



Communauté de communes
et les communes volontaires

ENQUETE

Projet de Mutuelle Intercommunale

Questionnaire ANONYME et CONFIDENTIEL

à retourner à votre mairie ou par email pour le 30 juin 2017

1 - Quel est votre régime d'assurance maladie de base ?

- CPAM
- MSA
- RSI
- Autre :

2 - Avez-vous une mutuelle ou une complémentaire santé ?

- OUI
- NON

2bis - Si oui, avez-vous :

- Une mutuelle ou une complémentaire santé que vous avez souscrite individuellement ?
- Une mutuelle ou une complémentaire santé contractée par votre employeur ?
- Accès à la CMU (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ?
- accès à l'ACS (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé) ?

2bis - Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- Trop chère
- Pas utile
- Autre :

3 - Quelles seraient, pour vous, les garanties prioritaires à souscrire pour une mutuelle ?

Cochez une ou plusieurs cases :

- Soins médicaux courants : médecins, pharmacie, etc.
- Soins optiques
- Soins dentaires
- Frais d'hospitalisation
- Prothèses auditives
- Autres (précisez) :
-
-

4- Si la Communauté de Communes négociait des tarifs préférentiels pour une mutuelle, seriez-vous intéressé(e) par une information :

- Oui
- Non
- Peut-être

5- Merci d'indiquer votre situation et votre année de naissance :

Année de naissance :
.....

- Salarié(e)
- Chef d'entreprise ou d'exploitation agricole
- Professionnel libéral
- Conjoint(e) de chef d'entreprise ou d'exploitation agricole
- Conjoint(e) de salarié(e) ayant déjà une mutuelle
- Chercheur d'emploi
- Étudiant
- Retraité(e)

6- Si vous avez un foyer, merci d'en indiquer la composition :

Enfant / Adulte	Année de naissance	Situation (Salarié(e), Chef d'entreprise ou d'exploitation agricole, Professionnel libéral, Chercheur d'emploi, Étudiant, Élève, Retraité(e))

Vos coordonnées (seul le nom de votre commune doit au minimum être indiqué)

Nom : Prénom :

Adresse :

Commune :

Téléphone :

Email :

ou à envoyer par voie postale à votre mairie
avant le vendredi 30 juin 2017