

| 4 | | | |
An Vag Enq

| **N0** |
N°adresse

MUTUELLE OU ASSURANCE : N° **NMUT**

CODE CC : | **I** | **D** | **C** | **C** | **2** | (zone réservée au chiffrement)

Questionnaire couverture complémentaire

Prénoms des personnes protégées : **NIND1-NIND8**

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 : **NINDREP** [] *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 ? **OBTENT**

• L'assuré est
salarié

- ⇒ ₁ par son entreprise actuelle ou son administration ;
↳ elle est.... ₁ obligatoire ₂ facultative **ENTREP**
 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 **AUTRE**
 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'information, 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 ? ...NBAN... | | | |

DEJA 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...)
- PQCHGT** 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
COTIS ₂ non
₃ ne sait pas

↳ **Si oui :**
 quel montant de cotisation, ou prime, versez-vous à cette mutuelle ou assurance ? | | | | | euros

MONTANT_AN(calculé)

Précisez : ₁ par mois
₂ par trimestre
PRECISE 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
EMPL 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
PENSE 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 ?

	LUNET	PROTDEN	SPE	HOSP
	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
DENT un réseau de dentistes agréés :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
OPTI un réseau d'opticiens agréés :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
TIERS le tiers payant intégral dans certaines pharmacies :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
PREV des conseils de prévention (nutrition, tabac, diabète...) :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
DEVIS l'étude de vos devis pour certains soins :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