



 **VERSPIEREN**  
COURTIER EN ASSURANCES

  
**COMMISSAIRES  
DE JUSTICE**  
CHAMBRE NATIONALE  
Section des Huissiers  
de justice

# HUISSIERS DE JUSTICE

---

*Solutions frais de santé et prévoyance*

# HUISSIERS DE JUSTICE

*Découvrez nos offres santé et prévoyance  
créées sur-mesure pour vous*

Avez-vous pensé aux conséquences sur votre famille d'une maladie, d'un accident, d'une invalidité ou de votre décès ? Vous n'avez pas forcément eu le temps de vous occuper de vos contrats personnels ou vous avez peut-être dû faire des arbitrages budgétaires et renoncer à une protection sociale adaptée à votre statut.

Chez Verspieren, nous avons développé une complémentaire santé et un contrat prévoyance qui vous permettent de concilier garanties maximales et maîtrise de votre budget, grâce à nos contrats éligibles à la loi Madelin.

**En solo ou en famille... nous avons forcément le contrat qu'il vous faut ! Nos contrats vous proposent les garanties optimales à un prix spécialement négocié pour vous, en collaboration avec la Chambre Nationale des Commissaires de justice (section Huissiers de justice).**

## PROTÉGEZ VOTRE FAMILLE AVEC DES CONTRATS PREMIUM

Grâce à Verspieren, alliez sécurité, prix et services grâce à nos contrats de protection sociale dédiés à votre statut. En plus, nos contrats sont éligibles à la loi Madelin.



**Profitez des garanties  
maximales sur le marché**



**Assurez la couverture  
de votre famille**



**De nombreux huissiers  
de justice ont déjà adhéré !**

**VOUS AVEZ DES QUESTIONS OU VOUS SOUHAITEZ SOUSCRIRE  
AUX OFFRES PERSONNALISÉES VERSPIEREN ? CONTACTEZ :**



Pierre Termant  
03 20 45 33 34



Murielle Decrock  
03 20 45 33 13

# L'OFFRE SANTÉ

Cette offre vous permettra de souscrire à deux contrats :

- un contrat avec les garanties maximum prévues dans le cadre du contrat responsable ;
- et si vous le souhaitez, un second contrat dit « surcomplémentaire » dont les garanties s'ajoutent au contrat de base qui vous permettra d'être remboursé au-delà des plafonds du contrat responsable.

## ZOOM SUR LE CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat responsable consiste à inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire à consulter leur médecin traitant avant un spécialiste (sauf exceptions). Par ailleurs, les complémentaires santé ont l'obligation de laisser un reste à charge d'au moins un euro lors de la consultation médicale (franchise médicale).

Pour être responsable, un contrat frais de santé doit respecter **des planchers et des plafonds de garanties notamment pour les dépassements d'honoraires demandés par les spécialistes dont les chirurgiens, ainsi que pour l'optique.**

### PRISE EN CHARGE DU CONTRAT RESPONSABLE



#### SOINS COURANTS

La participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'Assurance maladie



#### OPTIQUE

Un montant minimum déterminé en fonction de la complexité de l'équipement



#### PRÉVENTION

La participation de l'assuré aux prestations liées à la prévention



#### FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

L'intégralité du forfait journalier hospitalier

## L'INTÉRÊT FISCAL DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ





Savez-vous qu'en tant que travailleur non salarié, vous avez la possibilité de déduire les cotisations de votre contrat frais de santé de vos revenus professionnels imposables ?

### VOUS ADHÉREZ À LA FORMULE DE BASE RESPONSABLE

**Vous pouvez déduire la totalité de la cotisation de vos revenus professionnels imposables**





### VOUS ADHÉREZ À LA FORMULE DE BASE RESPONSABLE + SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE

**Vous ne pouvez déduire que la cotisation équivalente  
à la formule de base responsable de vos revenus professionnels imposables**

