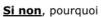
Questionnaire

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)



Avez-vous une couverture dépendance ?

OUI / NON Si non, pourquoi

Avez vous une couverture obsèque?

OUI / NON Si non, pourquoi?

Composition de votre foyer :

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

Si la Mairie négocie des contrats avantageux avec une compagnie d'assurance, seriez-vous intéressée(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, pour le CCAS

