

Notice d'information

relative au contrat d'assurance collectif de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers

Souscrit par :

le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Etablissements Hospitaliers Publics (C.G.O.S),
association loi 1901 (déclarée sous le numéro 60/1.030 à la préfecture de Paris).

Après de :

Allianz Vie

Société anonyme au capital de 643.054.425 euros - Entreprise régie par le Code des Assurances.
Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

- 1 - La Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH) est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative. Les droits et obligations de l'affilié peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre Allianz Vie et le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Etablissements Hospitaliers Publics (C.G.O.S). L'affilié est préalablement informé de ces modifications.
- 2 - Les garanties sont :
 - **Garantie en cas de vie de l'affilié à la liquidation** : paiement d'un complément de retraite sous forme de rente viagère – art. 9, 10. avec une faculté d'option pour une sortie partielle en capital (article 11.1).
 - **Garantie en cas de décès de l'assuré avant la liquidation** : versement d'un capital pour le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) selon les modalités prévues à l'article 7.
- 3 - Le contrat comporte une participation aux bénéfices, allouée dans les conditions visées à l'article 13.
- 4 - Le contrat comporte une faculté de transfert. Les sommes sont versées par l'assureur dans un délai maximum de 4 mois (article 8.2). Les informations relatives au tableau indiquant les valeurs de transfert au terme des huit premières années figurent à l'article 8.4.
- 5 - Frais en cours de vie du contrat : 0.5% de l'encours des provisions techniques en 2015 dans la limite de 0.60% jusqu'en 2030. A l'issue de cette période, le montant de ces frais sera déterminé en accord avec le C.G.O.S conformément à l'article 14.
- 6 - La durée du contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale de l'affilié, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. L'affilié est invité à demander conseil auprès de l'Assureur.
- 7 - L'affilié peut désigner le ou les bénéficiaire(s) dans la demande individuelle d'affiliation. Il peut la modifier ultérieurement lorsque celle-ci n'est plus appropriée sauf en cas d'acceptation par le(s) bénéficiaire(s). La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique (art 7.3).

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention de l'affilié sur certaines dispositions essentielles de la Notice d'information. Il est important que l'affilié lise intégralement la notice et pose toutes les questions qu'il estime nécessaire avant de signer la Demande Individuelle d'Affiliation.

NOTICE D'INFORMATION RELATIVE AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF DE LA COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS

SOMMAIRE

I. Généralités et champ d'application du Régime	3
Article 1 : Caractéristiques du contrat collectif	3
Article 2 : Résiliation du contrat collectif, transfert collectif	4
Article 3 : Caractéristiques de l'affiliation	4
Article 4 : Faculté de renonciation	5
II. Dispositions relatives à la phase de constitution du complément de retraite	5
Article 5 : Cotisations	5
Article 6 : Compte de points Retraite	5
Article 7 : Garantie en cas de décès de l'affilié	6
Article 8 : Rachat et transfert	6
III. Dispositions relatives à la phase de restitution du complément de retraite	7
Article 9 : Complément de retraite des affiliés	7
Article 10 : Capital unique libératoire	8
Article 11 : Choix des options au moment de la liquidation	8
Article 12 : Formalités à remplir pour percevoir le complément de retraite ou la pension de réversion	9
IV. Dispositions communes	9
Article 13 : Participation aux bénéfices	9
Article 14 : Frais	10
Article 15 : Fonds social	10
Article 16 : Dispositions législatives et réglementaires	10
Article 17 : Clause informatique et libertés	11
Article 18 : Prescription	11
Article 19 : Procédure d'examen des litiges	11

I. Généralités et champ d'application du Régime

Article 1 - Caractéristiques du contrat collectif

1.1 Objet du contrat collectif

La Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH) est un régime de retraite supplémentaire facultatif souscrit par le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Etablissements Hospitaliers Publics (C.G.O.S) et garanti par Allianz Vie, ci-après dénommé l'Assureur.

La présente Notice vise exclusivement les engagements de l'Assureur au titre des points acquis pour :

- les nouvelles affiliations à compter du 01/04/2008
- les versements de cotisations effectués à compter du 1^{er} juillet 2008 pour les affiliations déjà en cours, conformément au décret N° 2008-284 du 26 mars 2008.

1.2 Intervenants au contrat collectif

1.2.1 L'Assureur

L'Assureur est Allianz Vie, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (l'ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

1.2.2 Le souscripteur

Le souscripteur est le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Etablissements Hospitaliers Publics (C.G.O.S). Cette Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé au 101 rue de Tolbiac 75013 Paris, a pour objet de mener et de développer une politique d'activités sociales et socioculturelles d'une part, et de services à vocation identiques, d'autre part, au bénéfice des personnels relevant des établissements adhérents, actifs ou retraités, et des ayants droit définis par le conseil d'administration.

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

1.2.3 L'adhérent

L'adhésion au Régime de retraite supplémentaire facultatif souscrit par le C.G.O.S est possible pour les personnes morales (établissements de santé, sociaux et médico-sociaux publics, établissements publics sous tutelle de collectivités territoriales...), 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 personnel le droit de s'affilier. L'Assureur attribue à chaque adhérent un numéro de code particulier.

