





**Pour bénéficier de l'une de ces prestations :**

- L'agent doit avoir constitué au préalable son dossier C.G.O.S ;
- Il convient de joindre :
  - les décisions du Directeur de l'établissement après avis du Comité Médical Départemental,
  - le dernier bulletin de paie à plein traitement et ceux des mois à compenser,
  - le cas échéant, pour les contractuels : le décompte des indemnités sécurité sociale,
  - l'autorisation de précompte obligatoire lors de la première demande.

**PRISE EN CHARGE COTISATION  
COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS**

À l'expiration des périodes couvertes par la prestation Maladie, l'agent affilié à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers bénéficie de la prise en charge des cotisations par le C.G.O.S.

Numéro d'affiliation  Indice majoré

Code prestation : 4800

Date début :  /  /  Date fin  /  /  Nombre jours

**RAPPEL**

Au cas où la perte de rémunération viendrait à être compensée hors de l'action du C.G.O.S par l'établissement employeur (par exemple, cas de la mise en position de congé de longue durée) ou par un organisme tiers, il est rappelé que l'agent doit spontanément reverser au C.G.O.S le montant de la prestation perçue. L'établissement est tenu d'en aviser le C.G.O.S.

**DEMANDE À RETOURNER AU C.G.O.S DE VOTRE RÉGION**



## REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MALADIE AU C.G.O.S EN CAS DE RAPPEL DE TRAITEMENT AVEC EFFET RÉTROACTIF

### ENGAGEMENT DE REMBOURSEMENT

#### Je, soussigné(e) :

Nom - Prénom .....

Nom de naissance .....

Établissement .....

N° matricule dans l'établissement .....

Numéro C.G.O.S  lettre

N° de sécurité sociale  clé   
(indispensable pour la déclaration URSSAF)

#### M'engage

à rembourser au C.G.O.S les sommes versées au titre de la prestation Maladie si la décision du directeur d'établissement suite à l'avis du comité médical départemental, entraîne un rappel de rémunération consécutif au rétablissement de mes droits à plein traitement.

#### J'autorise

le receveur de l'établissement, à prélever sur le rappel de traitement et à verser au compte du C.G.O.S les sommes trop perçues.

Fait le ...../...../.....

À .....

**Signature de l'intéressé(e)**  
(obligatoire)

**Ce document doit être complété au moment de la première demande de prestation Maladie et doit être conservé dans le dossier administratif de l'agent.**

*Je soussigné(e) déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Il est rappelé que quiconque se rend coupable de fraude, production de documents falsifiés comme justificatifs, fausse déclaration est passible de peines d'amende et/ou d'emprisonnement.*

*J'ai bien noté que le C.G.O.S, responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel pour la gestion des demandes d'action et de prestations et que ces données renseignées dans ce formulaire peuvent également être utilisées pour m'informer et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Les informations demandées sont toutes nécessaires à la gestion de ma demande. En application des dispositions de la loi informatique et libertés du 06.01.1978, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données me concernant, qui s'exerce par demande écrite signée accompagnée d'une copie d'un titre d'identité et adressée par courrier postal auprès du correspondant informatique et libertés au siège social du C.G.O.S ou par courrier à [ci@cgos.asso.fr](mailto:ci@cgos.asso.fr).*

*J'accepte que des données personnelles relatives à ma santé soient collectées par le C.G.O.S dans le but d'alimenter ma demande de prestation.*