

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).
Siège social : 101 rue de Tolbiac - 75013 Paris

Auprès de :

Allianz Retraite
Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire régi par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 101 252 544,51 €
Siège social : 1, cours Michelet - CS30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
824 599 211 RCS Nanterre

LES INFORMATIONS CLÉS À RETENIR

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 d'information et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer la Demande Individuelle d'Affiliation.

La Complémentaire Retraite des Hospitaliers est un contrat d'assurance vie de groupe ayant pour objet la couverture d'engagements de retraite supplémentaire, à adhésion facultative.

Les droits et obligations de l'Affilié peuvent être modifiés par des avenants au contrat, conclus entre Allianz Retraite et le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Etablissements Hospitaliers Publics (C.G.O.S). L'Affilié est préalablement informé de ces modifications. À défaut, les modifications seront inopposables à l'Affilié.

Les garanties offertes par ce contrat sont :

- **une garantie en cas de vie de l'Affilié** à partir de la date de disponibilité de ses droits : paiement d'un complément de retraite sous la forme d'une rente viagère et/ou d'un capital libéré en une fois ou de manière fractionnée, selon les modalités prévues à l'article 8 ;
- **une garantie en cas de décès de l'Affilié** : versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), selon les modalités prévues à l'article 9.

Le contrat comporte une participation aux bénéfices contractuelle, allouée dans les conditions visées à l'article 18.

Le contrat ne comporte pas de faculté de rachat, sauf dans les cas exceptionnels prévus par la loi (article 10).

Le contrat comporte une faculté de transfert vers tout autre dispositif d'épargne retraite. Les sommes sont versées par l'Assureur dans un délai maximum de 2 mois (article 11).

Frais en cours de vie du contrat : 0,51 % de l'encours des provisions techniques en 2020 dans la limite de 0,75 % 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 19.

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.

L'Affilié peut désigner le ou les bénéficiaires dans la Demande Individuelle d'Affiliation. Il peut la modifier ultérieurement par avenant 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 (article 9).

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

SOMMAIRE

TITRE I : GÉNÉRALITÉS ET CHAMP D'APPLICATION	5
1. Caractéristiques du contrat collectif	5
1.1. Nature du contrat collectif.....	5
1.2. Objet du contrat collectif.....	5
1.3. Intervenants au contrat collectif.....	5
2. Affiliation	5
3. Durée de l’Affiliation	5
4. Définitions de « droits du R1 » et de « droits du R2 »	5
5. Faculté de renonciation	6
6. Informations en matière de durabilité	6
TITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX VERSEMENTS ET AUX PRESTATIONS	6
7. Versements et règles d’attribution des points	6
7.1. Montant et modalités de paiement des versements volontaires	6
7.1.1. Versements volontaires programmés mensuels pour les Affiliés en activité chez les Adhérents.....	6
7.1.2. Versements volontaires programmés mensuels pour les Affiliés qui ne sont pas en activité chez les Adhérents.....	6
7.1.3. Versements volontaires libres.....	6
7.2. Transferts entrants en provenance d’autres dispositifs	7
7.3. Règles d’attribution des points	7
7.4. Droits promotionnels financés par le régime	7
8. Prestations de retraite	7
8.1. Disponibilité des droits acquis	7
8.2. Forme des prestations de retraite	7
8.3. Prestations de retraite sous forme de capital	7
8.3.1. Valorisation des droits en cas de prestation sous forme de capital.....	7
8.3.2. Sortie en capital à la demande, à tout moment, de tout ou partie des droits.....	7
8.3.3. Sortie en capital programmée de tout ou partie des droits.....	8
8.4. Prestations de retraite sous forme de complément de revenus à vie (Rente viagère)	8
8.4.1. Montant du complément de revenus à vie.....	8
8.4.2. Options offertes à l’Affilié au moment de la demande de versement du complément de revenus à vie.....	9
8.4.3. Option Réversion.....	9
8.4.4. Option Annuités Garanties.....	9
8.4.5. Service des prestations.....	9
9. Prestations en cas de décès de l’Affilié	10
9.1. Pour la part des droits n’ayant pas fait l’objet d’une prestation sous forme de capital ou de complément de revenus à vie	10
9.1.1. Montant de la prestation.....	10
9.1.2. Bénéficiaires.....	10
9.2. Pour la part des droits correspondant à un complément de revenus en cours de service au jour du décès de l’Affilié	10
9.3. Transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations	10

10. Rachats exceptionnels avant l'échéance	11
10.1. Rachat exceptionnel en vue de l'acquisition de la résidence principale	11
10.2. Autres cas de rachat exceptionnel	11
11. Transfert individuel sortant vers un autre Plan Epargne Retraite	11
12. Formalités à remplir pour percevoir une prestation	11
TITRE III : DISPOSITIONS COMMUNES	12
13. Durée du contrat collectif	12
14. Affiliation par vente à distance	12
15. Résiliation du contrat collectif et transfert collectif	12
16. Gouvernance	12
17. Réserves du régime	12
17.1. Provision Mathématique Théorique	12
17.2. Provisions Techniques	13
18. Participation aux bénéfices	13
18.1. Définition de la participation aux bénéfices	13
18.2. Participation aux bénéfices du R1	13
18.3. Participation aux bénéfices du R2	13
19. Frais	13
19.1. Frais de gestion	13
19.2. Frais de l'Assureur	13
19.3. Frais de promotion et de fonctionnement du C.G.O.S.	13
20. Fonds social	14
21. Dispositions législatives et réglementaires	14
21.1. Cadre juridique et fiscal	14
21.2. Information annuelle	14
21.3. Information à compter de la cinquième année avant l'échéance	15
21.4. Information à la demande	15
21.5. Information sur la situation financière de l'assureur	15
21.6. Informations sur la prise en compte des incidences négatives en matière de durabilité dans les décisions d'investissement	15
22. La protection de vos données personnelles	16
23. Prescription	17
24. Relation client et médiation	18
TITRE IV : ANNEXES	19

I : GÉNÉRALITÉS ET CHAMP D'APPLICATION

1. Caractéristiques du contrat collectif

1.1. Nature du contrat collectif

La Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH) est un contrat de retraite professionnelle supplémentaire, à affiliation individuelle et facultative, dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle.

Il relève de la Section II (« Opérations pratiquées par les fonds de retraite professionnelle supplémentaire ») du Chapitre III « Retraite professionnelle supplémentaire » du Titre IV « Les assurances de groupe » du Livre 1^{er} du Code des assurances.

Il prend la forme d'un Plan Epargne Retraite (PER) individuel au sens des articles L224-28 et suivants du Code monétaire et financier.

Ce plan relève exclusivement de la loi française, et est régi notamment par les dispositions du Code des assurances et le Chapitre IV du titre II du Livre II du Code monétaire et financier (articles L. 224-1 et suivants).

1.2. Objet du contrat collectif

La CRH est un contrat d'assurance de groupe souscrit par le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Etablissements Hospitaliers Publics (C.G.O.S) auprès d'Allianz Retraite.

Ce contrat a pour objet l'acquisition et la jouissance de droits viagers personnels ou le versement d'un capital, payables à l'Affilié à compter, au plus tôt, de la date de liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse ou de l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

La présente Notice vise exclusivement les engagements de l'Assureur au titre des droits 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.

Ces droits sont appelés « droits du R2 ».

