

CONTENTIEUX

DEMANDE DE DELAIS DE PAIEMENT DES COTISATIONS SUR L'ANNEE EN COURS

Nom ou raison sociale :
Numéro identifiant :
Adresse :
N° de téléphone fixe : N° de portable :
Adresse mail :

redevable envers la MSA Auvergne d'une dette (cocher les cotisations concernées) :

- de cotisations non salariales **de l'année en cours**
 de cotisations salariales **de l'année en cours**

d'un montant de€ (indiquer la somme due en totalité en chiffres et en lettres)

portant sur les périodes suivantes (précisez les périodes) :

sollicite auprès de la MSA Auvergne un délai de paiement.

PRELABLE OBLIGATOIRE

Pour les cotisations salariales, en application de l'article L725-21 du Code rural et de la pêche maritime, **la part ouvrière des cotisations doit obligatoirement être versée à la MSA Auvergne avant toute demande de délais de paiement.** Elle s'élève à€ et le paiement a été effectué le

MOTIVATIONS ET CIRCONSTANCES DE LA DEMANDE

Décrivez les raisons à l'origine de votre demande (joindre les justificatifs à l'appui de votre demande)

PROPOSITION ET MODE DE PAIEMENT

Par prélèvement automatique uniquement – Mandat SEPA à nous retourner impérativement avec votre Relevé d'Identité Bancaire.

Deux dates de prélèvements sont possibles (cocher la date souhaitée) :

- 10 de chaque mois 25 de chaque mois

Préciser le nombre de mois souhaités :mois.

Je m'engage à m'acquitter des cotisations dont je suis redevable selon l'échéancier ci-après avant la date du 15 mars de l'année prochaine.

<u>Dates des échéances</u>	<u>Montant des échéances</u>

Je propose la cession de mes primes (N° de Pacage :)
 La MSA Auvergne vous contactera afin de vous adresser les imprimés de cession de primes.

Fait à _____, le _____

Signature

Important :

Je m’engage à régler dans les délais toutes les cotisations émises postérieurement à la date de cette demande.

Je prends note que cette demande revêt un caractère exceptionnel et que l’accord d’un délai de paiement intègre naturellement l’application des majorations de retard.

Je prends note qu’à ce titre, je recevrai éventuellement des rappels amiables et mises en demeure.

Je prends note que ma dette peut être réglée à tout moment par anticipation.

Je prends note que tout retard de paiement aura pour conséquence la rupture du présent contrat.

Toute demande incomplète ou non accompagnée de la demande de prélèvement (mandat SEPA et RIB) fera l’objet d’un rejet.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :
Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MSA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MSA.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom / Raison sociale	*
N° Immatriculation / N° Entreprise	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Votre adresse	*
	*
	*
	*
Les coordonnées de votre compte	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Joindre un relevé d'identité bancaire	Nom / Prénom du débiteur
	N° / Prénom du débiteur
	Nom d'identification international du compte bancaire — IBAN (International Bank Account Number)
	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Code international d'identification de votre banque — BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier	* MSA AUVERGNE
	Nom du créancier
	* ..FR52ZZZ558376.....
	Identification du créancier ICS
Adresse	* .16 rue Jean Claret
	* .. 63972 CLERMONT FERRAND CEDEX 9
	* ..FRANCE.....
	Pays
Type prélèvement	* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
Objet du MANDAT	* * Cotisations Non Salariés <input type="checkbox"/> Cotisations Salariés <input type="checkbox"/> Echancier contentieux <input type="checkbox"/>
Signé à	*
	Lieu
Signature(s)	* Veillez signer ci-dessous :
	Date (JJ MM AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
MSA AUVERGNE 16 RUE JEAN CLARET 63972 CLERMONT FERRAND CEDEX 9	