1.2.4 L'Affilié

Personne qui s'engage par la signature de la Demande Individuelle 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.

1.2.5 Le Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est la (les) personne(s) qui reçoivent les prestations prévues au titre du présent contrat.

En cas de vie, le Bénéficiaire des prestations est l'affilié.

En cas de décès pendant la période de constitution du complément de retraite, les prestations sont versées au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions visées à l'article 7.3.

En cas de décès après la liquidation du complément de retraite, si l'affilié a opté pour l'option réversion, le Bénéficiaire est le conjoint survivant ou assimilé dans les conditions visées à l'article 11.2.2.

1.3 Durée du contrat collectif

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. Il peut être résilié dans les conditions fixées à l'article 2 de la présente Notice. Cette résiliation n'a aucun effet sur les droits acquis au titre des cotisations versées.

1.4 Affiliation par vente à distance

Vous trouverez ci-dessous les dispositions applicables aux affiliations par vente à distance.

Le contrat «La Complémentaire Retraite des Hospitaliers» est assuré par Allianz Vie - 1 cours Michelet - CS 300051 - 92076 Paris La Défense Cedex - 340 234 962 RCS Nanterre. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de l'Assureur.

Les informations relatives au montant minimum de versement sont disponibles sur simple demande auprès de votre conseiller.

L'affiliation dure jusqu'à la retraite de l'affilié ou bien si l'affilié ne relève pas d'un régime de retraite, jusqu'à un âge défini à l'article 9.3 de la présente Notice. Les garanties de votre affiliation sont mentionnées dans les articles 7 et 9 de la présente Notice.

Les informations fournies sont valables pour une durée de 1 mois à compter de la date indiquée dans la demande d'affiliation.

L'affiliation au contrat «La Complémentaire Retraite des Hospitaliers» s'effectue selon les modalités décrites dans l'article 2 de la présente Notice. Les modalités de versements sont indiquées à l'article 4.2 de la présente Notice. Les frais afférents aux techniques de communication à distance sont à votre charge. Ainsi, vous supportez les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques et le coût des connexions Internet qui ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice sont prévues à l'article 4 de la présente Notice.

Les relations contractuelles et précontractuelles entre l'Assureur et l'affilié sont régies par le droit français. L'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant la durée du contrat, ce que l'affilié accepte.

Les modalités d'examen des réclamations que l'affilié peut formuler au sujet de l'adhésion et de recours à un processus de médiation, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice, sont indiquées à l'article 19 de la Notice.

Vous êtes informé de l'existence du Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes visé à l'article L. 423-1 du Code des assurances.

Le montant maximal des frais est indiqué dans l'encadré de la présente Notice.

Article 2 - Résiliation du contrat collectif, transfert collectif

À l'issue de la réalisation de la trajectoire de convergence visée à l'article 7 du décret N° 2008-284 du 26 mars 2008, l'Assureur et le C.G.O.S auront la faculté de résilier le contrat collectif visé à l'article 1 par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La résiliation prendra effet à la date de signature par le destinataire de l'avis de réception de la lettre recommandée. En cas de résiliation, les adhésions en cours continueront à bénéficier jusqu'à leur terme de l'ensemble des dispositions exposées ci-après, et les prestations en cours continueront à être servies aux conditions prévues.

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 le contrat collectif visé à l'article 1.

L'Assureur transférera alors à l'assureur choisi par le C.G.O.S les provisions et réserves qui ont été constituées sur la base 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 ainsi que les actifs en représentation de ces mêmes provisions, diminuées 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), conformément à l'article 3. 3° du décret N° 2008-284 du 26 mars 2008.

Dans l'hypothèse d'une résiliation sans changement d'assureur, le service des prestations continuera de s'effectuer conformément aux articles du titre III de la présente Notice, et il ne sera plus possible de verser des cotisations.

Article 3 - Caractéristiques de l'affiliation

Les demandes individuelles d'affiliation au Régime de retraite supplémentaire facultatif souscrit par le C.G.O.S sont transmises par les adhérents à l'assureur qui procède dans le délai d'un mois à l'enregistrement des dites 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.

Les documents de l'affiliation sont :

- la présente Notice d'information ;
- le Règlement de la CRH ;
- la Demande Individuelle d'Affiliation ;
- le certificat d'affiliation ;
- les avenants éventuels à la notice ou au Règlement de la CRH.

L'affiliation sur demande individuelle prend effet le jour de la signature par l'affilié de la demande d'affiliation accompagnée de la cotisation initiale sous réserve de son encaissement effectif.

Lorsque les cotisations sont centralisées par un adhérent, les affiliations reçues en cours d'exercice sont considérées comme ayant pris effet rétroactivement au premier jour de l'exercice, sous réserve pour l'exercice 2008, des dates visées à l'article 1.1.