1.3. Intervenants au contrat collectif

L'Assureur

L'Assureur est Allianz Retraite, fonds de retraite professionnelle supplémentaire régi par le Code des assurances et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 4, place de Budapest, CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (France).

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 une partie de leurs obligations.

L'Adhérent

L'Adhésion à la CRH 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 à la CRH. Le Ministère de Tutelle et le C.G.O.S peuvent également adhérer à la CRH.

L'Affilié

L'Affiliation est possible pour une personne physique qui s'engage par la signature de la Demande Individuelle d'Affiliation et qui est :

- soit personnel ou praticien chez un Adhérent, en activité, et percevant de l'administration ou de son employeur un traitement ou salaire ;

- soit conjoint, concubin (sur présentation du certificat de concubinagenotoire) ou partenaire de PACS d'un Affilié.

L'Affilié est le titulaire du PER au sens de l'article L 224-1 du Code monétaire et financier.

Le Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est la (les) personne(s) qui reçoivent les prestations.

En cas de vie de l'Affilié, le Bénéficiaire est l'Affilié.

En cas de décès de l'Affilié, le ou les bénéficiaires éventuels sont la (les) personne(s) désignée(s) par l'Affilié pour chacune des garanties définies à l'article 9.

2. Affiliation

À réception d'une Demande Individuelle d'Affiliation dûment signée et accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'Affiliation, l'Assureur procède à l'Affiliation du demandeur et lui adresse un Certificat Individuel d'Affiliation.

L'Affiliation prend effet le jour de la réception par l'Assureur de la Demande Individuelle d'Affiliation, sous réserve du paiement effectif d'une cotisation enregistrée au titre de l'année civile considérée.

Dans le cas où l'Affilié souhaiterait opter irrévocablement pour la liquidation en rente viagère de l'intégralité de ses droits issus de versements volontaires, il devra en informer l'Assureur par courrier dans les trois premiers mois suivant l'Affiliation.

3. Durée de l'Affiliation

L'Affiliation prend fin lorsque l'Affilié ne dispose plus d'aucun droit au titre de la CRH soit :

- en cas de décès ;
- en cas de transfert sortant et en l'absence de complément de revenus à vie (rente viagère) en cours de paiement ;
- en cas de sortie en capital de la totalité des droits.

4. Définitions de « droits du R1 » et de « droits du R2 »

On appelle « droits du R1 » les droits acquis avant le 01/07/2008 pour les affiliations déjà en cours au 01/04/2008.

On appelle « droits du R2 » les droits acquis :

- dans le cadre des Affiliations à compter du 01/04/2008 ;
- au titre des versements effectués à compter du 01/07/2008 pour les Affiliations déjà en cours à cette date.

5. Faculté de renonciation

L’Affilié peut renoncer à son Affiliation à la CRH pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il a été informé que son Affiliation est conclue. Cette date correspond à la date de signature par ce dernier de la Demande Individuelle d’Affiliation. Ce délai est prorogé jusqu’à la remise effective de l’ensemble des documents et informations nécessaires à l’Affiliation, dans la limite de huit ans à compter de la date de signature de la Demande Individuelle d’Affiliation.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception à l’adresse suivante : Allianz - Centre de Solutions Clients Collectives Retraite - Centre de service Hospitaliers - TSA 21006 - 67018 Strasbourg Cedex. Elle peut être faite selon le modèle proposé dans la Demande Individuelle d’Affiliation. Les cotisations encaissées par l’Assureur seront remboursées dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

6. Informations en matière de durabilité

La réglementation européenne⁽¹⁾ prévoit la communication d’informations en matière de durabilité sur les supports d’investissement intégrant une caractéristique environnementale, sociale ou de gouvernance (ESG) (supports qualifiés d’article 8) et ceux qui ont un objectif d’investissement durable (supports qualifiés d’article 9).

La Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH) est qualifié d’article 8 au sens de ce règlement puisqu’il repose sur un actif d’investissement qui promeut des caractéristiques environnementales ou sociales.

L’atteinte de la (ou des) caractéristique(s) environnementale(s), sociale(s) ou de gouvernance est subordonnée à l’investissement dans au moins un support qualifié d’article 8 et à la détention d’au moins un de ces supports pendant la durée de l’affiliation.

Les informations complémentaires relatives aux caractéristiques ESG de l’actif d’investissement du contrat sont disponibles via le lien suivant :

https://www.allianz.fr/assurance-particulier/epargne-retraite/placements-financiers/finance-durable.html?p1=SFDR_Resume_support&p3=00ACTIFHOSPI&p4=2022-12-31#/finance-durable

(1) Le règlement européen 2019/2088 du 27 novembre 2019 sur la publication d’informations en matière de durabilité dans le secteur des services financiers.

II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX VERSEMENTS ET AUX PRESTATIONS

7. Versements et règles d’attribution des points

7.1. Montant et modalités de paiement des versements volontaires

L’Affilié peut effectuer des versements volontaires, libres ou programmés, sur la CRH pendant toute la durée de son Affiliation, dans les conditions précisées en annexe 1. Ces versements sont effectués en numéraire.

Par défaut, l’Affilié est considéré avoir opté pour la déductibilité de ses versements volontaires de son revenu net global soumis à l’impôt sur le revenu.

Si l’Affilié souhaite renoncer à la déductibilité fiscale pour l’un ou plusieurs de ses versements volontaires libres, il pourra exercer l’option pour la non-déductibilité prévue à l’article L. 224-20 du Code monétaire et financier. Cette option devra être exercée, par écrit, auprès de l’Assureur, au plus tard au moment du versement libre et sera irrévocable.

7.1.1. Versements volontaires programmés mensuels pour les Affiliés en activité chez les Adhérents (hors les personnels médicaux)

L’Affilié effectue des versements volontaires programmés égaux, selon son choix, à 2,50 %, 3,50 %, 4,50 % ou 5,50 % du traitement de base correspondant à son indice, ainsi que du complément de traitement indiciaire (CTI), lorsque l’affilié en bénéficie, quelle que soit sa 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 pris en compte pour le calcul des versements volontaires programmés est égal au traitement correspondant à l’indice chiffré maximum de la Fonction publique.

Les versements volontaires programmés sont versés mensuellement par l’Affilié et centralisés par les Adhérents, à charge pour eux de les transmettre dans les meilleurs délais à l’Assureur.

En cas d’impossibilité de l’Adhérent de centraliser les versements, ils peuvent être versés directement par l’Affilié à l’Assureur par prélèvement bancaire.

L’Affilié a la possibilité de cesser ses versements volontaires programmés à tout moment, en informant expressément l’Adhérent dont il dépend ou l’Assureur selon le mode de prélèvement mis en place. Il peut par la suite les reprendre à tout moment.

7.1.2. Versements volontaires programmés mensuels pour les Affiliés qui ne sont pas en activité chez les Adhérents et les personnels médicaux

L’Affilié effectue des versements volontaires programmés dont le montant maximum est égal à 500 €. Ces versements s’effectuent mensuellement, par prélèvement bancaire.

L’Affilié a la possibilité de cesser ses versements volontaires programmés à tout moment, sous réserve d’en avoir préalablement informé l’Assureur. Il peut par la suite les reprendre à tout moment.

