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 ?

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 2020. 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 |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Conformément 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. Un droit d'accès et de rectification est à votre disposition auprès du C.G.O.S - 101, rue de Tolbiac - 75654 Paris Cedex 13 et auprès d'Allianz - Informatique et Libertés, Case courrier S1805, 1 cours Michelet, CS 30051, 92076 Paris La Défense Cedex.

NOUVEAU EN 2020
LA CRH ÉVOLUE !
Plus d'informations sur
crh.cgos.info

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

Pour les agents affiliés d'un établissement relevant du C.G.O.S uniquement :

Numéro C.G.O.S (obligatoire) : |_|_|_|_|_|_|..... Lettre |_|

RÉSERVÉ AUX AGENTS AFFILIÉS

☐ **OUI, je souhaite reprendre mes cotisations à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers. J'indique ci-dessous le taux de cotisation :**
(cochez la case correspondante)

☐ 2,50 % ☐ 3,50 % ☐ 4,50 % ☐ 5,50 %

de mon salaire mensuel brut de base.

Date souhaitée pour reprendre les cotisations :

mois |_|_| 2020

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

Nom complet et adresse de l'établissement :

.....

.....

.....

RÉSERVÉ AUX « ISOLÉS » ET CONJOINTS D'AGENTS

☐ **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 2020 :

0 800 005 944 Service & appel gratuits

ou rendez-vous sur internet :

crh.cgos.info

Nouveau montant de cotisation choisi :

|_|_|_|,|_|_| €

Fait à .....

le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

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

Document à compléter et à retourner à l'adresse suivante :
AGENCE BEUDET - ZA LES FLORELITES - 350 AV Vila Nova de Farmalicao - 77310 Ponthierry

Réf : INT REC 000 000 2001