Article 4 - Faculté de renonciation

L'affilié peut renoncer à son affiliation pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il a été informé que son affiliation est conclue. Ce délai est prorogé jusqu'à la remise effective de l'ensemble des documents et informations nécessaires à l'adhésion et, en tout état de cause, dans la limite de huit ans à compter de la date où l'affilié est informé que le contrat est conclu.

L'affilié est informé que le contrat est conclu à la date de signature de la Demande Individuelle d'Affiliation. La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à : Allianz Vie Direction des Opérations Collectives - Centre de service Hospitaliers - TSA 21006 - 67018 Strasbourg Cedex. Elle peut être faite selon le modèle figurant dans la demande d'affiliation. Les cotisations versées seront remboursées dans le délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

II. Dispositions relatives à la phase de constitution du complément de retraite

Article 5 - Cotisations

5.1 Montant des cotisations

Pour les affiliés en activité chez les Adhérents : 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).

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 qui ne sont pas 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.

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. Il est égal à 5,5 % du traitement brut de l'indice chiffré maximum de la Fonction publique.

5.2 Paiement des cotisations

La cotisation est payable mensuellement à terme échu.

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 affiliations reçues en cours d'exercice sont considérées comme ayant pris effet rétroactivement au premier jour de l'exercice, sous réserve pour l'exercice 2008, des dates visées à l'article 1.1.

Pour les affiliés qui ne sont pas en activité chez les Adhérents :

l'affilié verse directement une cotisation à l'Assureur par prélèvement bancaire.

Les cotisations de l'exercice, antérieures à la date de réception de la Demande Individuelle d'Affiliation, sont acceptées lorsque leur règlement intervient avant le 31 décembre de l'exercice considéré.

5.3 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.

S'il est en activité professionnelle chez un Adhérent, l'affilié 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).

Le compte de points ouvert conformément à l'article 6 sera crédité du nombre de points auquel donnerait droit le versement des cotisations dont l'invalidé est exonéré, 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^e anniversaire.

Le bénéfice de cette exonération de cotisations suppose que l'affilié ait toujours payé les cotisations appelées depuis son affiliation.

L'attribution de points pour invalidité se fait uniquement sur la base d'un taux de cotisation de 2,50 %.

5.4 Faculté de cessation du versement des cotisations

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 qui ne sont pas 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.

Dans les deux cas, ses droits seront calculés en fonction du nombre de points acquis par le paiement des cotisations.

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

Article 6 - Compte de points Retraite

6.1 Constitution du complément de retraite

Il est ouvert au nom de chaque affilié un compte de points où sont cumulés chaque année les points acquis. Le nombre de points est égal au montant des cotisations de l'exercice divisé par le prix d'achat du point de l'exercice appelé valeur de référence.

Le montant de cotisations destiné à l'acquisition des points de rattrapage visés à l'article 5.1 donne droit à l'attribution de points dans les conditions énoncées ci-dessus, éventuellement corrigé par le coefficient d'âge qui vient majorer le prix d'achat du point selon le tableau suivant :

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

6.2 Détermination des paramètres techniques des points

Au titre des points visés à l'article 1.1, l'Assureur fixe les paramètres techniques de telle sorte que le service viager des rentes soit garanti et transmet immédiatement ses décisions au C.G.O.S, selon la gouvernance exposée à l'article 7.2 du Règlement de la CRH.

Le C.G.O.S donne un avis motivé sur les décisions prises par l'Assureur.

Si le C.G.O.S formule des réserves sur l'opportunité, la pertinence ou l'inadéquation des décisions prises par l'Assureur, ce dernier recueille l'avis motivé de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) avant de prendre une décision définitive.

Article 7 - Garantie en cas de décès de l'affilié

7.1 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 8.2.2, 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.

Transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations

Conformément à l'article L. 132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre de l'affiliation à un contrat d'assurance qui ne font pas l'objet d'une demande de versement, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'Assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'Assureur informe le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

7.2 Durée de la garantie

La garantie en cas de décès prend fin :

- à la date de liquidation du complément de retraite du au titre du présent contrat,
- à la date de transfert individuel du compte retraite, ou de rachat exceptionnel,
- au plus tard à l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la date à laquelle l'affilié peut prétendre à l'attribution d'une pension de retraite au « taux plein » au sens des articles L.161-17-2 et L.161-17-3 du Code de la sécurité sociale, que celui-ci ait ou non effectivement procédé à la liquidation de cette pension.

Les dispositions contractuelles qui s'appliquent à la garantie en cas de décès sont celles en vigueur à la date de connaissance du décès par l'Assureur.

En cas de dépassement du délai prévu ci-dessus, les bénéficiaires de la garantie peuvent demander une dérogation au C.G.O.S qui examinera leur demande, et décidera éventuellement de transmettre à l'Assureur pour procéder au paiement du capital prévu en cas de décès.

7.3 Modalités de désignation et de modification du (des) Bénéficiaire(s)

Au moment de son affiliation, l'affilié peut désigner le ou les bénéficiaires de son choix dans la demande individuelle d'affiliation.