7.1.3. Versements volontaires libres

Pour acquérir des points supplémentaires, l’Affilié peut effectuer des versements volontaires libres. La limite annuelle et cumulative des versements volontaires libres et le montant minimal des versements volontaires libres sont fixés d’un commun accord entre l’Assureur et le C.G.O.S et peuvent évoluer.

Ces informations sont disponibles sur simple demande auprès de votre Assureur.

Le versement se fait uniquement par courrier à l’Assureur avec paiement par chèque.

En l'absence de mention expresse du souhait de l'assuré d'opter pour la non déductibilité fiscale, le versement volontaire libre sera considéré comme déductible du revenu net global soumis à l'impôt sur le revenu.

7.2. Transferts entrants en provenance d'autres dispositifs

L'Affilié peut également effectuer des transferts entrants en provenance d'autres dispositifs d'épargne retraite selon les modalités définies dans le Code monétaire et financier. Ces dispositions sont précisées en annexe 1.

La demande de transfert doit être adressée par courrier à l'Assureur. Ces dispositions sont applicables à compter du 1^{er} octobre 2020.

7.3. Règles d'attribution des points

Le nombre de points du R2 attribué s'obtient en divisant le montant du versement volontaire ou du transfert par la valeur d'achat annuelle du point du R2. En fonction de l'âge de l'Assuré au moment du versement, ce quotient peut être affecté d'un coefficient d'âge.

Nombre de points du R2 = versement / (valeur d'achat x coefficient d'âge).

L'âge pris en compte pour l'application du coefficient d'âge est calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance de l'Affilié.

Les versements volontaires programmés ne sont pas affectés par le coefficient d'âge. Pour ces versements, ce coefficient est par conséquent égal à 1 dans la formule ci-dessus.

Pour un versement volontaire libre ou un transfert entrant, les coefficients d'âge s'appliquent. Ces coefficients sont détaillés en annexe 3.

La valeur annuelle d'achat du point du R2 est fixée, chaque année, dans les conditions de gouvernance prévues à l'article 16.

7.4. 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 nouvelles cotisations.

8. Prestations de retraite

8.1. Disponibilité des droits acquis

Les droits acquis deviennent disponibles à compter au plus tôt :

- soit de la date de liquidation par l'Affilié de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse ;
- soit de la date à laquelle l'Affilié a atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné à l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

L'Affilié peut demander le paiement de ses prestations de retraite à tout moment à compter de cette date.

8.2. Forme des prestations de retraite

Pour les versements volontaires effectués sur la CRH (hors transferts entrants), l'Affilié peut choisir une prestation sous forme :

- d'un complément de revenus versé à vie (rente viagère) ;
- d'une sortie en capital partielle ou totale, en une ou plusieurs fois, programmée ou à la demande ;

- ou d'une combinaison des deux.

Dans le cas où l'Affilié aurait opté irrévocablement pour la sortie en rente viagère lors de son Affiliation, lesdits droits seront obligatoirement payés sous la forme d'une rente viagère.

Dans le cas d'un transfert entrant en provenance d'un autre dispositif d'épargne retraite, les modalités de prestations possibles et la fiscalité associée dépendent du type de versement dans le précédent dispositif (voir annexe 2).

8.3. Prestations de retraite sous forme de capital

À compter de la date de disponibilité des droits définie à l'article 8.1 (hors transferts entrants), l'Affilié dispose du choix entre :

- la sortie en capital à la demande, à tout moment, de tout ou partie des droits ;
- la sortie en capital programmée de tout ou partie des droits.

Dans le cas où l'Affilié aurait opté irrévocablement pour la sortie en rente viagère lors de son affiliation, lesdits droits seront obligatoirement payés sous la forme d'une rente viagère.

8.3.1. Valorisation des droits en cas de prestation sous forme de capital

La valorisation des droits de l'Affilié en cas de sortie sous forme de capital est égale à la somme des versements revalorisés annuellement nette de frais. Les droits sont exprimés en euros.

L'indice de revalorisation des versements brut de frais est positif ou nul. Il est défini annuellement conformément à la gouvernance définie à l'article 16, et communiqué à l'Affilié dans son relevé annuel d'information.

Clause de protection collective du régime

Lorsque le taux de couverture défini en annexe 5 devient strictement inférieur à 110 % ou lorsque le régime est en situation de moins-values latentes, la valorisation des droits de l'Affilié est définie dans les conditions présentées en annexe 5.

Dès que le taux de couverture redevient égal ou supérieur à 110 % et lorsque le régime revient en situation de plus-values latentes, la valorisation des droits en capital de l'Affilié en cas de sortie sous forme de capital redevient égale à la somme des versements revalorisés annuellement nette de frais.

8.3.2. Sortie en capital à la demande, à tout moment, de tout ou partie des droits

À compter de la date de disponibilité des droits définie à l'article 8.1, pour les droits éligibles à la sortie en capital, l'Affilié peut choisir, à tout moment et à la demande, une prestation sous forme de capital correspondant à l'intégralité de ses droits ou un montant en euros correspondant à une partie de ses droits.

En cas de sortie partielle en capital, le montant en euros choisi par l'Affilié doit être au minimum de 500 euros, « droits du R1 » et « droits du R2 » confondus.

Dans le cas où l'Affilié aurait effectué des versements autres que des versements volontaires déduits, il devra également mentionner le ou les types de versements concernés par cette sortie partielle en capital.

Suite à cette sortie partielle en capital, il devra rester pour chacun des types de versements au minimum 500 euros de droits sous forme de sortie en capital.

Ces montants minima pourront être modifiés d'un commun accord par l'Assureur et le C.G.O.S.

Pour chaque type de versements présentés en annexe 1, suite à une sortie partielle en capital, les droits en euros et le nombre de points sont réduits du ratio entre le montant de la prestation partielle sous forme de capital et celui correspondant à une prestation de l'intégralité des droits sous forme de capital pour le type de versement considéré (voir exemples en annexe 4).

- Droits en euros après sortie partielle en capital = droits en euros avant sortie partielle en capital x (1 - montant de la sortie partielle en capital / droits en euros avant sortie partielle en capital)
- Droits en points après sortie partielle en capital = droits en points avant sortie partielle en capital x (1 - montant de la sortie partielle en capital / droits en euros avant sortie partielle en capital).

8.3.3. Sortie en capital programmée de tout ou partie des droits

L'Affilié peut mettre en place une sortie en capital programmée.

Les modalités de la sortie en capital programmée sont disponibles sur simple demande auprès de votre Assureur.

Cette sortie programmée peut être interrompue à tout moment par le titulaire.

8.4. Prestations de retraite sous forme de complément de revenus à vie (Rente viagère)

À compter de la date de disponibilité des droits définie à l'article 8.1, l'Affilié peut demander une prestation de tout ou partie de ses droits sous forme de complément de revenus à vie sous réserve que l'Affilié soit âgé de moins de 75 ans au moment de la demande.

L'âge limite de sortie sous forme de complément de revenus pourra être revu annuellement par accord entre le C.G.O.S et l'Assureur.

Pour chaque type de versements, le solde des droits en points restant après l'opération devra être de 500 points minimums, « droits du R1 » et « droits du R2 » confondus.

Pour les droits pour lesquels la sortie en capital ne serait pas autorisée (versements ayant opté pour la sortie irrévocable en rente notamment), la sortie sous forme de complément de revenus est possible sans application des minima ci-dessus lorsque cette sortie se fait en une fois.

