







































**Devoir d'information et de conseil :** Nous vous invitons, avant d'adhérer à une des garanties LMDE, à lire attentivement les documents contractuels. Votre conseiller est là pour vous aider dans la détermination de vos besoins et le choix de votre garantie adaptée à votre situation. Il vous donne, avant votre adhésion ou votre demande de modification, toutes les informations et conseils pour que votre garantie soit adaptée à votre situation personnelle.





## LES MUTUELLES SANTÉ

Vous avez le choix entre plusieurs niveaux de garanties pour vous, et si vous le désirez votre conjoint, vos enfants ou autres ayants-droit (pour les ayants-droit, merci de renseigner les informations demandées en annexe)

	Hospi LMDE	Vitalité LMDE	Essentielle LMDE	Zen LMDE
	 4,90 € / mois	 14,60 € / mois	 25,60 € / mois	 37,90 € / mois
RESPONSABILITÉ CIVILE Vie étudiante - Vie privée				
SOINS COURANTS			 	  
SOINS HOSPITALIERS				 
PHARMACIE			 	  
SOINS DENTAIRES			 	  
OPTIQUE				 
SOINS À L'ÉTRANGER				 
PRÉVENTION			 	  

Nous vous recommandons :

## LES AUTRES GARANTIES

	Plus LMDE	Assurance De l'Étudiant
	49,40 € / an	17 € / an
PRÉVENTION	 	
ASSURANCE		

Nous vous recommandons :

Merci de remplir ce bulletin d'adhésion très lisiblement au stylo bille et en lettres capitales.

**Documents obligatoires :**

Photocopie carte nationale d'identité ou passeport

Relevé d'Identité Bancaire, pour recevoir vos remboursements sur votre compte bancaire

Ticket carte bancaire ou Mandat SEPA et RIB pour vos prélèvements (si différent du RIB des remboursements) ou chèque

Attestation de carte Vitale (à télécharger via votre compte ameli.fr, ou en accueil Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ou dans les agences LMDE équipées d'une borne Assurance Maladie)

Choisissez votre (vos) garantie(s) santé et durée : les garanties prennent fin au **30 septembre 2020**.

Formules de garanties	Hospi LMDE	Vitalité LMDE	Essentielle LMDE	Zen LMDE
Date d'effet	à partir du 01/05/2019	à partir du 01/06/2019	à partir du 01/07/2019	à partir du 01/08/2019
	à partir du 01/09/2019	à partir du 01/10/2019	à partir du 01/01/2020	à partir du 01/02/2020
	à partir du 01/03/2020	à partir du 01/04/2020	à partir du 01/05/2020	à partir du 01/06/2020
	à partir du 01/07/2020			

Et / ou : (si vous souhaitez combiner une complémentaire et une autre garantie, vous devez adhérer pour la même durée).

Garanties spéciales	Plus LMDE	Assurance De l'Etudiant
Date d'effet	à partir du 01/07/2019	à partir du 01/10/2019

**Remplissez vos informations personnelles :**

**MON IDENTITÉ**

Mme M.

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Nationalité : .....

Date de naissance :

Lieu de naissance : .....

Département : ..... Pays : .....

**SÉCURITÉ SOCIALE**

Numéro de Sécurité sociale :

**BOURSIER**

Etes-vous boursier ? Oui Non

Si oui, échelon de bourse :

0 0 bis 1 2 3 4 5 6 7

**MES COORDONNÉES**

Email :

Téléphone portable : .....

N° : ..... Type de voie (rue, avenue...) : .....

Nom de la voie : .....

Complément d'adresse : .....

Code Postal :

Ville : .....

Souhaitez-vous recevoir des informations ?

de la part de LMDE : par SMS par email

de la part des partenaires de LMDE : par SMS par email

**MES ÉTUDES** \* Mention facultative

Établissement : .....

Ville : .....

Code Postal :

En quelle année d'études êtes-vous\* ? BAC + .....

**MODE DE PAIEMENT** Je règle :

 par prélèvement bancaire : Type de paiement : paiement en 1 seule fois paiement en plusieurs fois (récurrent / répétitif) <sup>(1)</sup>

 en une seule fois par carte bancaire dans une agence LMDE. Joindre impérativement le ticket de carte bancaire à ce bulletin.

 en une seule fois par chèque libellé à l'ordre de "La Mutuelle Des Étudiants". Je joins un chèque de ..... €

(1) Les montants des prélèvements sont donnés à titre indicatif à la fin de ce bulletin. Prélèvements selon la garantie choisie.

Joindre impérativement un RIB avec l'IBAN (compte-chèques uniquement) pour le(s) prélèvement(s) (si différent du RIB des remboursements) et remplir le mandat SEPA.

