

## DEMANDE DE DEVIS SANTE EXPATRIE

À nous retourner complétée à

contactvb@verspieren.com

### 1. L'ADHERENT(E)

Madame  Monsieur Date de naissance :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire  Pacsé(e)  Concubin(e)

Adresse : \_\_\_\_\_

Résidence fiscale : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Pays d'expatriation : \_\_\_\_\_

Date d'expatriation : \_\_/\_\_/\_\_

Durée d'expatriation \_\_\_\_\_

Email (en lettres capitales) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél Portable : \_\_\_\_\_

Êtes-vous client de la Banque Transatlantique ? :  Oui  Non

Comment nous avez-vous connu ? :  Site CFE  Comparateur  Site Banque Transatlantique  Autre : .....

### 2. VOTRE SITUATION FAMILIALE

STATUT	SEXE	NOM	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE	NATIONALITES
Conjoint (x)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
1 <sup>er</sup> enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
2 <sup>ème</sup> enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
3 <sup>ème</sup> enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
4 <sup>ème</sup> enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
5 <sup>ème</sup> enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

### 3. VOTRE SITUATION ACTUELLE

Êtes-vous adhérent(s) à la CFE :  oui  non

Si non, souhaitez-vous y adhérer :  oui  non

Avez-vous une assurance/mutuelle expatriée en cours :  oui  non - Si non, date de résiliation de votre précédente assurance/mutuelle : \_\_/\_\_/\_\_

### 4. CHOIX DES GARANTIES SOUHAITEES

Santé Complément d'un régime de base français (CFE, CPAM,...)

Santé 1er euro

Responsabilité civile(option) : Oui / Non

Assistance-rapatriement (option) : Oui / Non

### 5. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Je désire que cette adhésion prenne effet le : \_\_/\_\_/\_\_