Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Departamento Federal de Finanzas DFF

Central de compensación CdC
Oficina del seguro de invalidez
para los asegurados residentes en el extranjero

CUESTIONARIO PARA LOS ASEGURADOS

Rogamos remita este cuestionario a la Oficina SI para los asegurados residentes en el extranjero
Av. Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100, CH-1211 Genève 2

Nombre :	Nacido(a) el :
Nuestra ref. :	

Aviso importante:

Este cuestionario debe rellenarse de una manera completa y precisa con letra de imprenta, fecharse y firmarse (página 14).

Número de teléfono de la persona asegurada: _____

Correo electrónico: _____

A. INFORMACIÓN RELATIVA AL PROBLEMA DE SALUD

1. Indicaciones relativas a los daños a la salud

a) Nombre y dirección del médico de cabecera actual:

b) ¿Qué otro médico le trató por última vez? (nombre y dirección **completa** del médico o del centro hospitalario)

¿Durante qué periodos?

¿De qué enfermedades

c) ¿Qué otro médico le trató anteriormente? (nombre y dirección **completa** del médico o del centro hospitalario)

¿Durante qué periodos?

¿De qué enfermedades?

B. SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA

2. Escuelas, estudios, profesión u oficios aprendidos

a) Tipo/nivel de formación (básica, educación, aprendizaje, formación intensiva en el trabajo, etc.):

b) Nombre y dirección de la escuela o del tutor durante las prácticas:

c) ¿Durante qué periodo?

d) Certificado (certificado de capacidad, título, etc.):

3. Situación laboral antes del problema de salud:

- ☐ Actividad lucrativa asalariada o por cuenta propia a tiempo completo
- ☐ Actividad lucrativa o asalariada a tiempo parcial
- ☐ Sin actividad lucrativa
- ☐ Otras: _____

4. Si usted ha cesado su actividad profesional por razones de salud:

¿Asalariado o independiente ejercido antes de la presentación de la solicitud ?

a) Descripción detallada del último trabajo ejercido (ámbito de actividad, posición de trabajo sentada/de pie/alternada, puerto de carga):

b) Periodos de trabajo

c) ¿Cuál fue su último horario de trabajo semanal? _____

d) ¿Cuál fue su último salario bruto mensual? _____

e) Si se trata de un trabajo asalariado, indique el nombre y la dirección (calle, número, código postal, localidad) de su empleador:

f) Si el último trabajo fue ejercido en Suiza, ¿en qué institución suiza de previsión profesional de segundo pilar (caja de pensiones) estaba asegurado(a) al inicio de su incapacidad laboral o cuál es la última institución suiza de previsión a la que ha estado afiliado(a)? Nombre y dirección de la institución suiza de previsión (caja de pensiones)

5. Si todavía ejerce una actividad profesional como asalariado(a) o independiente:

a) Descripción detallada del último trabajo ejercido (ámbito de actividad, posición de trabajo sentada/de pie/alternada, puerto de carga):

b) ¿Cuál es su horario de trabajo semanal? _____

c) ¿Cuál es su salario bruto mensual? _____

c) Nombre y dirección (calle, número, código postal, localidad) de su empleador:

d) ¿Desde qué fecha? _____

6. Si ha tenido que reducir/aumentar la tasa de su actividad profesional:

a) ¿Por qué motivo (salud, elección económica, ocio, otro)?

b) ¿Desde qué fecha? _____

c) ¿Cuál es su horario semanal? _____

d) ¿Cuál es su salario bruto mensual? _____

e) Antes de la reducción o el aumento, ¿cuál era su horario semanal?_____

f) Antes de la reducción o el aumento, ¿cuál era su salario bruto mensual? _____

7. Si ha interrumpido su actividad laboral:

a) ¿Durante qué periodos?

b) ¿Por qué motivo?

8. Si ejerce una actividad complementaria:

a) ¿Qué actividad?:

b) ¿Desde qué fecha? _____

c) ¿Cuál es su horario semanal?_____

d) ¿Cuál es su salario bruto mensual? _____

e) Nombre y dirección (calle, número, código postal, localidad) de su empleador:

9. Si no trabaja por elección personal:

a) Actividad actual (hogar, estudios, niños, ocio, etc.):

b) ¿Desde qué fecha?_____

c) ¿Por qué motivo?

