santé
famille
retraite
services

MSA du Languedoc

DEMANDE D'ÉCHÉANCIER DE PAIEMENT SUITE A LA NOTIFICATION D'UN INDU DE PRESTATIONS

Identification du demandeur

Nom :

Prénom :

Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse :

Code postal et commune :

Numéro de téléphone fixe :

Numéro de téléphone portable :

E-mail :

Caisse d'affiliation : MSA LANGUEDOC

Madame, Monsieur

Étant redevable envers votre caisse d'une dette d'un montant de ..... euros, au titre des :

☐ Prestations familiales

☐ Prestations retraite

☐ Prestations santé
(case à cocher le cas échéant)

Portant sur l'année : ……

MSA Languedoc
CS 59501
34262 MONTPELLIER CEDEX 2

Tél. 04 99 58 3000
www.msalanguedoc.fr

santé
famille
retraite
services

MSA du Languedoc

Motivation circonstanciée de la demande

Décrivez les raisons de votre demande d'échéancier (joindre les justificatifs à l'appui de celle-ci) :

……
……
……
……
……
……

Proposition d'échéancier de paiement

•Durée souhaitée de l'échéancier ……..... mois

•Montant souhaité des échéances ……..... euros

•À partir du mois de……..…..

• Deux dates de prélèvements (1) possibles (cochez la date souhaitée) :

☐ Le 10 de chaque mois ☐ Le 20 de chaque mois

(1) Mandat Sepa et relevé d'identité bancaire à joindre impérativement.

IMPORTANT

Je prends note que :

• Je peux régler ma dette à tout moment par anticipation.

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

Je m'engage à :

• Régler mes échéances aux dates indiquées dans l'échéancier qui me sera accordé.

Le non-respect de mes engagements entraînera la résolution de l'échéancier et la reprise du recouvrement par toute voie de droit.

☐ J'atteste sur l'honneur de la sincérité des éléments renseignés ci-dessus.

Fait à…… le ……..

Signature

MSA Languedoc
CS 59501
34262 MONTPELLIER CEDEX 2

Tél. 04 99 58 3000
www.msalanguedoc.fr