COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS
L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S

AUGMENTEZ VOTRE COTISATION pour bénéficier d'un complément de retraite plus important !

Vous cotisez actuellement à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers au taux de 2,5 %, 3,5 % ou 4,5 % de votre salaire mensuel brut de base. **Savez-vous que vous pouvez modifier ce taux à tout moment, sans aucun frais ?**

Document à compléter et à retourner à l'adresse suivante, sans affranchissement :
C.G.O.S - CRH LIBRE REPONSE - 54859 - 75642 PARIS CEDEX 13

C.G.O.S action sociale & solidaire — COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S — Allianz

Votre déclaration personnelle d'augmentation de cotisation à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH).

Je soussigné(e) : ☐ Mme ☐ M. (cochez la case correspondante)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Né(e) le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Numéro certificat Complémentaire Retraite des Hospitaliers (obligatoire) : ☐☐☐☐☐☐

RÉSERVÉ AUX AGENTS AFFILIÉS D'UN ÉTABLISSEMENT RELEVANT DU C.G.O.S OU DE L'AP-HP

☐ **OUI, je souhaite augmenter mon taux de cotisation**
(cochez la case correspondante ci-dessous)

Je cotise actuellement au taux de :
☐ 2,5 % ☐ 3,5 % ☐ 4,5 % ☐ 5,5 %

Je souhaite porter ce taux de cotisation à :
☐ **3,5 %** ☐ **4,5 %** ☐ **5,5 %**

Numéro C.G.O.S (obligatoire) : ☐☐☐☐☐☐☐ Lettre ☐

Nom complet et adresse de l'établissement :

.....

.....

.....

RÉSERVÉ AUX « ISOLÉS » ET CONJOINTS D'AGENTS

OUI, je souhaite augmenter ma cotisation
Choisissez le montant de cotisation le plus adapté à votre situation, allant de 20 € à 500 € :

Montant de cotisation choisi : ☐☐☐,☐☐ €

☐ J'accepte que les données personnelles communiquées dans le cadre de ma demande de dossier d'affiliation à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers soient transmises au C.G.O.S, qui les traite afin d'instruire ma demande.*Conformément au Règlement Général de la Protection des Données et à la loi N°78-17 modifiée du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations recueillies ne seront utilisées et ne feront l'objet de communications extérieures que pour les seules nécessités de la gestion et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.
**Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la Politique de Protection des Données de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers présente sur le site CRH (https://crh.cgos.info/mentions-legales).*

DATE DE MISE EN PLACE DE CETTE AUGMENTATION DE COTISATION

à la date : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (rétroactivité possible, au plus tôt le 1er janvier de l'année en cours)

Fait à .....

le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature de l'Affilié, précédée de la mention "Lu et approuvé"

Si vous ne souhaitez pas de cadeau, *cochez la case ci-contre.* ☐

CHOISISSEZ VOTRE CADEAU

J'ai bien noté qu'en augmentant mes cotisations, je bénéficierai, au choix, d'un cadeau.

1 CADEAU au choix

☐ **MAXI CUISINE**
1 an (8 numéros)

☐ **AVANTAGES**
6 mois (6 numéros)

☐ **SCIENCES & AVENIR**
6 mois (6 numéros, ou 5 dont 1 numéro double)

☐ **1 GOURDE EN VERRE ET ACIER 52 CL**
avec housse en silicone colorée (photo non contractuelle)

POUR OBTENIR VOTRE CADEAU, REMPLISSEZ CE BULLETIN LISIBLEMENT
(cochez la case correspondante)

☐ Mme ☐ M.

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code Postal : ☐☐☐☐☐

Ville : .....

.....

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(obligatoire)

Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ B5

Offre valable au 1er janvier 2024. Abonnement (France métropolitaine hors DOM-TOM) mis en place sous 8 semaines maximum, après validation de votre augmentation de taux. En cas de modification des conditions de diffusion imposée par un éditeur un autre magazine vous serait proposé en remplacement.

Plus d'informations sur votre Plan d'Épargne Retraite
crh.cgos.info
0 800 005 944 Service & appel gratuits

Réf : INT AUG 000 000 2401