A défaut de choix, la clause bénéficiaire retenue par défaut est la suivante :

« Le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès sont :

- le conjoint de l'assuré non séparé de corps,
- à défaut la personne qui lui est liée par un pacte civil de solidarité (PACS) au jour du décès,
- à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré, par parts égales entre eux, vivants ou représentés,
- à défaut les héritiers de l'assuré. »

Si l'affilié souhaite désigner son concubin comme bénéficiaire, il doit le faire nommément, selon les modalités décrites ci-dessous.

L'affilié peut modifier ultérieurement sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée sauf en cas d'acceptation par le(s) Bénéficiaire(s).

La clause bénéficiaire peut faire l'objet notamment d'un acte sous seing privé (écrit rédigé et signé entre les parties, sans l'intervention d'un officier ministériel) ou d'un acte authentique (acte qui fait intervenir une personne spécialement habilitée par la loi, un notaire par exemple). Ces modalités de désignation peuvent permettre de préserver la confidentialité de la clause.

Lorsque le(s) bénéficiaire(s) sont nommément désignés, la clause doit indiquer leurs noms, prénoms, dates de naissance, lieux de naissance, noms de jeune fille et coordonnées. Ces informations, utilisées par l'assureur en cas de décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche du(des) bénéficiaire(s).

Acceptation de la désignation par le(s) bénéficiaire(s)

Modalités d'acceptation

Du vivant de l'affilié :

Au terme du délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article 4 du présent document, l'acceptation du bénéfice du contrat à titre gratuit s'effectue par écrit selon les modalités décrites à l'article L.132-9 du Code des assurances :

- soit par un avenant signé par l'affilié, le bénéficiaire et l'Assureur,
- soit par un acte sous seing privé signé par l'affilié et le bénéficiaire et notifié à l'Assureur.

Après le décès de l'affilié : l'acceptation est libre.

Effet de l'acceptation

En cas d'acceptation, l'affilié ne peut exercer sa faculté de rachat prévue à l'article L.132-23 du Code des assurances ou modifier le libellé de la clause qu'avec l'accord du (des) Bénéficiaire(s) acceptant.

Article 8 - Rachat et transfert

8.1 Cas de rachat exceptionnel

Conformément à l'article L. 132-23 du Code des assurances, l'affilié peut demander le rachat de son affiliation, dans l'un des cinq cas suivants à l'exception de tout autre :

- expiration des droits de l'affilié aux allocations chômage prévues par le Code du travail en cas de licenciement ou le fait pour un assuré qui a exercé ses fonctions d'administrateur, de membre du directoire ou de membre de conseil de surveillance, et n'a pas liquidé sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse, de ne pas être titulaire d'un contrat de travail ou d'un mandat social depuis 2 ans au moins à compter du non renouvellement de son mandat social ou de sa révocation ;
- cessation d'activité non salariée de l'assuré à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire en application des dispositions du livre VI du Code de commerce ou toute situation justifiant ce rachat selon le président du Tribunal de commerce auprès duquel est instituée une procédure de conciliation telle que visée à l'article L. 611-4 du Code de commerce, qui en effectue la demande avec l'accord de l'assuré ;
- invalidité de l'assuré correspondant au classement dans les deuxième ou troisième catégories prévues à l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale ;

- décès du conjoint ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- situation de surendettement de l'affilié définie à l'article L. 330-1 du code de la consommation, sur demande adressée à l'Assureur, soit par le président de la commission de surendettement des particuliers, soit par le juge lorsque le déblocage de ses droits paraît nécessaire à l'apurement du passif de l'affilié.

A réception du dossier complet de demande de rachat, accompagné des pièces justificatives, l'Assureur réglera le montant dû. La valeur de rachat correspond à la valeur de transfert telle que visée à l'article 8.2.2.

Le rachat met fin à l'affiliation.

8.2 Transfert du capital représentatif de la rente

8.2.1 Condition de transfert

Conformément à l'article 6 du décret N° 2008-284 du 26 mars 2008, l'affilié qui ne remplit plus les conditions fixées à l'article 1.2.4 peut demander à transférer ses droits individuels en cours de constitution auprès d'un autre organisme assureur sous réserve que ce transfert s'effectue vers un contrat d'assurance de groupe en cas de vie de même nature, dont les prestations sont liées à la cessation de l'activité professionnelle.

La valeur de transfert de l'affilié est définie à l'article 8.2.2 ci-dessous. Une fois la valeur de transfert communiquée par l'Assureur, l'affilié dispose d'un délai de quinze jours pour renoncer au transfert. Le transfert met fin à l'affiliation.

8.2.2 Valeur de ce transfert

La valeur de transfert de l'affilié est égale à la valeur actuelle nette de la somme des engagements contractuels de l'Assureur envers l'affilié, définis à l'article 9.1 «Forme du complément de retraite». Le calcul est effectué selon les tables de mortalité et taux technique conformes à la réglementation en vigueur, relatifs aux points visés à l'article 1.1, dit «points du R2», en cours au 31 décembre de l'année précédant la mise en place du transfert, sur la base de la valeur de service de transfert. Pour chaque catégorie de points, la valeur de service de transfert est égale à la valeur de service du point au 1^{er} janvier de l'année du transfert augmentée prorata temporis de 80 % de l'évolution entre la valeur de service au 1^{er} janvier de l'année précédant le transfert et la valeur de service au 1^{er} janvier de l'année de transfert.

