C.G.O.S action sociale & solidaire

COMPLÉMENTAIRE RETRAITE des Hospitaliers
Le Plan liberté du C.G.O.S

Allianz

VOTRE DEMANDE INDIVIDUELLE D'AFFILIATION

Réservée aux agents hospitaliers

Si vous souhaitez vous affilier à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH), veuillez compléter ce document dans son intégralité et le retourner sans l'affranchir à l'adresse suivante :

Complémentaire Retraite des Hospitaliers
Libre réponse 41 524 - 91973 Courtaboeuf Cedex

Cadre réservé à Allianz
Code n° :
Certificat :

1 Votre affiliation

Je soussigné(e) (cocher la case correspondante) ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : .....
Prénom : .....
Nom de naissance : .....
Adresse personnelle : .....
.....

Année d'entrée dans la Fonction publique hospitalière : |_|_|_|_|

Nom complet et adresse de l'établissement : .....
.....
Pays : .....

demande à m'affilier à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information de la CRH. Je précise que je suis en activité de service à ce jour (présent à mon poste). Je certifie l'exactitude de mes déclarations.

Numéro C.G.O.S : |_|_|_|_|_|_|_| Lettre |_|
Né(e) le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Commune de naissance : .....
.....
.....
Département de naissance : |_|_|_|
Pays de naissance : .....
E-mail : .....
Téléphone : .....
Pays de la résidence fiscale : .....
N° de sécurité sociale :
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé |_|_|

2 Recouvrement des cotisations* versées à Allianz

Je soussigné(e) (cocher la case correspondante) ☐ Madame ☐ Monsieur
Nom : .....
Prénom : .....
Nom de naissance : .....
Adresse personnelle : .....
.....
Né(e) le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Exerçant les fonctions de.....
À (indication du nom complet et adresse de l'établissement) .....
.....
.....

autorise que cette cotisation soit prélevée d'office sur ma rémunération et versée par l'organisme Payeur à : Allianz Vie FONDS HOSPITALIERS, Banque Postale N° 3094599K033. Cette demande peut prendre effet immédiatement ou, au plus tard, dans les deux mois suivant celui de sa réception par l'administration dont je relève. Elle demeurera valable, sauf si je perds mon droit à rémunération totale ou partielle, pour toute la durée de la convention souscrite entre le C.G.O.S et Allianz Vie. Cette cotisation sera déductible du revenu net global imposable.

Je choisis un taux de cotisation égal à

☐ 2,50% ☐ 3,50% ☐ 4,50% ☐ 5,50%

de mon salaire brut mensuel de base.

Date souhaitée de 1ère cotisation :

mois |_|_| année |_|_|_|_|

Pour les agents travaillant à temps partiel

(répondre uniquement si vous êtes concerné(e)) :

Je souhaite cotiser sur la base
☐ d'un temps partiel
☐ d'un temps plein.

Réf : DAS INT 000 000 20 02

* Règlement des versements volontaires programmés mensuels à Allianz

COMPLÉTEZ AUSSI LA PARTIE 3 (page suivante)
ET SIGNEZ LA PARTIE 5 DE CETTE DEMANDE INDIVIDUELLE D'AFFILIATION

C.G.O.S action sociale & solidaire

COMPLÉMENTAIRE RETRAITE des Hospitaliers
Le Plan liberté du C.G.O.S

Allianz

VOTRE DEMANDE INDIVIDUELLE D'AFFILIATION

Réservée aux agents hospitaliers

3 Garantie en cas de décès

En cas de décès de l'affilié avant mise en prestation de l'intégralité des droits, une prestation sera versée sous forme de capital aux bénéficiaires ci-après désignés. Lorsque le(s) bénéficiaire(s) est(sont) nommément désigné(s), la clause doit indiquer leurs noms, prénoms, date de naissance, lieu de naissance, nom de naissance et coordonnées. Ces informations, utilisées par l'assureur en cas de décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche du(des) bénéficiaire(s).
Désignation de plusieurs bénéficiaires : si les bénéficiaires sont désignés en rangs successifs, il convient d'indiquer «à défaut» entre chacun d'eux. Si les bénéficiaires sont désignés conjointement, il convient de préciser «par parts égales entres eux» ou le pourcentage du capital à répartir entre eux.

.....

.....

.....

.....

.....et à défaut les héritiers de l'affilié.

À défaut de désignation, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès seront :
- le conjoint de l'affilié 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'affilié.

Information sur la désignation du concubin : Il est rappelé que votre concubin ne fait pas partie des bénéficiaires désignés dans la clause type. La qualité de concubin étant difficile à établir, vous pouvez désigner nominativement votre concubin afin de faciliter le versement des capitaux décès. Il faudra alors veiller à faire évoluer votre clause bénéficiaire si votre situation change et que vous n'êtes plus en concubinage avec la personne désignée bénéficiaire.

