



ASSURANCES DE PERSONNES


**COMMISSAIRES
DE JUSTICE**
CHAMBRE NATIONALE

COMMISSAIRES DE JUSTICE

Solutions frais de santé et prévoyance

Plaquette commerciale

COMMISSAIRES 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.**

VOUS CONSEILLER ET ANTICIPER DEMAIN

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 commissaires
de justice ont déjà adhéré !**

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



Contactez notre équipe dédiée : commissairedejustice@verspieren.com



Ludivine BAUELLE

Directrice Marché Entreprises
Assurances de personnes Verspieren

06 22 19 14 16



Elise SINGEZ

Technico-commerciale

03 20 45 33 40

COMMISSAIRES DE JUSTICE

DÉCOUVREZ NOS OFFRES SANTÉ ET PRÉVOYANCE CRÉÉES SUR-MESURE POUR VOUS

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 de médecine et 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 adhérez à la formule de base responsable + surcomplémentaire non responsable
Vous pouvez déduire la totalité de la cotisation de vos revenus professionnels imposables	Vous ne pouvez déduire que la cotisation équivalente à la formule de base responsable de vos revenus professionnels imposables

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (NON CONTRACTUELS)

ACTES		SÉCURITÉ SOCIALE	CONTRAT SANTÉ DE VERSPIEREN REMBOURSEMENT MAXIMUM	
		Montant remboursé	Formule de base	Formule de base + Surcomplémentaire
 Hospitalisation en secteur conventionné (exemple : prothèse du genou)				
Honoraires des praticiens		578,54 €	DPTM: 1 157,08 € Hors DPTM: 578,54 €	DPTM: 2314,16 € Hors DPTM: 2314,16 €
 Consultations				
Généraliste		19 €*	60 €	120 €
Spécialiste DPTM		19 €*	60 €	120 €
Spécialiste Hors DPTM		14,10 €*	46 €	46 €
 Dentaire				
Couronne posée sur une canine (dent antérieure)	Panier 100 % santé	578,54 €	Remboursement total	Remboursement total
	Panier maîtrisé ou libre	578,54 €	240 €	480 €
Orthodontie		193,50 €	387 €	774 €
 Optique				
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 2 euros.

TABLEAU DE GARANTIE (NON CONTRACTUEL)

GARANTIES EN COMPLÉMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE (dans la limite des frais réels)	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE
En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité		
 Hospitalisation médicale chirurgicale y compris maternité		
Frais de séjour - En secteur conventionné - En secteur non conventionné	100 % FR - RO 90 % FR - RO	100 % FR - RO 90 % FR - RO
Honoraires - Professionnels adhérents au DPTM - Professionnels non adhérents au DPTM - Chambre particulière - Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 16 ans - Participation du patient actes ≥ 120 € dans la CCAM ou ayant un coefficient NGAP ≥ 60 - Forfait journalier hospitalier	200 % BR 100 % TM + 100 % BR 70 € par jour 40 € par jour 100 % du forfait 100 % du forfait sans limitation de durée	400 % BR 400 % BR 140 € par jour 80 € par jour 100 % du forfait 100 % du forfait sans limitation de durée
 Le + Maternité		
Procréation médicale assistée non prise en charge par le régime obligatoire	200 € / an	200 € / an
 Cure thermale		
Frais médicaux, de séjour et de transport	10 % du PMSS	20 % du PMSS
 Soins courants		
HONORAIRES MÉDICAUX		
Médecin généraliste (consultations, visites) - Médecins adhérents à un DPTM - Médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR 100 % TM + 100 % BR	400 % BR 400 % BR
Médecin spécialiste (consultations, visites) - Médecins adhérents au DPTM - Médecins non adhérents au DPTM	200 % BR 100 % TM + 100 % BR	400 % BR 400 % BR
Actes techniques dispensés par le praticien - Médecins adhérents au DPTM - Médecins non adhérents au DPTM	200 % BR 100 % TM + 100 % BR	400 % BR 400 % BR
Radiographie et échographie - Médecins adhérents au DPTM - Médecins non adhérents au DPTM	200 % BR 100 % TM + 100 % BR	400 % BR 400 % BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (ex : infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, podologues)	200 % BR	400 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	200 % BR	400 % BR
TRANSPORT PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	200 % BR	400 % BR
MÉDICAMENTS (pris en charge par la SS)	100 % TM	100 % TM
MATÉRIEL MÉDICAL : Orthopédie, prothèses et appareillages autres que dentaires et auditifs	200 % BR	400 % BR

