

Demande de devis Transatlantique International Santé

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 : _____

Pays d'expatriation : _____ Date d'expatriation : _____

Email (en lettres capitales) : _____ @ _____ Tél Portable : _____

Zone de couverture :

1 (Canada, Brésil, Mexique, Chine, Japon)

2 (Emirats Arabes Unis, Hong-Kong, Israël, Royaume-Uni, Russie, Singapour, Australie, Liban)

3 (Europe (hors Royaume-Uni), Amérique du Sud (hors Brésil et Mexique), Afrique du Sud)

4 (Autres pays à l'exclusion des zones 1,2,3,5)

5 (Afrique hors Afrique du Sud)

2. VOS AYANTS DROIT A GARANTIR (au-delà du 5^{ème} enfant, donner les informations sur papier libre):

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

3. VOTRE SITUATION ACTUELLE

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

Avez-vous une assurance/mutuelle expatriée : 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 (Chubb en option) :

5. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Je désire que cette adhésion prenne effet le ___ / ___ / ___