

Année	Vague	Mode d'enquête
-------	-------	-------------------

QUESTIONNAIRE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

N°

MUTUELLE OU ASSURANCE : N°
 (zone réservée au chiffrement)

Code CC : |_|_|_|_|_|_|_|_|
 (zone réservée au chiffrement)

Enquêteur préremplir :

Prénoms des personnes protégées :
Nom, adresse et ville de la mutuelle ou assurance :

1. Si le nom ou l'adresse de la mutuelle ou de l'assurance reportés ci-dessus sont inexacts ou incomplets, veuillez noter ci-dessous le nom correct ou l'adresse correcte :

NOM DE LA MUTUELLE OU ASSURANCE :

ADRESSE DE LA MUTUELLE :

VILLE :

2. Si les prénoms des personnes protégées, notés dans le cadre ci-dessus, sont incomplets ou incorrects, veuillez noter ci-dessous les prénoms de toutes les personnes protégées par cette mutuelle ou cette assurance

.....

3. Pour chacun des soins suivants, comment cette couverture complémentaire rembourse-t-elle la part qui n'est pas prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité sociale ?

	lunettes	prothèses dentaires	soins de spécialistes
en intégralité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
bien	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
moyennement	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
très mal	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
pas du tout	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
ne sait pas	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

3. Compte tenu des remboursements auxquels vous avez droit, les cotisations que vous payez pour ce contrat maladie vous paraissent-elles :

très chères 1 plutôt chères 2 plutôt pas chères 3 pas chères 4

4. Quel est le montant de la cotisation (ou prime) versée à votre mutuelle (ou assurance), en francs :

par vous-même ? Frs Précisez 1 par mois 2 par an 3 par trimestre

éventuellement par votre employeur
 ou votre comité d'entreprise ? Frs Précisez 1 par mois 2 par an 3 par trimestre

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, **cette enquête est reconnue d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire.**
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.
 Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.