BULLETIN D'ADHÉSION 2027

Commerciaux Salariés de l'Assurance

43 rue de Provence, 75009 Paris • Tél. 01 55 31 96 70
www.sncsa.org • sncsafrance@assurance-cfecgc.fr

VOS COORDONNÉES

CIVILITÉ ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) | PARRAIN / MARRAINE

ADRESSE PERSONNELLE

CODE POSTAL | VILLE

TÉLÉPHONE PERSONNEL | TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL

E-MAIL PERSONNEL

E-MAIL PROFESSIONNEL

ENTREPRISE | DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE

☐ J'accepte que le SNCSA / CFE-CGC m'adresse, par SMS, courrier ou e-mail, toute information syndicale.

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

MONTANT DE LA COTISATION 2027

Cochez la case correspondant à votre classification

	CLASSIFICATION	ANNUEL	SEMESTRIEL
☐	**NIVEAU 1 / NIVEAU 2** Tarif standard	**152 €**	**76 €**
☐	**JEUNES ET RETRAITÉS** Tarif réduit	**120 €**	**60 €**

AVANTAGE FISCAL — RÉDUCTION DE 66 %

Votre cotisation revient à seulement

51,68 € ou **40,80 €**

J'ADHÈRE PAR LA PRÉSENTE AU SNCSA CFE-CGC

DATE | SIGNATURE

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (RGPD)

Le SNCSA / 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 général sur la protection des données du 27 avril 2016, votre consentement exprès est requis pour l'utilisation de votre adresse e-mail. Aucune cession à des tiers, hors Fédération de l'Assurance CFE-CGC et Confédération CFE-CGC. Droit d'accès, d'opposition ou de rectification : sncsafrance@assurance-cfecgc.fr — Tél. 01 42 81 57 39.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Joindre impérativement un RIB avec IBAN

PÉRIODICITÉ : ☐ ANNUEL ☐ SEMESTRIEL

Prélèvement annuel fin avril, ou prélèvements semestriels fin mars et fin septembre. La présente demande est valable jusqu'à annulation de votre part, à notifier au créancier 30 jours minimum avant la date de prélèvement ; tout trimestre entamé reste dû.

En signant ce formulaire, vous autorisez le SYNDICAT NATIONAL DES COMMERCIAUX SALARIÉS DE L'ASSURANCE (SNCSA) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNCSA. Vous bénéficiez d'un droit au remboursement par votre banque selon les conditions de la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit, pour un prélèvement autorisé.

DÉBITEUR — IDENTITÉ ET COMPTE À DÉBITER

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)

P R E L E V E M E N T | S N C S A

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS)

F R 4 6 Z Z 5 6 8 3 7 8

CRÉANCIER

Syndicat National des Commerciaux Salariés de l'Assurance (SNCSA)

43 rue de Provence
75009 Paris — France

NOM — PRÉNOM | ADRESSE (N° ET RUE)

CODE POSTAL | VILLE | PAYS

CODE IBAN | BIC

DATE | SIGNATURE DU DÉBITEUR

INFORMATION CNIL — Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 • Articles 38 et suivants

Informations destinées au créancier pour la gestion de la relation client. Droits d'opposition, d'accès et de rectification.

PAIEMENT EN LIGNE PAR CARTE BANCAIRE

Sécurisé sur www.sncsa.org