selon le tableau suivant) :

Année de liquidation	2003 et avant	2004	2005	2006	2007	2008 et après
Coefficient d'équité (E)	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %

P : Coefficient de Partage (partage du retour à meilleure fortune entre la contribution au Fonds de Solidarité et la viagerisation du R1). Ce coefficient est de 50 %.

Taux d'actualisation : taux correspondant à 60 % de la moyenne sur 36 mois du TME (Taux Moyen des Emprunts d'Etat), avec un taux plancher à 1,5 % et un plafond à 3,5 %. Le taux d'actualisation **t** est le taux du 30 septembre de l'année précédant le calcul.

Les coefficients E et P sont fixés définitivement. Tous les cinq ans, en fonction de la situation économique et de la situation du Régime, le paramètre C pourra être revu à la hausse selon la gouvernance définie à l'article 7.3.

A la date anniversaire de la liquidation de la rente, ou au 1^{er} juillet pour les rentes liquidées avant le 1^{er} juillet 2008, la contribution additionnelle vient s'ajouter au niveau de contribution totale au Fonds de Solidarité atteint l'année précédente, exprimé en pourcentage de la rente correspondant aux droits concernés, de manière à déterminer le niveau de contribution totale au Fonds de Solidarité de l'année en cours. En montant, la contribution au Fonds de Solidarité de l'année en cours correspond à la contribution totale au Fonds de Solidarité ainsi calculée, multipliée par la quote-part de rente correspondant aux points concernés.

La contribution au Fonds de Solidarité s'applique dès le trimestre exceptionnel d'entrée en jouissance visé à l'article 19.5 du présent règlement.

Au 1^{er} janvier 2017, les paramètres sont les suivants :

C : 3 % pour les droits acquis avant 1998, 1 % pour les droits acquis entre le 1^{er} janvier 1998 et le 1^{er} juillet 2008

Taux d'actualisation 2016 : 1,5 %

TITRE V PHASE DE CONSTITUTION DU COMPLÉMENT DE RETRAITE

Article 14 : Cotisations

14.1 Montant des cotisations

14.1.1 - Pour les affiliés en activité chez les adhérents : sous les précisions ci-après, l'affilié verse une cotisation égale, selon son choix, à 2,50 %, 3,50 %, 4,50 % ou 5,50 % du traitement de base correspondant à son indice, quelle que soit la rémunération effectivement perçue (cas de l'affilié en congé de maladie avec demi-traitement par exemple). La cotisation est payable mensuellement à terme échu. L'affilié peut demander à changer de taux de cotisation.

- Pour les affiliés dont la rémunération est basée sur les « échelles lettres » de la Fonction publique, le traitement soumis à cotisation est égal au traitement correspondant à l'indice chiffré maximum de la Fonction publique. Pour les affiliés non en activité chez les adhérents, l'affilié verse une cotisation dont le montant maximum est égal à 5,5 % du traitement brut d'un indice référencé chiffré maximum de la Fonction publique.

14.1.2 - L'affilié peut également acquérir des points de rattrapage en versant des cotisations supplémentaires au titre des années n'ayant pas fait l'objet de versement de cotisation ou pour compléter un différentiel de taux de cotisation.

Le montant maximum est fixé par année rattrapée, comme suit : traitement brut de l'indice chiffré maximum de la Fonction publique x 5,50 % x coefficient d'âge éventuel. Le tableau de coefficient d'âge majorant le prix d'achat du point est le suivant :

Age atteint dans l'exercice de calcul de rattrapage	Coefficient d'âge
47 ans et moins	1.00
48 ans	1.02
49 ans	1.03
50 ans	1.05
51 ans	1.07
52 ans	1.08
53 ans	1.10
54 ans	1.12
55 ans	1.14
56 ans	1.16
57 ans	1.18
58 ans	1.20
59 ans	1.22
60 ans	1.24
61 ans	1.26
62 ans	1.28
63 ans	1.31
64 ans	1.33
65 ans	1.35
66 ans	1.38
67 ans et plus	1.40