Date d'effet des garanties	Hospi LMDE 4,90 € / mois		Hospi LMDE (enfant) 2,60 € / mois		Vitalité LMDE 14,60 € / mois		Vitalité LMDE (enfant) 7,30 € / mois	
	Nombre de prélèvements	Total	Nombre de prélèvements	Total	Nombre de prélèvements	Total	Nombre de prélèvements	Total
01/05/2019	17	83,30 €	17	44,20 €	17	248,20 €	17	124,10 €
01/06/2019	16	78,40 €	16	41,60 €	16	233,60 €	16	116,80 €
01/07/2019	15	73,50 €	15	39,00 €	15	219,00 €	15	109,50 €
01/08/2019	14	68,60 €	14	36,40 €	14	204,40 €	14	102,20 €
01/09/2019	13	63,70 €	13	33,80 €	13	189,80 €	13	94,90 €
01/10/2019	12	58,80 €	12	31,20 €	12	175,20 €	12	87,60 €
01/01/2020	9	44,10 €	9	23,40 €	9	131,40 €	9	65,70 €
01/02/2020	8	39,20 €	8	20,80 €	8	116,80 €	8	58,40 €
01/03/2020	7	34,30 €	7	18,20 €	7	102,20 €	7	51,10 €
01/04/2020	6	29,40 €	6	15,60 €	6	87,60 €	6	43,80 €
01/05/2020	5	24,50 €	5	13,00 €	5	73,00 €	5	36,50 €
01/06/2020	4	19,60 €	4	10,40 €	4	58,40 €	4	29,20 €
01/07/2020	3	14,70 €	3	7,80 €	3	43,80 €	3	21,90 €

Date d'effet des garanties	Essentielle LMDE 25,60 € / mois		Essentielle LMDE (enfant) 13,10 € / mois		Zen LMDE 37,90 € / mois		Zen LMDE (enfant) 19,60 € / mois	
	Nombre de prélèvements	Total	Nombre de prélèvements	Total	Nombre de prélèvements	Total	Nombre de prélèvements	Total
01/05/2019	17	435,20 €	17	222,70 €	17	644,30 €	17	333,20 €
01/06/2019	16	409,60 €	16	209,60 €	16	606,40 €	16	313,60 €
01/07/2019	15	384,00 €	15	196,50 €	15	568,50 €	15	294,00 €
01/08/2019	14	358,40 €	14	183,40 €	14	530,60 €	14	274,40 €
01/09/2019	13	332,80 €	13	170,30 €	13	492,70 €	13	254,80 €
01/10/2019	12	307,20 €	12	157,20 €	12	454,80 €	12	235,20 €
01/01/2020	9	230,40 €	9	117,90 €	9	341,10 €	9	176,40 €
01/02/2020	8	204,80 €	8	104,80 €	8	303,20 €	8	156,80 €
01/03/2020	7	179,20 €	7	91,70 €	7	265,30 €	7	137,20 €
01/04/2020	6	153,60 €	6	78,60 €	6	227,40 €	6	117,60 €
01/05/2020	5	128,00 €	5	65,50 €	5	189,50 €	5	98,00 €
01/06/2020	4	102,40 €	4	52,40 €	4	151,60 €	4	78,40 €
01/07/2020	3	76,80 €	3	39,30 €	3	113,70 €	3	58,80 €

Date d'effet des garanties	Plus LMDE 49,40 € / an		Plus LMDE (enfant) 31,00 € / an		Assurance De l'Etudiant 17,00 € / an	
	Nombre de prélèvements	Total	Nombre de prélèvements	Total	Nombre de prélèvements	Total
01/07/2019	2	61,80 €	2	38,80 €	1	21,25 €
01/10/2019	2	49,40 €	2	31,00 €	1	17,00 €

#### AYANT-DROIT

Je souhaite étendre le bénéfice de ma couverture à mon conjoint ou/et mes enfants. Je remplis le formulaire d'ajonction d'ayant-droit.

Les montants des prélèvements sont donnés à titre indicatif.

**Faculté de renonciation :** Conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, en cas d'adhésion par correspondance, le membre participant dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, pour y renoncer. Toutefois, en ce qui concerne les opérations en assurance vie, ce délai est porté à trente (30) jours calendaires révolus, à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet, pour y renoncer. Le courrier de renonciation doit être adressé, par lettre recommandée avec accusé de réception, à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9. Vous pouvez également renoncer à votre adhésion via votre espace personnel MyLMDE.

