



## QUESTIONNAIRE POUR LA RÉVISION DE LA RENTE

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

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

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

### 1. INFORMATIONS MÉDICALES DEPUIS LA DERNIÈRE RÉVISION / L'OCTROI DE LA RENTE

Suivez-vous un traitement médical ? Si oui, lequel et auprès de quel médecin (nom et adresse **complète** du médecin)

### 2. INFORMATIONS ÉCONOMIQUES DEPUIS LA DERNIÈRE RÉVISION / L'OCTROI DE LA RENTE

a) Avez-vous exercé ou exercez-vous actuellement une activité salariée / indépendante après le ?

Non (*Vous pouvez directement dater et signer le questionnaire au point 3 et nous le retourner*)

Oui : Entrée en fonction le \_\_\_\_\_ ou Contrat non résilié  
Fin de contrat le \_\_\_\_\_

En tant que  Salarié (e)  
 Indépendant (e)  
 Bénévole / Employé en atelier protégé

Taux d'activité : \_\_\_\_\_ %  à plein temps  
 à temps partiel



Motif de l'activité à temps partiel (diminution de l'activité professionnelle pour raisons de santé, choix économique ou personnel, ou autre) :

b) Horaire de travail et revenu :

Horaire journalier : \_\_\_\_\_ hebdomadaire : \_\_\_\_\_

Gain horaire brut : \_\_\_\_\_ mensuel brut : \_\_\_\_\_

c) Description de votre activité (Veuillez compléter le point 4 du questionnaire) :

d) Nom et adresse exacte de l'employeur (rue, numéro, numéro postal, localité, courriel) :

e) Si vous avez dû interrompre votre activité pour cause de maladie ou d'accident, veuillez nous indiquer dans quelle mesure et durant quelle période (joindre une attestation)

f) A la suite de ces interruptions, avez-vous cessé définitivement toute activité ? Dans l'affirmative, veuillez nous indiquer depuis quelle date.



**3. OBSERVATIONS ÉVENTUELLES :**

Le (La) soussigné(e) déclare avoir répondu de façon complète et véridique aux questions ci-dessus.

Lieu et date :

Signature :

---

---



#### 4. QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES : DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ INDIVIDUELLE

Les informations que vous nous donnez dans ce questionnaire sont extrêmement importantes. En effet, elles permettent à notre service médical de traiter de manière optimale votre demande.

Pour les questions suivantes, nous vous rendons attentifs au fait que les tâches principales, les exigences et les charges nécessaires pour effectuer votre activité doivent être indiquées avec exactitude.

**Quelles tâches font/faisaient partie de votre poste de travail/ de votre cahier des charges/ de l'activité exercée**

**A quelle fréquence par jour ces tâches doivent-elles être effectuées? (sur une base de 8 h/jour)**

|  | jusqu'à env. ½ h<br>rarement | ½ jusqu'à env. 3h<br>parfois | 3 jusqu'à 5¼ h<br>souvent |
|--|------------------------------|------------------------------|---------------------------|
|  | <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"/>  |

**A quelles exigences/charges physiques et intellectuelles êtes/étiez-vous confronté(e) ?**

**A quelle fréquence par jour ces tâches doivent-elles être effectuées? (supposition 8 h/jour)**

|   | jusqu'à env. ½ h<br>rarement | ½ jusqu'à env. 3h<br>parfois | 3 jusqu'à 5¼ h<br>souvent |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| <b>Physiques</b>                          |                              |                              |                           |
| être assis                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  |
| marcher                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  |
| rester debout                             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  |
| soulever ou porter (léger: 0–10 kg)       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  |
| soulever ou porter (moyen: 10–25 kg)      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  |
| soulever ou porter (lourd: plus de 25 kg) | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  |
| autres                                    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  |

|                          | Les exigences/charges journalières sont |                          |                          |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Intellectuell</b>     | grand                                   | moyenne                  | faibles                  |
| concentration/attention  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| endurance                | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| soin                     | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| faculté d'interprétation | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| autres                   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**Autres exigences ou charges:**

Prière de nous indiquer toute information complémentaire qui pourrait nous donner une image réaliste de l'activité exercée.