



QUESTIONNAIRE POUR AGRICULTEUR 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. Depuis quelle date exercez-vous l'activité d'agriculteur indépendant (jj.mm.aaaa) ? _____

2. Qui dirige actuellement cette exploitation ? _____

3. Surface totale du terrain utilisé aux fins de l'exploitation agricole (en propriété ou en bail), en m²:

dont en m² :

- herbage – pâturage : _____ m²
- labourage : _____ m²

- arboriculture, y compris noix, olives et autres fruits ou baies : _____ m²
Veuillez préciser le type de culture : _____

- culture de légumes /céréales : _____ m²
Veuillez préciser le type de culture : _____

- autres cultures : _____ m²
Veuillez préciser le type de culture : _____

- vignoble : _____ m²
- forêt : _____ m²



Nombre d'animaux

- bovins : _____
- moutons : _____
- poules : _____
- chèvres : _____
- porcs : _____
- autres : _____

Machines agricoles

Genre : _____ Quantité : _____

Valeur actuelle de toutes les machines

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

Prière de remplir le point 15 du questionnaire

4. a) Quel était votre horaire de travail **avant votre atteinte à la santé** :

par jour : _____ par semaine : _____

b) Quel était le revenu net de l'exploitation **avant votre atteinte à la santé** :

Année	Montant
_____	_____

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



5. A l'exception de vous-même, combien de personnes étaient occupées dans l'exploitation **avant votre atteinte à la santé** ?

Membres de la famille :

Employés :

Pour quelle période / saison ?

Du (jj.mm.aaaa)

au (jj.mm.aaaa)

Combien d'heures par semaine ?

6. Jusqu'à quelle date étiez-vous en mesure de travailler à plein temps **sans aucune restriction** (jj.mm.aaaa)?

DIMINUTION / CESSATION DE L'ACTIVITE INDEPENDANTE APRES VOTRE ATTEINTE A LA SANTE

7. En raison de votre atteinte à la santé :

a) Avez-vous cessé certaines activités de votre exploitation ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

b) Les membres de votre famille ont-ils augmenté leur collaboration?

oui non

Si oui, quels membres de la famille et pour quelles activités ?



c) Avez-vous engagé du personnel salarié ?

oui, combien : _____ non

Pour quelle période/ durée ?

Du (jj.mm.aaaa)

au (jj.mm.aaaa)

--	--

Combien d'heures par semaine ?

--

Salaire

Charges sociales

--	--

8. Revenu net de l'exploitation **après l'atteinte à la santé** :

Année

Montant

Année	Montant

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

9. Quels travaux pouvez-vous encore effectuer personnellement ?

--

Combien d'heures par jour ?

--

10. Quels travaux ne pouvez-vous plus accomplir en raison de votre atteinte à la santé ?

--



11. Avez-vous cessé définitivement votre activité ?

oui non

Si oui, à quelle date (jj.mm.aaa) ? _____

ACTIVITE ACCESSOIRE

12. Activité lucrative supplémentaire en dehors de l'exploitation agricole

Genre de l'activité accessoire :

À votre compte

En qualité d'employé auprès de :

Description exacte de l'activité exercée :

Pour quelle période/ saison ?

Du (jj.mm.aaaa)

au (jj.mm.aaaa)

Combien d'heures par semaine / mois / année ?

Revenu mensuel / annuel moyen relatif à cette activité accessoire :

Pour quelles raisons avez-vous abandonné votre activité accessoire ?



13. 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 une copie de la décision

14. Remarques complémentaires :

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

Lieu et date :

Signature :



15. 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"/>

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 ½h jusqu'à env. 3h parfois 3h jusqu'à 5¼ h souvent

Physiques

être assis			
marcher			
rester debout			
soulever ou porter (léger: 0–10 kg)			
soulever ou porter (moyen: 10–25 kg)			
soulever ou porter (lourd: plus de 25 kg)			
autres			

Les exigences/charges journalières sont

grandes moyennes faibles

Intellectuelles

concentration/attention			
endurance			
soin			
faculté d'interprétation			
autres			



Autres exigences ou charges:

Prière de nous indiquer toute information complémentaire qui pourrait nous donner une image réaliste de l'activité exercée.