Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Departamento Federal de Finanzas DFF

Central de compensación CdC
Oficina del seguro de invalidez
para los asegurados residentes en el extranjero

CUESTIONARIO PARA EL EMPLEADOR

Enviarlo a la Oficina de invalidez para los asegurados residentes en el extranjero
Av. Edmond-Vaucher 18, case postale 3100, 1211, Genève 2, Suisse
Fax +41 58 461 99 50 - E-Mail : oaie@zas.admin.ch

Apellido y nombre :	Nacido (a) el :
Nuestra referencia :	

Remarque importante :

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

INFORMACIONES SOBRE LA EMPRESA

Nombre y dirección de la empresa :

En caso de preguntas, indicar por favor la persona de contacto en su empresa.
Apellido y nombre

Numero de teléfono	Numero de fax	Dirección electrónica (e-mail)

INFORMACIONES SOBRE EL CONTRATO DE TRABAJO

1. Inicio y eventual finalización de las relaciones de trabajo

Inicio (día, mes, año)	Finalización (día, mes año)

Por favor adjunte una copia del contrato de trabajo

Características del contrato de trabajo :

☐ contrato de duración indefinida ☐ contrato de duración determinada

Fecha de finalización : _____

☐ contrato rescindido ☐ contrato vigente

¿Contrató al empleado después de que fue reconocido discapacitado por la seguridad social?

☐ sí ☐ no

2. ¿Por quién fue rescindido el contrato de trabajo?

¿Cuáles fueron los motivos?

3. Último día de trabajo (día, mes, año)

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL EMPLEADO(A) ANTES DEL DAÑO A LA SALUD

4. Descripción exacta de la actividad **antes del daño a la salud**

Por favor rellenar el punto 7 del cuestionario

☐ actividad liviana ☐ actividad moderadamente pesada ☐ actividad pesada

¿El puesto de trabajo está expuesto a contaminaciones o molestias, como por ejemplo, ruido, frío, vapores, estrés, etc.?

☐ trabajo a tiempo completo
☐ trabajo a tiempo parcial tasa de actividad : _____%

Motivo del trabajo a tiempo parcial : ¿disminución de la actividad por razones de salud ? ¿disminución por razones económicas? ¿disminución por razones personales? ¿por otras razones ?

Horario normal de trabajo en su empresa

Número de horas por día	Número de horas por semana

Horario de trabajo del empleado **antes de sus problemas de salud**

Número de horas por día	Número de horas por semana	¿desde cuándo? (día, mes, año)

Ingresos

Salario horario bruto	Salario mensual bruto	Salario anual bruto

Adjunte por favor una copia de las tres últimas hojas de salario <u>antes de los problemas de salud</u>

¿Los gastos de comida y de vivienda se abonan además del salario? ¿Hay otros gastos pagados, prestaciones en especies u otros beneficios?

☐ sí ☐ no

En la afirmativa ¿cual es el importe ?

Observaciones

Ausencias por enfermedad o accidente. En el caso que nos envíe una lista de ausencias, no hay necesidad de llenar el cuadro.

Indicar en el cuadro que figura a continuación las ausencias por **enfermedad (E) o accidente (A)**.

E / A	año	desde el…	hasta el…	Incapacidad de trabajar en %

REDUCCIÓN DE LA ACTIVIDAD DESPUÉS DEL DAÑO A LA SALUD

5. Si el empleado tuvo que asumir un trabajo más liviano, complete y responda los siguientes puntos :

Descripción exacta de la actividad realizada **después del daño a la salud**

¿Qué labores no puede hacer más?

¿Desde cuándo no puede hacerlas? (día, mes, año)

☐ trabajo a tiempo completo
☐ trabajo a tiempo parcial tasa de actividad : _____%

Horario de trabajo del empleado **después del daño a su salud**

Número de horas por día	Número de horas por semana	Desde el… (día, mes, año)

Ingresos **después del daño a la salud**

Salario horario bruto	Salario mensual bruto	Salario anual bruto

Adjunte por favor una copia de las tres últimas hojas de salario <u>después de los problemas de salud</u>

¿El salario pagado al empleado correspondía a su rendimiento real ?
☐ sí ☐ no

En la negativa, ¿qué salario correspondería a su rendimiento?

¿Desde cuándo?	Importe

¿El salario recibido incluye una parte justificada por motivos no profesionales, como ayuda desinteresada u obligación moral por ejemplo ?
☐ sí ☐ no

En la afirmativa, ¿en qué porcentaje?

¿Cuánto ganaría el empleado si no tuviese problemas de salud ?

Salario horario bruto	Salario mensual bruto	Salario anual bruto

6.Observaciones

Lugar y fecha :

Firma

7. 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 la situación de su empleado(a) 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 raramente	de ½ a 3h por día a veces	mas de 3 y hasta 5h por día amenudo
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

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

Exigencias físicas cotidianas :	hasta ½ h por día raramente	de ½ a 3h por día a veces	mas de 3 y hasta 5h por día amenudo
quedarse sentado	☐	☐	☐
caminar	☐	☐	☐
quedarse de pie	☐	☐	☐
levantar o transportar cargas (1 a 10 kg)	☐	☐	☐
levantar o transportar cargas (10 a 25 kg)	☐	☐	☐
levantar o transportar cargas (más de 25 kg)	☐	☐	☐
otras exigencias físicas	☐	☐	☐

Exigencias intelectuales/mentales cotidianas :	**Exigencias cotidianas :** grande	media	poca
concentración	☐	☐	☐
resistencia	☐	☐	☐
cuidado, esmero	☐	☐	☐
interpretación	☐	☐	☐
otras exigencias intelectuales/mentales	☐	☐	☐

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