

## 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](mailto:nelly.lartigaud.am@axa.fr) / tel 06 30 09 63 98

ou sous pli cacheté à déposer en mairie

Merci de votre participation!