



Questionnaire « Mutuelle Communale »

(Ce document reste confidentiel)

Merci de nous retourner ce questionnaire avant le 15 mars 2019
en le déposant en mairie (sous enveloppe) ou en l'envoyant par courrier.
Vous pouvez également le transmettre par courriel à : mairie@plobannalec-lesconil.fr

1) Bénéficiez-vous aujourd'hui d'une couverture santé complémentaire ?

Oui

Non

2) Si non, pourquoi ?

.....
.....

3) Si oui, avez-vous :

Une complémentaire santé

Une complémentaire santé par votre employeur

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

4) En êtes-vous satisfait ?

Oui

Non

5) Qu'attendez-vous d'une complémentaire santé ?

.....
.....

6) Seriez-vous intéressé(e) par une mutuelle négociée avec votre commune ?

Oui

Non

7) Quelle est la composition de votre foyer ?

	Âge	Situation (étudiant, salarié, retraité, etc.)
Adultes
Enfants

Si vous souhaitez être recontacté(e) à ce sujet, merci d'indiquer vos coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Courriel :