De plus, lorsque l'Affilié atteint 75 ans, les droits sortants uniquement sous forme de complément de revenus à vie sont mis en prestation.

8.4.1. Montant du complément de revenus à vie

Pour les « droits du R2 », le montant annuel du complément de revenus à vie est égal au produit :

- du nombre de points choisi,
- du coefficient d'âge applicable au moment de la mise en paiement du complément de revenus (voir ci-contre),
- du coefficient applicable en cas de sélection par l'Affilié de l'option Réversion ou de l'option Annuités garanties,
- et de la valeur de service des points.

Le C.G.O.S a la possibilité avec accord de l'Assureur d'accorder la non prise en compte du coefficient d'âge dans des situations spécifiques telles que l'invalidité de l'Affilié par exemple.

La valeur de service des points R2 est fixée, chaque année, dans les conditions prévues à l'article 16.

Tableau des coefficients d'âge appliqué au montant du complément de retraite selon l'âge de l'Affilié lors de la mise en paiement.

Les conditions de disponibilité de l'épargne pour les agents (y compris ceux en situation d'invalidité) sont explicitées dans l'article 8.1.

Âge atteint par l'Affilié l'année de la mise en paiement de la rente*	Coefficient d'âge
Moins de 45 ans à 51 ans	75%
52 ans	76%
53 ans	78%
54 ans	80%
55 ans	82.5 %
56 ans	85%
57 ans	87.5 %
58 ans	90%
59 ans	92.5 %
De 60 ans à 67 ans	100%
68 ans	102.5 %
69 ans	105%
70 ans et plus	107.5 %

* L'âge est calculé par différence entre l'année considérée et l'année de naissance de l'Affilié.

Les compléments de revenus en cours de paiement ne sont pas impactés.

8.4.2. Options offertes à l'Affilié au moment de la demande de versement du complément de revenus à vie

Au moment de la demande de versement de son complément de revenus à vie, l'Affilié peut choisir

entre deux options : l'option « Réversion » et l'option « Annuités Garanties », qui ne peuvent être choisies cumulativement.

Il doit pour cela communiquer à l'Assureur l'option retenue et les caractéristiques choisies.

Le choix de l'option est définitif à compter de la date de la demande de versement de son complément de revenus à vie.

8.4.3. Option Réversion

L'Affilié peut opter pour la réversion de ses droits en choisissant un taux de réversion de 60 %, 80 % ou 100 % au bénéfice de son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin notoire au moment de la mise en paiement du complément de revenus à vie.

En cas de décès de l'Affilié après la mise en paiement de son complément de revenus à vie, le bénéficiaire recevra un complément de revenus à vie de réversion à compter au plus tôt de la liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse ou de l'atteinte de l'âge légal de départ à la retraite mentionné à l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

Le montant de ce complément de revenus à vie de réversion est égal à la rente payée à l'Affilié, multipliée par le taux de réversion choisi.

Si l'Affilié opte pour la réversion, le montant de la rente qui lui sera versée sera égal au montant de la rente à laquelle il aurait eu droit sans réversion multiplié par le coefficient applicable en fonction du choix du taux de réversion correspondant tel que défini dans le tableau ci-dessous.

Option Réversion	Rente non réversible	Réversion à 60 %	Réversion à 80 %	Réversion à 100 %
Coefficient applicable à la rente viagère	100 %	92,5 %	90 %	87,5 %

Par exemple, en cas de choix d'un taux de réversion de 60 %, le montant de la rente de l'Affilié sera égal à 92,5 % du montant de la rente viagère qu'il aurait reçu s'il n'avait pas choisi l'option réversion.

Lorsque l'ensemble des points payés de la rente de réversion est inférieur à 500, le service du complément de revenus versé au bénéficiaire de la réversion est remplacé par un versement unique libératoire en capital égal à la valeur actuelle nette de la somme des engagements de l'Assureur envers le bénéficiaire à la date de liquidation de la rente de réversion.

Cette valeur est calculée selon les tables de mortalité et taux technique conformes à la réglementation en vigueur 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 *pro rata 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 de l'année du transfert.

La partie de la valeur de transfert des « droits du R2 » sera diminuée de sa quote-part d'actifs transférés correspondant à une affectation préalable d'actifs propres par l'Assureur pour parfaire la représentation des provisions techniques.

8.4.4. Option Annuités Garanties

L'Affilié peut choisir l'Option Annuités Garanties au bénéfice d'une ou plusieurs personnes désignées irrévocablement au moment de la demande de mise en paiement du complément de revenus à vie.

En cas de décès de l'Affilié pendant la période couverte par les annuités garanties, sa rente continuera à être versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) des annuités garanties, et ce jusqu'à la fin de cette période.

La période d'annuités garanties commence à compter de la mise en paiement de la rente et se termine au terme de la durée d'annuités garanties choisie par l'Affilié, étant précisé que la durée des annuités garanties :

- est fixée à 25 ans au maximum et,
- ne peut pas excéder la limite égale à l'espérance de vie de l'Affilié au moment de la mise en paiement de sa rente viagère, diminuée de cinq ans. Cette espérance de vie est déterminée selon la table par génération applicable à l'Affilié conformément à la réglementation en vigueur.

En cas de vie de l'Affilié au terme de la période couverte par les annuités garanties, son complément de revenus à vie continue à lui être versé jusqu'à son décès.

Si l'Affilié opte pour les Annuités Garanties, le montant du complément de revenus à vie qui lui sera versé sera égal au montant auquel il aurait eu droit sans l'option Annuités garanties multiplié par un coefficient de 90 %.

Option Annuités garanties	Rente sans Annuités garanties	Rente avec Annuités garanties
Coefficient applicable à la rente viagère	100 %	90 %

8.4.5. Service des prestations

La date d'effet du versement du complément de revenus à vie correspond à la date de la demande de l'Affilié accompagnées de l'ensemble des pièces justificatives listées à l'article 12.

Toutefois, l'Affilié peut demander une dérogation au C.G.O.S pour une date d'effet antérieure. Le C.G.O.S examinera sa demande, et décidera éventuellement de la transmettre à l'Assureur.

Les arrérages sont payables trimestriellement à terme échu sans procéder au calcul de prorata d'arrérage en

cas de décès de l’Affilié ou du Bénéficiaire de droits directs ou par réversion.

Un trimestre exceptionnel d’entrée en jouissance est versé à l’Affilié lors de la mise en paiement de son complément de revenus à vie. Les arrérages ne peuvent être réglés à un tiers, sauf s’il s’agit du représentant légal de l’Affilié ou du Bénéficiaire.

Chaque année, l’Assureur peut demander à l’Affilié ou au Bénéficiaire de justifier qu’il répond aux conditions d’attribution de la prestation.

9. Prestations en cas de décès de l’Affilié

Au décès de l’Affilié, une prestation peut être versée à un ou plusieurs bénéficiaires selon la nature des droits et de l’option choisie par l’Affilié.

9.1. Pour la part des droits n’ayant pas fait l’objet d’une prestation sous forme de capital ou de complément de revenus à vie

9.1.1. Montant de la prestation

À la connaissance du décès de l’Affilié, une prestation est versée, sous forme de capital, à la ou aux personnes désignées par l’Affilié.

Le montant de la prestation est égal au montant de la sortie en capital ou de la valeur de transfert défini en annexe 5.

