

Nom du délégué CFTC :

# BULLETIN D'ADHÉSION 2025:

**Nouvelle adhésion**  
**Mise à jour des informations ou**  
**renouvellement de mon**  
**paiement/adhésion.**

 **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 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 - FRANCE

**Débitéur**

Nom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

IBAN :

BIC :

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.



Syndicat

**cftc-sn2a**

Syndicat National de l'Assurance et de l'Assistance

# MONTANT DES COTISATIONS 2025:

## 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 :

**Merci d'envoyer le bulletin complété  
accompagné de votre RIB par mail à  
votre contact CFTC en entreprise  
[et copie luc.plateau@gmail.com](mailto:luc.plateau@gmail.com)**