

# 8

# BONNES RAISONS DE REJOINDRE

Le 1er réseau social des Inspecteurs d'assurances !

UN CONTACT  
DE PROXIMITÉ EN TOUTE  
CONFIDENTIALITÉ



UNE ÉQUIPE  
À VOTRE  
DISPOSITION

DES INFORMATIONS UTILES ET RÉGULIÈRES



DES INFOS PRATIQUES  
POUR MIEUX GÉRER  
SA CARRIÈRE

PARTICIPER  
AUX DÉCISIONS  
DU SYNDICAT



UNE PROTECTION ET UNE ASSISTANCE JURIDIQUE

BÉNÉFICIER DE  
FORMATIONS SUR LA  
CCNI DE L'INSPECTION



LE SEUL SYNDICAT  
SPÉCIFIQUE À  
L'INSPECTION

À RETOURNER COMPLÉTÉ AU SNIA CFE-CGC 43 rue de Provence 75009 PARIS [administration@snia.fr](mailto:administration@snia.fr) [01.55.31.96.70](tel:0155319670) [www.snia.fr](http://www.snia.fr)

CIVILITÉ  MME  MR

JE SUIS DÉJÀ ADHÉRENT.E AU SNIA

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE | | | | | |

ADRESSE PERSO. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CODE POSTAL | | | | VILLE \_\_\_\_\_

TÉL. PERSO. | | | | | | | | TÉL. PRO. | | | | | | | |

EMAIL PERSO. \_\_\_\_\_

EMAIL PRO. \_\_\_\_\_

ENTREPRISE \_\_\_\_\_

RÉSEAU \_\_\_\_\_

CLASSE ACTUELLE \_\_\_\_\_ POSTE ACTUEL \_\_\_\_\_

DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE \_\_\_\_\_

SECTION SYNDICALE \_\_\_\_\_ NOM DU PARRAINAGE \_\_\_\_\_

Le SNIA 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. Si vous souhaitez exercer votre droit d'accès, d'opposition ou de rectification, contactez le SNIA : [administration@snia.fr](mailto:administration@snia.fr).

## MONTANT DE LA COTISATION SNIA

Cochez la case correspondante à votre classification

| Selon classifications   | Prix Annuel | Prix semestriel | Prix trimestriel |
|---|-------------|-----------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>NIVEAU 1</b><br>Rémunération annuelle brut < 62 000 euros | 244 €       | 122 €           | 61 €             |
| <input type="checkbox"/> <b>NIVEAU 2</b><br>Rémunération annuelle brut > 62 000 euros | 324 €       | 162 €           | 81 €             |
| <input type="checkbox"/> <b>NIVEAU 3</b><br>Retraités                                 | 128 €       | 64 €            | 32 €             |

J'ADHÈRE PAR LA PRÉSENTE AU SNIA CFE-CGC :

DATE :

SIGNATURE :

Vous avez éventuellement la possibilité de régler votre cotisation par Carte bancaire  
sur notre site Internet [www.snia.fr](http://www.snia.fr) (sécurisé).

» Vous bénéficiez de 66% de crédit d'impôt sur le montant annuel  
de votre cotisation, dans la limite de 1% des salaires et pensions nets.

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UN RIB AVEC IBAN)

TRIMESTRIEL  SEMESTRIEL  ANNUEL

Les prélèvements auront lieu les 30 du mois de mars, juin, septembre et décembre. La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier au créancier dans un délai de 30 jours minimum avant la date de prélèvement, toute année entamée restant due.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNIA - Syndicat National des Inspecteurs d'Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SNIA - Syndicat National des Inspecteurs d'Assurances. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 3 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT : **PRÉLEVEMENT SNIA**

DÉBITEUR

NOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM :

ADRESSE (n° et rue) :

CP :

VILLE :

PAYS :

CRÉANCIER

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ics) **FR38ZZZ432237**

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

SNIA - Syndicat National des Inspecteurs d'Assurances

43 rue de Provence 75009 PARIS

FRANCE

01 55 31 96 70

COMPTE À DÉBITER

N° DE COMPTE IBAN

CODE BIC

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 rectifications 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.

DATE :

SIGNATURE :