



La Maison de la Nouvelle Calédonie  
et la LMDE ont créé pour vous la :

**Tous Soins MNC**  
**228 €/an**

Cette garantie vous fait bénéficier :

- de la complémentaire santé Tous Soins LMDE
- et de l'Assurance de l'Étudiant (responsabilité civile, garantie dommage corporel, assistance 24h/24 et 7j/7, assistance juridique par téléphone...)



→ N'oubliez pas :  
pour bénéficier d'une seule démarche  
à réaliser pour recevoir votre  
remboursement Sécu  
et votre remboursement mutuelle  
grâce à la télétransmission,  
choisissez la

**LMDE - Centre 601**

comme centre de Sécurité sociale  
étudiant lors de votre inscription.



→ A la réception de votre Carte d'Adhérent  
Mutualiste, reportez votre n° d'adhérent  
et complétez le formulaire sur [www.lmde.com](http://www.lmde.com)  
pour créer votre espace perso.

→ Pour éviter d'avancer vos  
frais de santé, retrouver la liste  
des professionnels de santé  
conventionnés avec la LMDE sur  
votre espace personnalisé.

Retournez votre bulletin d'adhésion accompagné de votre règlement (chèque  
à l'ordre de la LMDE ou par carte bancaire) à l'adresse suivante :  
LMDE- DDEV- CS50052-94203 IVRY SUR SEINE



[www.lmde.com](http://www.lmde.com)



## Bulletin d'adhésion complémentaire santé LMDE

### TOUS SOINS MNC

Année universitaire 2015 - 2016

#### IDENTITÉ

☐ Mme ☐ M.  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Nom marital : .....  
Nationalité : .....

N° d'adhérent (si vous l'étiez déjà en 2014/2015) :

.....

#### COORDONNÉES

Éventuellement chez M. ou Mme : .....  
N° : ..... Type de voie (rue, avenue...) : .....  
Nom de la voie : .....  
Complément d'adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone\* : .....  
e-mail\* : ..... @ .....

\* Mention facultative

Si vous souhaitez recevoir des informations sur l'offre LMDE par voie électronique, veuillez cocher la case ci-contre ☐

Si vous souhaitez recevoir des propositions de nos partenaires par voie électronique, veuillez cocher la case ci-contre ☐

#### 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\* ? BAC + .....

\* Mention facultative

Conformément à la loi « informatiques et libertés » du 6 janvier 1978, les informations demandées sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui a défaut ne peut être effectué. Elles sont destinées à l'usage interne de la mutuelle et de ses sous-traitants ou prestataires techniques. Vos droits d'accès, de rectification et d'opposition peuvent être exercés auprès de LMDE - service juridique - CS 50052 - 94203 Ivry sur Seine cédex accompagné d'un justificatif d'identité. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre LMDE, veuillez cocher la case ci-contre ☐ Vos données pourront être cédées aux partenaires de la mutuelle à des fins de prospection sauf opposition de votre part en cochant la case ci-contre ☐ Le droit aux prestations prend effet le 01/10/2015 pour expirer le 30/09/2016. Malmut - entreprise régie par le Code des Assurances, 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN. Malmut Mutualité, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 701 485 - La MGEN (3, square Max Hymans 75740 PARIS Cédex 15) se substitue intégralement à la LMDE pour la constitution des garanties relevant des branches 1 et 2 pour la délivrance des engagements nés ou à naître de la LMDE. En cas du retrait d'agrément accordé à la MGEN, 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.

Je déclare avoir pris connaissance de l'extrait des statuts et du règlement mutualiste LMDE, de la notice valant Conditions Générales de l'Assurance de l'Étudiant et du contrat Malmut/SMAC et des conventions LMDE - IMA qui m'ont été remis avant la signature du présent bulletin d'adhésion.

Fait à : ..... le : .....

Signature :

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS

N° d'adhérent : .....

N° d'établissement : .....

Canal : 1 Initiateur : M N C 1 0

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

#### PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

☐ CB Nationale ☐ Visa ☐ MasterCard

N° de carte : .....

expire à fin : ..... Cryptogramme : .....

3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte bancaire

Signature du titulaire de la carte bancaire :