



santé  
famille  
retraite  
services

**PLAN D'APUREMENT:**  
**COTISATIONS DES EXPLOITANTS**

Afin d'étudier votre dossier, merci de nous retourner, dès réception, ce document dûment complété (par courrier ou par mail à [contactprectx.blf@bcl.msa.fr](mailto:contactprectx.blf@bcl.msa.fr)).

Les échéances devant être réglées par prélèvement bancaire, veuillez **obligatoirement joindre le mandat SEPA spécifique et un Relevé d'Identité Bancaire**.

**Important :** Les cotisations hors plan doivent être réglées aux échéances légales. L'accord d'un échéancier **ne suspend pas** l'application des majorations de retard : la MSA est tenue de les calculer conformément à la réglementation en vigueur. **Vous recevrez néanmoins les rappels et mises en demeure à titre conservatoire liés aux validités concernées par votre plan de paiement.**

Tout retard de paiement aura pour conséquence la clôture de l'échéancier. La dette peut être réglée à tout moment par anticipation.

**Rappel : si les cotisations visées par votre demande d'échéancier font actuellement l'objet d'un prélèvement, il vous appartient de faire la demande de rejet de ce prélèvement auprès de votre établissement bancaire.**

➔ **Demander :**

Numéro d'adhérent / Siret : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom / prénom ou Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

➔ **Nombre échéances demandées :** \_\_\_\_\_ mois      ➔ **Montant de la dette :** \_\_\_\_\_ euros

**Période(s) concernée(s) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dates et montants des échéances souhaitées :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Motif de la demande :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :