

Votre Couverture Santé

Avez-vous déjà une couverture santé complémentaire :

- OUI NON

Si oui, votre complémentaire santé est-elle :

- Individuelle
 Collective (par votre employeur)
 CMU-C
 Bénéficiaire ACS

Si non, pourquoi ?

- Budget
 Autre (précisez) :
.....

Êtes-vous satisfait de votre complémentaire actuelle ?

- OUI NON

Si non, pourquoi ?

- Trop chère Remboursements insuffisants Inadaptée à mes besoins

Souhaitez-vous être contacté à ce sujet pour accéder à une complémentaire santé de qualité personnalisée avec un tarif préférentiel ?

- OUI NON

Informations Perte Autonomie

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

Pour répondre à cette problématique, souhaiteriez vous une des informations ?

- OUI NON

Votre foyer

Situation professionnelle :

- Retraité Etudiant ou sans activité
 Fonctionnaire Travailleur non salarié (profession libérale, artisan, commerçant, agriculteur,)

Situation de famille :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

MAIL :

TÉLÉPHONE :

Marié, pacsé, concubinage, divorcé, veuf Précisez :*

Année(s) de naissance(s) :*

Ce questionnaire est à déposer en Mairie ou à envoyer à : mairie-st-aubin-routot@wanadoo.fr

*informations non obligatoire.

Accepteriez-vous que l'on communique vos coordonnées à Audrey QUIBEUF Inspecteur Conseil AXA, notre interlocutrice sur la commune? OUI NON

Merci de votre participation !