



 **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 VERSPIERIEN ? 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

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Actes	Sécurité sociale		Contrat santé de Verspieren (remboursement maximum)	
	BASE DE REMBOURSEMENT	MONTANT REMBOURSÉ	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + SUR-COMPLÉMENTAIRE
 Hospitalisation en secteur conventionné (exemple : prothèse du genou)				
Honoraires des praticiens	578,54 €	578,54 €	DPTAM : 1 157,08 € Hors DPTAM : 578,54 €	DPTAM : 2314,16 € Hors DPTAM : 2314,16 €
 Consultations				
Généraliste	25 €	17,50 € - 1 € = 16,50 €	50 €	100 €
Spécialiste DPTAM	30 €	21,00 € - 1 € = 20 €	60 €	120 €
Spécialiste hors DPTAM	23 €	16,10 € - 1 € = 15,10 €	29,90 €	92 €
 Dentaire				
Couronne posée sur une canine (dent antérieure)	107,50 €	75,25 €	215 €	430 €
Orthodontie	193,50 €	193,50 €	387 €	774 €
 Optique (exemple)				
Un équipement avec 2 verres complexes	Monture : 2,84 € Verres : 14,64 €	Monture : 1,70 € Verres : 8,78 €	610 € maximum dont monture : 150 €	Monture : 300 € Verres : 620 € Total = 920 €

DPTAM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. Ce dispositif vise à maîtriser les dépassements d'honoraires.

Garanties en complément du régime obligatoire (dans la limite des frais réels)	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE
 Hospitalisation médicale chirurgicale y compris maternité		
Frais de séjour <ul style="list-style-type: none"> En secteur conventionné En secteur non conventionné 	100 % FR - RO 90 % FR - RO	100 % FR - RO 90 % FR - RO
Honoraire - actes chirurgicaux <ul style="list-style-type: none"> Professionnels adhérents au DPTAM Professionnel non adhérents au DPTAM 	200 % BR 100 % TM + 100 % BR	400 % BR 400 % BR
Forfait journalier hospitalier <ul style="list-style-type: none"> Chambre particulière Lit d'accompagnement 	Frais réels 70 € par jour d'hospitalisation 40 € par jour d'hospitalisation	Frais réels 140 € par jour d'hospitalisation 80 € par jour d'hospitalisation
Transport pris en charge par le régime obligatoire	200 % BR	400 % BR
 Le + maternité		
Procréation médicale assistée non prise en charge par le régime obligatoire	200 € / an	200 € / an
 Soins courants		
Consultation, actes et visite <ul style="list-style-type: none"> Médecins généralistes et spécialistes adhérents au DPTAM Médecins généralistes et spécialistes non adhérents au DPTAM 	200 % BR 100 % TM + 100 % BR	400 % BR 400 % BR
Auxiliaires médicaux	200 % BR	400 % BR
Laboratoires, radiologie, imagerie, échographie	200 % BR	400 % BR
Actes techniques médicaux <ul style="list-style-type: none"> Médecins adhérent au DPTAM Médecins non adhérents au DPTAM 	200 % BR 100 % TM + 100 % BR	400 % BR 400 % BR
 Dentaire		
Soins dentaires remboursés par le régime obligatoire	200 % BR	400 % BR
Inlays-Onlays remboursés par le régime obligatoire	200 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	200 % BR	400 % BR
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	200 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire	200 % BR reconstituée	400 % BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par le régime obligatoire (plafond par année civile et par bénéficiaire)	200 €	400 €
Les implants dentaires (limité à 2 implants par année civile et par bénéficiaire)		
Racine implantaire	200 €	400 €
Pilier implantaire	200 €	400 €

DPTAM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. Ce dispositif vise à maîtriser les dépassements d'honoraires.

Garanties en complément du régime obligatoire (dans la limite des frais réels)	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE
🕒 Optique		
Une paire de lunettes (1 monture maximum 150 € + 2 verres) tous les deux ans sauf pour les enfants ou en cas d'évolution de la correction (tous les ans)		
2 verres simples	410 €	480 €
2 verres complexes	610 €	620 €
2 verres très complexes	710 €	770 €
1 verre simple et 1 verre complexe	520 €	680 €
1 verre simple et 1 verre très complexe	560 €	820 €
1 verre complexe et 1 verre très complexe	670 €	870 €
Monture	Inclus dans le forfait	300 €
Lentille de contact correctrices prises en charge ou non par le Sécurité sociale (par année civile et par bénéficiaire)	390 €	550 €
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser (par oeil)	390 €	550 €
🏥 Pharmacie		
Médicaments prescrits remboursés par le régime obligatoire	100 % TM	100 % TM
👂 Appareillage		
Appareils auditifs remboursés par le régime obligatoire	200 % BR + 400 € par appareils tous les 3 ans	400 % BR + 800 € par appareils tous les 3 ans
Appareils orthopédiques et divers remboursés par le régime obligatoire	200 % BR	400 % BR
🧘 Médecine douce		
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, psychologue	40 € par séance limité à 3 / an et / bénéficiaire	60 € par séance limité à 3 / an et / bénéficiaire
👤 Actes de prévention		
Vaccins prescrits et non pris en charge par le régime obligatoire	60 € par an	60 € par an
Contraceptifs prescrits et non remboursés par le régime obligatoire	60 € par an	60 € par an
Assistance & tiers-payant : pharmacie-laboratoire-radio-hospitalisation et soins externes-optique-transport-soins	Inclus	Inclus
🌿 Cure thermale		
Frais médicaux, de séjour et de transport	10 % du PMSS	20 % du PMSS

FR : frais réels

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale (tarif officiel du régime obligatoire à partir duquel il effectue son remboursement)

TM : ticket modérateur (différence entre la base de remboursement du régime obligatoire et le montant du remboursement de celui-ci)

RO : régime obligatoire

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale estimé à 3377 € en 2019

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 2019 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 2019 et que vous souscrivez au contrat le 1^{er} mai 2019, 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 61,12 €	1,03 %, soit 34,78 € Gratuité au 3 ^e enfant	2,98 %, soit 100,63 €	1,51 %, soit 50,99 € Gratuité au 3 ^e enfant
40-50 ans	2,15 %, soit 72,61 €		3,60 %, soit 121,57 €	
50-60 ans	3,30 %, soit 111,44 €		5,52 %, soit 186,41 €	
60-70 ans	4,20 %, soit 141,83 €		7,16 %, soit 241,79 €	
> 70 ans	6,30 %, soit 212,75 €		10,74 %, soit 362,69 €	

* **PAS** : plafond mensuel de la Sécurité sociale estimé à 3377 € en 2019

** 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 : 72,61 € + 61,12 € + 34,78 €, soit 168,51 € / mois.

Comment adhérer au contrat ?

Pour adhérer, rien de plus simple ! Complétez le bulletin d'adhésion joint et retournez-le à Verspie- ren 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^{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.

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 €
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 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) : 1,03 %

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^{er} 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