14.2 Paiement des cotisations

14.2.1 - Pour les affiliés en activité chez les adhérents : les cotisations mensuelles versées par l'affilié sont centralisées par les adhérents, à charge pour eux de les transmettre dans les meilleurs délais à l'Assureur. Il est précisé que les

12.2 Mécanisme en cas de convergence anticipée ou de non convergence au terme du plan de consolidation

12.2.1 - Convergence anticipée. Si, au 1^{er} janvier d'une année antérieure au 31 décembre 2030, le ratio de couverture viager des engagements du R1 par les actifs du R1 en valeur comptable est supérieur à 100 %, la contribution totale au Fonds de Solidarité est figée au niveau atteint : la contribution additionnelle devient nulle.

12.2.2 - Non convergence au terme. Si la viagerisation du R1 n'est pas atteinte au 31 décembre 2030, la contribution additionnelle au Fonds de Solidarité est portée au niveau de la contribution maximale (C) appliquée aux droits acquis avant 1998 pour l'ensemble des points du R1, y compris les droits acquis entre 1998 et 2008. La contribution additionnelle ainsi définie est maintenue jusqu'à atteinte d'un ratio de couverture viager des engagements du R1 par les actifs du R1 en valeur comptable supérieure à 100 %.

Article 13 : Fonds Social

Un Fonds Social est institué à destination des cotisants et allocataires. Son fonctionnement et sa gestion sont confiés au C.G.O.S. Ce fonds qui peut être alimenté chaque année est identifié dans un chapitre individualisé des comptes de la CRH gérés par le C.G.O.S, comme une dette envers le régime. La dotation annuelle au Fonds Social, décidée par le C.G.O.S, est prélevée sur les produits financiers générés par les actifs du Régime R1 + R2 au cours de l'exercice précédent dans la limite de 1,5 % de ces derniers.

Le Fonds Social est abondé dans les conditions prévues à l'article 9.

affiliations reçues en cours d'exercice sont considérées comme ayant pris effet rétroactivement au premier jour de l'exercice.

- Pour les affiliés non en activité chez les adhérents : l'affilié verse directement une cotisation à l'Assureur par prélèvement bancaire.

14.2.2 - Dans ces conditions, les cotisations de l'exercice, antérieures à la date de réception du bulletin d'affiliation, sont acceptées lorsque leur règlement intervient avant le 31 décembre de l'exercice considéré.

14.2.3 - Pour les affiliés en activité chez les adhérents : l'affilié a la possibilité de cesser le versement de ses cotisations à tout moment en informant expressément l'adhérent dont il dépend.

Pour les affiliés non en activité chez les adhérents : l'affilié a la possibilité de cesser le versement de ses cotisations à tout moment en informant préalablement l'Assureur.

- L'affilié peut par la suite reprendre à tout moment le versement de ses cotisations.

Article 15 : Exonération de cotisations pour invalidité

Seules sont admises au bénéfice de l'exonération, les personnes pour lesquelles l'exercice d'affiliation est antérieur à celui au cours duquel a été délivré le premier certificat médical concernant l'affection entraînant la réforme.

L'affilié, en activité professionnelle chez un adhérent, bénéficie d'une exonération de ses cotisations lorsqu'il se trouve placé en position de réforme pour invalidité par décision administrative ou de la Sécurité Sociale (invalidité 2^e ou 3^e catégorie).

Cette mesure a pour objet de créditer chaque année son compte de points, à partir du mois suivant la publication de la décision administrative ou suivant la décision de la Caisse de Sécurité Sociale et ce, jusqu'à la liquidation de la retraite et au plus tard jusqu'au 60^{ème} anniversaire.

Le bénéfice de cette exonération de cotisations suppose que l'affilié ait toujours payé depuis son affiliation les cotisations appelées. L'attribution de points pour invalidité se fait uniquement sur la base d'un taux de 2,50 %.

Article 16 : Compte de points

Il est ouvert au nom de chaque affilié un compte de points où sont cumulés chaque année les points acquis conformément aux dispositions de l'article 5 et, éventuellement, les points exonérés attribués conformément aux dispositions de l'article 15.

