

CGSS REUNION



CGSS Réunion

**DEMANDE  
D'ECHEANCIER DE PAIEMENT**

**DIRECTION RECOUVREMENT**

**Service RAF AGRICOLE**

4 Boulevard Doret – CS53001

97741 SAINT-DENIS Cedex 9

Téléphone : 0262 40 72 85

E-mail : [info.nsa@cgss.re](mailto:info.nsa@cgss.re)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Monsieur le Directeur de la C.G.S.S,

Je reconnais devoir à la Caisse Générale de Sécurité Sociale, la somme de ..... €  
au titre de mon activité agricole des années .....

Je verse ce jour un acompte de : ..... €

par virement bancaire ou postal (*Joindre justificatif*)

par chèque

Pour les raisons suivantes : .....

je me trouve dans l'impossibilité de régler dans l'immédiat la somme restant due après  
déduction de l'acompte.

Je sollicite la possibilité de régulariser ce montant à raison de .....€ par mois à  
compter du ...../...../..... (Jour/mois/année)

par virement bancaire ou postal

par chèque

**En cas d'accord, je m'engage formellement à respecter l'échéancier de paiement qui sera mis en  
place et à régler dans les délais les cotisations à venir.**

A..... le .....

Signature

**Comment payer vos cotisations ?**

- par virement à la BRED: IBAN **FR76 1010 7004 9100 0409 1508 853** - code BIC **BREDFRPPXXX**
- par virement à la Banque Postale : IBAN **FR51 2004 1010 2108 0311 2R01 842** - code BIC **PSSTFRPPSDR**
- par chèque à l'ordre de la CGSS

**Veillez préciser votre n° de Sécurité sociale ou votre n° SIREN en référence du virement ou au dos du  
chèque**