



santé  
famille  
retraite  
services

Service recouvrement  
☎ 02.99.01.80.95

Objet : Emission annuelle 2023

ESCX 02 368

**DEMANDE de PLAN de Paiement  
Cotisations Non Salariées Agricoles :  
Emission Annuelle 2023**

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 2023.

Je déclare être à jour de mes cotisations antérieures à l'année 2023.

**EXPLOITATION : FILIERE CONCERNEE (cocher l'activité principale)**

- Activité lait
- Activité porcine
- Activité bovine
- Activité avicole
- Activité légumière
- Entreprise de travaux agricoles
- Activité pépinières / horticulture
- Activités équestres
- 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 2023

↳ Durée du plan proposé : ..... Nombre de mois

du ...../...../2023 au ...../...../ 2024

↳ 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 des majorations.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2023

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



santé  
famille  
retraite  
services

**DEMANDE DE PLAN DE 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 \_\_\_\_\_

**CREANCIER**

Nom du créancier SEPA : **MSA DES PORTES DE BRETAGNE**

Identifiant du créancier : **FR50ZZZ519806**

Adresse : **KER LAN - RUE CHARLES COUDE**

**BRUZ - 35027 RENNES CEDEX 9**

Type de paiement :

**COMPTE A DEBITER**

Paiement récurrent  Paiement ponctuel

N° de compte bancaire international (IBAN)

Objet du mandat : Plan de paiement

I \_ II \_ II \_ II \_ I | I \_ II \_ II \_ II \_ I | I \_ II \_ II \_ II \_ I

I \_ II \_ II \_ I | I \_ II \_ II \_ II \_ I | I \_ II \_ II \_ II \_ I | I \_ II \_ II \_ II \_ I

Code bancaire international (BIC) I \_ II \_ II \_ II \_ II \_ II \_ II \_ II \_ II \_ I

Fait à ..... Le I \_ II \_ II \_ II \_ I | I \_ II \_ I | I \_ II \_ I

Signature obligatoire

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

