



## QUESTIONNAIRE À L'ASSURÉ(E)

À retourner à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger  
Av. Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100, CH-1211 Genève 2  
Fax +41 58 461 99 50, E-Courriel : oaie@zas.admin.ch

Nom :

Né(e) le :

Notre réf. :

### Remarque importante :

Ce questionnaire doit être rempli d'une manière complète et précise en caractères d'imprimerie, daté et signé (page 12).

Numéro de téléphone de l'assuré(e): \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### A. INDICATIONS CONCERNANT L'ATTEINTE À LA SANTÉ

#### 1. Indications concernant l'atteinte à la santé

a) Nom et adresse du médecin traitant actuel :

\_\_\_\_\_

b) Après de quel autre médecin avez-vous été traité(e) en dernier lieu (nom et adresse **complète** du médecin ou de l'établissement hospitalier) ?

\_\_\_\_\_

Durant quelles périodes ?

\_\_\_\_\_

Pour quelles affections ?

\_\_\_\_\_



- c) Auprès de quel autre médecin avez-vous été traité(e) antérieurement (nom et adresse **complète** du médecin ou de l'établissement hospitalier) ?

---

Durant quelles périodes ?

---

Pour quelles affections ?

---

## B. SITUATION PROFESSIONNELLE ET ÉCONOMIQUE

### 2. Écoles, études, profession(s) apprise(s)

- a) Genre/niveau de formation (de base, études, apprentissage, formation accélérée dans l'exploitation, etc.) :

---

- b) Nom et adresse de l'école ou du maître d'apprentissage :

---

- c) Durant quelle période ?

---

- d) Certificat (certificat de capacité, diplôme, etc.) :

---

### 3. Situation professionnelle avant l'atteinte à la santé :

- Activité lucrative salariée ou indépendante à plein temps
- Activité lucrative salariée ou indépendante à temps partiel
- Pas d'activité lucrative
- Autres : \_\_\_\_\_



**4. Si vous avez cessé votre activité professionnelle pour des raisons de santé :**

Quelle activité salariée ou indépendante avez-vous exercée avant le dépôt de la demande ?

- a) Description détaillée de la dernière activité exercée (domaine d'activité, position de travail assise/debout/alternée, port de charge) :

---

- b) Périodes de travail

---

- c) Quel était en dernier lieu votre horaire de travail hebdomadaire ? \_\_\_\_\_

- d) Quel était en dernier lieu votre gain brut mensuel ? \_\_\_\_\_

- e) S'il s'agit d'une activité salariée, indiquez le nom et l'adresse (rue, numéro, numéro postal, localité) de votre employeur :

---

- f) Si la dernière activité a été exercée en Suisse, auprès de quelle institution suisse de prévoyance professionnelle du 2<sup>e</sup> pilier (caisse de pension) étiez-vous assuré(e) lors du début de votre incapacité de travail ou quelle est la dernière institution suisse de prévoyance à laquelle vous avez été affilié(e) ? Nom et adresse de l'institution suisse de prévoyance (caisse de pension) :

---

**5. Si vous exercez toujours une activité professionnelle comme salarié(e) ou indépendant(e) :**

- a) Quel est votre horaire de travail hebdomadaire ? \_\_\_\_\_

- b) Quel est votre gain brut mensuel ? \_\_\_\_\_

- c) Nom et adresse (rue, numéro, numéro postal, localité) de votre employeur :

---

- d) Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_



**6. Si vous avez dû réduire/augmenter le taux de votre activité professionnelle :**

a) Pour quel motif (santé, choix économique, loisirs, autre) ?

\_\_\_\_\_

b) Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_

c) Quel est votre horaire hebdomadaire ? \_\_\_\_\_

d) Quel est votre gain brut mensuel ? \_\_\_\_\_

e) Avant la réduction/augmentation, quel était votre horaire hebdomadaire ? \_\_\_\_\_

f) Avant la réduction/augmentation, quel était votre gain brut mensuel ? \_\_\_\_\_

**7. Si vous avez interrompu votre activité professionnelle :**

a) Durant quelles périodes ?

\_\_\_\_\_

b) Pour quel motif ?

\_\_\_\_\_

**8. Si vous exercez une activité accessoire :**

a) Quelle activité :

\_\_\_\_\_

b) Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_

c) Quel est votre horaire hebdomadaire ? \_\_\_\_\_

d) Quel est votre gain brut mensuel ? \_\_\_\_\_

e) Nom et adresse (rue, numéro, numéro postal, localité) de votre employeur :

\_\_\_\_\_

**9. Si vous ne travaillez pas par choix personnel :**

a) Activité actuelle (ménage, études, enfants, loisirs, etc.) :

\_\_\_\_\_

b) Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_



c) Pour quel motif ?

