

|_4_| | | |
An Vag Enq

MUTUELLE OU ASSURANCE : N°

| _____ |
N° adresse

CODE CC : |_ |_ |_ |_ |_ |_ | (zone réservée au chiffrage)

Questionnaire couverture complémentaire

Prénoms des personnes protégées :

Nom, adresse et ville de la mutuelle ou assurance :

.....

.....

Il serait préférable que l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, remplisse elle-même ce questionnaire. Si cela n'est pas possible, une autre personne peut le remplir à sa place. Dans tous les cas, indiquez ci-dessous le prénom de la personne qui le remplit.

1. Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : nind

2. Si le nom et 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 OU ASSURANCE :

VILLE :

Qui est couvert par cette mutuelle ou assurance ?

3. Si d'autres personnes que celles notées dans le cadre ci-dessus sont protégées par cette couverture complémentaire, notez leur prénom ci-après. En revanche, si des personnes sont notées à tort, les barrer dans le cadre ci-dessus.

.....

Comment cette mutuelle ou assurance a-t-elle été obtenue ?

4. Comment l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, a-t-il obtenu cette mutuelle ou assurance ?

• L'assuré est
salarié



₁ par son entreprise actuelle ou son administration ;
↳ elle est.... ₁ obligatoire ₂ facultative

₂ par ses propres moyens, par une démarche personnelle

• L'assuré est
non salarié



₃ par son milieu professionnel (loi Madelin, ...)

₄ par ses propres moyens, par une démarche personnelle

• L'assuré est
retraité, veuf



₅ a conservé celle de son ancienne entreprise (ou celle de son conjoint décédé)

₆ par ses propres moyens, par une démarche personnelle

• L'assuré est
étudiant



₇ par son école, son université, sa fac, ... (mutuelle étudiante)

₈ sans lien avec le milieu universitaire

• Autre situation
(chômeur, au foyer...)



₉ par ses propres moyens, par une démarche personnelle

₁₀ autres, précisez aut1

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire.

Label n° 2004X709AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2004.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.

Elle garantit aux personnes 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.

5. L'année dernière, à la même époque, l'assuré était-il déjà protégé par une mutuelle ou assurance ?

- ₁ oui, déjà par cette mutuelle (ou assurance).
 ↳ Depuis combien d'années ? |__|__|
- ₂ oui, mais par une autre mutuelle (ou assurance)
 ↳ question 5.1
- ₃ non ⇒ allez à la question 6.

5.1 Pourquoi a-t-il changé ?

- ₁ changement de situation familiale (divorce, sortie du foyer, déménagement...)
- ₂ changement de situation professionnelle (étudiant, changement de travail, retraite...)
- ₃ décision de l'employeur (changement de prestataire, contrat devenu obligatoire, restructuration...)
- ₄ sortie de la CMU
- ₅ non satisfait de la précédente mutuelle ou assurance (trop chère, remboursements trop faibles, délais trop longs...)
- ₆ autre, précisez :.....

Qui paie pour cette mutuelle ou assurance ?

6. L'assuré ou quelqu'un de son foyer, verse-t-il une cotisation pour cette mutuelle ou assurance ?

- ₁ oui
- ₂ non
- ₃ ne sait pas

↳ **Si oui :**

quel montant de cotisation, ou prime, versez-vous à cette mutuelle ou assurance ? |__|__|__|__| euros

- Précisez :**
- ₁ par mois
- ₂ par trimestre
- ₃ par semestre
- ₄ par an
- ₅ autre, précisez :

7. Un employeur ou comité d'entreprise verse-t-il une cotisation pour cette mutuelle ou assurance ?

- ₁ oui
- ₂ non
- ₃ ne sait pas

Rapport qualité/prix de cette mutuelle ou assurance

8. Pensez vous que votre mutuelle ou assurance vous offre un rapport qualité / prix :

- ₁ très bon
- ₂ plutôt bon
- ₃ plutôt mauvais
- ₄ très mauvais
- ₅ ne sait pas

9. Pour chacun des soins suivants, pensez vous être plutôt bien, ou plutôt mal remboursé par votre complémentaire santé ?

	lunettes	prothèses dentaires	soins de spécialistes	forfait hospitalier
Plutôt bien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Plutôt mal	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃

10. Cette mutuelle ou assurance propose-t-elle :

	oui	non	ne sait pas
un réseau de dentistes agréés :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
un réseau d' opticiens agréés :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
le tiers payant intégral dans certaines pharmacies :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
des conseils de prévention (nutrition, tabac, diabète...) :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
l'étude de vos devis pour certains soins :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