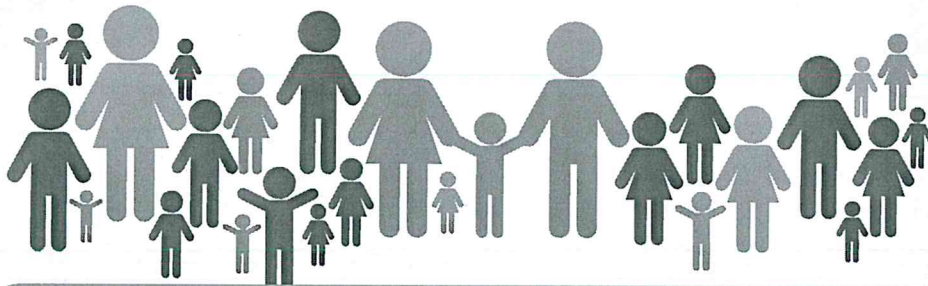




## **POUR UNE MUTUELLE INTERCOMMUNALE OUVERTE À TOUS LES HABITANTS !**



### **UNE MUTUELLE INTERCOMMUNALE C'EST QUOI ?**

Il s'agit de proposer aux habitants de l'Agglomération des offres de mutuelle complémentaire santé avec un coût négocié. L'idée est simple : regrouper le plus grand nombre de personnes intéressées pour négocier les tarifs les plus compétitifs possibles auprès des organismes, professionnels et mutuelles de Santé. Chacun a la possibilité d'adhérer ou non à ces offres groupées de mutuelle. Il n'y a rien d'obligatoire. Toutefois plus le nombre de personnes se déclarant intéressées sera important, plus les tarifs seront attractifs.

#### **COMMENT PROCÉDER ?**

Si cette démarche vous intéresse, nous vous invitons à compléter le questionnaire situé au verso de ce document, et à nous le retourner :

#### **• SOIT PAR COURRIER À L'ADRESSE :**

Communauté d'agglomération  
du Gard rhodanien  
Route d'Avignon - 30200 Bagnols-sur-Cèze

#### **• SOIT PAR MAIL :**

[enquete.mutuelle@gardrhodanien.com](mailto:enquete.mutuelle@gardrhodanien.com)

# QUESTIONNAIRE MUTUELLE INTERCOMMUNALE

Exercez-vous une activité professionnelle ?  Oui  Non

Si non, quelle est votre situation actuelle ?

- Retraité(e)
- Parent isolé
- A la recherche d'un emploi
- Etudiant

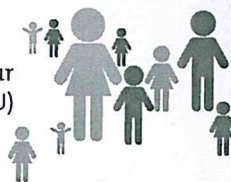
De quel régime obligatoire dépendez-vous ?  Régime général de la sécurité sociale

- Régime agricole
- Régime social des indépendants
- Régime étudiant
- Régime spécial - Précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà une complémentaire santé ?  Oui  Non

Si oui avez-vous ?  Une complémentaire santé souscrite individuellement

- Une complémentaire santé souscrite par votre employeur
- La couverture maladie universelle complémentaire (CMU)
- Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)



Si vous n'avez pas de complémentaire, quelle en est la raison ?

---

---

Dans quel(s) domaine(s) souhaiteriez-vous être mieux pris en charge ?

- Ophtalmologie  Orthodontie  Audition  Hospitalisation  Prothèses

Seriez-vous intéressé par une démarche collective, afin de bénéficier de tarifs intéressants pour votre complémentaire santé ?  Oui  Non

Composition de votre foyer

Nombre d'adultes (+ de 20 ans)	Âge	Situation (salarié, sans emploi, retraité, profession libérale...)

Nombre d'enfants	Âge	Situation (étudiant, scolarisé)

## VOS COORDONNÉES (facultatif)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

