

QUESTIONNAIRE MUTUELLE COMMUNALE

*Les informations recueillies dans ce questionnaire sont confidentielles :
elles seront uniquement utilisées par la mairie dans le cadre de l'étude préparatoire
à la mise en œuvre d'une mutuelle communale.*

AVEZ-VOUS UNE COUVERTURE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE ?

☐ Oui ☐ Non

si oui, avez-vous ?

- ☐ Une mutuelle santé
- ☐ Une mutuelle santé par votre employeur
- ☐ La complémentaire santé solidaire

si non, pourquoi ?

- ☐ Trop cher
- ☐ Je n'en ai pas besoin
- ☐ Les prestations ne sont pas adaptées
- ☐ Autre (préciser) :

.....

.....

.....

.....

SERIEZ-VOUS INTÉRESSÉ(E) PAR UNE MUTUELLE AU TARIF NÉGOCIÉ PAR VOTRE COMMUNE ?

☐ Oui ☐ Non

seriez-vous disposé(e) à changer de mutuelle ?

☐ Oui ☐ Non

en cas de changement de mutuelle, indiquez les garanties prioritaires dont vous souhaitez bénéficier :

- ☐ Soins médicaux courants et pharmacie
- ☐ Soins dentaires
- ☐ Soins et équipements optiques
- ☐ Équipements auditifs
- ☐ Hospitalisations
- ☐ Médecines douces (ostéopathie, etc.)
- ☐ Autres (préciser) :

.....

.....

COMPOSITION DE VOTRE FOYER

	NOMBRE	ÂGE	SITUATION (étudiant, salarié, fonctionnaire, en recherche d'emploi, retraité...)
ADULTE(S)			
ENFANT(S)			

VOS COORDONNÉES (facultatif)

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : E-Mail :

Merci de nous retourner ce questionnaire avant le 31 octobre 2021
8 rue des Écoles 57155 Marly • info@marly57.fr • www.marly57.fr