

VOTRE CADEAU

J'ai bien noté qu'en reprenant mes cotisations, je recevrai un coffret Parker comprenant un stylo + un carnet.

POUR OBTENIR VOTRE CADEAU, REMPLISSEZ CE BULLETIN LISIBLEMENT.

(cochez la case correspondante)

Mme M.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :
(obligatoire)

Date :

Offre valable au 1^{er} janvier 2024. Envoi sous trois à quatre semaines minimum, après réception de ma déclaration personnelle de reprise de cotisation. En cas de rupture de stock, un autre cadeau vous sera proposé en remplacement.

Vous avez été amené à suspendre vos cotisations à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH). Pourtant, cette épargne retraite 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 déclaration personnelle de reprise 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 reprendre mes cotisations
(cochez la case correspondante ci-dessous)

J'indique ci-dessous le taux de cotisation souhaité :

2,5 % 3,5 % 4,5 % 5,5 %

POUR LES AGENTS TRAVAILLANT À TEMPS PARTIEL
(ne répondre que si vous êtes concerné)

J'envisage de cotiser sur la base :

d'un temps partiel d'un temps plein

Numéro C.G.O.S (obligatoire) : Lettre

Nom complet et adresse de l'établissement :

RÉSERVÉ AUX « ISOLÉS », CONJONTS D'AGENTS OU PERSONNELS MÉDICAUX

OUI, je souhaite reprendre mes cotisations

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 PLACE DE CETTE REPRISE DE COTISATION

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

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

Fait à

le

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

Plus d'informations sur votre Plan d'Épargne Retraite

crh.cgos.info

0 800 005 944 Service & appel gratuits