

# Demande de Carte Européenne d'Assurance Maladie



2009  
.....  
2010

1 Mme     2 Mlle     3 M.

NOM USUEL : \_\_\_\_\_

NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_

PRENOMS : \_\_\_\_\_

N° SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_ Clé : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

ADRESSE (FIXE) : parents... \_\_\_\_\_  
(en France) \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
(ÉCRIRE EN MAJUSCULES)

## VOTRE FORMATION ACTUELLE

Etablissement d'inscription : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Filière (type de formation) : \_\_\_\_\_ niveau \_\_\_\_\_

**VOTRE SÉJOUR :**     projet    ou     déjà programmé...

Pays de destination : \_\_\_\_\_

Date de départ : \_\_\_\_\_ Date de retour : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un séjour pour :     loisirs     études     stage

Si'il s'agit d'un stage, est-il inscrit au programme de la formation :     oui     non

Ce stage est-il :     non rémunéré     rémunéré (niveau.....)

Avez-vous obtenu une protection au titre des accidents du travail ?     oui     non

Date du début du stage : \_\_\_\_\_ Date de fin du stage : \_\_\_\_\_

Aurez-vous une activité professionnelle rémunérée :     oui     non     plein temps     temps partiel

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Si oui, nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Avez-vous souscrit une assurance santé et assistance rapatriement pour ce séjour à l'étranger :     oui     non

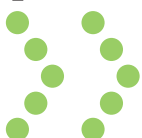
Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_ auprès de (organisme) : \_\_\_\_\_

**ATTENTION :** nous vous délivrons une attestation provisoire (formulaire papier A4) en attente de la carte européenne d'assurance maladie définitive. Cette attestation provisoire est néanmoins valable un an.

### LOI "INFORMATIQUE ET LIBERTÉS"

Les informations nominatives vous concernant font l'objet d'un traitement informatisé. Vous pouvez en obtenir communication, rectification et éventuellement suppression (loi du 6 janvier 1978) auprès de : UITSEM - Service Relations Etudiants, 43 rue Jaboulay, 69349 Lyon Cedex 07.

Par ailleurs, vous pouvez vous opposer à une éventuelle cession de vos nom et adresse, en particulier en vue de publi-postage, en cochant la case ci-contre



**Retournez votre demande de carte européenne à la section locale de Sécurité sociale choisie (votre mutuelle étudiante).**

# Plus proche de vous

Horaires d'accueil les plus fréquents :  
lundi à vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h

## ANGOULÊME

- Espace St Martial,  
5, boulevard Berthelot  
16000 Angoulême

## BLOIS

- 16, rue Saint Lubin 41000 Blois

## BOURGES

- 14, rue Calvin 18000 Bourges

## CHARTRES

- 16, rue aux Ormes 28000 Chartres

## CHÂTEAURoux

- 31, rue de la Poste  
36000 Châteauroux

## NIORT

- 13, rue Alsace Lorraine 79000 Niort

## LA ROCHELLE

- Le Gabut, 3, quai de la Georgette  
17000 La Rochelle

## ORLÉANS

- 2, rue Saint-Paul  
45056 Orléans Cedex 01

## POITIERS

- 73, rue de la Cathédrale  
86036 Poitiers Cedex 01

## TOURS

- 4, rue Chanoineau  
37000 Tours

Sécu étudiante

Réseau  
national

Centres  
**617**

**0 810 05 2000\***  
**33 (0)4 72 76 70 76**

\*Coût d'un appel local à partir d'un poste fixe

[www.smeco.fr](http://www.smeco.fr)

 **SMECO**  
mutuelle étudiante  
sécurité sociale étudiante **Centre 617**