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

9.1.2. Bénéficiaires

Au moment de son Affiliation, l’Affilié peut désigner le ou les bénéficiaires de son choix dans la Demande Individuelle d’Affiliation. À défaut de choix, la clause bénéficiaire retenue est la suivante :

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

- le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) de l’affilié,
- à défaut les enfants nés ou à naître de l’Affilié, par parts égales entre eux, vivants ou représentés,
- à défaut les héritiers de l’Affilié. »

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 ou les bénéficiaires sont nommément désignés, la clause doit indiquer leurs noms (nom de naissance et le cas échéant nom marital), prénoms, dates

de naissance, lieux de naissance, et coordonnées complètes. 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 ou les bénéficiaires

MODALITÉS D’ACCEPTATION

Du vivant de l’Affilié :

Au terme du délai de renonciation de 30 jours prévu à l’article 5, 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. 224-4 du Code monétaire et financier ou modifier le libellé de la clause bénéficiaires qu’avec l’accord du ou des bénéficiaires acceptants.

9.2. Pour la part des droits correspondant à un complément de revenus en cours de service au jour du décès de l’Affilié

Au décès de l’Affilié, une prestation est versée à la ou aux personnes désignée(s) uniquement si l’Affilié avait choisi l’option Réversion ou l’option Annuités Garanties au moment de la demande de mise en place de son complément de revenus à vie.

9.3. Transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations

Conformément à l’article L132-27-2 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 des prestations ou du capital 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. Le dépôt intervient dans le mois suivant l’expiration de ce délai.

À défaut d’échéance du contrat ou de prise de connaissance par l’assureur du décès de l’assuré, lorsque la date de naissance de l’assuré remonte à plus de 120 années et qu’aucune opération n’a été effectuée à l’initiative de l’assuré au cours des 2 dernières années, l’assureur est tenu de rechercher le bénéficiaire et, si cette recherche aboutit, de l’aviser de la stipulation effectuée à son profit. Si cette recherche n’aboutit pas, les sommes dues au titre de ces contrats sont transférées à la Caisse des dépôts et consignations au terme d’un délai de dix ans à compter de la date du 120^e anniversaire de l’assuré, après vérification de sa date de naissance par l’assureur. Le dépôt intervient dans le mois suivant l’expiration de ce délai.

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’État.

10. Rachats exceptionnels

10.1. Rachat exceptionnel en vue de l'acquisition de la résidence principale

Dans le cas de l'acquisition de la résidence principale, l'Affilié peut demander le rachat sous forme de capital de tout ou partie de ses droits, dans les conditions prévues à l'article L. 224-4 du Code monétaire et financier.

Conformément à ces dispositions, les éventuels droits correspondants à des versements obligatoires (sommes mentionnées au 3° de l'article L. 224-2 du Code monétaire et financier) issus d'un transfert entrant ne peuvent être rachetés pour ce motif.

Le rachat anticipé des droits intervient sous la forme d'un versement unique qui porte, au choix de l'Affilié, sur tout ou partie des droits susceptibles d'être rachetés. Le montant du rachat est calculé selon les modalités définies en annexe 5.

10.2. Autres cas de rachat exceptionnel

Conformément à l'article L. 224-4 du Code monétaire et financier, l'Affilié peut demander le rachat de ses droits en cours de constitution, dans les cas suivants :

- Le décès du conjoint du titulaire ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- L'invalidité du titulaire, de ses enfants, de son conjoint ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Cette invalidité s'apprécie au sens des 2° et 3° de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale ;
- La situation de surendettement du titulaire, au sens de l'article L. 711-1 du Code de la consommation ;
- L'expiration des droits à l'assurance chômage du titulaire, ou le fait pour le titulaire d'un plan qui a exercé des fonctions d'administrateur, de membre du directoire ou de membre du 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 deux ans au moins à compter du non-renouvellement de son mandat social ou de sa révocation ;
- La cessation d'activité non salariée du titulaire à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire en application du titre IV du livre VI du Code de commerce ou toute situation justifiant ce retrait ou ce rachat selon le président du tribunal de commerce auprès duquel est instituée une procédure de conciliation mentionnée à l'article L. 611-4 du même Code, qui en effectue la demande avec l'accord du titulaire.

Le rachat anticipé des droits intervient sous la forme d'un versement unique qui porte, au choix de l'Affilié, sur tout ou partie des droits susceptibles d'être rachetés. La valeur de rachat correspond à la valeur de sortie en capital ou à la valeur de transfert définies en annexe 5.

11. Transfert individuel sortant vers un autre Plan Epargne Retraite

Conformément à l'article L.224-6 du Code monétaire et financier, l'Affilié peut demander à transférer ses droits individuels en cours de constitution vers tout autre Plan Epargne Retraite.

La valeur de transfert des droits est alors égale à la valeur de sortie en capital à l'échéance définie en annexe 5. Une fois la valeur de transfert communiquée par l'Assureur, l'Affilié dispose d'un délai de quinze jours pour renoncer au transfert.

L'Assureur disposera d'un délai de deux mois pour transmettre au nouveau gestionnaire les sommes et les informations nécessaires à la réalisation du transfert.

Ce délai s'appliquera à compter de la réception par l'Assureur de la demande de transfert et, le cas échéant, de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au transfert.

12. Formalités à remplir pour percevoir une prestation

La mise en paiement d'une prestation de retraite (capital, complément de revenus à vie, rente de réversion, annuités garanties) intervient sur demande formulée par l'Affilié ou par 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 :

En cas de prestation de retraite :

- pour l'Affilié qui n'a pas atteint l'âge légal de départ à la retraite mentionné à l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale, le justificatif de la liquidation de sa pension dans un régime de retraite de base ;
- une demande formelle de prestations, mentionnant les modalités de prestations, le ou les types de versements concernés et l'option exercée par l'Affilié ;
- un document d'état civil ;
- un relevé d'identité bancaire ;
- et tout autre document nécessaire à l'Assureur pour la mise en place de la prestation.

En cas de décès de l'Affilié :

- 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.

En cas de rachat exceptionnel mentionné à l'article 10 il conviendra de remettre à l'Assureur, selon le cas :

- un document justifiant de l'état civil de l'Affilié ;
- un document émanant de Pôle Emploi attestant la fin de droit au chômage ;
- une copie du jugement de liquidation ou du courrier émanant du Président du Tribunal de Commerce demandant le rachat ;
- la notification du classement d'invalidité de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie au sens de l'article L341-4 du Code de la sécurité

sociale au titre d'un régime obligatoire et un document officiel justifiant le lien de parenté avec l'Affilié dans le cas de l'invalidité de son conjoint, de ses enfants ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité;

- pour les mandataires sociaux : une attestation sur l'honneur datée et signée de non-liquidation de votre pension vieillesse du régime obligatoire et d'absence de contrat de travail et de mandat social depuis au moins deux ans à compter du non-renouvellement de votre mandat ou de votre révocation ainsi qu'une copie certifiée conforme du document prouvant le non-renouvellement de votre mandat ou votre révocation.
- l'acte de décès et un document officiel justifiant le lien de parenté avec le défunt (copie ou extrait d'acte de naissance, photocopie du livret de famille, acte de mariage si vous étiez son conjoint,...).
- un courrier émanant du Président de la commission de surendettement des particuliers ou du juge ;
- la photocopie du compromis de vente ou de l'acte notarié d'acquisition précisant le montant et la date d'acquisition ou du contrat de vente en l'état futur d'achèvement (VEFA) ou le procès-verbal de livraison du bien ainsi qu'une attestation sur l'honneur précisant qu'il s'agit de la résidence principale à usage personnel et immédiat, que la somme demandée ne dépasse pas le coût global diminué de l'apport personnel et du montant des prêts obtenus, que l'Affilié s'engage à restituer les fonds en cas de non réalisation de l'opération.

