

OBLIGATOIRE



Nom du délégué CFTC :

BULLETIN D'ADHÉSION 2020

Nouvelle adhésion

Mise à jour des informations

Envoyer par mail
en cliquant sur
l'image ci-contre



Adhérent (Merci d'écrire en MAJUSCULE)

M^{me} M. Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Tél. : _____

Fax : _____ Courriel : _____

Catégorie : Ouvrier Employé Technicien Agent de maîtrise Cadre Assimilé Retraité Chômeur

Échelon (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, B, C, D, E, F, G, H ou I) : _____

Adresse de l'adhérent : _____

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification; de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la Loi "Informatique et Libertés")

Entreprise (Merci d'écrire en MAJUSCULE)

Nom, adresse de l'entreprise : _____

Tél. pro. : _____ Fax pro. : _____

Courriel pro. : _____

Secteur d'activité : Personnel agents généraux Courtage Assurance Assistance

Autres : _____

Convention Collective : Assurance Assistance Inspection Agents Généraux Courtage

Code NAF : _____ Effectif de l'entreprise : _____ Lieu de travail : _____

L'adhérent exerce la fonction de : _____

.....

Je règle ma cotisation soit par chèques : À l'année Au semestre Au trimestre

Soit par Prélèvement SEPA : À l'année Au semestre Au trimestre Mensuellement

Joindre alors un RIB et remplir la demande ci-dessous

Date : _____ Signature d'adhésion : _____

SEPA Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **SN2A-CFTC** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SN2A-CFTC**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat : _____ Identifiant créancier SEPA : **FR62ZZ484185**

Créancier

SN2A.CFTC / 34 Quai de la Loire 75019 PARIS

Nom : _____ Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

IBAN : _____

BIC : _____ Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

À : _____ Le : _____

Signature : _____

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat s'il vous plaît.

MONTANT DES COTISATIONS 2020

Administratifs Cadres et Non cadres

CNN Assurance	CNN Assistance	CNN Courtage	Statut	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Classe 1 et 2	A-B-C-D	A et B	Non Cadre	115 €	60 €	32 €	11 €
Classe 3 et 4	E-F	C et D	Non Cadre	135 €	70 €	37 €	14 €
Classe 5	G	E	Cadre	180 €	95 €	47 €	18 €
Classe 6	H	F et G	Cadre	210 €	110 €	54 €	20 €
Classe 7	I	H	Cadre	240 €	125 €	62 €	22 €

Commerciaux, Inspecteurs et Producteurs

Echelons	Classe	Statut	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Echelons de base 3 (PSB)		Non cadre	115 €	60 €	32 €	11 €
Echelons intermédiaires 4 (EI)		Non cadre	135 €	70 €	37 €	14 €
Inspecteur Classe 5		Cadre	180 €	95 €	47 €	18 €
Inspecteur Classe 6		Cadre	210 €	110 €	54 €	20 €
Inspecteur Classe 7		Cadre	240 €	125 €	62 €	22 €

Retraités : 65€ et plus