Actes	Sécurité sociale		Contrat Santé de Verspieren Remboursement maximum	
	Montant remboursé	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + SUR COMPLÉMENTAIRE	
 <b>Hospitalisation en secteur conventionné (exemple: prothèse du genou)</b>				
Honoraires des praticiens	578,54 €	DPTAM : 1 157,08 € Hors DPTAM : 578,54 €	DPTAM : 2 314,16 € Hors DPTAM : 2 314,16 €	
 <b>Consultations</b>				
Généraliste	16,50 €*	50 €	100 €	
Spécialiste DPTAM	16,50 €*	50 €	100 €	
Spécialiste Hors DPTAM	15,10 €*	29,9 €	92 €	
 <b>Dentaire</b>				
Couronne posée sur une canine (dent antérieure)	Panier 100 % santé	84 €	Remboursement total	Remboursement total
	Panier maîtrisé ou libre	84 €	240 €	480 €
Orthodontie	193,5 €	387 €	774 €	
 <b>Optique</b>				
Un équipement avec 2 verres simples	Panier 100 % santé	Monture : 1,70 € Verres : 8,78 €	Remboursement total	Remboursement total
	Panier libre	Monture : 5,40 € Verres : 0,06 €	410 € dont 100 € pour la monture	Monture : 300 € Verres : 480 € Total : 780 €

\*Les calculs tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro.

Garanties en complément du régime obligatoire (dans la limite des frais réels)	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE
<b>En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité</b>		
<b>Hospitalisation médicale chirurgicale y compris maternité</b>		
<b>Frais de séjour</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>En secteur conventionné</li> <li>En secteur non conventionné</li> </ul> <b>Honoraire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels adhérents au DPTAM</li> <li>Professionnel non adhérents au DPTAM</li> <li>Chambre particulière</li> <li>Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 16 ans</li> <li>Participation du patient actes <math>\geq 120</math> € dans la CCAM ou ayant un coefficient NGAP <math>\geq 60</math></li> <li>Forfait journalier hospitalier</li> </ul>	100 % FR - RO 90 % FR - RO  200 % BR 100 % TM + 100 % BR 70 € par jour  40 € par jour  100% du forfait  100% du forfait sans limitation de durée	100 % FR - RO 90 % FR - RO  400 % BR 400 % BR 140 € par jour  80 € par jour  100% du forfait  100% du forfait sans limitation de durée
<b>Le + maternité</b>		
Procréation médicale assistée non prise en charge par le régime obligatoire	200 € / an	200 € / an
<b>Cure thermale</b>		
Frais médicaux, de séjour et de transport	10 % du PMSS	20 % du PMSS
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux</b> Médecin généraliste (consultations, visites) <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins adhérent à un DPTM</li> <li>Médecins non adhérent à un DPTM</li> </ul> Médecin spécialiste (consultations, visites) <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins adhérent au DPTAM</li> <li>Médecins non adhérents au DPTAM</li> </ul> Actes techniques dispensés par le praticien <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins adhérent au DPTAM</li> <li>Médecins non adhérents au DPTAM</li> </ul> Radiographie et échographie <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins adhérent au DPTAM</li> <li>Médecins non adhérents au DPTAM</li> </ul> <b>Honoraires paramédicaux</b> (ex : infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, podologues)	200% BR 100% TM + 100% BR  200% BR 100% TM + 100% BR  200% BR 100% TM + 100% BR  200% BR 100% TM + 100% BR  200% BR	400% BR 400% BR  400% BR 400% BR  400% BR 400% BR  400% BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	200% BR	400% BR
<b>Transport pris en charge par la SS</b>	200% BR	400% BR
<b>Médicaments</b> (pris en charge par la SS)	100% TM	100% TM
<b>Matériel médical</b> Orthopédie, prothèses et appareillages autres que dentaires et auditifs	200% BR	400% BR