III : DISPOSITIONS COMMUNES

13. Durée du contrat collectif

Le contrat collectif est conclu pour la période couverte par le plan de consolidation soit au plus tard le 31 décembre 2030. 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 15 de la présente Notice. Cette résiliation n'a aucun effet sur les droits acquis au titre des cotisations versées.

14. Affiliation par vente à distance

Les frais afférents aux techniques de communication à distance sont à la charge de l'Affilié. Ainsi, l'Affilié supporte 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.

15. Résiliation du contrat collectif et 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 première présentation 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 dans

la présente Notice d'information, et les prestations en cours continueront à être servies aux conditions prévues.

Le C.G.O.S pourra, à l'issue d'un délai de préavis de dix-huit mois à compter de la demande de résiliation, 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 à cette date 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^o 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 8 à 12 de la présente Notice, et il ne sera plus possible de verser des cotisations.

16. Gouvernance

Pour la détermination des paramètres techniques du R2, le schéma décisionnel est le suivant :

L'Assureur établit annuellement ou sur simple demande du C.G.O.S :

- une étude actuarielle prospective sur l'évolution de la CRH ;
- les états comptables et statistiques ;
- l'ensemble des états statistiques inhérents aux Affiliés et aux allocataires ;
- un rapport sur la gestion financière des placements.

L'ensemble de ces études et documents est transmis au C.G.O.S.

L'Assureur fixe l'ensemble des paramètres techniques de telle sorte que le service des prestations soit garanti et transmet immédiatement ses décisions au C.G.O.S.

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'ACPR avant de prendre une décision définitive.

17. Réserves du régime

17.1. 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 et les prestations sous forme de capital.

Le montant des rentes annuelles garanties est égal au produit du nombre de points, net des éventuels coefficients d'âge, de réversion et de choix d'option de rente (réversion ou annuités garanties), par la valeur de service de ces points, diminué du montant de cotisation 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 ;
- et selon l'année d'acquisition de ces points.

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

17.2. Provisions Techniques

Les provisions techniques du régime sont constituées conformément au décret n° 2008-284 du 26 mars 2008.

18. Participation aux bénéfices

18.1. Définition de la participation aux bénéfices

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 bénéfices qui augmente les provisions techniques. La participation aux bénéfices 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, définie à l'article 19 ;
- la contribution visée à l'article 19 au Fonds de promotion destiné à financer la communication et la promotion de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers ;
- la contribution visée à l'article 19 au Fonds de fonctionnement destiné à financer les dépenses administratives de fonctionnement de la CRH par le C.G.O.S.

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.

18.2. Participation aux bénéfices du R1

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

18.3. Participation aux bénéfices du R2

La part de participation aux bénéfices résultant des produits financiers du R2 qui excède le taux de couverture conventionnel de 113 % après revalorisation vient majorer la participation aux bénéfices du R1.

Le transfert de participation des bénéfices du R2 vers le R1 ne saurait toutefois excéder 50 % des produits financiers du R2. Le taux de couverture conventionnel 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 calculés dans les conditions définies à l'article 17 ;

Le solde est destiné au R2.

Si le solde d'un 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.

19. Frais

19.1. Frais de gestion

Définition de la notion de « rémunération globale » :

On entend par « rémunération globale » :

- les frais réellement perçus par l'Assureur en numéraire,
- 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.

19.2. 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) :

VALORISATION DES FRAIS DE GESTION						
ANNÉE						
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
16,28	16,61	16,96	17,31	17,66	18,01	18,36

VALORISATION DES FRAIS DE GESTION						
ANNÉE						
2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
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.

Au titre de 2024, le ratio de frais, rapporté aux provisions techniques, est de 0,60 %.

Dispositions applicables à compter de la viagerisation du régime et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2030. 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 Code de Procédure Civile applicables en matière d'arbitrage.

Contribution de l'Assureur à la viagerisation du régime

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 cinq cent quarante-six (546) millions d'euros sur la période courant du 1^{er} avril 2008 au 31 décembre 2030.

La contribution sera réglée par l'Assureur au R1 à l'expiration de chaque exercice.

Dans le cas où la viagerisation du régime serait atteinte avant le 31 décembre 2030, la contribution de l'Assureur 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 %.

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.

19.3. 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 droits du R1 et avec l'accord de l'Assureur pour ce qui concerne les droits du R2.

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 versée annuellement par l'Assureur.

Cette contribution 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 4,91 millions d'euros au titre de 2023, 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 18.

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 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.

20. Fonds social

Un Fonds social a été institué à destination des cotisants et allocataires de rente. Son fonctionnement et sa gestion sont confiés au C.G.O.S. Ce fonds, en procédure d'extinction, est identifié dans les comptes de l'entité CRH gérés par le C.G.O.S, comme une dette envers le Régime. La reprise du fonds social vient alimenter les produits financiers du R1.

Ce fonds sera définitivement clôturé au plus tard le 31/12/2023.

21. Dispositions législatives et réglementaires

21.1. Cadre juridique et fiscal

La Complémentaire Retraite des Hospitaliers est régi par :

- le décret n° 2008-284 du 26 mars 2008 ;
- le Code monétaire et financier ;
- le Code des assurances ;
- l'article 163 quater viciés du Code général des impôts, qui prévoit que sont déductibles du revenu net global imposable, dans certaines conditions et limites, 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 et des collectivités territoriales.

Sa mise en œuvre relève du 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 l'Assureur. 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 et régissent leurs rapports avec le C.G.O.S et l'Assureur.

21.2. 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.

Y figurent notamment les informations suivantes :

- le nombre de points acquis ;
- la valeur de sortie en capital acquise en euros ;
- la valeur de service des points acquis déterminée conformément à l'article 16 ;
- les modalités de transfert des droits en cours de constitution dans un autre Plan Epargne Retraite ;
- le montant et la fréquence de paiement de la rente pour les allocataires.

21.3. Information à compter de la cinquième année avant l'échéance

À compter de la cinquième année précédant l'âge légal de départ à la retraite, l'Affilié peut interroger par tout moyen l'Assureur afin de s'informer sur ses droits et sur les modalités de restitution de l'épargne appropriées à sa situation. Six mois avant le début de cette période de cinq ans, l'Assureur informera l'Affilié de la possibilité susmentionnée.

21.4 Information à la demande

En application de l'article A.143-2 du Code des assurances, l'affilié a la possibilité, sur simple demande auprès de son Centre de Solutions Clients, d'obtenir :

- le rapport de gestion et les comptes annuels relatifs à la ou aux comptabilités auxiliaires d'affectation mentionnées aux articles L. 143-4 et L. 381-2 ;
- le rapport indiquant la politique de placement et les risques techniques et financiers correspondants mentionné à l'article L. 143-2-2 ;
- les modalités d'exercice du transfert ;
- le montant dû en cas d'exercice de la faculté de rachat lorsque survient l'un des événements mentionnés à l'article L. 132-23 ;
- pour les contrats dont les garanties sont exprimées en unités de compte et pour lesquels une option d'investissement est active, des informations supplémentaires sur cette option d'investissement et les supports correspondants ;

- une description des options à votre disposition pour obtenir le versement de vos prestations ;
- le niveau que les prestations de retraite doivent atteindre, le cas échéant, ainsi que des informations sur les hypothèses utilisées pour estimer les montants exprimés en rente viagère, en particulier le taux technique, le type de prestation et la durée moyenne de la rente selon la table utilisée.

