Syndicat National de l'Assurance, la Prévoyance et l'Assistance
43 rue de Provence 75009 Paris - secretariat@cfecgc-snapa.fr
https://cfecgc-assurance.com/ - https://www.linkedin.com/company/cfe-cgc-snapa/

SNAPA
Syndicat National Assurance Prévoyance Assistance

SECTION D'ENTREPRISE

DEMANDE D'ADHESION
2027

*** Nom :** *** Prénom :** *** Sexe :** F ☐ M ☐

*** Adresse :**

*** Code postal :** *** Ville :** *** Date de naissance :**

*** Téléphone pro :** *** email pro :**

*** Téléphone perso :** *** email perso :**

*** Nom de votre entreprise :** *** Date d'entrée :**

*** Adresse de votre entreprise :**

*** Votre fonction :** **CSE de rattachement :**

*** Statut :** ☐ **Salarié** ☐ **Retraité non-cadre** ☐ **Retraité cadre** ☐ **Autres**

*** Paiement cotisation :** Prélèvement automatique ☐ Annuel ☐ Semestriel ☐ Trimestriel

☐ Chèque bancaire ou postal annuel

*** Les champs précédés d'un astérisque sont obligatoires**

Niveau de cotisation 2027 :

☐ Classe Non-Cadre ou F	**140,00 €**	☐ Classe 5 ou G	**158.00 €**
☐ Classe 6 ou H	**204.00 €**	☐ Classe 7 ou I	**260.00 €**
☐ Retraité Cadre	**122.00 €**	☐ Retraité Non-Cadre	**92.00 €**
☐ Autres	**92.00 €**		

Le **SNAPA** CFE-CGC *est particulièrement attentif au respect des obligations légales et suit les recommandations de la CNIL en matière de protection et de traitement des données personnelles. Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016,* ***votre consentement exprès est requis pour pouvoir utiliser votre adresse mail personnelle.*** *Cette adresse électronique, tout comme toute donnée nominative vous concernant, ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celle précisée ci-dessous et ne feront pas davantage l'objet de cession à des tiers, à l'exception de la Fédération de l'Assurance CFE-CGC et de la Confédération CFE-CGC.*

☐ **J'accepte que le CFE-CGC SNAPA m'adresse, par SMS, courrier, courriel toute information syndicale**.

☐ Je suis informé(e) que mes données personnelles seront utilisées à cet usage exclusif.

Si vous souhaitez exercer votre droit d'accès, d'opposition ou de rectification, ou pour tout autre sujet, vous pouvez contacter le SNAPA secretariat@cfecgc-snapa.fr

A : **Le :**

Signature :

Retourner l'ensemble des documents à : CFE-CGC SNAPA : 43, rue de Provence - 75009 Paris
secretariat@cfecgc-snapa.fr

Syndicat National de l'Assurance, la Prévoyance et l'Assistance
43 rue de Provence 75009 Paris - secretariat@cfecgc-snapa.fr
https://cfecgc-assurance.com/ - https://www.linkedin.com/company/cfe-cgc-snapa/

Comment régler votre cotisation ?

Par prélèvement automatique

Possibilité de choisir entre trois fractionnements : annuel, semestriel ou trimestriel. Dans tous les cas, vous devez remplir un mandat de prélèvement.

Par chèque bancaire ou postal

Nous vous rappelons que la cotisation est annuelle et par année civile.

Primo adhésion

La primo adhésion bénéficie d'une réduction de :

- **30%** pour une année complète
- **50%** si elle se situe entre le 1er juillet et le 30 septembre
- **75%** si elle se situe entre le 1er octobre et le 31 décembre

Protection juridique

Le paiement de la cotisation ouvre droit aux garanties du contrat de protection juridique.
La notice d'information de ce contrat vous sera envoyée après enregistrement de votre adhésion.

Grâce à votre adhésion vous bénéficiez d'un crédit d'impôt égal à 66% de votre cotisation annuelle

Référence Unique du Mandat (ne pas remplir)	Mandat de Prélèvement SEPA ***A accompagner d'un R.I.B/IBAN***	SNAPA Syndicat National Assurance Prévoyance Assistance

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **SNAPA** (Syndicat National de l'Assurance, de la Prévoyance et de l'Assistance) à envoyer des instructions à votre banque.

pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SNAPA.**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom *
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *
Numéro et nom de la rue

* *
Code Postal Ville

*
Pays

Les coordonnées de votre compte *
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

*
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)

Nom du créancier **Syndicat National de l'Assurance, de la Prévoyance et de l'Assistance**

I.C.S F R 7 8 Z Z Z 4 5 5 5 7 3
Identifiant Créancier SEPA

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à *
Lieu J J M M A A A A

Signature(s) : * Veuillez signer ici

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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : **SNAPA** **43, Rue de Provence - 75009 Paris**	**Zone réservée à l'usage exclusif du créancier**