Garanties en complément du régime obligatoire	Formule de base	Formule de base + surcomplémentaire
 <b>Dentaire</b>		
(*) les garanties couvrent à minima 100% BR sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale		
<b>Soins et prothèses 100% Santé</b> <b>Soins</b> Soins dentaires hors Inlay / onlay (*) Inlay / onlay (*) Parodontologie non remboursée par la SS (*) <b>Orthodontie</b> Orthodontie remboursée par la SS (*) Orthodontie non remboursée par la SS Parodontologie non remboursée par le régime obligatoire <b>Prothèses</b> Prothèses dentaires remboursées par la SS y compris inlay core et couronnes transitoires (*) <b>Panier Maîtrisé</b> dans la limite de 100% des PLV <b>Panier Libre</b> <b>Implantologie non prise en charge par la SS</b> <b>Pilier/ Racine</b>	<b>Rbt intégral dans la limite de 100% des PLV</b>	
	200% BR	400% BR
	200% BR	400% BR
	200 €	400 €
	200% BR	400% BR
	200% BR reconstituée	400% BR reconstituée
	200 €	400 €
	200% BR (actuelle)	400% BR
	200% BR (actuelle)	400% BR
	200 €	400 €
 <b>Optique</b>		
<b>Limites de consommation Les limites s'entendent à compter de la date d'achat du dernier équipement</b> Adulte et enfants de + de 16 ans: 1 équipement tous les 2 ans, ramené à 1 équipement par an en cas d'évolution du défaut visuel. Enfant de - 16 ans : 1 équipement tous les ans		
<b>Équipements 100% santé - Verres Classe A</b> (y compris SS pour 2 verres et une monture)	<b>Rbt intégral dans la limite de 100% des PLV</b>	
<b>Grille Optique Panier libre - Verres Classe B</b> (y compris SS pour 2 verres et une monture)		
a - Verres simples	410 €	480 €
c - Verres complexes	610 €	620 €
f - Verres très complexes	710 €	770 €
b - Verres a & c	520 €	680 €
d - Verres a & f	560 €	820 €
e - Verres c & f	670 €	870 €
Dont monture	Max 100 €	300 €
Lentilles prises en charge ou non par le régime obligatoire (100% BR minimum & au-delà du forfait)	390 €	550 €
Chirurgie réfractive de l'œil	390 €	550 €
 <b>Aides auditives</b>		
<b>Jusqu'au 31 décembre 2020</b>	200% BR + 400€ par appareil	400% BR + 800€ par appareil
<b>A partir du 1er janvier 2021 - Dans la limite d'un équipement tous les 4 ans pour les équipements de classe 1 &amp; 2</b>		
<b>Équipements 100% santé - Classe 1</b>	<b>Rbt intégral dans la limite de 100% des PLV</b>	
<b>Panier libre - Classe 2</b> (dans la limite de 1700€ par oreille) Appareils auditifs divers pris en charge SS	200% BR + 400€ par appareil	400% BR + 800€ par appareil
	100% TM	100% TM
 <b>Autres prestations</b>		
Vaccins prescrits non pris en charge par la SS	60€ / an	60€ / an
Acupuncteur, chiropracteur, psychologue, ostéopathe	40€ par séance limité à 3/an / bénéf	60€ par séance limité à 3/an / bénéf
Contraceptifs prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire	60€ par an	60€ par an

## Prévention (Article R 871-2 II du Code de la Sécurité sociale)

L'ensemble des actes de prévention prévus à l'article R 871-2 II du Code de la Sécurité sociale (dont liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006 paru au JO du 18 juin 2006) est pris en charge à hauteur du niveau de prestations prévu par le Contrat dans la limite des frais réels et au minimum sur la base du ticket modérateur

### Assistance

Sous réserve d'accord préalable et justificatifs originaux de dépenses

Incluse

**CCAM** : Classification commune des actes médicaux  
**NGAP** : Nomenclature générale des actes professionnels  
**CCSF** : Comité consultatif du secteur financier  
**LPP** : Liste des produits et prestations remboursables  
**Pmss** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

**BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale  
**SS** : Sécurité sociale  
**PLV** : Prix limite de vente  
**DPTM** : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

## SANTÉCLAIR : UN RÉSEAU DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE QUALITÉ À VOTRE SERVICE

Santéclair est un réseau de professionnels de santé via lequel vous bénéficiez de services préférentiels. Ces professionnels partenaires se sont aussi engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et des tarifs négociés, qui vous permettent de limiter votre dépense. Ainsi, vous profitez d'un meilleur remboursement et votre reste à charge est diminué.

## LES COTISATIONS 2020 ET LE PROCESS D'ADHÉSION

### Comment calculer le montant des cotisations mensuelles ?

Les cotisations s'entendent par personne assurée au contrat en fonction de l'âge au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de souscription. En cas de changement de tranche d'âge, le tarif évolue automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier.

**Par exemple** : si vous avez 60 ans le 30 avril 2020 et que vous souscrivez au contrat le 1<sup>er</sup> mai 2020, la tarification de la tranche 55 à 59 ans vous sera appliquée.

