Allianz

COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS
L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S

C.G.O.S
action sociale & solidaire

Effacer

Demande de transfert de contrat vers La Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH)

Informations sur mon affiliation à la CRH

N° d'affiliation au contrat CRH _____ Date d'affiliation |_|_|_|_|_|_|_|_|

Je soussigné(e)

(1) ☐ M. ☐ Mme Nom

Prénoms

E-mail : _____

(votre email nous permettra de vous tenir informé(e) de l'avancement de votre demande).

demande, conformément aux dispositions de l'article L.224-40 du Code monétaire et financier, le transfert de mes droits individuels acquis au titre du contrat dont les caractéristiques sont indiquées ci-dessous, vers mon contrat CRH.

Caractéristiques du contrat ou plan dont je demande le transfert

Dénomination du contrat _____

N° du contrat _____ Date de souscription |_|_|_|_|_|_|_|_|

- Contrat ou plan dans le cadre du dispositif : - Faites votre choix -
- Montant estimé de la valeur de transfert _____ €

Nom de l'assureur ou de la banque du contrat d'origine _____

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av _____

Rés., Bât., Esc., _____

Code postal |_|_|_|_|_| (Commune ou ville) _____

Je reconnais avoir été informé(e) que si le montant de la valeur de transfert est différent du montant cumulé des versements (brut de frais) effectués sur ce contrat, c'est cette valeur de transfert qui sera prise en compte au titre du transfert à la CRH.

(1) ☐ Je mandate Allianz Retraite pour adresser la présente demande à l'assureur ou à la banque du contrat d'origine.

(1) ☐ Conformément à l'article L.224-40 du Code monétaire et financier, je reconnais avoir été informé(e) des caractéristiques de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH) et des différences entre la CRH et le contrat dont je demande le transfert.
J'ai également été informé(e) des conséquences du transfert et renonce aux garanties techniques contenues dans mon contrat, mon plan ou ma convention d'origine. En conséquence, c'est désormais le règlement du régime CRH qui s'applique.

À _____ le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de l'affilié(e)-assuré(e) (précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

REG36368 - V02/23 - Création graphique Allianz

Allianz - Centre de Solutions Clients Collectives Retraite
Service Hospitaliers - TSA 21006
67018 Strasbourg Cedex - **www.allianz.fr**

Allianz Retraite
Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire
régi par le Code des assurances

Société anonyme au capital de 101.252.544,51 €
824 599 211 RCS Nanterre
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

Ex. : Allianz Retraite

Demande de transfert de contrat vers La Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH)

Informations sur mon affiliation à la CRH

N° d'affiliation au contrat CRH _____ Date d'affiliation |_|_|_|_|_|_|_|_|

Je soussigné(e)

(1) ☐ M. ☐ Mme Nom

Prénoms

E-mail : _____

(votre email nous permettra de vous tenir informé(e) de l'avancement de votre demande).

demande, conformément aux dispositions de l'article L.224-40 du Code monétaire et financier, le transfert de mes droits individuels acquis au titre du contrat dont les caractéristiques sont indiquées ci-dessous, vers mon contrat CRH.

Caractéristiques du contrat ou plan dont je demande le transfert

Dénomination du contrat _____

N° du contrat _____ Date de souscription |_|_|_|_|_|_|_|_|

- Contrat ou plan dans le cadre du dispositif : - Faites votre choix -
- Montant estimé de la valeur de transfert _____ €

Nom de l'assureur ou de la banque du contrat d'origine _____

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av _____

Rés., Bât., Esc., _____

Code postal |_|_|_|_|_| (Commune ou ville) _____

Je reconnais avoir été informé(e) que si le montant de la valeur de transfert est différent du montant cumulé des versements (brut de frais) effectués sur ce contrat, c'est cette valeur de transfert qui sera prise en compte au titre du transfert à la CRH.

(1) ☐ Je mandate Allianz Retraite pour adresser la présente demande à l'assureur ou à la banque du contrat d'origine.

(1) ☐ Conformément à l'article L.224-40 du Code monétaire et financier, je reconnais avoir été informé(e) des caractéristiques de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers (CRH) et des différences entre la CRH et le contrat dont je demande le transfert.
J'ai également été informé(e) des conséquences du transfert et renonce aux garanties techniques contenues dans mon contrat, mon plan ou ma convention d'origine. En conséquence, c'est désormais le règlement du régime CRH qui s'applique.

À _____ le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de l'affilié(e)-assuré(e) (précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

REG36368 - V02/23 - Création graphique Allianz