**Exemple de lettre de renonciation :** « Je soussigné(e) ... (*nom, prénom*) demeurant ... (*adresse*) déclare renoncer à mon adhésion (*numéro d'adhérent*) à La Mutuelle Des Etudiants. (*Date et signature de l'adhérent*) ». En cas de commencement d'exécution du contrat à l'initiative du membre participant pendant cette période, les éventuelles dépenses effectuées par LMDE en application du contrat seront déduites de la cotisation qui sera remboursée dans un délai de trente (30) jours à compter de la demande.

**Tacite reconduction :** L'adhésion aux garanties santé LMDE se renouvelle automatiquement pour 12 mois à la date d'expiration, sauf dénonciation par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance ou cas particuliers prévus au règlement mutualiste.

## € MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA : *Tous les champs sont obligatoires*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LMDE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LMDE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Votre référence unique du mandat et votre échéancier vous seront communiqués.

### NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR (TITULAIRE DU COMPTE)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

### NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

Nom du créancier : LMDE : La Mutuelle des Étudiants  
N°ICS : FR41ZZZ451971  
Adresse du créancier : 32 rue Blanche • 75009 Paris  
Type de paiement : paiement récurrent / répétitif (un ou plusieurs paiements pendant la période d'adhésion)

### ZONE RÉSERVÉE A LMDE

RUM : .....

### COORDONNEES DU COMPTE

N° d'identification international du compte bancaire – IBAN (*International Bank Account Number*) :

Code International d'identification de votre banque – BIC (*Bank Identifier Code*) :

À ..... le ..... / ..... / .....

Signature du titulaire :

Signature du co-titulaire (si nécessaire) :

Les informations demandées par LMDE, à l'exception de celles signalées par un astérisque, sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui à défaut ne peut être effectué. Elles sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission, y compris en dehors de l'Union européenne. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, toute personne dont les données personnelles sont conservées par la mutuelle dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression sur les informations les concernant. Toute personne peut exercer ces droits par courrier accompagné d'un titre d'identité, adressé au siège social de la Mutuelle à l'attention de la Direction juridique, 32 rue Blanche - 75009 Paris.

**Date d'effet de la garantie :** Pour les garanties 17 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/05/19, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 16 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/06/19, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 15 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/07/19, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 14 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/08/19, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 13 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/09/19, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 12 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/10/19, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 9 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/01/20, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 8 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/02/20, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 7 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/03/20, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 6 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/04/20, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 5 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/05/20, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 4 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/06/20, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 3 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/07/20, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Le droit aux garanties (« responsabilité vie privée – vie étudiante et individuelle accident », « complète de l'étudiant », « protection juridique » et « téléconsultation médicale ») en inclusion de certaines formules de garantie, garanties spéciales et certains packs de garanties LMDE, prendra effet au plus tôt le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion, à 0h00. Le droit à la prestation réseau de soins, en inclusion des garanties Essentielle LMDE et Zen LMDE, prendra effet au plus tôt le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion, à 0h00.

AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. JURIDICA, la filiale spécialisée en assurance de protection juridique d'AXA France : Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi. AXA France Vie, Société anonyme régie par le Code des Assurances au capital de 487 725 073,50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprises régies par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09. Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. Inter Partner Assistance intervient sous la marque AXA ASSISTANCE. AXA FRANCE VIE, Société anonyme régie par le Code des Assurances au capital de 487 725 073,50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprises régies par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09. ITELIS : Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € dont le siège social est situé 218 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro - 440 358 471, mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758.

Extrait de la convention de substitution conclue entre LMDE et Intériale, SIREN 775 685 365, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, sise 32 rue Blanche 75009 PARIS : « Intériale se substitue intégralement à LMDE pour la constitution, dès lors que ses statuts l'y autorise, des garanties d'assurance maladie, accident, offertes aux membres participants de la cédante ainsi qu'à leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches d'assurance 1 et 2, sans exception ni réserve. » Si l'agrément accordé à Intériale lui été retiré, le bulletin d'adhésion sera résilié le quarantième jour à midi à compter de la date de publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur.

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus du Souscripteur l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances). Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre (date, nature, cause, circonstances ou conséquences) connus du Souscripteur l'expose en cas de mauvaise foi à la déchéance des garanties du Contrat.

**Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste LMDE, des notices d'information des produits d'assurance, et des conventions LMDE - IMA et LMDE - AXA qui m'ont été remis avant la signature du présent bulletin d'adhésion.**

À ..... le ..... / ..... / .....

Signature du titulaire :

### CADRE RÉSERVÉ À LMDE

Numéro d'adhérent : .....

Numéro d'établissement : .....

Canal : .....

Code agence : .....

Code vendeur : .....