L'assureur doit communiquer à l'affilié ces informations dans un délai qui ne peut excéder un mois.

21.5 Information sur la situation financière de l'assureur

Les informations concernant la situation financière de l'assureur sont disponibles sur le site internet allianz.fr ou sur demande auprès de votre conseiller.

21.6 Informations sur la prise en compte des incidences négatives en matière de durabilité dans les décisions d'investissement

Le règlement Disclosure impose aux entreprises d'assurance des obligations de transparence en matière de durabilité de manière générale en particulier sur la prise en compte des incidences négatives en matière de durabilité dans leur politique d'investissement en qualité d'acteurs des marchés financiers.

1. Manière dont les risques de durabilité sont intégrés dans les décisions d'investissement

Les risques de durabilité définis par la réglementation, recouvrent des événements ou conditions environnementaux, sociaux ou de gouvernance (ESG) qui, s'ils se produisent, peuvent potentiellement avoir des impacts négatifs importants sur les actifs, la rentabilité ou la réputation d'Allianz Retraite ou de l'une des sociétés du groupe Allianz. À titre d'exemples, parmi les risques ESG visés se trouvent le changement climatique, le déclin de la biodiversité, la violation du droit du travail et la corruption.

Allianz Retraite s'est dotée d'une politique d'investissement ESG qui comporte des exigences en matière d'investissement et de prise en compte des risques de durabilité. Elle peut porter, par exemple sur la lutte contre le réchauffement climatique, le droit des salariés ou la lutte contre la corruption.

Au sein d'Allianz Retraite, les décisions concernant la gestion actif-passif, la stratégie d'investissement, le suivi des investissements et la gestion des risques sont prises par l'équipe d'investissement Allianz Investment Management (AIM France). Elle s'assure que les risques de durabilité sont pris en compte tout au long du processus de décisions. Pour mener à bien l'activité d'investissement des actifs R1 & R2, AIM France collabore avec des gestionnaires d'actif qu'elle a soigneusement sélectionnés pour leur respect des exigences imposées par la politique d'investissement d'Allianz Retraite.

AIM France suit une approche d'intégration ESG complète et bien fondée en ce qui concerne les investissements des actifs R1 & R2 d'Allianz Retraite.

Cette approche comprend les éléments suivants :

1. La sélection, le mandat et le suivi des gestionnaires d'actifs ;
2. L'identification, l'analyse et le traitement des risques ESG potentiels ;
3. L'engagement actionnarial et la politique de vote⁽¹⁾ ;

4. L'exclusion de certains secteurs et entreprises dont les activités contreviennent au respect et à l'application de notre politique ESG ;
5. La prise en compte des risques liés aux changements climatiques et l'engagement en matière de décarbonation (Accord de Paris sur le climat de 2015)

Chacun de ces points est détaillé au sein de la politique ESG, publiée sur le site :

www.allianz.fr/content/dam/onemarketing/azfr/common/marque/pdf/Reglement_SFDR_20210310_publication_au_titre_de_lart_3.pdf

2. Résultats de l'évaluation des incidences probables des risques de durabilité sur le rendement des produits financiers que nous mettons à disposition

Pour les actifs R1 & R2, Allianz Retraite investit, conformément à la loi, dans une combinaison diversifiée d'actifs grâce à des systèmes internes de gestion des risques comme des limitations par classe d'actif et par émetteur.

Cela permet de minimiser l'impact du risque potentiel de durabilité des investissements au sein de sociétés ou des investissements individuels.

De plus la mise en place de mesures de protection, comme par exemple l'existence de réserves pour les primes futures ou des provisions pour les remboursements de primes d'assurance, permettent de ne pas impacter les rendements cumulés des produits d'assurance dans l'immédiat lors de variations de la valeur des actifs.

- (1) Les droits de vote attachés aux fonds en actions de cet actif sont exercés par les gestionnaires d'actif.

22. La protection de vos données personnelles

Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes prospect, Affilié, bénéficiaire ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre affiliation au contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre affiliation au contrat et respecter nos obligations légales

Vos données personnelles nous sont indispensables pour vous identifier comme pour conclure et exécuter votre affiliation au contrat et la gérer. Elles sont également nécessaires à l'Association souscriptrice, le C.G.O.S., pour le suivi de votre affiliation à la CRH.

Vos données de santé font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux vous connaître et vous servir

En nous permettant de mieux vous connaître, vos données nous aident à vous présenter et/ou vous proposer des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation...

Avec votre accord express, vos données peuvent servir également un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et le C.G.O.S. Mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre affiliation au contrat : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des mesures spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces mesures, écrivez-nous à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou nous n'avons pas pu conclure une affiliation ensemble, nous conservons vos données : 3 ans après le dernier contact entre vous et Allianz ou le C.G.O.S.

Vous êtes Affilié : nous conservons vos données tout au long de la vie de votre affiliation au contrat. À son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Pourquoi utilisons-nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web. Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de connexion sont reconnues. Et vos pages sont plus rapidement chargées.

Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle ;
- le droit d'accès et de rectification, quand vous le souhaitez ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre mort. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en oeuvre sur simple demande.

Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « *Qui est en charge de vos données ?* »

Enfin, le site de la CNIL vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles : www.cnil.fr.

Qui est en charge de vos données ?

Allianz Retraite
Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire
régis par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 101 252 544,51 €
1, cours Michelet
CS 30051
92076 Paris La Défense Cedex
824 599 211 RCS Nanterre
www.allianz.fr

Comment exercer vos droits ?

Pour vous opposer à l'utilisation de vos données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, vous pouvez nous solliciter directement ou écrire à la Protection des Données Personnelles (DPO). Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au paragraphe « Vos contacts ». En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la CNIL.

Vos contacts ?

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple, il vous suffit d'écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier S1805 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

23. 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. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L125-1, sont prescrites par cinq 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, notwithstanding 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 débiteurssolidaires 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.

24. Relation client et médiation

Votre réclamation doit nous être adressée par écrit (courrier postal ou courriel) à moins que la réclamation que vous avez formulée par oral ou via une messagerie instantanée n'ait été résolue entièrement et immédiatement.

En cas de difficultés, nous vous invitons à consulter d'abord votre interlocuteur commercial habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit :

- d'effectuer votre réclamation directement sur le site :
<http://www.allianz.fr>,
- ou d'adresser un courrier à Allianz relations Clients - Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Nous accuserons réception de votre réclamation écrite dans les 10 jours ouvrables à compter de son envoi et nous vous apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de 2 mois.

Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite :

- par courrier :
La Médiation de l'Assurance -
TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- par voie électronique :
<http://www.mediation-assurance.org>.

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de votre première réclamation écrite auprès de nos services.

Vous avez toujours la possibilité d'intenter toute action en justice.

ANNEXES, VOIR PAGES SUIVANTES.

