

QUESTIONNAIRE

Avez-vous une couverture santé complémentaire ?

OUI / NON

Si oui, avez-vous :

- ☐ Une mutuelle de santé indépendante
- ☐ Une mutuelle santé par votre employeur
- ☐ La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)
- ☐ L'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

Si non, pourquoi ?

Avez-vous une couverture dépendance ?

OUI / NON

Si non, pourquoi ?

Avez-vous une couverture obsèques ?

OUI / NON

Si non, pourquoi ?

Composition de votre foyer :

- Ages :
- Situation (étudiant, salarié, retraité...) :
 - Monsieur :
 - Madame :
- Nombre d'adultes :
- Nombre d'enfants :

Si la Mairie négocie des contrats avantageux avec une compagnie d'assurance, seriez-vous intéressé(e) ?

OUI / NON

Vos coordonnées : si vous souhaitez que nous puissions vous recontacter

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

@mail :@.....

Merci de déposer ce questionnaire à la mairie