10. Sin daños a la salud, ¿ejercería hoy en día una actividad profesional?

a) Si su respuesta es no, ¿por qué motivos?

b) Si su respuesta es sí, ¿qué actividad?

c) ¿Por qué motivo (económico, interés personal, otro)?

d) ¿Desde qué fecha? _____

e) ¿En qué porcentaje? _____ %

11. ¿Ha efectuado alguna búsqueda de empleo?

a) Si su respuesta es no, ¿por qué motivos?

b) Si su respuesta es sí, ¿qué actividad?

c) ¿Por qué motivo? (económico, interés personal, otro)

d) ¿Desde qué fecha? _____

e) ¿En qué porcentaje? _____ %

f) ¿En qué empleadores?

12. ¿Ha recibido prestaciones de desempleo?:

a) Completo
¿Durante qué periodo?

b) Parcial
¿Durante qué periodo?

¿Cuántas horas?
al día al mes:

Nombre y dirección de la caja del seguro de desempleo (cuando se hayan pagado indemnizaciones):

13. ¿Está recibiendo formación profesional?

a) ¿Cuál?

b) ¿En qué porcentaje?

14. Situación económica general del hogar:

Ingresos	Moneda	Cantidad (al mes)	Observaciones
Salario	.....	.....	……..…..…….
Salario del cónyuge/pareja	.....	.....	……..…….....….
Pensión o pensiones alimenticias	.....	.....	.....
Pensiones totales	.....	.....	.....
Asistencia social	.....	.....	……..…..…..……
Otros ingresos	.....	.....	.....
Gastos de alquiler	.....	.....	.....
Hipotecas	.....	.....	.....
Deudas	….....….	…….....	……..…..…..……
Pensión alimenticia	.....	.....	.....
Otros gastos	.....	.....	.....

15. Descripción del desarrollo normal de una jornada <u>antes</u> de los daños a la salud:

16. Descripción del desarrollo normal de una jornada <u>después</u> de los daños a la salud:

C. SITUACIÓN PERSONAL

17. Composición del hogar

Número total de personas integrantes del hogar: _____

Adultos (número y edades respectivas): _____

Niños (número y edades respectivas): _____

Personas con necesidades de cuidado permanente (número y edades respectivas):
_____

Tasa de actividad laboral del cónyuge/pareja: _____

¿Ha tenido su cónyuge/pareja que reducir su tiempo de trabajo para ayudarle debido a su problema de salud?: _____

En caso afirmativo, ¿desde cuándo y en qué medida ha disminuido su cónyuge/pareja su actividad laboral (en %)?_____

Si realiza una actividad lucrativa asalariada o por cuenta propia a tiempo completo (véase la pregunta 3), pase directamente al punto 20. En caso contrario, rellene la sección D a continuación.

D. HOGAR

18. Tipo de vivienda:

☐ Casa unifamiliar ☐ Granja número de plantas _____

☐ Piso planta _____ ascensor: ☐ sí ☐ no

Número de habitaciones: _____ m^2:_____

☐ Jardín m^2 _____ ☐ flores
☐ huerto
☐ árboles frutales
☐ otros:_____

Suelo: ☐ parqué ☐ baldosas ☐ alfombra ☐ otro _____

19. Equipamiento:

☐ Lavadora

☐ Secadora

☐ Lavavajillas

☐ Congelador

☐ Horno microondas

☐ Aspirador

☐ Máquina de coser

¿Dispone de algún medio de transporte? ☐ no ☐ sí, ¿cuál? _____

Distancia a comercios:_____ Km

Explicaciones sobre las dos tablas de actividades domésticas:

- Para cada tarea, indique la cantidad media de tiempo semanal que le dedicaba antes del problema de salud a las actividades domésticas y la cantidad que le dedica en la actualidad.
- El tiempo dedicado a cada tarea por la persona asegurada y otras personas del mismo hogar según el punto 17 anterior debe indicarse en la tabla 1.
- En la tabla 2 que figura a continuación se debe indicar el tiempo que dedicaban a la asistencia doméstica antes del problema de salud y el que dedican actualmente personas **ajenas** al hogar, siempre que se trate de una asistencia regular.
- Si es necesario, considere un período de una o dos semanas para registrar el tiempo dedicado a las distintas tareas para que sea más fácil rellenar las tablas.

