

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 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

