

COMPLEMENTAIRE SANTE COMMUNALE ET DEPENDANCE

Questionnaire couverture santé

Avez-vous déjà une couverture santé complémentaire ?

oui non

Si oui, votre complémentaire santé est-elle :

collective (via votre employeur)
 individuelle
 CMU-C Bénéficiaire ACS

Si non, pourquoi ?

budget
 autres (précisez) _____

Etes-vous satisfait de votre complémentaire actuelle ?

oui non si non : Trop chère taux de remboursement insuffisant inadaptée à mes besoins

Souhaitez-vous être contacté au sujet de la mutuelle pour accéder à une complémentaire santé de qualité pour un tarif préférentiel : oui non

Questionnaire perte d'autonomie

Aujourd'hui, si vous perdiez en autonomie, pensez-vous pouvoir financer à 100% le loyer d'un établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes ou une maison médicalisée ? oui non

Connaissez-vous les coûts et les aides en cas de perte d'autonomie ? oui non

Connaissez-vous le rôle d'aidant avec un proche en difficulté ? oui non

Pensez-vous que votre logement est adapté pour un manque de mobilité ? oui non

Souhaitez-vous être informé sur ce sujet : oui non

Votre foyer :

Situation professionnelle :

salarié retraité étudiant sans activité
 travailleur non salarié (profession libérale, artisan, commerçant, agriculteur...) précisez : _____

Situation de Famille (marié, pacsé, concubinage, divorcé, veuf) précisez : _____

Nombre d'adultes : _____ Date(s) de naissance : _____

Nombre d'enfants : _____ Date(s) de naissance : _____

Vos coordonnées

(afin que nous puissions vous recontacter)

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone (portable de préférence) :

Adresse mail :

Questionnaire à envoyer par mail à Mme Nelly Lartigaud : nelly.lartigaud.am@axa.fr / tel 06 30 09 63 98

ou sous pli cacheté à déposer en mairie

Merci de votre participation!