Tabla 1: Persona asegurada y personas del mismo hogar según el punto 17.	**ANTES** del problema de salud: **en el pasado**			**DESPUÉS** del problema de salud: **situación actual**		
Tareas	**Tiempo dedicado**	Tiempo dedicado por otros miembros del hogar		**Tiempo dedicado**	Tiempo dedicado por otros miembros del hogar	
			¿Quién le ayuda?:			¿Quién le ayuda?:
Alimentación Planificación de comidas Preparar verduras Cocinar/preparar alimentos (de pie delante de la cocina) Poner/quitar la mesa Lavar la vajilla a mano Cargar/descargar el lavavajillas Guardar la vajilla Limpieza diaria (encimeras, cocina, mesa)	_____**h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____
Mantenimiento de la vivienda **Limpieza diaria:** Tareas diarias de limpieza, quitar el polvo, airear espacios Limpieza diaria de las instalaciones sanitarias (baño) Hacer camas Residuos/reciclaje **Limpieza a fondo (incluidas ventanas, puertas):**	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____
Compras Preparación (comprobación de existencias, listas de la compra) Compra diaria (productos frescos, necesidades cotidianas) Compras grandes (para cosas pesadas) Administración (correo, pagos) Desplazarse a oficinas, correo, banco, médico, etc.	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____
Lavado y cuidado de la ropa Lavado (separación, transporte, puesta en marcha de la lavadora) Colgar y sacar la ropa Planchar, doblar y guardar la ropa Pequeños arreglos Limpieza de zapatos	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____

Tabla 1 (continuación)	**ANTES** del problema de salud: **en el pasado**			**DESPUÉS** del problema de salud: **situación actual**		
Tareas	**Tiempo dedicado**	Tiempo dedicado por otros miembros del hogar		**Tiempo dedicado**	Tiempo dedicado por otros miembros del hogar	
Cuidado y asistencia a familiares ***Por lo general, un máximo de 30 horas/semana.*** **Niños:** Niños pequeños (levantar, cambiar pañales) Educar, cuidar y controlar las actividades de los niños Jugar, hacer manualidades, contar historias Actividades de ocio (excursiones, parque, cine, piscina) Conversaciones Ayuda con las tareas escolares Ayuda durante el aprendizaje Discusiones con los padres en la escuela/aprendizaje Eventos de los niños Acompañamiento/servicios de conducción (médico, dentista) **Adultos que necesitan atención:** Cuidados (tareas de la vida diaria) Acompañamiento/servicios de conducción (médico, dentista) Administración (correo, pagos) Conversaciones	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	¿Quién le ayuda?: _____	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	¿Quién le ayuda?: _____
Mantenimiento de exteriores y jardines: Mantenimiento de las plantas/césped de la casa y el balcón Limpieza y mantenimiento del entorno **Animales:** Alimentar, limpiar, ir al veterinario Número: _____ Tipo(s):_____	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____	_____ **h/sem.**	_____ **h/sem.**	_____
Actividades de ocio: _____	_____ **h/sem.**			_____ **h/sem.**		

Tabla 2: Asistencia doméstica regular de personas ajenas al hogar que no convivan con la persona asegurada (personal de limpieza, asistencia a domicilio, jardineros, vecinos, conocidos, etc.)

Tareas (para los detalles relativos a cada tarea, véase la tabla 1)	**ANTES** del problema de salud: **en el pasado**	**DESPUÉS** del problema de salud: **situación actual**
Alimentación	**_____horas/semana**	**_____horas/semana**
Mantenimiento de la vivienda	**_____horas/semana**	**_____horas/semana**
Compras	**_____horas/semana**	**_____horas/semana**
Lavado y cuidado de la ropa	**_____horas/semana**	**_____horas/semana**
Cuidado y asistencia a familiares	**_____horas/semana**	**_____horas/semana**
Mantenimiento de exteriores y jardines, cuidado de animales	**_____horas/semana**	**_____horas/semana**

20. Observaciones:

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Departamento Federal de Finanzas DFF

Central de compensación CdC
Oficina del seguro de invalidez
para los asegurados residentes en el extranjero

Apellidos,Nombre:	Nacido(a) el:
Nuestra ref.:	

Al firmar este cuestionario, la persona asegurada autoriza a cualquier persona y servicio, especialmente a médicos, personal paramédico, centros hospitalarios, seguros de enfermedad, empleadores, abogados, fiduciarios, seguros públicos y privados, organismos públicos e instituciones de asistencia privadas, a proporcionar a los organismos del seguro de jubilación, viudedad e invalidez la información y documentación necesarias para el examen de la legitimidad de la solicitud y de la concesión de prestaciones, así como a aquellos que tengan por objetivo el ejercicio por parte del seguro del derecho de recurso frente a terceros responsables contra quienes la persona asegurada puede hacer valer sus reclamaciones por daños y perjuicios como consecuencia del perjuicio sufrido.

El (La) abajo firmante declara haber respondido de forma completa y verídica a las preguntas anteriores. Las prestaciones concedidas en base a informaciones o declaraciones inexactas deberán ser devueltas.

Lugar y fecha: Firma:

_____ _____