Ce compte distingue les points acquis par des cotisations versées à compter du 1^{er} avril 2008 pour les nouvelles affiliations à cette date et du 1^{er} juillet 2008 pour les affiliations déjà en cours, qualifiés « Points du R2 », et les points acquis par des cotisations versées avant cette date qualifiés « Points du R1 ».

Jusqu'à la liquidation de son complément de retraite, chaque année, la situation du compte de points de l'affilié est concrétisée par l'émission d'un relevé de points retraite récapitulatif ; ce document est transmis par l'Assureur à l'affilié.

Article 17 : Garantie en cas de décès de l'affilié

17.1 Versement d'un capital en cas de décès

Si l'affilié décède pendant la phase de constitution du complément de retraite, une prestation en cas de décès est versée sous forme de capital au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) par l'affilié. Le capital garanti en cas de décès est égal à la valeur de transfert, telle que définie à l'article 18.2, calculée à partir de la valeur de service de transfert de la date de règlement du capital décès au Bénéficiaire désigné. Le capital garanti en cas de décès est au moins égal à la somme des cotisations nettes de frais versées par l'affilié.

La garantie décès entrera en vigueur à compter du 1^{er} octobre 2016 pour les nouvelles affiliations souscrites à compter de cette date, et du 1^{er} janvier 2017 pour les affiliations en cours.

TITRE IV FONDS DE SOLIDARITE ET FONDS SOCIAL

Article 12 : Fonds de Solidarité

Un Fonds de Solidarité est constitué et abondé par une contribution des allocataires de rentes sur leurs droits acquis avant le 1^{er} juillet 2008 (Points R1). Cette contribution est différenciée entre les droits acquis avant 1998 et les droits acquis à partir du 1^{er} janvier 1998. Les sommes prélevées par application des coefficients détaillés ci-après abondent le Fonds de Solidarité. Ce Fonds incarne la solidarité entre les générations et contribue au provisionnement intégral des engagements viagers de la CRH.

12.1 Contribution au Fonds de Solidarité

12.1.1 - Au 31 décembre 2016, pour les affiliés déjà allocataires, la contribution au Fonds de Solidarité, exprimée en pourcentage de la rente correspondant aux droits acquis avant 1998, est égale à :

1,3 % x Nombre d'années de prestations reçues depuis la liquidation de la rente, ou, depuis le 1^{er} juillet 2008 si la liquidation est antérieure

Le nombre d'années de prestations reçues est défini de la manière suivante :

- 1 pour la première année de prestations servies,
- 2 pour la seconde année de prestations servies,
- 3 pour la troisième année de prestations servies, etc.

Le dispositif décrit ci-dessus n'est pas applicable aux affiliés non encore allocataires au 31 décembre 2016.

- Au 31 décembre 2016, pour les affiliés déjà allocataires, la contribution au Fonds de Solidarité, exprimée en pourcentage de la rente correspondant aux droits acquis entre le 1^{er} janvier 1998 et le 1^{er} juillet 2008, est nulle.

21.2.5 - Suspension du service de la pension de réversion

Lorsque le service immédiat de la pension est justifié par l'existence de deux enfants à charge, l'Assureur suspend le service de la pension du dernier jour du trimestre au cours duquel le conjoint survivant n'a plus aucun enfant fiscalement à charge, jusqu'aux 60 ans du conjoint survivant. Il appartient au conjoint survivant d'informer l'Assureur de la cessation de la charge d'élever ses enfants au sens de la réglementation fiscale. À chaque exercice, l'Assureur peut demander au bénéficiaire de justifier de l'existence d'enfant à charge fiscale.

21.2.6 - Cessation du service de la pension de réversion

En cas de remariage, de nouveau PACS ou de nouveau concubinage notoire, le service de la pension de réversion est supprimé à compter du 1^{er} jour du trimestre

suivant cette nouvelle situation. Il appartient au conjoint survivant d'informer l'Assureur du changement de sa situation familiale. À chaque exercice, l'Assureur peut demander au bénéficiaire de justifier de sa situation familiale.

