

COUVERTURE COMPLEMENTAIRE : N°...**NMUT**....

_____ (Réservé au chiffrement)

CODE CC : **I D C C 2** (Réservé au chiffrement)

| 8 | | | |
An Vag Enq

| **NO** |
N°adresse

Questionnaire couverture complémentaire

Dans ce questionnaire, le terme « couverture complémentaire » désigne le contrat de complémentaire santé quel que soit l'organisme auprès duquel il a été souscrit : une mutuelle, une assurance privée ou une institution de prévoyance.

Il est important que l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, remplisse lui-même ce questionnaire.

1. Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : **NINDREP** [] *nind*

Coordonnées de l'organisme de couverture complémentaire (mutuelle, assurance privée, institution de prévoyance) :

.....

.....

.....

Prénom de l'assuré :

.....

Prénoms des autres personnes couvertes par ce contrat :

.....

.....

.....

2. Vérifiez le nom et l'adresse de l'organisme de couverture complémentaire reportés ci-contre et, s'ils sont inexacts ou incomplets, notez ci-dessous le nom et l'adresse corrects :

NOM :

ADRESSE :

VILLE :

3. Vérifiez le prénom de l'assuré ci-contre (c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat), en cas d'erreur, notez-le ci-après :

.....

4. Vérifiez la liste ci-contre des prénoms des autres personnes couvertes :

- Rayez dans cette liste les prénoms notés par erreur. Ajoutez ci-dessous les prénoms des personnes oubliées :

.....

.....

5. Quel est le nom de la formule, de l'option ou du contrat de votre couverture complémentaire :

CONTRAT FJ

.....

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°2008X721AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2008. 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 à l'IRDES. La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée 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.

6. Comment l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, a-t-il obtenu cette couverture complémentaire ?

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
 3 autre, précisez.....
- L'assuré est indépendant (exploitant agricole, artisan, commerçant, chef d'entreprise) ⇒ 4 par ses propres moyens, par une démarche personnelle
 5 par un autre moyen, précisez.....
- L'assuré est à la retraite ⇒ 6 a conservé celle de son ancienne entreprise
 7 par ses propres moyens, par une démarche personnelle
- L'assuré est étudiant ⇒ 8 par une couverture complémentaire étudiante
 9 par un autre moyen, précisez
- Autre : chômeur, personne au foyer, personne en invalidité, veuf(ve)... ⇒ 10 par son ancienne entreprise
 11 a conservé celle du conjoint décédé
 12 par ses propres moyens, par une démarche personnelle

7. L'assuré ou quelqu'un de son foyer, verse-t-il une cotisation pour cette couverture complémentaire ?

- 1 oui
 2 non
 3 ne sait pas

COTIS

Si oui :

quel montant de cotisation, ou prime, verse-t-il à cette couverture complémentaire ?.....|_|_|_|_| euros

MONTANT_AN

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

8. Pensez-vous que votre couverture complémentaire vous offre un rapport qualité / prix :

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

PENSE

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

	LUNET lunettes	PROTDEN prothèses dentaires	DEPSPE dépassements de spécialistes	HOSP forfait hospitalier
Très bien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Plutôt bien	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Plutôt mal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Très mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Pas du tout	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

10. Cette couverture complémentaire propose-t-elle le tiers payant dans les pharmacies (c'est-à-dire que vous ne payez rien quand vous achetez des médicaments prescrits par votre médecin) ?

- 1 oui
 2 non
 3 ne sait pas

TIERSPAY

11. Recevez-vous des documents de votre couverture complémentaire avec des conseils de prévention (alimentation, sport, tabac et alcool, prévention du diabète, des maladies cardio-vasculaires, des cancers...)?

- 1 oui
 2 non
 3 ne sait pas

CONSEIL

12. L'année dernière, à la même époque, l'assuré avait-il le même contrat de couverture complémentaire ?

- 1 oui

DEJA Depuis combien d'années l'assuré a-t-il ce contrat ? **NBAN**

- 2 non, il n'avait pas de couverture complémentaire
 3 non, l'assuré a changé de contrat mais est resté dans le même organisme
 4 non, l'assuré a changé d'organisme

12.1 Si l'assuré a changé de contrat ou d'organisme, quels sont les motifs de ce changement ?

- CHGTFAM** 1 changement de situation familiale (séparation, décès du conjoint...)
CHGTPRO 2 changement de situation professionnelle (arrivée sur le marché du travail, changement de travail, passage à la retraite...)
CHGTCOL 3 changement de contrat collectif dans l'entreprise de l'assuré
CHGTCMU 4 sortie de la CMU
CHGTCHER 5 le précédent contrat coûtait trop cher
CHGTREMB 6 le précédent contrat ne remboursait pas assez bien
CHGTAUT 7 autre raison, précisez :.....