

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,  
par e-mail : [augmentation\\_cotisation.CRH@cgos.asso.fr](mailto:augmentation_cotisation.CRH@cgos.asso.fr)  
par courrier : C.G.O.S - CRH LIBRE RÉPONSE - 54859 - 75642 PARIS CEDEX 13**



**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 : .....

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 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 mon taux de 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 du : ..... (rétroactivité possible, au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours)

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

Fait à .....

le .....

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

[crh.cgos.info](https://crh.cgos.info)

**0 800 005 944**

Service & appel  
gratuits