



Nom du délégué CFTC :

# BULLETIN D'ADHÉSION 2026:

## Adhérent (Merci d'écrire en MAJUSCULE)

M<sup>me</sup>      M.      Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Tél. :

Courriel perso:

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. :

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 par PRELEVEMENT

À l'année

Au semestre

Au trimestre

Mensuellement

*Joindre alors un RIB et remplir la demande ci-dessous*

*Les prélèvements se font le 28 du mois.*

**PRIVILEGIER ANNUEL!**

Date :

Signature d'adhésion:



## 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 bénéficierez 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 : **FR62ZZZ484185**

**Créancier**

SN2A CFTC / 34 Quai de la Loire 75019 Paris - FRANCE

**Débiteur**



Je refuse que mes données personnelles soient utilisées à des fins commerciales.

Nom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

IBAN :

Paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

À :

Le :

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

Signature :

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

# MONTANT DES COTISATIONS 2026:

## 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 €

## Inspecteurs et Salariés Commerciaux

Echelons	Classe	Statut	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Salarié Commercial niveau 1		Non cadre	115 €	60 €	32 €	11 €
Salarié Commercial niveau 2		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 €

## Alternants et Retraités : 80€

J'accepte le traitement informatique des données personnelles qui me concernent, en conformité avec les dispositions de la Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, relative à la protection des données. J'ai noté que je pourrai exercer les droits qui me sont garantis par le RGPD en m'adressant auprès du SN2A.CFTC.

Signature :

Nom et Prénom :

**Merci d'envoyer le bulletin complété accompagné de votre RIB par mail à  
Martial Cionci    [mcionci@gmf.fr](mailto:mcionci@gmf.fr)**