



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

Apellido y nombre :

Nacido(a) el :

Nuestra referencia : 756.....

Importante :

Este cuestionario debe ser rellenado 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 : _____
- ovejás : _____
- 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

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
	<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"/>

¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quedarse de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levantar o transportar cargas (1 a 10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levantar o transportar cargas (10 a 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levantar o transportar cargas (más de 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otras exigencias físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exigencias cotidianas :	Exigencias cotidianas :		
	grande	media	poca
Intelectuales/mentales			
concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cuidado, esmero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interpretación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otras exigencias intelectuales/mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Otras exigencias :

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

Empty box for providing additional information.