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

AUGMENTEZ VOTRE COTISATION pour bénéficier d'un complément de retraite plus important !

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, sans affranchissement : C.G.O.S - CRH LIBRE REPONSE - 54859 - 75642 PARIS CEDEX 13

VOTRE CADEAU

J'ai bien noté qu'en augmentant mes cotisations, je bénéficierai d'un abonnement au magazine de mon choix. Offre valable au 1er janvier 2021. Abonnement (France métropolitaine hors DOM-TOM) mis en place sous 4 à 6 semaines, après validation de votre augmentation de taux. En cas de modification des conditions de diffusion imposée par un éditeur un autre magazine vous serait proposé en remplacement.

1 abonnement magazine au choix

- ☐ **Maxi Cuisine** — 1 an d'abonnement gratuit (soit 8 numéros)
- ☐ **Mon jardin et ma maison** — 6 mois d'abonnement gratuit (soit 6 numéros)
- ☐ **Sciences & Avenir** — 6 mois d'abonnement gratuit (soit 6 numéros, ou 5 dont un numéro double)
- ☐ **Secrets d'Histoire** — 1 an d'abonnement gratuit (soit 6 numéros + 1 HS)

Remplissez ce bulletin lisiblement :

☐ Mme ☐ M.
(cochez la case correspondante)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

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

Ville : .....

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

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

B4

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 d'augmentation de cotisation à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH).

Remplissez ce bulletin lisiblement

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) : |_|_|_|_|_|_|

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

☐ **OUI, je souhaite augmenter mon taux de cotisation**
(cochez la case correspondante ci-dessous)

Je cotise actuellement au taux de 2,5 %
- ☐ Je souhaite cotiser à 3,5 %
- ☐ Je souhaite cotiser à 4,5 %
- ☐ Je souhaite cotiser à 5,5 %

Je cotise actuellement au taux de 3,5 %
- ☐ Je souhaite cotiser à 4,5 %
- ☐ Je souhaite cotiser à 5,5 %

Je cotise actuellement au taux de 4,5 %
- ☐ Je souhaite cotiser à 5,5 %

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

Nom complet et adresse de l'établissement :

.....

.....

.....

RÉSERVÉ AUX « ISOLÉS » ET CONJOINTS D'AGENTS

☐ **OUI, je souhaite augmenter ma cotisation**

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 2021 :

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 augmentation de cotisation

☐ immédiatement ou ☐ à la date de mon choix : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
(rétroativité 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 AUG 000 000 2101