EN % DU PMSS*	FORMULE DE BASE RESPONSABLE (cotisations déductibles selon la loi Madelin)		FORMULE DE BASE RESPONSABLE SURCOMPLÉMENTAIRE	
	Adulte	Enfant**	Adulte	Enfant**
< 40 ans	1,81 %, soit 62,05 €	1,03 %, soit 35,31 €  Gratuité au 3 <sup>e</sup> enfant	2,98 %, soit 102,15 €	1,51 %, soit 51,76 € Gratuité au 3 <sup>e</sup> enfant
40-50 ans	2,15 %, soit 73,70 €		3,60 %, soit 123,41 €	
50-60 ans	3,30 %, soit 113,12 €		5,52 %, soit 189,23 €	
60-70 ans	4,20 %, soit 143,98 €		7,16 %, soit 245,44 €	
> 70 ans	6,30 %, soit 215,96 €		10,74 %, soit 368,17 €	

\* **PMSS** : plafond mensuel de la Sécurité sociale égal à 3 428 € en 2020

\*\* Les bénéficiaires sont considérés comme « enfant » jusqu'à 26 ans.

Les cotisations sont indexées en fonction de l'accroissement de la consommation médicale totale (CMT). Elles peuvent évoluer en cas de déséquilibre significatif des résultats du contrat et/ou en cas d'aménagement des régimes de Sécurité sociale ou changement des dispositions légales entraînant une modification des charges liées au contrat.

**Exemple de cotisations** : pour une famille comprenant un adulte de 43 ans, son conjoint de 39 ans et un enfant. Leur cotisation mensuelle pour le contrat de base s'élève à :  
 $73,70 \text{ €} + 62,05 \text{ €} + 35,31 \text{ €} = 171,06 \text{ €} / \text{mois}$ .

### Comment adhérer au contrat ?

Pour adhérer, rien de plus simple ! Complétez le bulletin d'adhésion joint et retournez-le à Verspieren accompagné des documents suivants :



- un extrait Kbis de moins de 3 mois ;
- un RIB pour le prélèvement de vos cotisations et éventuellement un RIB différent pour vos remboursements de santé ;
- votre carte d'identité recto-verso ;
- votre attestation Vitale (et éventuellement celle de votre conjoint si vous souhaitez l'affilier) ;
- en cas de vie maritale ou de PACS : une attestation sur l'honneur de vie commune ou un justificatif de domicile commun ;
- pour les enfants de plus de 18 ans : un certificat de scolarité ;
- l'attestation confirmant que vous êtes à jour des cotisations au régime obligatoire d'Assurance Maladie ;
- l'attestation confirmant que vous êtes à jour des cotisations au régime obligatoire d'Assurance Vieillesse.

## Combien de temps dure mon adhésion ?

Votre adhésion est conclue pour l'année en cours jusqu'au 31 décembre.

Elle est ensuite reconduite tacitement chaque 1<sup>er</sup> janvier pour une durée égale à un an.

Le paiement de la première cotisation mensuelle vaut acceptation de la part de l'assuré des conditions du contrat, qui seront matérialisées par la remise d'un certificat d'affiliation.

## LES SERVICES À VOTRE DISPOSITION

### L'ESPACE CLIENT :

Vous accédez à vos remboursements et à des informations pratiques sur la santé.

### LE TCHAT EN LIGNE :

Accessible du lundi au vendredi, le tchat vous permet de converser sur vos frais de santé, en temps réel, avec un expert Verspieren.

### L'AIDE EN LIGNE :

Accessible 24 /24 et 7 J/7, elle vous apporte une réponse immédiate, en posant directement votre question ou en sélectionnant un sujet parmi les rubriques proposées.

### LES DÉCOMPTES PAR E-MAIL :

Vos décomptes peuvent être envoyés par e-mail à chaque remboursement.

### LES ALERTES SMS :

Une alerte peut vous être envoyée par SMS dès que vous percevez des remboursements significatifs.

### L'APPLICATION :

Vous pouvez consulter vos remboursements de santé, effectuer vos démarches de soins et télécharger votre carte de tiers-payant directement depuis votre smartphone.

### LE SERVICE RELATIONS-ASSURÉS :

Un téléconseiller répond à toutes vos questions concernant vos prestations.

