

QUESTIONNAIRE

✓ **Avez-vous déjà une couverture santé complémentaire ?**

oui non

✓ **Si oui, avez-vous :**

une mutuelle santé

une mutuelle santé par votre employeur

la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

✓ **Si non, pourquoi ?**

✓ **Composition de votre foyer :**

	Ages :	Situation : (étudiant, salarié, retraité, ...)
Nombre d'adultes :	- - - -	- - - -
Nombre d'enfants :	- - - -	- - - -

✓ **Si la Commune négocie des contrats avantageux avec des mutuelles, seriez-vous intéressé(e)?**

oui non

Vos coordonnées (facultatives), si vous souhaitez que nous puissions vous recontacter :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Merci de déposer ce questionnaire en mairie (sous enveloppe) ou de le renvoyer par courrier, mail ou fax, à :

Mairie d'Auchay-sur-Vendée 34 rue J. de Maupeou Auzay 85200 Auchay-sur-Vendée

Fax: 02 51 51 96 93

mail: mairie-azay@wanadoo.fr

Mairie déléguée de Chaix 30 route de Fontaines Chaix 85200 Auchay-sur-Vendée

Fax: 02 51 51 82 18

mail: mairie.de.chaix@wanadoo.fr