

QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

à retourner sous enveloppe à :
Mairie - 221 rue Jean Jaurès - 59161 ESCAUDŒUVRES

Avez-vous déjà une couverture santé complémentaire ?

- oui non

si oui, avez-vous :

- une complémentaire santé (mutuelle)
 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 ?

- trop cher pas utile "ne sert à rien"
 je ne suis pas malade autre

Composition de votre foyer :

	Âges :	Situation : (étudiant, salarié, retraité...)
Nombre d'adultes :		
Nombre d'enfants :		

Si le C.C.A.S. négocie un contrat avantageux avec une mutuelle, seriez-vous intéressé ?

- oui non

Seriez-vous disposé à changer de mutuelle ?

- oui non

En cas de changement de mutuelle, merci d'indiquer les garanties prioritaires dont vous souhaiteriez bénéficier :

- soins médicaux courants et pharmacie soins dentaires soins optiques
 hospitalisations autres (cures thermales, analyses et examens)

à préciser

Vos coordonnées

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : Courriel :