## LES AVANTAGES DU CONTRAT SANTÉ VERSPIEREN



### UNE OFFRE PERSONNALISÉE

L'offre proposée est uniquement dédiée aux huissiers de justice (travailleurs non salariés). Vous bénéficiez de garanties négociées selon vos besoins.



### UNE ÉQUIPE DÉDIÉE

Verspieren est courtier gestionnaire, ce qui permet une réactivité pour la gestion des sinistres, un conseil personnalisé et une veille réglementaire.



### UNE CERTIFICATION DE QUALITÉ

L'activité Frais de santé est certifiée selon la norme ISO 9001 : 2015 afin de garantir l'adéquation entre la qualité de nos prestations et les besoins de nos clients.



### UN ESPACE CLIENT SÉCURISÉ

Vous profiterez d'un extranet qui vous apportera toutes les informations relatives au contrat proposé (carte de tiers-payant dématérialisée, analyse de vos dépenses de santé, etc.).



### UN RÉSEAU DE SOINS EFFICACE

Afin de diminuer votre reste à charge notamment en optique, nous vous offrons la possibilité d'accéder au réseau de soins Santéclair.



# L'OFFRE PRÉVOYANCE

La CNCJ (section Huissiers de justice) offre à ses confrères la possibilité de souscrire, dans des conditions particulièrement attractives, une protection prévoyance contre les risques décès, invalidité absolue et définitive et incapacité de travail.

Cette offre s'ajoute à la protection de base offerte par le régime obligatoire, souvent insuffisante quand elle n'est pas inexistante. Les cotisations sont éligibles à la loi Madelin : vous n'avez donc aucune raison de vous priver d'une telle protection !

## LES GARANTIES

Notre offre est complètement modulable. Vous pouvez choisir parmi les 6 montants forfaitaires pour le décès / invalidité absolue et définitive, auxquels vous pouvez ajouter une option d'indemnités journalières. Ces forfaits servent de base pour calculer les cotisations et les prestations.

	Montant forfaitaire 1	Montant forfaitaire 2	Montant forfaitaire 3	Montant forfaitaire 4	Montant forfaitaire 5	Montant forfaitaire 6
Montant forfaitaire servant au calcul du capital versé	114 450 €	152 450 €	186 700 €	250 000 €	350 000 €	500 000 €
<b>DÉCÈS/ INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE</b>						
EN MADELIN / Prestations en rente (avec déductibilité fiscale de la cotisation) EN HORS MADELIN / Prestations en capital (sans déductibilité fiscale de la cotisation)						
Si décès avant le 31 qui suit le 45 <sup>e</sup> anniversaire	Montant forfaitaire x 3					
Si décès entre le 1 <sup>er</sup> janvier qui suit le 45 <sup>e</sup> anniversaire et le 31/12 qui suit le 50 <sup>e</sup>	Montant forfaitaire x 2					
Si décès entre le 1 <sup>er</sup> janvier qui suit le 50 <sup>e</sup> anniversaire et le 31/12 qui suit le 58 <sup>e</sup>	Montant forfaitaire x 1					
Si décès au-delà du 58 <sup>e</sup> anniversaire et au plus tard jusqu'au dernier jour du 71 <sup>e</sup> anniversaire (sous réserve de l'autorisation du ministère de l'intérieur)	Capital minoré de 2,5 % de son montant par trimestre civil Le capital décès (y compris les majorations par enfant à charge) ne pourra pas être inférieur à 60 % de la base de garantie.					
Majoration par enfant à charge fiscalement	27 % du Montant forfaitaire					
Majoration en cas de décès accidentel	Versement d'un capital supplémentaire égal à 25 % du capital prévu en cas de mort naturelle					
Invalidité absolue et définitive*	Versement du capital par anticipation à l'assuré avec possibilité de convertir en rente viagère					
<b>INCAPACITÉ DE TRAVAIL - MADELIN OU HORS MADELIN</b> (Prestations sous forme d'indemnités journalières versées pendant 3 ans maxi.)						
Option d'indemnités journalières (à choisir)	Indemnités journalières (sur la base d'un mois de 30 jours)**					
15 % du montant forfaitaire	47,03 €	62,65 €	76,73 €	102,74 €	143,83 €	205,48 €
30 % du montant forfaitaire	94,07 €	125,30 €	153,45 €	205,48 €	287,67 €	410,96 €
50 % du montant forfaitaire	156,78 €	208,84 €	255,75 €	342,47 €	479,45 €	684,93 €

