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 <u>20 novembre 2018 si votre facture est en prélèvement automatique</u>

Objet : Emission annuelle 2018 **ESCX 02 368**

DEMANDE de PLAN de Paiement Cotisations Non Salariées Agricoles : émission annuelle 2018

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 2018.

Je déclare être à jour de mes cotisations antérieures à l'année 2018.

EXPLOITATION : FILIERE CONCERNEE (cocher l'activité principale)

☐ Activité lait

☐ Activité porcine

☐ Activité bovine

☐ Activité avicole

☐ Activité légumière

☐ Entreprise de travaux agricoles

☐ Activité pépinières / horticulture

☐ Autres filières : préciser ……

santé
famille
retraite
services

PROPOSITIONS de REGLEMENT : DEMANDE D'ETALEMENT

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

☐ Je sollicite une **demande d'étalement** des cotisations 2018

↳ 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 jamais sollicité d'étalement des cotisations sociales, 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 aux décrets n° 2008 - 657 du 2 juillet 2008 et n° 2018-174 du 9 mars 2018, 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 5,2 %. Une majoration complémentaire de 0,2 % 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 _____ 2018

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

MSA d'Armorique
12, rue de Paimpont
22025 SAINT BRIEUC Cedex 1
Tél. 02 98 85 79 79
Accueil de 8 h à 12 h 30
et de 13 h 30 à 17 h sauf le samedi
www.msa-armorique.fr
contact@armorique.msa.fr

santé
famille
retraite
services

DEMANDE DE PLANDE 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

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____

Commune _____

COMPTE A DEBITER

N° de compte bancaire international (IBAN)

|__||__||__||__| |__||__||__||__| |__||__||__||__|

|__||__||__| |__||__||__||__| |__||__||__||__| |__||__||__||__|

Code bancaire international (BIC) |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

CREANCIER

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

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

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

29412 LANDERNEAU – France

Type de paiement :

Paiement récurrent ☑ Paiement ponctuel ☐

Objet du mandat : Plan de paiement

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.

MSA d'Armorique
12, rue de Paimpont
22025 SAINT BRIEUC Cedex 1

Tél. 02 98 85 79 79
Accueil de 8 h à 12 h 30
et de 13 h 30 à 17 h sauf le samedi

www.msa-armorique.fr
contact@armorique.msa.fr