

**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 : \_\_/\_\_/\_\_\_\_