\*Invalidité absolue et définitive : assuré totalement incapable d'exercer sa profession

\*\*Calcul de l'indemnité journalière : x % de la 365<sup>e</sup> partie du forfait choisi

## LES AVANTAGES



Déduisez vos cotisations si vous le souhaitez



Choisissez votre niveau de protection



Profitez de délai de carence très court, adapté à la profession

## TAUX DE COTISATIONS (EN % DU MONTANT FORFAITAIRE CHOISI)

### Garanties décès / invalidité absolue et définitive

Taux de cotisation (en % de la formule choisie) : 1,03 %

Exemple : pour le forfait 1, la cotisation annuelle sera de : 1,03 % x 114 450 € = 1 178,84 €, soit 98,24 € par mois.

### Garanties décès / invalidité absolue et définitive et incapacité de travail

	Option d'indemnités journalières		
	Garantie choisie : 15 % du montant forfaitaire	Garantie choisie : 30 % du montant forfaitaire	Garantie choisie : 50 % du montant forfaitaire
Délai de carence* de 15 jours en cas de maladie ramenée à 7 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation	1,42 %	1,79 %	2,30 %
Délai de carence* de 30 jours en cas de maladie ramenée à 15 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation	1,28 %	1,51 %	1,83 %

Exemple : pour le forfait 1, avec une option d'indemnités journalières à 30 % du montant forfaitaire et un délai de carence de 30 jours, la cotisation annuelle sera de : 114 450 € x 1,51 % = 1 728,20 €, soit 144,02 € par mois.

*\*Le délai de carence correspond au délai incompressible pendant lequel vous ne pouvez pas prétendre à une indemnisation en cas d'arrêt maladie.*

## LA CESSIION EN GARANTIE DU CAPITAL

Économisez le coût de l'assurance décès de votre banquier !

Le capital dû en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive peut faire l'objet, sur demande expresse, d'une cession en garantie en faveur d'un organisme prêteur en vue de l'acquisition d'un bien immobilier personnel, dans la limite des sommes dues par l'assureur à la date du décès.

## LE PROCESS D'ADHÉSION

Pour souscrire à l'offre prévoyance des Commissaires de justice (section Huissiers de justice), il vous suffit de compléter et de retourner les documents joints dûment complétés et signés à l'adresse suivante :

### Verspieren

Direction des Assurances de personnes, à l'attention de Murielle Decrock  
BP 30 200  
59 446 Wasquehal

#### 1. Le bulletin individuel d'adhésion accompagné des documents suivants :

- un extrait Kbis de moins de 3 mois
- un RIB pour le prélèvement de vos cotisations
- votre carte d'identité recto-verso
- l'attestation confirmant que vous êtes à jour des cotisations au régime obligatoire d'Assurance Maladie
- l'attestation confirmant que vous êtes à jour des cotisations au régime obligatoire d'Assurance Vieillesse

#### 2. La désignation de bénéficiaire (uniquement si la clause contractuelle ne vous convient pas) :

La désignation de bénéficiaires standard est celle prévue par défaut dans le contrat. Si vous ne faites pas de désignation particulière, le capital sera payé :

- au conjoint non séparé de droit,
- à défaut, aux enfants nés et à naître, (vivants ou représentés) par parts égales,
- à défaut, aux ascendants à charge par parts égales,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

## LA DURÉE DU CONTRAT

Votre adhésion au contrat de la CNCJ (section Huissiers de justice) expire le 31 décembre à minuit. Il se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, chaque 1<sup>er</sup> janvier pour une durée d'un an. L'assuré a la faculté de demander sa radiation au contrat collectif au moyen d'une lettre recommandée envoyée au plus tard le 31 octobre précédent.

Les garanties cessent pour chaque assuré :

- au 31 décembre qui suit la parution au Journal officiel de la démission de l'huissier de justice ;
- au 31 décembre de l'année en cours de laquelle il atteint l'âge de :
  - 71 ans pour les garanties décès ou invalidité absolue et définitive ;
  - 65 ans pour la garantie incapacité de travail ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

Verspieren, vocation client

