



QUESTIONNAIRE POUR INDEPENDANT

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

Nom :

Né(e) le :

Notre réf. :

Remarque importante :

Ce questionnaire doit être rempli de manière complète et précise en caractères d'imprimerie, daté et signé.

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE INDEPENDANTE AVANT L'ATTEINTE A LA SANTE

1. Nom et adresse de l'entreprise

--

2. Description exacte de l'activité exercée **avant votre atteinte à la santé** :

--

Prière de compléter le point 14 du questionnaire

3. Depuis quand exercez-vous cette activité (jj.mm.aaaa) ?

--

Prière de joindre une copie de l'inscription au registre du commerce ou tout autre document officiel

4. Quel était votre horaire de travail **avant votre atteinte à la santé** :
par jour

par semaine :

--	--

5. Quel était votre revenu mensuel **avant votre atteinte à la santé** ?

--

Prière de joindre les déclarations ou taxations fiscales des trois dernières années avant votre atteinte à la santé



6. Jusqu'à quelle date avez-vous pu travailler sans restriction (jj.mm.aaaa) ?

--

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE INDEPENDANTE APRES L'ATTEINTE A LA SANTE

7. Quel est votre horaire de travail **depuis votre atteinte à la santé** :
par jour par semaine :

--	--

8. Quel est votre revenu mensuel **depuis votre atteinte à la santé** ?

--

Prière de joindre les déclarations ou taxations fiscales des trois dernières années après votre atteinte à la santé

9. À cause de votre atteinte à la santé :

a) Avez-vous assumé des travaux plus légers par rapport à ceux que vous accomplissiez auparavant ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

--

Depuis quand ?

--

b) Avez-vous confié à d'autres entreprises des travaux que vous accomplissiez auparavant ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Frais supplémentaires occasionnés

--	--



c) Avez-vous engagé du personnel salarié supplémentaire ?

oui, combien : _____ non

Pour quelle période/ durée ?

Du (jj.mm.aaaa)

au (jj.mm.aaaa)

--	--

Combien d'heures par semaine ?

--

Salaire

Charges sociales

--	--

d) Avez-vous dû faire exécuter par le personnel des travaux que vous effectuiez vous-même auparavant ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

--

10. Interruptions du travail pour raison de santé (indiquer les périodes précises : dates du début et de la fin de l'arrêt de travail (partiel / complet à préciser svp)

--

Prière de joindre une attestation de l'assurance maladie / accident / perte de gain

11. Avez-vous cessé définitivement votre activité ?

Oui Non

Si oui, depuis quelle date (jj.mm.aaaa) ?

--

Prière de joindre l'attestation de cessation d'activité / de radiation du registre du commerce



12. Etes-vous au bénéfice d'une rente d'invalidité de la sécurité sociale de votre pays de domicile ?

Oui Non

Si oui, depuis quand ?

Prière de joindre copie de la décision

13. Remarques

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

Lieu et date :

Signature :



14. 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 rarement	½h jusqu'à env. 3h parfois	3h jusqu'à 5¼ h 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? (sur une base de 8 h/jour)

	jusqu'à env. ½ h rarement	½ jusqu'à env.3h parfois	3h jusqu'à 5¼ h souvent
Physiques			
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		
	grandes	moyennes	faibles
Intellectuelles			
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.