---

**10. En bonne santé, exerceriez-vous aujourd'hui une activité professionnelle ?**

a) Si non, pour quels motifs ?

---

b) Si oui, quelle activité ?

---

c) Pour quel motif (financier, intérêt personnel, autre) ?

---

d) Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_

e) À quel pourcentage ? \_\_\_\_\_ %

**11. Avez-vous effectué des recherches d'emploi ?**

a) Si non, pour quels motifs ?

---

b) Si oui, quelle activité ?

---

c) Pour quel motif (financier, intérêt personnel, autre) ?

---

d) Depuis quelle date ? \_\_\_\_\_

e) A quel pourcentage ? \_\_\_\_\_ %

f) Après de quels employeurs ?

---



**12. Avez-vous touché des indemnités de chômage :**

a) Complet

Durant quelle période ?

---

b) Partiel

Durant quelle période ?

---

Combien d'heures ?

par jour :

par mois :

---

Nom et adresse de la caisse d'assurance-chômage qui verse ou qui a versé des indemnités de chômage:

---

**13. Suivez-vous une formation professionnelle ?**

a) Laquelle ?

---

b) À quel pourcentage ?

---

**14. Situation financière globale du ménage :**

<u>Revenus</u>	<u>Devise</u>	<u>Montant (par mois)</u>	<u>Remarques</u>
Salaire	.....	.....	.....
Salaire du conjoint/partenaire	.....	.....	.....
Pension(s) alimentaire(s)	.....	.....	.....
Total des Rentes	.....	.....	.....
Aide sociale	.....	.....	.....
Autres revenus	.....	.....	.....



**Dépenses :**

Loyer	.....	.....	.....
Hypothèques	.....	.....	.....
Dettes	.....	.....	.....
Pension alimentaire	.....	.....	.....
Autres dépenses	.....	.....	.....

**15. Description du déroulement habituel d'une journée avant l'atteinte à la santé :**

**16. Description du déroulement habituel d'une journée après l'atteinte à la santé :**

**C. SITUATION PERSONNELLE**

**17. Composition du ménage**

Nombre total de personne(s) composant le ménage : \_\_\_\_\_

Adultes (nombre et âges respectifs) : \_\_\_\_\_

Enfants (nombre et âges respectifs): \_\_\_\_\_

Personnes ayant besoin de soins de manière permanente (nombre et âges respectifs) :

\_\_\_\_\_

Taux d'activité professionnelle du conjoint/partenaire : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre conjoint/partenaire a dû diminuer son temps de travail pour vous aider en raison de votre atteinte à la santé? : \_\_\_\_\_



Si oui, depuis quelle date et de combien a-t-il/elle diminué son activité (en %) ? \_\_\_\_\_

**Si vous exercez une activité lucrative salariée ou indépendante à plein temps (voir question 3) passez directement au point 21. Sinon merci de remplir la partie D ci-dessous.**

## D. MENAGE

### 18. Type d'habitation :

- Maison individuelle       Ferme      nombre d'étages \_\_\_\_\_
- Appartement      étage \_\_\_\_\_      ascenseur :  oui  non
- Nombre de pièces : \_\_\_\_\_      m<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_
- Jardin m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_       fleurs  
 potager  
 arbres fruitiers  
 autres : \_\_\_\_\_
- Sols :       parquet       carrelage       tapis       autre \_\_\_\_\_

### 19. Equipement :

- Machine à laver le linge
- Séchoir à linge
- Machine à laver la vaisselle
- Congélateur
- Four à micro-ondes
- Aspirateur
- Machine à coudre
- Disposez-vous d'un moyen de transport ?  non  oui, lequel \_\_\_\_\_
- Distance des commerces : \_\_\_\_\_ km

### Explications concernant les 2 tabelles des activités dans le ménage :

- Pour chaque rubrique, indiquer le temps moyen par semaine consacré avant l'atteinte à la santé et actuellement.
- Le temps consacré par l'assuré(e) et autres personnes faisant partie du même ménage selon point 17 ci-dessus doivent être indiqués dans la table 2.
- Le temps consacré avant l'atteinte à la santé et/ou actuellement par d'éventuelles personnes **extérieures** au ménage doit être indiqué dans la table 1 ci-dessous pour autant qu'il s'agisse d'une aide régulière.





- Le cas échéant prenez 1-2 semaine pour relever le temps consacré aux différentes tâches afin de remplir plus facilement les tabelles.

