

## QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE SANTE COLLECTIVE POUR LES HABITANTS

Exercez-vous une activité professionnelle ?  Oui  Non

Si non, quelle est votre situation actuelle ?  Retraité (e)  
 Parent isolé  
 A la recherche d'un emploi  
 Etudiant

De quel régime obligatoire dépendez-vous ?  Régime général de la sécurité sociale  
 Régime agricole  
 Régime social des indépendants  
 Régime étudiant  
 Régime spécial – Précisez :

Avez-vous déjà une complémentaire santé ?  Oui  Non

Si oui, avez-vous ?  Une complémentaire santé souscrite individuellement  
 Une complémentaire santé souscrite par votre employeur  
 La couverture maladie universelle complémentaire (CMU)  
 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Si vous n'avez pas de complémentaire, quelle en est la raison ?

Dans quel (s) domaine (s) souhaiteriez-vous être mieux pris en charge ?

Ophtalmologie  Orthodontie  Audition  Hospitalisation  Prothèses  Autres :

Seriez-vous intéressé par une démarche collective, afin de bénéficier de tarifs intéressants pour votre complémentaire santé ?  Oui  Non

Composition de votre foyer

Nombre d'adultes (+20 ans)	Age	Situation (Salarié, sans emploi, retraité, profession libérale...)
Nombre d'enfants	Age	Situation (étudiant, scolarisé...)

Vos coordonnées (facultatif)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Téléphone :