



## CUESTIONARIO PARA AGRICULTOR AUTONOMO

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](mailto:oaie@zas.admin.ch)

Apellido y nombre :

Nacido(a) el :

Nuestra referencia :

### **Importante :**

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

### **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD COMO AUTONOMO ANTES DEL DAÑO A SU SALUD**

1. ¿Desde cuándo ejerce la actividad de agricultor / criador autónomo (indicar la fecha)

\_\_\_\_\_

2. ¿Quién se ocupa actualmente de la explotación ? \_\_\_\_\_

3. Superficie total del terreno utilizado para la agricultura / cría (que usted sea propietario o que alquile), en m2 (metros cuadrados)

\_\_\_\_\_

### **Detalles :**

• pastizales – forraje : \_\_\_\_\_ m2

• labranza : \_\_\_\_\_ m2

• arboricultura, como nueces, aceitunas u otras frutas o bayas : \_\_\_\_\_ m2  
indicar el tipo de cultivo : \_\_\_\_\_

• cultivo de vegetales / cereales : \_\_\_\_\_ m2  
indicar el tipo de cultivo : \_\_\_\_\_

• otros cultivos : \_\_\_\_\_ m2  
indicar el tipo de cultivo : \_\_\_\_\_

• viñedo : \_\_\_\_\_ m2

• bosque : \_\_\_\_\_ m2

Número de animales

- bovinos : \_\_\_\_\_
- ovejas : \_\_\_\_\_
- gallinas : \_\_\_\_\_
- cabras : \_\_\_\_\_
- cerdos : \_\_\_\_\_
- otros : \_\_\_\_\_

Maquinaria agrícola

Tipo : \_\_\_\_\_ Cantidad : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Valor actual de todas la maquinas

\_\_\_\_\_

Descripción precisa de la actividad ejercida **antes del daño a su salud** :

\_\_\_\_\_

**Por favor rellenar el punto 15 del cuestionario**

4. a) Cuál era su horario de trabajo **antes del daño a su salud** :

por día \_\_\_\_\_ por semana \_\_\_\_\_

b) ¿Cuáles eran los ingresos mensuales netos de la explotación **antes del daño a su salud** ?

Año	Importe
_____	_____

**Por favor adjunte los documentos de la imposición fiscal de los tres últimos años antes del daño a su salud**



**5. A excepción de usted, ¿cuántas personas trabajaban en la explotación antes del daño a su salud?**

Miembros de la familia :

---

Empleados :

---

¿Por qué período?

Desde el... (día, mes, año)

hasta el... (día, mes, año)

---

¿Cuántas horas por semana?

---

**6. ¿Hasta qué fecha pudo trabajar la jornada completa sin ninguna restricción?**

---

**DISMINUCIÓN / CESACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE AUTONOMO DESPUÉS DEL DAÑO A LA SALUD**

**7. Después del daño a su salud :**

a) ¿Paró con algunas actividades de su explotación?

sí  no

En la afirmativa, ¿cuáles actividades?

---

b) ¿Los miembros de su familia aumentaron su colaboración?

sí  no

En la afirmativa, ¿qué miembros de la familia y para qué actividades?

---



c) ¿Contrató personal asalariado?

sí    ¿Cuántas personas? : \_\_\_\_\_    no

Si contrató personal, ¿por qué período?

Desde el... (día, mes, año)

Hasta el... (día, mes, año)

--	--

¿Cuántas horas por semana?

--

Salario

Cargas sociales

--	--

8. Ingresos netos de la explotación **después del daño a su salud** :

Año

Importe

--	--

**Por favor adjunte los documentos de la imposición fiscal de los tres últimos años después del daño a su salud**

9. ¿Qué trabajos puede usted aún hacer personalmente?

--

¿Cuántas horas por día?

--

10. ¿Qué trabajos no puede hacer más debido a su salud ?

--



11. ¿Paró definitivamente su actividad?

sí

no

En la afirmativa, ¿en qué fecha? (día, mes, año) \_\_\_\_\_

## ACTIVIDAD ACCESORIA

12. Actividad lucrativa accesoria fuera de la explotación agrícola

---

Actividad como trabajador independiente

Actividad como empleado

Nombre de la empresa :

---

---

Descripción exacta de la actividad :

---

---

---

¿Por qué período?

Desde el... (día, mes, año)

Hasta el... (día, mes, año)

---

---

¿Cuántas horas por semana / por mes / por año?

---

---

Ingreso mensual y anual relativo a esta actividad accesoria

---

---

¿Por qué razones no ejerce más su actividad accesoria?

---

---



13. ¿Beneficia de una renta de invalidez de la seguridad social de su país de domicilio?

Sí                       No

En la afirmativa, ¿desde cuándo?

---

**Por favor adjunte una copia de la decisión**

14. Observaciones adicionales

---

---

El / la abajo firmante declara haber respondido de forma completa y verídica a las preguntas expuestas más arriba.

Lugar y fecha :

Firma :

---

---

## 15. 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
----------------------	----------------------	--------------------------------


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

hasta ½ h por día	de ½ a 3h por día	mas de 3 y hasta 5h por día
----------------------	----------------------	--------------------------------

**Exigencias físicas por día**

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 cotidianas :**

grande	media	poca
--------	-------	------

**Intelectuales/mentales**

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.

Empty box for providing additional information.