# BULLETIN D'ADHÉSION LMDE

**Année universitaire 2009 - 2010**

## IDENTITÉ

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

Nom : .....

Prénom : .....

Nom marital : .....

Nationalité : .....

N° d'adhérent (si vous l'étiez déjà en 2008/2009) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

## ADRESSE

Éventuellement chez M. ou Mme : .....

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

Nom de la voie : .....

Complément d'adresse : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone (facultatif) : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

e-mail (facultatif) : .....@.....

## SÉCURITÉ SOCIALE

N° INSEE : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

La LMDE est-elle votre centre de Sécurité sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Lieu de naissance : .....

Département : |_|_| Pays : .....

## ÉTUDES

Établissement : .....

Ville : .....

En quelle année d'études êtes-vous (facultatif) ? BAC + |_|_|

## DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Pour compléter ce tableau, reportez-vous au verso de ce bulletin

| Cochez les cases correspondant à votre choix. Remplissez le nombre et/ou le montant du ou des prélèvements. *Nombre de mois choisi : |_|_| mois* | ☐ Paiement en 1 seule fois | ☐ Paiement en plusieurs fois | |
|---|---|---|---|
| | Montant de l'acompte : 10 € | | |
| | Montant du prélèvement | Nombre de prélèvements | Montant total des prélèvements |
| ☐ Coups Dur LMDE | | | |
| ☐ Soins Courants (SC) | | | |
| ☐ Tous Soins (TS) | | | |
| ☐ Forfaits (F) | | | |
| ☐ Optimium Forfaits | | | |

**Joindre obligatoirement un Relevé d'identité bancaire, la demande d'autorisation de prélèvement, le bulletin d'adhésion et le chèque d'acompte correspondant.**

### TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

☐ **Compte courant personnel (il peut s'agir d'un compte joint).**

☐ **Compte courant d'un débiteur solidaire (il peut s'agir d'un compte joint).**

**Débiteur solidaire (qui devra signer la demande et l'autorisation de prélèvement) :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

### DÉFAUT DE PAIEMENT

Je reconnais être redevable envers La Mutuelle des Étudiants de la totalité du solde de ma cotisation. A défaut de paiement de ma cotisation ou d'une fraction de ma cotisation dans les 40 jours de son échéance, la garantie santé est suspendue. 10 jours après, la mutuelle a le droit de la résilier. La garantie santé suspendue mais non résiliée reprend effet le lendemain du paiement des arriérés de cotisation et des frais de recouvrement (10€ par incident).

**Faire précéder les signatures de la mention "Lu et approuvé".**

**À** ..... **le** .....

**Signature de l'adhérent :** **Signature du débiteur solidaire : (titulaire du compte à débiter)**

## CHOISISSEZ (cochez les cases correspondantes) :

**Nombre de mois :** ☐ 12 ☐ 9 ☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3

☐ **Coups Durs LMDE :** _____ € ☐ **Tous Soins :** _____ €

☐ **Soins Courants :** _____ € ☐ **Optimum Forfaits :** _____ €

☐ **Forfaits :** _____ €

## MODE DE PAIEMENT

**Je règle :** ☐ **en plusieurs fois par prélèvement**
Je remplis la demande et l'autorisation de prélèvement ci-contre, je joins un Relevé d'Identité Bancaire (à l'exception d'un compte livret) et je m'acquitte de l'acompte correspondant par chèque.

☐ **en une seule fois par chèque.** Je joins un chèque de _____ € libellé à l'ordre de La Mutuelle des Étudiants.

☐ **en une seule fois par carte bancaire.** Je remplis le cadre "Paiement par carte bancaire" ci-contre.

Certaines des informations ci-dessus pourront être utilisées dans le cadre des partenariats de La Mutuelle des Étudiants, sauf opposition de votre part manifestée en cochant la case ci-contre ☐. Certaines informations peuvent être transmises à votre organisme gestionnaire d'assurance maladie dans le cadre des accords techniques sauf opposition de votre part en cochant la case ci-contre ☐. Votre droit d'accès et de rectification prévu par la loi du 6 janvier 1978 pourra être exercé auprès de la LMDE - Service juridique - BP 210 - 94203 Ivry-sur-Seine. Si vous ne souhaitez pas recevoir la revue des adhérents, écrivez à LMDE-Rédaction - BP 210 - 94203 Ivry-sur-Seine. Pour les adhésions par correspondance, en application des dispositions des articles L.221-18 du Code de la Mutualité et L.121-20-8 et suivants du Code de la Consommation, vous disposez d'un délai de 14 jours à compter de l'acceptation du contrat pour y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à : LMDE - BP 210 - 94203 Ivry-sur-Seine. Pour les garanties 12 mois, le droit aux prestations prend effet le 01/10/09, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/10. Pour les garanties inférieures à 12 mois, le droit aux prestations prend effet le lendemain de l'adhésion, et au plus tôt le premier du mois en cas d'adhésion anticipée, pour expirer le 30/09/10. **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 l'échéance ou cas particuliers prévus au règlement mutualiste.** J'ai pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste LMDE, de la convention LMDE - IMA (consultables sur www.lmde.com, disponibles dans les agences LMDE et par correspondance auprès de La Mutuelle des Étudiants - BP 210 - 94203 Ivry-sur-Seine) et j'en accepte les dispositions. La MGEN et la MGEN-VIE (3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15) se substituent intégralement à la LMDE pour la constitution des garanties relevant des branches 1 et 2, et, 20 et 21 pour la délivrance des engagements nés ou à naître de la LMDE. En cas du retrait d'agrément accordé à la MGEN ou à la MGEN-VIE, les garanties mutualistes LMDE seront résiliées le dixième jour à midi à compter de la date de publication de la décision dudit retrait. La portion de cotisation afférente à la période de non garantie sera restituée au membre participant.

Fait à : .....

le : ...../...../.....

**Signature :**

*(du représentant légal pour les mineurs de moins de 16 ans)*

**CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS**

**N° d'adhérent :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**N° établissement :** |_|_|_|_|_|

**Canal :** 8 **Initiateur** I N T M S



## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

N° national d'émetteur : 451971 •
Organisme créancier : La Mutuelle des Étudiants • BP 210 • 94203 Ivry/Seine Cedex

### TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse N° :** ..... **Rue :** .....

**Complément :** .....

**Code Postal :** |_|_|_|_|_| **Ville :**

.....

### ÉTABLISSEMENT DU COMPTE A DÉBITER (COMPTE BANCAIRE)

**Etablissement :** .....

**Adresse N° :** ..... **Rue :** .....

**Localité :** .....

**Code Postal :** |_|_|_|_|_| **Ville :** .....

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements pour mon adhésion à La Mutuelle des Étudiants.

### DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER

|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Code Établissement Code Guichet N° Compte Clé RIB

**Faire précéder les signatures de la mention "Lu et approuvé".**

**À** ..... **le** .....

**Signature de l'adhérent :** **Signature du débiteur solidaire : (titulaire du compte à débiter)**

## PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

☐ CB Nationale ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ American Express

N° de carte : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

expire à fin : |_|_| |_|_| Cryptogramme : |_|_|_|

3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte bancaire

Signature du titulaire de la carte bancaire :