4 Informations complémentaires

En vertu de l'article L.132-5-1 du Code des Assurances, vous disposez de la faculté de renoncer à votre affiliation pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle vous avez été informé que votre affiliation est conclue. Cette date correspond à la date de signature de la demande individuelle d'affiliation. La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à Allianz à l'adresse suivante : Allianz Vie - Centre de Solutions Clients Collectives Retraite - Centre de service Hospitaliers - TSA 21006 - 67018 Strasbourg Cedex. *Modèle de lettre de renonciation* : "Messieurs, Je déclare renoncer à mon affiliation à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers. Je demande le remboursement des cotisations versées (..... €) dans un délai de 30 jours. Je vous rappelle ci-après mes coordonnées : Nom, Prénom, N° code établissement ..... N° de certificat ..... Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes sentiments distingués. Date et signature". À réception de la lettre recommandée par l'assureur, l'affiliation au contrat et toutes ses garanties prennent fin. La (les) cotisation(s) sera(ont) remboursée(s) dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

5 Signature

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information de la CRH et de la mention sur la renonciation située au point 4.

Fait à .....

Le.....

Signature de l'affilié(e) :

Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons pour la gestion de cette affiliation et pour notre relation commerciale. Elles sont destinées prioritairement aux entreprises du Groupe Allianz mais aussi aux différents organismes et partenaires directement impliqués dans votre contrat. Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.
Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.
Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le Délégué à la Protection des Données Personnelles (DPO) pour toute information ou contestation (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit de nous 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.Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.
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.340 234 962 R.C.S Nanterre. Autorité chargée du contrôle de Allianz : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
C.G.O.S - Comité de Gestion des OEuvres Sociales des Etablissements Hospitaliers Publics, association loi 1901 (déclarée sous le numéro 60/1.030 à la préfecture de Paris).

N'OUBLIEZ PAS DE RENSEIGNER LA PARTIE «VOTRE CADEAU DE BIENVENUE» en page 3

CHOISISSEZ LE CADEAU
POUR VOUS SOUHAITER LA BIENVENUE

Je m'affilie et je choisis mon cadeau : un e-coffret Wonderbox ou un abonnement

(cochez la case de votre choix)

UN E-COFFRET WONDERBOX
COCHEZ L'E-COFFRET CHOISI :

❑ e-**coffret « Bulle de bien-être »**
(8000 massages & soins pour 1 à 2 personnes dans toute la France)

❑ e-**coffret « Bistrots et saveurs »**
(1100 repas pour 2 personnes dans toute la France)

❑ e-**coffret « Moments en duo »**
(3300 activités pour 2 personnes dans toute la France : dégustation gourmande, soins bien-être, activités de loisirs...)

Offre valable au 1er janvier 2020 susceptible d'évoluer dans le temps. Abonnement (France métropolitaine, hors DOM - TOM) mis en place sous 4 à 6 semaines, après validation de votre affiliation. En cas de modification des conditions de diffusion imposée par un éditeur, un autre magazine vous serait proposé en remplacement. E-coffret Wonderbox envoyé par SMS sous 3 à 4 semaines après votre affiliation. Photos non contractuelles.

ou

UN ABONNEMENT À L'UN DE CES MAGAZINES
COCHEZ LE MAGAZINE CHOISI :

❑ 60 millions de consommateurs
+ Spécial Impôts (1 an - 12 numéros)
❑ Closer (6 mois - 26 numéros)
❑ Cosmopolitan (1 an - 11 numéros)
❑ Détente Jardin (1 an - 6 numéros)
❑ Elle Décoration (1 an - 10 numéros)
❑ France Football (6 mois - 26 numéros)
❑ GQ + Suppléments (1 an - 13 numéros)
❑ Marmiton (1 an - 6 numéros)
❑ Maxi Cuisine (1 an - 8 numéros)
❑ Mickey Junior / 3-6 ans (1 an - 12 numéros)
❑ Modes & Travaux (1 an - 12 numéros)
❑ Santé Magazine (1 an - 12 numéros)
❑ Sciences & Avenir (1 an - 11 numéros)
❑ Super Picsou Géant (1 an - 12 numéros)

Cadeau Agent web 0220

IMPÉRATIF : Remplir également la partie ci-dessous pour recevoir votre cadeau

❑ Madame ❑ Monsieur Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Nom .....

Prénom.....

Adresse personnelle .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone portable (obligatoire) pour la réception de vos cadeaux |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

3-K

Adresse mail (obligatoire) .....

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. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer auprès du C.G.O.S 101, rue de Tolbiac - 75654 Paris cedex 13

JE RETOURNE CE BULLETIN CADEAU AVEC MA DEMANDE INDIVIDUELLE D'AFFILIATION