21.2.7 - Date d'échéance de la pension de réversion

Il est précisé que pour l'application du présent Article, la date d'anniversaire retenue pour la détermination de l'échéance d'allocations est toujours celle de l'affilié, excepté dans le cas où le conjoint survivant n'a pas droit, au décès de l'affilié, à une pension de réversion immédiate.

TITRE VII EFFETS DE LA RÉSILIATION DE LA CONVENTION SUR LE RÉGIME ET LES GARANTIES

Article 22 : Résiliation de la convention

À l'issue de la période couverte par le plan de consolidation, chacune des parties aura la faculté de résilier la convention visée à l'article 2 du présent Règlement, selon les modalités prévues aux articles 22.1 à 22.2.

• 22.1 La résiliation de la convention par l'une ou l'autre des parties ne prend effet qu'après le versement préalable à l'autre partie d'une indemnité de résiliation dont le montant dégressif est fixé comme suit :

N = Fin de la période couverte par le plan de consolidation

Année après consolidation du régime	Montant de l'indemnité
N+1	48 millions €
N+2	44 millions €
N+3	38 millions €
N+4	32 millions €
N+5	27 millions €
N+6	23 millions €
N+7	20 millions €
N+8	17 millions €
N+9	14 millions €
N+10	13 millions €

• 22.2 Le C.G.O.S pourra habiliter par désignation expresse un nouvel assureur pour assurer les opérations mises à la charge de l'Assureur par la convention visée à l'article 2 du présent Règlement.

L'Assureur transférera alors l'ensemble des droits et obligations au nouvel assureur dans un délai minimum d'un an à compter de la demande de transfert du C.G.O.S, qui vaudra également résiliation de la présente convention.

La valeur de transfert sera égale à la somme des valeurs de transfert du R1 et du R2 à la date du transfert. La valeur de transfert du R1 sera égale au plus grand des deux montants suivants au moment du transfert :

- valeur de réalisation des actifs du R1 ;
- provisions mathématiques du R1.

La valeur de transfert du R2 sera égale au moment du transfert à la valeur de réalisation des actifs du R2, diminuée de la partie des actifs transférés correspondant à une affectation préalable d'actifs propres par l'Assureur pour parfaire la représentation des provisions techniques (Provision Technique Spéciale Complémentaire - PTSC).

Si la résiliation intervient du fait de l'Assureur, les modalités de transfert à un autre assureur seront identiques.

Article 23 : Effets de la Résiliation de la convention sur les garanties en cours

Dans l'hypothèse d'une résiliation sans changement d'assureur, le service des prestations continuera de s'effectuer conformément aux articles du titre VI du présent règlement et à l'exception des articles 14 et 15 du présent règlement, et il ne sera plus possible de verser des cotisations.

Les garanties de l'Assureur continueront à s'appliquer dans les conditions de l'article 6.

Dans ce cas de figure, si cette résiliation intervenait à l'initiative du C.G.O.S, l'indemnité de résiliation prévue à l'article 22.1 ne sera pas due à l'Assureur.

TITRE VIII MODIFICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT

Article 24 : Modification du Règlement

Toutes les décisions concernant la modification du présent Règlement sont prises par le C.G.O.S sous réserve de l'accord préalable de l'Assureur.

Article 25 : Interprétation du Règlement

Lorsque l'affilié à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers souhaite obtenir des précisions sur l'interprétation et l'application du présent Règlement, son interlocuteur habituel, l'Assureur ou le Comité de Gestion des Œuvres Sociales (C.G.O.S), est en mesure d'étudier au fond toutes ses demandes et réclamations.

Si au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas son attente, il peut adresser sa réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients,
Case Courrier BS, 20 place de Seine, 92086 Paris La Défense Cedex.
Courriel : clients@allianz.fr

qui étudiera avec le C.G.O.S sa demande.

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, vous avez la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances**, personnalité indépendante, dont les coordonnées postales sont les suivantes : TSA 50 110 75441 Paris Cedex 09 ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.



Le papier de ce document a été choisi pour participer à la préservation de l'environnement.