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

REPRENEZ VOS COTISATIONS pour bénéficier d'un complément de retraite plus important !

Vous avez été amené à suspendre vos cotisations à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH).
Pourtant, ce complément de revenu vous aidera à faire face à la baisse importante de vos ressources à la retraite.
Savez-vous que vous pouvez reprendre vos cotisations à tout moment, au taux de votre choix, et 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

VOTRE CADEAU

J'ai bien noté qu'en reprenant mes cotisations, je recevrai un superbe stylo de marque sous trois à quatre semaines minimum, après réception de ma déclaration personnelle de reprise de cotisation.

Offre valable au 1er janvier 2022. En cas de rupture de stock un autre cadeau vous serait proposé en remplacement.

Remplissez ce bulletin lisiblement :

☐ Mme ☐ M.
(cochez la case correspondante)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(obligatoire)

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

Plus d'informations sur notre Plan d'Epargne Retraite

crh.cgos.info

0 800 005 944 Service & appel gratuits

C.G.O.S action sociale & solidaire

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

Allianz

Votre déclaration personnelle de reprise de cotisation à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers

Remplissez ce bulletin lisiblement

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

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro certificat Complémentaire Retraite des Hospitaliers (obligatoire) : |_|_|_|_|_|_|

RESERVE AUX AGENTS AFFILIES D'UN ETABLISSEMENT RELEVANT DU C.G.O.S

☐ **OUI, je souhaite reprendre mes cotisations**
(cochez la case correspondante)

☐ 2,50 % ☐ 3,50 % ☐ 4,50 % ☐ 5,50 %

de mon salaire mensuel brut de base.

Numéro C.G.O.S* : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lettre |_|

Nom complet et adresse de l'établissement :

.....

.....

.....

Pour les agents travaillant à temps partiel (répondre uniquement si vous êtes concerné) :

j'envisage de cotiser sur la base :

☐ d'un temps partiel ☐ d'un temps plein

RÉSERVÉ AUX « ISOLÉS », « PERSONNELS MEDICAUX » ET CONJOINTS NON HOSPITALIERS

☐ **OUI, je souhaite reprendre mes cotisations**

Pour choisir le montant le plus adapté à votre situation (parmi 15 choix possibles, entre 18 € et 207 €), contactez votre conseiller retraite pour connaître le barème 2022 :

0 800 005 944 Service & appel gratuits

ou rendez-vous sur internet :

crh.cgos.info

Montant de cotisation choisi :

|_|_|_|_|, |_|_|_| €

Date de mise en place de cette reprise de cotisation

☐ immédiatement ou ☐ à la date de mon choix : |_|_|_|_|_|_|_|_|
(rétroactivité possible, au plus tôt le 1er janvier de l'année en cours)

*Obligatoire

☐ 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).

Fait à .....

le |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Réf : INT REC 000 000 2201