La valeur de ce transfert, relatif aux points visés à l'article 1.1, sera diminuée de sa quote-part d'actifs transférée correspondant à une affectation préalable d'actifs propres par l'Assureur pour parfaire la représentation des provisions techniques.

8.3 Valeur de transfert au terme des 8 premières années

Conformément à l'article A. 132-4-1 du Code des assurances, il est précisé que le présent contrat ne comporte pas de valeur de rachat ou de transfert minimale en euros.

8.4 Valeurs de transfert pendant les 8 premières années

- VAN R2 a i : Valeur actuelle nette de la somme des engagements contractuels de l'assureur envers l'affilié a, au titre des points du R2 acquis à la date de transfert, intervenant en année i.
- PTS R2 i : Provision technique spéciale relative aux points du R2 au 31 décembre de l'année précédant le transfert, telle que définie à l'article 8.2.2 du Règlement de la CRH.
- PMT R2 i : Provision mathématique relative aux points du R2 au 31 décembre de l'année précédant le transfert, telle que définie à l'article 8.1 du Règlement de la CRH.

Le rapport $\frac{PTS R2 i}{PMT R2 i}$, lorsqu'il est inférieur à 1, permet de tenir compte de la diminution de la valeur de transfert du R2 de la quote-part d'actifs transférés correspondant à une affectation préalable d'actifs propres par l'Assureur pour parfaire la représentation des provisions techniques.

Année	Formule de calcul de la valeur de transfert
1 ^{ère} année.....	$VAN R2 a_1 \times \min(1; \frac{PTS R2_1}{PMT R2_1})$
2 ^e année.....	$VAN R2 a_2 \times \min(1; \frac{PTS R2_2}{PMT R2_2})$
3 ^e année.....	$VAN R2 a_3 \times \min(1; \frac{PTS R2_3}{PMT R2_3})$
4 ^e année.....	$VAN R2 a_4 \times \min(1; \frac{PTS R2_4}{PMT R2_4})$
5 ^e année.....	$VAN R2 a_5 \times \min(1; \frac{PTS R2_5}{PMT R2_5})$
6 ^e année.....	$VAN R2 a_6 \times \min(1; \frac{PTS R2_6}{PMT R2_6})$
7 ^e année.....	$VAN R2 a_7 \times \min(1; \frac{PTS R2_7}{PMT R2_7})$
8 ^e année.....	$VAN R2 a_8 \times \min(1; \frac{PTS R2_8}{PMT R2_8})$

8.5 Délai de versement

Conformément à l'article D. 132.7 du Code des assurances, la valeur de transfert est notifiée à l'affilié demandant le transfert ainsi qu'à l'entreprise d'assurance du contrat d'accueil dans un délai de trois mois après la réception de ladite demande. Cette notification est accompagnée de l'indication des délais et modalités selon lesquelles l'affilié peut renoncer au transfert.

L'affilié dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date de notification de la valeur de transfert pour renoncer à ce transfert.

A compter de l'expiration du délai mentionné à l'alinéa précédent, l'Assureur procède, dans un délai de quinze jours, au versement direct à l'entreprise d'assurance du contrat d'accueil d'une somme égale à la valeur de transfert. Ce délai de quinze jours ne court pas tant que l'entreprise d'assurance du contrat d'accueil n'a pas notifié à l'Assureur d'origine son acceptation du transfert.

A l'expiration du délai mentionné ci-dessus, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce dernier délai, au double du taux légal.

III. Dispositions relatives à la phase de restitution du complément de retraite

Article 9 - Complément de retraite des affiliés

9.1 Forme du complément de retraite

Sous réserve que l'affilié en ait fait la demande, l'Assureur s'engage à verser, à compter du jour où l'affilié remplit les conditions posées pour son attribution, un complément de retraite acquis par les 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, sous forme de rente viagère, et le cas échéant, pour une partie du complément de retraite, sous la forme d'un capital perçu immédiatement et en une seule fois.

9.2 Montant du complément de retraite

À partir de la liquidation de son complément de retraite, l'affilié a droit au service d'une allocation.

L'allocation annuelle dite de complément de retraite est égale au produit du nombre de points acquis par cotisation,

- corrigé éventuellement en fonction de l'âge à la liquidation des droits selon les dispositions de l'article 9.3,

- diminué éventuellement du nombre de points utilisés en cas d'option de sortie en capital visée à l'article 11.1,
- et net de l'éventuel coefficient de réversion en cas d'option pour le droit à réversion visée à l'article 11.2.

par la valeur de service de ces points.

La valeur de service des points de complément de retraite est fixée, chaque année, dans les conditions prévues à l'article 6.2.

