



UNE COMPLEMENTAIRE SANTE POUR TOUS LES HABITANTS DE LA COMMUNE

Quelles sont vos attentes ?

Pour donner suite au succès de la première enquête, nous réitérons cette action au sein de la commune. Merci de

CCAS de Duclair
Mairie - Place du Général de Gaulle
76480 Duclair

bien vouloir compléter ce questionnaire, et le retourner à la Mairie à l'adresse suivante :

1. Avez-vous une Mutuelle ou une Complémentaire Santé.

OUI NON

2. SI OUI, avez-vous :

- Une Mutuelle ou Complémentaire Santé que vous avez **souscrite Individuellement**
- Une Mutuelle ou Complémentaire Santé contractée **par votre employeur**
- La **CSS** (Complémentaire Santé Solidaire – ex-CMU et ACS)

3. Si non, pour quelle raison ?

Trop cher

Inutile

Autre raison : _____

4. Composition de votre foyer

- **Nombre d'Adultes :** _____ **Agés :** _____

- **Situations (Retraité / Salarié / Indépendant) :** _____

- **Nombre d'Enfants :** _____ **Agés :** _____

Renseignez vos coordonnées si vous souhaitez être contacté(e)

Nom : _____ Prénoms : _____

Adresse : _____ 76480 Duclair

Mail : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Ce formulaire peut être déposé directement à la Mairie de Duclair, ou envoyé par courriel à l'adresse suivante :

✉ ccas@duclair.fr

Merci de votre participation
Monsieur le Maire et l'Equipe Municipale