

QUESTIONNAIRE RISQUE SANTÉ

Ce questionnaire est un PDF interactif.

Vous pouvez directement répondre aux questions sans l'imprimer.

1 Disposez-vous au 1er janvier 2025 d'une mutuelle couvrant le risque santé, c'est-à-dire **complétant, en totalité ou partiellement, les remboursements de l'Assurance maladie** (Sécurité sociale) ?

Cochez la case correspondante à votre situation

- Oui à titre individuel
- Oui par l'intermédiaire de mon conjoint
- Non

2 Si vous avez répondu non à la précédente question, pouvez-vous dire pourquoi ?

Cochez la case correspondante à votre situation

- Trop cher
- Je ne sais pas comment en choisir une
- Je n'en ai pas besoin
- Je ne m'en suis jamais préoccupé
- Je ne sais pas

3 Quelles seraient les raisons qui pourraient vous faire changer d'avis ?

Cochez la case correspondante à votre situation

- une aide financière de mon employeur
- un tarif compatible avec mes moyens
- une offre couvrant tous mes besoins

4 Quelles sont les garanties auxquelles vous accordez une grande importance

Cochez une seule case par ligne pour exprimer votre point de vue

	Très important	Important	Assez important	Peu important
les lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les soins dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la prise en charge des actes de médecine douce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la prise en charge gratuite de mes enfants et/ou de mon conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la prise en charge des frais hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la couverture des soins de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la couverture des soins de spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre(s) (Merci de préciser ci-après)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Vous êtes :

Cochez la case correspondante à votre situation

- un homme
- une femme

6 Vous avez :

Cochez la case correspondante à votre situation

- entre 20 et trente ans
- entre 30 et 40 ans
- entre 40 et 50 ans
- entre 50 et 60 ans
- entre 60 et 70 ans

7 Vous êtes agent(e) :

Cochez la case correspondante à votre situation

- d'une commune
- du département
- de la région
- d'un établissement public de coopération intercommunale
- d'un autre employeur public

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces quelques questions.

Vous pouvez renvoyer ce questionnaire au centre de gestion par mail à l'adresse suivante :

psc@cdg90.fr

Vous pouvez également l'imprimer et le retourner ou le déposer dans la boîte aux lettres situé à l'adresse suivante :

Centre de Gestion du Territoire de Belfort

Maison des communes

29 Boulevard Anatole France

CS 40322

90006 BELFORT cedex