9.3 Liquidation du complément de retraite dû aux affiliés

La liquidation du complément de retraite ne peut intervenir avant que l'affilié ait été mis à la retraite ou ait pris sa retraite. Dans le cas d'affiliés exclus des régimes de retraite (ou pension) de l'Etat ou de la CNRACL, le complément de retraite peut être liquidé sur demande de l'affilié, dans les conditions d'âge indiquées à l'article ci-dessous (au plus tôt à partir du 55^{ème} anniversaire, normalement à partir du 60^{ème} anniversaire). Pour les affiliés conjoints ou assimilés visés à l'article 1.2.4, la liquidation du complément de retraite intervient au plus tôt à compter de l'âge minimum prévu à l'article R. 351-2 du Code de la sécurité sociale pour la liquidation des droits à pension de vieillesse dans le cadre du régime général de Sécurité Sociale ; ou, si elle est antérieure, à la date à laquelle celui-ci procède à la liquidation effective de ses droits à pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse.

Selon l'âge atteint par l'affilié à la liquidation, celle-ci est dite normale, anticipée ou prorogée :

- la liquidation est normale lorsqu'elle intervient alors que l'intéressé a atteint son 60^{ème} anniversaire ;
- la liquidation est anticipée lorsqu'elle intervient à partir du 55^{ème} anniversaire : dans cette hypothèse le nombre de points inscrits au compte de l'affilié subit un abattement définitif de 10 % par année au-dessous de 60 ans ;
- la liquidation peut être prorogée au-delà de l'âge normal ci-dessus défini. Dans ce cas, l'affilié a la possibilité de continuer à cotiser au régime, au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'exercice de son 67^{ème} anniversaire, qu'il soit ou non en activité au-delà de cette date, la liquidation du complément de retraite restant subordonnée aux conditions prévues au paragraphe suivant.

Les affiliés mis à la retraite pour invalidité peuvent demander une liquidation anticipée du complément de retraite sans abattement de leurs droits :

- immédiatement si la cause de l'invalidité est reconnue par l'administration comme imputée au service et si l'intéressé perçoit à ce titre une rente ou si la Caisse de Sécurité Sociale a décidé d'une invalidité en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
- dès le 55^{ème} anniversaire pour toute autre cause d'invalidité.

Sous réserve des conditions d'âges, la date d'effet de la liquidation du complément de retraite est fixée au plus tôt le premier jour du mois suivant la plus tardive des deux dates ci-après :

- date d'échéance de la dernière cotisation mensuelle payée au Régime
- ou date de la mise à la retraite de l'affilié.

La date d'effet du versement du complément de retraite correspond à la date de la demande de l'affilié.

Dans le cas de demande ou de dépôt tardif du dossier par rapport à la date d'effet de la liquidation mentionnée dans le présent article, le complément de retraite est versé à compter de la date de la demande. Toutefois, l'affilié peut demander une dérogation au C.G.O.S qui examinera sa demande, et décidera éventuellement de transmettre à l'Assureur pour procéder à la liquidation du complément de retraite pour la période comprise entre la date d'effet de la liquidation et la date de la demande ou du dépôt du dossier.

9.4 Service des prestations

Les allocations sont payables à terme échu sans procéder au calcul de prorata d'arréage en cas de décès de l'allocataire affilié, ou du Bénéficiaire de droits directs ou par réversion.

Un trimestre exceptionnel d'entrée en jouissance est versé à l'allocataire (affilié ou bénéficiaire) à l'ouverture de son dossier. Les allocations ne peuvent être réglées à un tiers, sauf s'il s'agit du représentant légal de l'allocataire. À chaque exercice, l'Assureur peut demander à l'allocataire (affilié ou bénéficiaire), de justifier qu'il répond aux conditions d'attribution de l'allocation (existence, non remariage du conjoint).

Article 10 - Capital unique libératoire

Lorsque l'ensemble des points portés sur le compte du bénéficiaire lors de la liquidation est inférieur à 500, le service des allocations est remplacé par un versement unique en capital égal à la valeur de transfert à la date de liquidation telle que décrite à l'article 8.2.2. Le versement unique en capital est libératoire pour l'Assureur.

Article 11 - Choix des options au moment de la liquidation

L'affilié bénéficie de la possibilité de choisir deux options au moment de la liquidation de son complément de retraite. Il doit pour cela communiquer à l'Assureur les options retenues et les caractéristiques choisies préalablement à la liquidation de sa rente. L'option « Sortie partielle sous forme de capital » peut être choisie cumulativement avec l'option « Réversion ». Le choix des options est définitif.

En l'absence de choix, le complément de retraite est versé sous forme d'une rente viagère non réversible.

11.1 Option «Sortie partielle sous forme de capital»

L'affilié, lors de la liquidation de ses droits, et lorsque l'ensemble des points figurant sur son compte est supérieur ou égal à 500 points, peut opter pour le paiement en capital, immédiatement et en une seule fois, d'une partie de son complément de retraite. Le complément de retraite restant sera versé sous forme de rente. Le montant de ce capital est égal à 10 % ou 20 % de la valeur de transfert à la date de liquidation telle que décrite à l'article 8.2.2.

