



santé
famille
retraite
services

Direction de la Protection sociale
Service recouvrement
☎ 02.98.85.79.79 - Fax 02.96.78.87.59

Imprimé à adresser au service
Recouvrement de la Mutualité sociale
agricole avant le **15 novembre 2016** si
votre facture est en prélèvement
automatique

Objet : Emission annuelle 2016

ESCX 02 368

**DEMANDE de PLAN de Paiement
Cotisations Non Salariées Agricoles :
émission annuelle 2016**

Je soussigné(e) : M _____

N°INSEE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N°Téléphone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

demeurant : _____

Nom de la société : _____

sollicite de la MSA un plan de règlement de mes cotisations non salariées agricoles de l'année 2016.

Je déclare être à jour de mes cotisations antérieures à l'année 2016.

EXPLOITATION : FILIERE CONCERNEE (cocher l'activité principale)

- Activité lait
- Activité porcine
- Activité bovine
- Activité avicole
- Activité légumière (hors serriste)
- Entreprise de travaux agricoles
- Activité pépinières / horticulture
- Autres filières : préciser



PROPOSITIONS de REGLEMENT : DEMANDE D'ETALEMENT

▪ Montant des cotisations dues (solde de la facture annuelle) : €

Je sollicite une **demande d'étalement** des cotisations 2016

↳ Durée du plan proposé :Nombre de mois

du/...../201 au/...../ 201

↳ Montant des échéances mensuelles : €

Modalités de règlement :

- Vous souhaitez régler votre échéancier de paiement par prélèvement. **Dans l'hypothèse où vous n'avez pas sollicité d'étalement des cotisations sociales depuis 2014, nous vous invitons à compléter un mandat SEPA accompagné d'un RIB.**
- Vous souhaitez régler votre échéancier par chèque ou par virement, nous vous informons qu'il vous appartiendra d'adresser un paiement à chaque échéance.

EN CE QUI CONCERNE LES MAJORATIONS

Conformément au décret n°2008 - 657 du 2 juillet 2008, toute cotisation ou fraction de cotisation qui n'est pas versée dans le délai d'un mois à compter de la date d'exigibilité est, à l'expiration de ce délai, majorée de 5,4 %. Une majoration complémentaire de 0,4 % s'ajoute par mois ou fraction de mois écoulé.

Lorsque l'ensemble du principal sera réglé, je demande que mon dossier soit soumis à la Commission de recours amiable pour une remise éventuelle des majorations.

Fait à _____ le _____ 2016

Signature,
(A faire précéder de la mention "Lu et approuvé")



DEMANDE DE PLAN DE PAIEMENT – MANDAT SEPA
ESGI 07 410

IDENTITE DU DEMANDEUR

Votre nom

Vos prénoms

Votre numéro de sécurité sociale [] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]

Votre adresse

Code postal _____ Commune

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre Mutualité Sociale Agricole.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez votre caisse de MSA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de votre caisse de MSA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Votre demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

DEBITEUR

CREANCIER

Nom _____

Nom du créancier SEPA : **MSA d'Armorique**

Prénom _____

Identifiant du créancier : **FR 18 ZZZ 111236**

Adresse _____

Adresse : **3, rue Hervé de Guébriant**

Code postal _____

29412 LANDERNEAU – France

Commune _____

Type de paiement :

COMPTE A DEBITER

Paiement récurrent Paiement ponctuel

N° de compte bancaire international (IBAN)

Objet du mandat : Plan de paiement

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Code bancaire international (BIC) _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Fait à Le ____|____|____|____|____|____|

Signature obligatoire

Attention : veuillez renvoyer les deux parties de cet imprimé à votre caisse de MSA, sans les séparer, en y joignant un RIB.