



## **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 11).

**Número de teléfono de la persona asegurada:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

### **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?

---

## 2. Escuelas a las que ha asistido

---

---

## 3. Profesión adquirida

a) Tipo de formación profesional (estudios, prácticas, formación acelerada en la explotación, 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.):

---



**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) ¿Cuál es su horario de trabajo semanal? \_\_\_\_\_

b) ¿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 tenido que interrumpir su actividad profesional:**

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. Periodos 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 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	.....	.....	.....

**15. Descripción del desarrollo normal de una jornada antes de los daños a la salud:**

**16. Descripción del desarrollo normal de una jornada después de los daños a la salud:**



## Descripción del hogar

### 17. ¿Cuántas personas forman su hogar?

Adultos: \_\_\_\_\_

Niños: \_\_\_\_\_

Edad de los niños: \_\_\_\_\_

Personas con necesidad de cuidados permanentes: \_\_\_\_\_

Tasa de actividad profesional del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_

### 18. Tipo de vivienda:

Casa unifamiliar     Granja    número de plantas \_\_\_\_\_

Piso    planta \_\_\_\_\_    ascensor:  sí     no

Número de habitaciones: \_\_\_\_\_    m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Jardín m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_     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





<b>20. Tareas</b>	<b>antes de los daños a la salud</b>	<b>después de los daños a la salud</b>	<b>¿Quién le ayuda?</b>
<b>Alimentación</b>			
Preparar la comida / Poner/quitar la mesa	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Limpiar la cocina	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
<b>Mantenimiento de la vivienda</b>			
Ordenar	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Quitar el polvo	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Pasar la aspiradora / Pasar la fregona	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Limpiar instalaciones sanitarias	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Hacer las camas	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Grandes limpiezas (limpiar ventanas, etc.)	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Cuidado de plantas, jardinería, Barrer alrededor de la casa	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Cuidado de animales domésticos			
Número: ..... Tipo: .....	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
<b>Compras</b>			
Compras cotidianas / Grandes compras	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Gestiones oficiales (correos, banco, seguros)	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
<b>Colada y mantenimiento de la ropa</b>			
Hacer la colada	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Tender la ropa / Doblar la ropa	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Planchar la ropa	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
Remendar la ropa / limpiar los zapatos	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
<b>Cuidado de los niños/ miembros de la familia</b>			
Descripción (p. ej., llevarlos al colegio, cuidados cuando están enfermos, vigilancia): .....	..... h/sem.	..... h/sem.	.....
<b>Ocio:</b> .....	..... h/sem.	..... h/sem.	.....





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:

---

---