11.2 Option «rente viagère avec Réversion»

11.2.1 Montant de la pension

L'affilié, lors de la liquidation de ses droits, peut opter pour la réversion de ses droits au bénéfice de son conjoint en cas de décès après la liquidation de son complément de retraite.

Si l'affilié opte pour la réversion au taux de 60 %, la pension qui lui sera versée sera égale à 92,5 % du montant de la pension à laquelle il aurait eu droit sans réversion. Le montant de la pension du bénéficiaire du droit à réversion s'établira à 60 % de la pension de l'affilié.

Si l'affilié opte pour la réversion au taux de 80 %, la pension qui lui sera versée sera égale à 90 % du montant de la pension à laquelle il aurait eu droit sans réversion. Le montant de la pension du bénéficiaire du droit à réversion s'établira à 80 % de la pension de l'affilié.

Si l'affilié opte pour la réversion au taux de 100 %, la pension qui lui sera versée sera égale à 87,5 % du montant de la pension à laquelle il aurait eu droit sans réversion. Le montant de la pension du bénéficiaire du droit à réversion s'établira à 100 % de la pension de l'affilié.

11.2.2 Bénéficiaire de la pension de réversion

Le conjoint survivant peut bénéficier d'un droit à réversion sous réserve d'être non séparé de corps, non divorcé, et que le mariage ait été célébré deux années au moins avant le décès de l'affilié et au plus tard deux années avant la liquidation effective du complément de retraite de l'affilié.

Le concubin survivant ou le partenaire lié par un PACS survivant peut bénéficier de droits identiques à ceux d'un conjoint survivant sous réserve de pouvoir présenter une pièce officielle attestant du concubinage ou du PACS et de l'existence d'au moins deux années de vie commune avant le décès et avant la liquidation effective du complément de retraite de l'affilié.

Sous ces réserves, la mention « conjoint survivant » peut se comprendre comme « concubin survivant ou partenaire survivant lié par un PACS ».

11.2.3 Echéance de la pension de réversion

Le versement par l'Assureur de la pension de réversion est immédiat si au décès de l'affilié, le bénéficiaire a atteint son 60^{ème} anniversaire, ou a deux enfants à charge au sens fiscal ; la date d'entrée en jouissance de la pension de réversion est alors fixée au premier jour du mois suivant la date du décès.

Le versement par l'Assureur de la pension de réversion est différé si au décès de l'affilié, le bénéficiaire n'a pas atteint son 60^{ème} anniversaire, ou n'a pas deux enfants à charge au sens fiscal ; la date d'entrée en jouissance de la pension de réversion est alors fixée au premier jour du mois au cours duquel le conjoint a eu son 60^{ème} anniversaire, s'il remplit encore à cette date les conditions du droit à réversion.

11.2.4 Forme des prestations

Les prestations se présentent sous la forme d'allocations de réversion, trimestrielles ou annuelles, dont les formalités de liquidation et le service des prestations sont définis aux articles 12 et 9.4 ainsi qu'aux paragraphes ci-après du présent article.

11.2.5 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.

11.2.6 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 premier 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.

11.2.7 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.

Article 12 - Formalités à remplir pour percevoir le complément de retraite ou la pension de réversion

La liquidation du complément de retraite, de la pension de réversion ou le versement du capital en cas de décès intervient sur demande formulée par l'affilié ou son bénéficiaire. A l'appui de cette demande, l'affilié ou son bénéficiaire doit constituer un dossier justificatif et l'adresser à l'Assureur :

- par le canal de l'Adhérent, s'il est en activité auprès de celui-ci ;
- directement s'il n'est pas rattaché à un Adhérent.

Ce dossier comprend :

- pour l'affilié relevant d'un régime de retraite de base, le justificatif de la liquidation de sa pension dans ce régime ;
 - pour l'affilié qui ne relève pas d'un régime de retraite de base, une attestation sur l'honneur selon laquelle il ne relève pas d'un tel régime ;
 - une demande formelle de liquidation du complément de retraite ;
 - un document d'état civil ;
 - l'(les) option(s) exercée(s) par l'affilié dans les conditions prévues par l'article 11.
- En cas de décès de l'affilié avant la liquidation de son complément de retraite :
- un extrait de l'acte de décès de l'affilié ;
 - un document justifiant de l'état civil du bénéficiaire ;
 - un livret de famille si le bénéficiaire est mineur ;
 - une copie du livret de famille s'il a des enfants à charge.

IV. Dispositions communes

Article 13 - Participation aux bénéfices

13.1 Définition de la participation aux bénéfices

Les sommes gérées en contrepartie des engagements pris par l'Assureur sont investies dans un actif distinct dit « Hospitalier 2008 ».

La participation aux bénéfices est égale à l'intégralité des produits financiers générés par l'actif géré par l'Assureur et majorée des reprises éventuelles des provisions réglementaires ou contractuelles affectées au contrat d'assurance, déduction faite des éléments suivants :

- la rémunération de l'Assureur dans les conditions visées à l'article 10 du Règlement de la CRH ;
- la contribution au Fonds de promotion destiné à financer la communication et la promotion de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers (article 14.3 ci-dessous) ;
- la contribution au Fonds de fonctionnement destiné à financer les dépenses administratives de fonctionnement de la CRH par le C.G.O.S (article 14.3 ci-dessous) ;
- la dotation au Fonds social destiné aux cotisants et allocataires de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers (article 15 ci-dessous).

