

Fait à ST EMILION le 04/06/2026

Réf: VP/MPF

Madame, Monsieur,

Afin d'étudier la mise en place d'une mutuelle intercommunale, nous avons souhaité vous interroger pour connaître vos éventuels besoins.

L'enjeu est de vous permettre soit de bénéficier d'une mutuelle au meilleur rapport qualité/prix, soit d'adhérer à une mutuelle si vous n'en avez pas, de manière simple et accessible.

La mutuelle intercommunale est une complémentaire santé comme les autres qui vous permet de prendre en charge tout ou partie du montant non pris en charge par la sécurité sociale pour les dépenses de santé. Elle permet d'obtenir de meilleures conditions et des tarifs plus attractifs que si chacun négocie individuellement.

Afin d'obtenir les offres les plus intéressantes possibles avec le maximum de prestations, la participation du plus grand nombre à ce questionnaire est essentielle.

Nous vous remercions de prendre quelques minutes de votre temps pour remplir le questionnaire ci-dessous.

Viviane PALOMERA
Vice-Présidente aux finances et à la mutualisation



QUESTIONNAIRE MUTUELLE INTERCOMMUNALE

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont confidentielles : elles seront uniquement utilisées par la CDC dans le cadre de l'étude préparatoire à la mise en œuvre d'une mutuelle intercommunale

Avez-vous une complémentaire santé ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, avez-vous ?

- ☐ Une mutuelle santé
- ☐ Une mutuelle santé par votre employeur
- ☐ La complémentaire santé solidaire

Si non, pourquoi ?

- ☐ Trop cher
- ☐ Je n'en ai pas besoin
- ☐ Les prestations ne sont pas adaptées
- ☐ Autres :

Seriez-vous intéressé(e) par une mutuelle intercommunale ?

☐ OUI ☐ NON

Seriez-vous disposé(e) à changer de mutuelle ?

☐ OUI ☐ NON

En cas de changement de mutuelle, indiquez les garanties prioritaires dont vous souhaiteriez bénéficier :

- ☐ Soins médicaux courants et pharmacie
- ☐ Soins dentaires
- ☐ Soins et équipements auditifs
- ☐ Hospitalisations
- ☐ Médecines douces (ostéopathie, etc...)
- ☐ Autres (préciser) :



COMPOSITION DU FOYER

	NOMBRE	AGE	SITUATION (étudiant, salarié, sans emploi, retraité,...)
ADULTES			
ENFANTS			

VOS COORDONNÉES (facultatif)

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

Merci de nous retourner ce questionnaire avant le 15/08/2026

1109 Route de la Gare – 33330 Saint-Emilion – 05 57 55 21 60

Vos droits : ce questionnaire est facultatif. Les informations recueillies sont gérées par la Communauté de Communes du Grand Saint-Emilionnais afin d'établir un dossier de consultation des organismes de mutuelle dans le cadre de la mise en place d'une mutuelle intercommunale. Vos données ne seront pas transmises à ces organismes. Elles ne seront pas conservées au-delà du temps nécessaire au montage du dossier par la Communauté de Communes. Conformément à la loi « Informatique et Liberté » vous pouvez accéder à tout moment à vos données et demander une rectification ou opposition à leur traitement. Consulter le site de la CNIL pour plus d'informations sur vos droits.

Communauté de Communes du Grand Saint-Emilionnais

1109 Route de la Gare – 33 330 St Emilion

05 57 55 21 60 – contact@grand-st-emilionnais.org

Facebook : <https://bit.ly/GSEfb>

