



## CUESTIONARIO PARA LA REVISIÓN DE LA RENTA

Enviarlo a la Oficina de invalidez para los asegurados residentes en el extranjero,  
Avenida Edmond-Vaucher 18, casilla 3100, CH-1211 Ginebra 2

Apellido y nombre :  
Nuestra referencia :

Nacido(a) el :

### **Importante :**

Este cuestionario debe ser rellenado de manera precisa, completa y con letra de imprenta, fechado y firmado.

Número de teléfono del(de la) asegurado(a) : \_\_\_\_\_

Dirección electronica (e-mail) : \_\_\_\_\_

### **1. INFORMACIONES MEDICAS DESDE LA ÚLTIMA REVISIÓN DE LA RENTA / DESDE LA ATRIBUCIÓN DE LA RENTA**

¿Sigue un tratamiento médico ? Si es el caso, ¿cuál es el tratamiento y quién es el médico? (indicar su nombre y su dirección completos)

### **2. INFORMACIONES ECONÓMICAS DESDE LA ÚLTIMA REVISIÓN DE LA RENTA / DESDE LA ATRIBUCIÓN DE LA RENTA**

¿Ha tenido o tiene actualmente una actividad remunerada, sea como asalariado o como autónomo, esto, después del..... ?

No (Puede fechar y firmar directamente el cuestionario en el punto 3 y enviárnoslo.)

Sí : Fecha de inicio de la actividad remunerada : jj.mm.aaaa  
Fin de la actividad remunerada : jj.mm.aaaa       La actividad remunerada continúa

Actividad realizada como  empleado asalariado  
 autónomo  
 benévolo / taller protegido

Tasa de actividad :  trabajo a tiempo completo  
 trabajo a tiempo parcial (tasa de actividad % : .....)



Razón por la cual trabaja solamente a tiempo parcial :

---

b) Número de horas de trabajo y remuneración

Número de horas por día : \_\_\_\_\_ por semana : \_\_\_\_\_  
Remuneración bruta por hora : \_\_\_\_\_ remuneración bruta por mes : \_\_\_\_\_

c) Describa la actividad que hizo o que está haciendo y luego responda a las preguntas complementarias al fin del cuestionario.

d) Nombre y dirección exactas del empleador (calle, número, código postal, localidad, dirección electrónica – e-mail)

e) Si tuvo que interrumpir su actividad remunerada por razón de enfermedad o de accidente, indíquenos el/los período(s) (adjuntar un certificado).

f) ¿Después de esa(esas) interrupción(es) cesó con la actividad remunerada? Si es el caso ¿desde cuándo?



**3. COMENTARIOS :**

Declaro haber respondido de manera completa y verídica a las preguntas precedentes.

Lugar y fecha :

Firma :

---

---



#### 4. PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS : DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REMUNERADA

Las informaciones que usted nos da en este cuestionario son muy importantes, pues permiten a nuestro servicio médico de analizar su situación lo mejor posible.

Le pedimos de responder a las preguntas que siguen de manera la más exacta y completa posible.

**¿Cuáles son las tareas que tiene que hacer?      ¿Con qué frecuencia deben hacerse? (horas por día)**

	hasta ½ h por día	de ½ a 3h por día	mas de 3 y hasta 5h por día
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿Cuáles son las exigencias en el trabajo?      ¿Cuál es la frecuencia de estas exigencias? (horas por día)**

<b>Exigencias físicas por día</b>	hasta ½ h por día	de ½ a 3h por día	mas de 3 y hasta 5h por día
quedarse sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quedarse de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levantar o transportar cargas (1 a 10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levantar o transportar cargas (10 a 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levantar o transportar cargas (más de 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otras exigencias físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Intelectuales/mentales</b>	<b>Exigencias cotidianas :</b>		
	grande	media	poca
concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cuidado, esmero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interpretación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otras exigencias intelectuales/mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Otras exigencias :**

Indicar aquí otras informaciones que puedan ayudarnos a obtener una imagen realista de su actividad.