

# Questionnaire Complémentaire Santé

Questionnaire à remettre en début d'entretien avec le conseiller local Uni'cité. Pour y répondre, reportez-vous – si vous l'avez – à votre actuel contrat de complémentaire santé

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

1. Votre actuelle complémentaire santé : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Nom de la formule : \_\_\_\_\_

Montant de la cotisation : \_\_\_\_\_ euros par mois   
par trimestre   
par semestre   
par an

Personnes couvertes à part vous (conjoint, enfants) :

NOM	PRENOM	AGE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Vous êtes : salarié  indépendant  à la retraite  autre

3. Pour chacun des soins suivants, estimez-vous être bien ou mal remboursé ?

	Optique	Dentaire	Dépassement honoraires	Forfait hospitalier
Très bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutôt bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutôt mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Etes-vous satisfait du rapport qualité / prix de votre complémentaire santé ?

Très bon   
Plutôt bon   
Plutôt mauvais   
Très mauvais

5. Etes-vous bénéficiaire de l'ACS ou de la CMU ?  
oui  non

5bis. Si non, en avez-vous fait la demande auprès de votre CCAS ?  
oui  non

6. Autres points que vous souhaiteriez aborder lors de l'entretien :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_