Sont ensuite déduites les éventuelles provisions réglementaires ou contractuelles affectées au Régime.

Est enfin déduit l'éventuel solde débiteur du compte de l'année précédente.

13.2 Affectation de la participation aux bénéfices

La part de participation aux bénéfices qui excède le taux de couverture conventionnel de 103 % après revalorisation défini à l'article 9.2 du Règlement de la CRH, est transférée au profit des droits correspondant à des cotisations versées avant le 1^{er} avril 2008, sans que ce transfert puisse excéder 50 % des produits financiers annuels de l'actif « Hospitalier 2008 ».

Si le solde du compte de participation aux bénéfices est débiteur, le montant du débit est reporté dans le compte de participation aux bénéfices de l'année suivante. La participation aux bénéfices allouée ne peut être négative ; en conséquence, le taux minimum garanti annuel est égal à zéro.

Article 14 - Frais

14.1 Frais de gestion

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 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.

Prélèvement mensuel

Afin de faire face à ses charges courantes, l'Assureur prélèvera mensuellement un douzième de la rémunération de l'exercice précédent. À l'issue de l'exercice considéré, le calcul de la rémunération globale de l'Assureur sera effectué et fera l'objet d'une régularisation comptable.

14.2 Dispositions applicables aux frais de l'Assureur

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 au prorata des provisions techniques, entre les droits correspondant à 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, et les droits acquis antérieurement.

A l'issue de cette période, le montant des frais prélevés sera déterminé en accord avec le C.G.O.S conformément à l'article 10.2.2 du Règlement de la CRH.

Au titre de 2015, le ratio de frais, rapporté aux provisions techniques, est de 0,50%.

14.3 Frais 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 les dates visées à l'article 1.1 et avec l'accord de l'Assureur pour ce qui concerne les points acquis par des cotisations versées après ces mêmes dates.

Les frais engagés par le C.G.O.S pour assurer les charges liées à la promotion et à 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 13.1. 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.

Article 15 - 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 les comptes de l'entité 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, et prélevée, dans les conditions visées à l'article 13.1, sur les produits financiers générés par les actifs du Régime au cours de l'exercice précédent, dans la limite de 1,5 % de ces derniers.

Article 16 - Dispositions législatives et réglementaires

16.1 Cadre juridique et fiscal

La Complémentaire Retraite des Hospitaliers est régie :

- par le décret N° 2008-284 du 26 mars 2008 ;
- le Code des assurances ;
- l'article 163 quatervecies du Code général des impôts qui prévoit que sont déductibles du revenu net global imposable, les cotisations ou les primes versées par chaque membre du foyer fiscal aux régimes de retraite complémentaire constitués au profit des fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités territoriales.

Sa mise en œuvre relève du Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Etablissements Hospitaliers Publics (C.G.O.S) relevant du Ministère de tutelle. Elle fait l'objet d'une convention d'assurance souscrite par le C.G.O.S auprès de la compagnie Allianz Vie.

Le Règlement de la CRH établi par le C.G.O.S et la présente Notice définissent, chacun dans leur domaine de compétence, les droits et obligations des Adhérents et des affiliés au Régime CRH et régissent leurs rapports avec le C.G.O.S et l'Assureur.

16.2 Information annuelle

L'Assureur communique aux affiliés, au minimum chaque année, dans les 6 mois suivant la clôture de l'exercice précédent, une information sur les droits qu'ils ont acquis au titre de la présente convention, à la dernière adresse connue de l'affilié, conformément aux dispositions de l'article L. 132.22 du Code des assurances et du décret N° 2008-284 du 26 mars 2008.

Y figurent notamment les informations suivantes :

- le nombre de points acquis conformément à l'article 6.1 ;
- la valeur de service des points acquis déterminée conformément à l'article 6.2 ;
- le montant et la fréquence de paiement de la rente pour les allocataires.

Article 17 - Clause informatique et libertés

Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de l'affiliation au contrat d'assurance, et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par les prestataires de l'Assureur dans ou hors d'Europe.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, les affiliés bénéficient d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant qui figureraient sur un fichier de l'Assureur, du C.G.O.S et de ses adhérents, ou d'organismes professionnels concernés, soit en adressant un courriel à l'adresse informatiqueetliberte@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de : Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier S1803 - 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris la Défense Cedex.

Article 18 - Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de 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 et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle 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 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires 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 leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr.

Article 19 - Procédure d'examen des litiges

Lorsque l'affilié à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers souhaite obtenir des précisions sur l'interprétation et l'application de la présente Notice d'information, son établissement adhérent au C.G.O.S ou, pour les affiliés directs, l'Assureur, sont en mesure d'étudier 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 l'Assurance, 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.

