

REPRENEZ VOS COTISATIONS EN TOUTE LIBERTÉ ET SANS FRAIS !

Avant le 31/12/2026

Reprenez vos cotisations et profitez de votre bonus de réactivation !

Une E-carte cadeau d'une valeur de 40 € à utiliser dans + de 875 enseignes. Elle vous est offerte après six mois de cotisations consécutives. À vous de profiter de ce cadeau dès réception.



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
PRATICIENS HOSPITALIERS*,
CONJONTS ET AUTRES CAS****

☐ **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 : €

* **Praticiens hospitaliers :** 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.

** **Autres cas :** 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.

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)

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

Fait à

le

**BESOIN DE PLUS
D'INFORMATIONS ?**

0 800 730 877
Service et appel gratuits

epargne.cgos.info