IV : ANNEXES

ANNEXE 1 : PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS TYPES DE VERSEMENTS (EN NUMÉRAIRE ET PAR TRANSFERT)

	« Versements volontaires déductibles »	« Versements volontaires non déduits »	« Versements issus de l'épargne salariale* »	« Versements obligatoires de l'entreprise ou du salarié s'agissant des PER d'entreprise à adhésion obligatoire »
Versements en numéraire autorisés ?	Oui (par défaut)	Oui sur les versements libres uniquement (sur option irrévocable de l'Affilié au plus tard lors du versement)	Non	Non
Transferts entrants autorisés ?	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiscalité applicable sur le versement	Déductible du revenu net global soumis à l'impôt sur le revenu (article 163 quater viciés du Code général des impôts)	Non déduits du revenu net global soumis à l'impôt sur le revenu	Sans objet	Sans objet

* On vise ici les versements de participation aux résultats de l'entreprise, intéressement, abondements de l'employeur aux plans d'épargne salariale, droits inscrits au compte épargne-temps ou, en l'absence de compte épargne-temps dans l'entreprise et dans des limites fixées par décret, sommes correspondant à des jours de repos non pris, s'agissant des PER d'entreprise.

ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DES FORMES DES PRESTATIONS PAR TYPES DE VERSEMENTS

	« Versements volontaires déductibles »	« Versements volontaires non déduits »	« Versements issus de l'épargne salariale* »	« Versements obligatoires de l'entreprise ou du salarié s'agissant des PER d'entreprise à adhésion obligatoire »
Faculté de sortie en capital (totale ou partielle) à l'échéance	Oui (sauf choix de sortie irrévocable en rente)	Oui (sauf choix de sortie irrévocable en rente)	Oui (sauf choix de sortie irrévocable en rente)	Non
Faculté de sortie en rente à l'échéance	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiscalité sur la sortie en capital	Fiscal : Impôt sur le revenu au barème progressif sans abattement sur la part correspondant aux versements + prélèvement forfaitaire unique sur la part correspondant aux produits Social : Prélèvements sociaux «produits de placement» sur la part correspondant aux produits.	Fiscal : Prélèvement forfaitaire unique sur la part correspondant aux produits Social : Prélèvements sociaux «produits de placement» sur la part correspondant aux produits.	Fiscal : Exonération d'impôt sur le revenu Social : Prélèvements sociaux «produits de placement» sur la part correspondant aux produits.	Non concerné
Fiscalité sur la sortie en rente	Fiscal : Rente viagère à titre gratuit ⁽¹⁾ Social : Prélèvements sociaux «produits de placement» sur la part de la rente correspondant à une rente viagère à titre onéreux	Fiscal : Rente viagère à titre onéreux ⁽²⁾ Social : Prélèvements sociaux «revenus du patrimoine» sur la part imposable de la rente	Fiscal : Rente viagère à titre onéreux Social : Prélèvements sociaux «revenus du patrimoine» sur la part imposable de la rente	Fiscal : Rente viagère à titre gratuit Social : Prélèvements sociaux «revenus de remplacement» sur l'intégralité de la rente

* On vise ici les versements de participation aux résultats de l'entreprise, intéressement, abondements de l'employeur aux plans d'épargne salariale, droits inscrits au compte épargne-temps ou, en l'absence de compte épargne-temps dans l'entreprise et dans des limites fixées par décret, sommes correspondant à des jours de repos non pris, s'agissant des PER d'entreprise.

(1) Impôt sur le revenu au barème progressif après abattement de 10 % (plafonné).

(2) Impôt sur le revenu au barème progressif après abattement de 30 ou 70 % selon l'âge au moment de l'entrée en jouissance de la rente.

ANNEXE 3 : COEFFICIENTS D'ÂGE APPLIQUÉS SUR LES VERSEMENTS VOLONTAIRES LIBRES ET LES TRANSFERTS ENTRANTS

Des coefficients d'âge majorant le prix d'achat du point pour les versements libres et les transferts entrants sont appliqués uniquement en cas de perception de l'épargne retraite sous forme de complément de revenus versés à vie (rente). Ces coefficients sont les suivants :

Âge atteint sur l'exercice de cotisations	Coefficient d'âge
47 ans et moins	pas de coefficient d'âge
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

Âge atteint sur l'exercice de cotisations	Coefficient d'âge
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

Les coefficients d'âge impactent le calcul du nombre de points servant à définir le montant de la rente de la manière suivante :
nombre de points = montant du versement / (valeur d'achat x coefficient d'âge). En cas de perception de l'épargne retraite sous forme de capital, aucun coefficient d'âge vient impacter le montant du versement .

ANNEXE 4 : EXPRESSION DES DROITS

Exemple 1 :

un Affilié de 45 ans effectue un versement libre déductible de 1000 euros sur son Plan Epargne Retraite du C.G.O.S. La valeur d'achat du point de l'exercice est fixée à 14.77 euros.

Après le versement :

Nombre de points attribué :
 $1000 / (14.77 \times 1) = 68$ points

Droits sous forme de capital : 1000 euros

Exemple 2 :

un Affilié de 62 ans demande une prestation en capital pour un montant de 500 euros.

Droits de l'Affilié avant la prestation :

Nombre de points : 170 points

Droits sous forme de capital : 2500 euros

La prestation correspond à : $500/2500 = 20\%$ des droits sous forme de capital.

Droits de l'Affilié après la prestation :

Droits en capital = $2500 - 500 = 2000$ euros
Nombre de points = $170 \times (1-20\%) = 136$ points

ANNEXE 5 : VALORISATION DES DROITS EN CAS DE SORTIE EN CAPITAL DE TRANSFERT OU DE RACHAT EXCEPTIONNEL

La valorisation des droits de l'Affilié en cas de sortie sous forme de capital de transfert ou de rachat exceptionnel est égale à la somme des versements revalorisés annuellement et nette de frais. L'indice de revalorisation des versements brut de frais est positif ou nul. Il est défini annuellement conformément à la gouvernance définie à l'article 16 et communiqué à l'Affilié dans son relevé annuel d'information.

Lorsque le rapport entre la somme de la provision technique spéciale et des plus ou moins-values latentes des actifs en représentation de la provision technique spéciale, et la provision mathématique théorique est strictement inférieur à 110 %, la valorisation des droits en cas de sortie en capital est égale au produit de la provision technique spéciale et du rapport entre :

- Les droits individuels de l'Affilié calculés sur la même base technique que la provision mathématique théorique contractuelle ;
- La provision mathématique théorique contractuelle.

Cette valeur ne peut excéder la somme des versements revalorisés nette de frais.

La valeur ainsi calculée peut être réduite de la différence, lorsqu'elle est positive, entre cette même valeur et un montant égal au produit entre :

- la valeur de réalisation des actifs détenus au sein de la comptabilité auxiliaire réduite de la proportion de la PTS rapportée aux provisions constituées conformément au décret n° 2008-284 du 26 mars 2008;
- le rapport entre les droits individuels de l'Affilié calculés sur la même base technique que la provision mathématique théorique contractuelle et cette même provision mathématique théorique contractuelle.

Cette réduction de la valeur de transfert ne peut toutefois excéder 15 % de la valeur des droits individuels de l'Affilié calculés selon la même base technique que la provision mathématique théorique mentionnée.

Le calcul est effectué sur la base du dernier arrêté des comptes disponible, tout en intégrant les cotisations qui auraient été versées au-delà de cet arrêté.

