



CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO PARA LA REVISIÓN

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
Fax +41 58 461 99 50, correo electrónico: oaie@zas.admin.ch

Nombre:
Nuestra réf. :

Nacido(a) el :

Aviso importante :

Este cuestionario debe rellenarse de una manera completa y precisa con letra de imprenta, fecharse y firmarse (página 5).

Número de teléfono de la persona asegurada : _____

Correo electrónico: _____

1. ¿Cuántas personas forman su hogar?

Adultos: _____

Niños: _____

Edad de los niños: _____

Personas con necesidad de cuidados permanentes: _____

Tasa de actividad profesional del cónyuge/pareja: _____

2. ¿ Su situación familiar tuvo una modificación?

No

Sí, en que (ejemplo : divorcio, fin de estudios, personas a cargo, etc...) :



3. Tipo de vivienda:

Casa unifamiliar Granja número de plantas _____

Piso planta _____ ascensor: sí no

Número de habitaciones: _____ m²: _____

Jardín m² _____ flores
 huerto
 árboles frutales
 otros: _____

Suelo: parqué baldosas alfombra otro _____

4. Equipamiento:

Lavadora

Secadora

Lavavajillas

Congelador

Horno microondas

Aspirador

Máquina de coser

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

Distancia a comercios: _____ Km



5. Tareas	Tiempo dedicado a la semana	¿Quién le ayuda?
Alimentación		
Preparar la comida / Poner/quitar la mesa	..... h/sem.	.....
Limpiar la cocina	..... h/sem.	.....
Mantenimiento de la vivienda		
Ordenar	..... h/sem.	.....
Quitar el polvo	..... h/sem.	.....
Pasar la aspiradora / Pasar la fregona	..... h/sem.	.....
Limpiar instalaciones sanitarias	..... h/sem.	.....
Hacer las camas	..... h/sem.	.....
Grandes limpiezas (limpiar ventanas, etc.)	..... h/sem.	.....
Cuidado de plantas, jardinería, Barrer alrededor de la casa	..... h/sem.	.....
Cuidado de animales domésticos	..... h/sem.	.....
Número: Tipo: .....	..... h/sem.	.....
Compras		
Compras cotidianas / Grandes compras	..... h/sem.	.....
Gestiones oficiales (correos, banco, seguros)	..... h/sem.	.....
Colada y mantenimiento de la ropa		
Hacer la colada	..... h/sem.	.....
Tender la ropa / Doblar la ropa	..... h/sem.	.....
Planchar la ropa	..... h/sem.	.....
Remendar la ropa / limpiar los zapatos	..... h/sem.	.....
Cuidado de los niños/ miembros de la familia		
Descripción (p. ej., llevarlos al colegio, cuidados cuando están enfermos, vigilancia):		
.....	..... h/sem.	.....
Ocio:		
.....	..... h/sem.	.....



6. Situación financiera:

<u>Ingresos</u>	Moneda	Importe (al mes)	Observaciones
Salario
Salario del cónyuge/pareja
Pensión alimenticia
Rentas
Ayuda Social
Otros ingresos
<u>Gastos</u>			
Alquiler
Hipotecas
Deudas
Pensión alimenticia
Otros gastos

7. Observaciones:



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:
