

PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

QUESTIONNAIRE SANTE - AGENT - A RETOURNER AVANT LE 30/06/2024



NOM COLLECTIVITE (obligatoire)					
Nom					
Prénom					
Age (obligatoire)					
Statut (obligatoire)	Fonctionnaire <input type="checkbox"/>	CNRACL <input type="checkbox"/>	IRCANTEC <input type="checkbox"/>	Contractuel <input type="checkbox"/>	
Grade					
Situation familiale (obligatoire)	Marié.e <input type="checkbox"/>	En concubinage <input type="checkbox"/>	Marié.e <input type="checkbox"/>	Pacsé.e <input type="checkbox"/>	Veuf.ve <input type="checkbox"/>
Nombre d'enfants (obligatoire)					
Bénéficiaire d'une mutuelle santé (obligatoire)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, quelle est votre couverture actuelle ?	Basique / Essentielle <input type="checkbox"/>	Medium / Confort <input type="checkbox"/>	Premium <input type="checkbox"/>		
Etes-vous couvert.e par la mutuelle de votre conjoint ? (obligatoire)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Souhaitez-vous que votre collectivité vous propose un contrat de mutuelle santé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Seul.e, avec votre conjoint et/ou vos enfants ?	Seul.e <input type="checkbox"/>	Seul.e avec enfants <input type="checkbox"/>	Avec conjoint <input type="checkbox"/>	Avec conjoint et enfants <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des recours régulièrement à des soins spécifiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, lesquels ?	Optique <input type="checkbox"/>	Dentaire <input type="checkbox"/>	Médecine douce <input type="checkbox"/>	Spécialistes non conventionnés (psychologue) <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà renoncé à des soins faute de moyens ou de prise en charge par votre mutuelle ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Observations - demandes particulières					