**Table 1 : Aide au ménage régulière de personnes extérieures ne vivant pas avec la personne assurée (employé(e) de ménage, aide à domicile, jardinier, voisins, connaissances, etc.)**

Tâches (pour le détail des rubriques voir table 2)	<b>AVANT</b> l'atteinte à la santé – Dans le passé	<b>APRÈS</b> l'atteinte à la santé – Situation actuelle
Alimentation	_____ H./sem.	_____ H./sem.
Entretien du logement	_____ H./sem.	_____ H./sem.
Achats	_____ H./sem.	_____ H./sem.
Lessive et entretien des vêtements	_____ H./sem.	_____ H./sem.
Soins et assistance aux proches	_____ H./sem.	_____ H./sem.
Entretien des extérieur et du jardin, soins aux animaux	_____ H./sem.	_____ H./sem.



**Table 2 : Assuré(e) et personnes du même ménage selon point 17.**

Tâches	AVANT l'atteinte à la santé – Dans le passé			APRÈS l'atteinte à la santé – Situation actuelle		
	Temps consacré	Temps consacré par les autres personnes du ménage		Temps consacré	Temps consacré par les autres personnes du ménage	
			Qui aide ? :			Qui aide ? :
<b>Alimentation</b> Planification des repas Préparer des légumes Cuisiner/Cuire (debout devant la cuisinière) Mettre/Débarrasser la table Laver la vaisselle à la main Chargement/Déchargement du lave-vaisselle Ranger la vaisselle Nettoyage quotidien (surface de travail, cuisinière, table)	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____
<b>Entretien du logement</b> <b>Nettoyage quotidien:</b> Rangement quotidien/dépoussiérage/aérer Nettoyage quotidien des sanitaires (salle de bain) Faire les lits Déchets/Recyclage <b>Nettoyage en profondeur (incl. fenêtres, portes)</b>	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____
<b>Achats</b> Préparation (vérification des stocks, les listes de courses) Courses quotidiens (produits frais, besoins quotidiens) Achat en gros (pour les choses lourdes) Administration (courrier, paiement) Se déplacer à des offices, la poste, la banque, le médecin, etc. ??	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____
<b>Lessive et entretien des vêtements</b> Lavage (tri, transport, démarrage de la machine) Raccrochez et retirez le linge Repassage, pliage, ranger les vêtements Nettoyage des chaussures Petites réparations	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____



Tâches	<b>AVANT</b> l'atteinte à la santé – Dans le passé			<b>APRÈS</b> l'atteinte à la santé – Situation actuelle		
	Temps consacré	Temps consacré par les autres personnes du ménage		Temps consacré	Temps consacré par les autres personnes du ménage	
<p><b>Soins et assistance aux proches</b> <b>Généralement au maximum 30 H./sem.</b></p> <p><b>Enfants:</b> Petits enfants (soulever, changer les couches) Instruire, surveiller et contrôler les enfants Jouer, faire de l'artisanat, raconter des histoires Activités de loisirs (excursions, parc, cinéma, piscine) Conversations Aide aux devoirs Aide pendant l'apprentissage Discussions avec les parents à l'école/apprentissage Evénements des enfants Accompagnement/services de conduite (médecin, dentiste)</p> <p><b>Adultes ayant besoin de soins:</b> Soins (tâches de la vie quotidienne) Accompagnement/services de conduite (médecin, dentiste) Administration (courrier, paiement) Conversations</p>	_____ H./sem.	_____ H./sem.	Qui aide ? : _____	_____ H./sem.	_____ H./sem.	Qui aide ? : _____
<p><b>Entretien des extérieurs et du jardin :</b> Entretien des plantes/pelouse de la maison et du balcon Nettoyage et entretien de l'environnement</p> <p><b>Animaux :</b> Nourrir, nettoyer, aller chez le vétérinaire</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Type(s): _____</p>	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____	_____ H./sem.	_____ H./sem.	_____
<b>Loisirs :</b>	_____ H./sem.			_____ H./sem.		



**Observations :**

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the insured person to provide observations.



Nom, Prénom:

Né(e) le:

Notre réf. :

**Autorisation :**

En signant ce questionnaire, l'assuré(e) autorise toutes les personnes et tous les offices entrant en considération en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements hospitaliers, les caisses de maladie, les employeurs, les avocat(e)s, les fiduciaires, les assurances publiques et privées, les organismes publics ainsi que les institutions d'assistance privées, à donner aux organes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité les renseignements et les documents nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations, ainsi que ceux visant à l'exercice par l'assurance du droit de recours contre les tiers responsables contre lesquels l'assuré(e) peut faire valoir des prétentions en dommage-intérêts ensuite du préjudice subi.

Le (La) soussigné(e) déclare avoir répondu de façon complète et véridique aux questions ci-dessus. Les prestations accordées sur la base d'informations ou de déclarations inexactes devront être restituées.

Lieu et date :

Signature :

---

---