



## CUESTIONARIO PARA TRABAJADORES AUTONOMOS

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. Nombre y dirección de la empresa

2. Descripción exacta de su actividad como autónomo **antes del daño a su salud** :

**Por favor rellene el punto 14 del cuestionario**

3. ¿Desde qué fecha ejerce su actividad?

**Por favor adjunte una copia de la inscripción en el registro de comercio o todo otro documento oficial que ateste de su actividad lucrativa**

4. ¿Cuál era su horario de trabajo **antes del daño a su salud**?  
por día por semana

5. ¿Cuáles eran sus ingresos mensuales **antes del daño a su salud** ?

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



6. ¿Hasta qué fecha pudo trabajar sin restricciones?

--

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

7. ¿Cuál es su horario de trabajo **después del daño a su salud**?

por día

por semana

--	--

8. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales **desde el daño a su salud**?

--

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

9. Preguntas consecutivas a su problema de salud :

a) ¿Tiene que hacer trabajos más livianos en relación a los que hacía antes?

sí

no

En la afirmativa, ¿cuáles trabajos?

--

¿Desde cuándo?

--

b) ¿Otras empresas tuvieron que hacer los trabajos que usted hacía antes?

sí

non

En la afirmativa, ¿cuáles trabajos?

Costes adicionales

--	--



c) ¿Tuvo que contratar personal adicional?

sí, ¿cuántas personas? \_\_\_\_\_  no

¿Por qué período?

Desde el... (día, mes, año)

Hasta el... (día, mes, año)

--	--

¿Cuántas horas por semana?

--

Salario

Cargas sociales

--	--

d) En el caso de haber contratado personal adicional, ¿fue éste personal que tuvo que hacer ciertos trabajos que usted hacía antes?

sí  no

En la afirmativa, ¿cuáles trabajos?

--

**10.** Interrupciones del trabajo por razones de salud. Indicar los periodos y también si las interrupciones fueron parciales o totales (fecha del inicio y del fin de la interrupción)

--

**Por favor adjunte un documento oficial que ateste lo que precede**

**11.** ¿Paró definitivamente su actividad ?

sí  no

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

--

**Por favor adjunte un atestado de cesación de su actividad como autónomo o un atestado de exclusión del registro de comercio**





## 14. 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)**

<b>Exigencias físicas por día</b>	hasta ½ h por día	de ½ a 3h por día	mas de 3 y hasta 5h 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"/>

<b>Exigencias cotidianas :</b>	grande	media	poca
<b>Intelectuales/mentales</b>			
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.