GARANTIES EN COMPLÉMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE (dans la limite des frais réels)	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE	
 Dentaire			
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ	Remboursement intégral dans la limite de 100 % des PLV		
Soins • Soins dentaires hors Inlay / onlay* • Inlay / onlay* • Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale*	200 % BR 200 % BR 200 €	400 % BR 400 % BR 400 €	
Orthodontie • Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale* • Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale* • Parodontologie non remboursée par le régime obligatoire	200 % BR 400 % BR reconstituée 200 €	400 % BR 400 % BR reconstituée 400 €	
PROTHÈSES Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale y compris inlay core et couronnes transitoires*			
Panier maîtrisé dans la limite de 100 % des PLV	200 % BR	400 % BR	
Panier libre	200 % BR	400 % BR	
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale			
Pilier / Racine	200 % BR	400 % BR	
* 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			
 Optique			
Limites de consommation Les limites s'entendent à compter de la date d'achat du dernier équipement Adulte et enfant 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			
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ - VERRES CLASSE A (y compris SS pour 2 verres et une monture)	Remboursement intégral dans la limite de 100 % des PLV		
GRILLE OPTIQUE PANIER LIBRE - VERRES CLASSE B (y compris SS pour 2 verres et une monture)	Remboursement intégral dans la limite de 100 % des PLV		
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 €	
Monture	Max 100 € compris dans les forfaits ci-dessus	300 €	
Lentilles prises en charge ou non par le régime obligatoire (100 % BR minimum & au-delà du forfait)	390 €	DPTM : 2 314,16 € 550 €	
Chirurgie réfractive de l'œil	390 €	550 €	

GARANTIES EN COMPLÉMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE (dans la limite des frais réels)		FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE
 Aides auditives			
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ - CLASSE 1	Remboursement intégral dans la limite de 100 % des PLV		
PANIER LIBRE - CLASSE 2 (dans la limite de 1700 € par oreille)	200 % BR + 400 € par appareil	400 % BR + 800 € par appareil	
Appareils auditifs divers pris en charge Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	
 Autres prestations			
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	60 € / an	60 € / an	
Acupuncteur, chiropracteur, psychologue, ostéopathe	40 € par séance limité à 3 / an / bénéficiaire	60 € par séance limité à 3 / an / bénéficiaire	
Contraceptifs prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire	60 € / an	60 € / 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	Remboursement intégral dans la limite de 100 % des PLV		

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 2025¹ 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^{er} janvier de l'année de souscription. En cas de changement de tranche d'âge, le tarif évolue automatiquement au 1^{er} janvier.

Par exemple : si vous avez 60 ans le 30 avril 2025 et que vous souscrivez au contrat le 1^{er} mai 2025, 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	2,13 % soit 83,60 €	1,21 % soit 47,49 € Gratuité au 3 ^e enfant	3,50 % soit 137,38 €	1,77 % soit 69,47 € Gratuité au 3 ^e enfant
40-49 ans	2,53 % soit 99,30 €		4,23 % soit 166,03 €	
50-59 ans	3,87 % soit 151,90 €		6,47 % soit 253,95 €	
60-69 ans	4,93 % soit 193,50 €		8,41 % soit 330,29 €	
> 69 ans	7,39 % soit 290,06 €		12,60 % soit 494,55 €	

¹ La prime en euros intègre la cotisation correspondant à l'adhésion à l'association de prévoyance santé (ADPS).

* **PMSS** : plafond mensuel de la Sécurité sociale égal à 3 925 € en 2025.

** 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 : 99,30 € + 83,60 € + 47,49 € = 230,39 € / mois.

COMMENT ADHÉRER AU CONTRAT ?

Pour adhérer, rien de plus simple ! Rendez-vous sur le site **commissairedejustice.verspieren.com** muni 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^{er} 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.

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 1er 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 CHAT 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 24h/24 et 7j/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 commissaires de justice (travailleurs non salariés). Vous bénéficiez de garanties négociées selon vos besoins.



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.



Une équipe dédiée

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



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.).



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.

L'OFFRE PRÉVOYANCE

La CNCJ 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 €
DÉCÈS/ INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE						
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 31/12 qui suit le 45 ^e anniversaire	Montant forfaitaire x 3					
Si décès entre le 1 ^{er} janvier qui suit le 45 ^e anniversaire et le 31/12 qui suit le 50 ^e	Montant forfaitaire x 2					
Si décès entre le 1 ^{er} janvier qui suit le 50 ^e anniversaire et le 31/12 qui suit le 58 ^e	Montant forfaitaire x 1					
Si décès au-delà du 58 ^e anniversaire et au plus tard jusqu'au dernier jour du 71 ^e 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					
INCAPACITÉ DE TRAVAIL - MADELIN OU HORS MADELIN (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^e 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): 1,86 %

Exemple: pour le forfait 1, la cotisation annuelle sera de: $1,86\% \times 114\,450\text{€} = 2\,128,77\text{€}$, soit 177,40 € 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	2,56 %	3,21 %	4,15 %
Délai de carence* de 30 jours en cas de maladie ramenée à 15 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation	2,31 %	2,73 %	3,29 %

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: $2,73\% \times 114\,450\text{€} = 3\,124,49\text{€}$, soit 260,37 € 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 CESSION 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, il vous suffit de vous rendre sur le site **commissairedejustice.verspieren.com** muni 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

LES BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS

Par défaut et en application de la clause contractuelle, le capital est 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.

Vous pouvez établir une désignation de bénéficiaires particulière auprès de l'assureur en suivant les modalités prévues au contrat d'assurance.

LA DURÉE DU CONTRAT

Votre adhésion au contrat de la CNCJ expire le 31 décembre à minuit. Il se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an. Vous avez la faculté de demander votre radiation au contrat collectif au moyen d'une lettre recommandée envoyée au plus tard le 31 octobre précédent.

Les garanties cessent :

- Au dernier jour du mois civil de la parution au Journal Officiel actant votre démission de commissaire de justice
- Au dernier jour du mois civil au cours duquel vous atteignez 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

ENSEMBLE, INVENTONS DEMAIN