

COMPLEMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS

Le Plan Epargne Retraite du C.G.O.S

REPRENEZ VOS COTISATIONS AU TAUX DE VOTRE CHOIX ET SANS AUCUN FRAIS
pour bénéficier d'un complément de retraite plus important !



Profitez de votre bonus de réactivation !

Une E-carte cadeau d'une valeur de 40 € à utiliser dans + de 175 enseignes. Elle vous est offerte après 6 mois de cotisations. À vous de profiter de ce cadeau dès réception jusqu'au 15 avril 2026.

Votre reprise de cotisations à retourner à l'adresse suivante, par e-mail :

reprise_cotisation.CRH@cgos.asso.fr

par courrier :

C.G.O.S - CRH LIBRE RÉPONSE - 54859 - 75642 PARIS CEDEX 13.

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail : Téléphone :

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* »
PERSONNEL MÉDICAL**
ET CONJOINTS D'AGENTS**

☐ **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 : €

* « Isolés » = Agent dont l'établissement n'accepte pas le précompte sur salaire, agent dont l'établissement ne relève plus du C.G.O.S, agent qui ne fait plus partie de la Fonction publique hospitalière.

** **Personnel médical** = Professeur d'université-Praticien hospitalier, Maître de Conférence d'université-Praticien hospitalier, Praticien hospitalier, Chef de clinique, assistant spécialiste, assistant des hôpitaux, praticien contractuel, praticien attaché, interne.

☐ 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 REPRISSE DE COTISATION

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

Fait à

le

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



**Plus d'informations sur votre
Plan d'Épargne Retraite**

crh.cgos.info

0 800 005 944

Service & appel
gratuits