

QUESTIONNAIRE POUR L'EMPLOYEUR

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 :

Nous vous prions de remplir de manière complète et précise, en caractères d'imprimerie, le présent questionnaire et nous le retourner daté et signé.

DONNEES SUR L'ENTREPRISE

Nom et adresse de l'entreprise :

--

En cas d'éventuelles questions, veuillez nous indiquer la personne de référence.

Nom, Prénom

--

Numéro de téléphone

Numéro de fax

Adresse e-mail

--	--	--

DONNEES SUR LE CONTRAT DE TRAVAIL

1. Début et éventuelle fin des rapports de travail

Début (jj.mm.aaaa) Fin (jj.mm.aaaa)

--	--

Prière de joindre une copie du contrat de travail

Le contrat de travail est

un contrat à durée indéterminée

un contrat à durée déterminée

Date de fin de contrat : _____

résilié

en vigueur

L'employé a-t-il été engagé après avoir été reconnu invalide ?

Oui

Non



2. Par qui le contrat de travail a-t-il été résilié ?

Pour quels motifs ?

3. Dernier jour de travail effectif (jj.mm.aaaa)

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

4. Description exacte de l'activité exercée par l'assuré **avant l'atteinte à la santé**

Prière de compléter le point 7 du questionnaire

activité légère

activité moyennement lourde

activité lourde

Le poste de travail est-il particulièrement exposé (stress, bruit, froid, vapeurs, etc..) ?

à plein temps

à temps partiel

Taux d'activité : _____ %

Motif de l'activité à temps partiel (diminution de l'activité professionnelle pour raison de santé, économique, personnel ou autre) :



Horaire de travail normal dans votre entreprise

Nombre d'heures par jour Nombre d'heures par semaine

--	--

Horaire de travail de la personne assurée **avant l'atteinte à la santé**

Nombre d'heures par jour Nombre d'heures par semaine Dès le (jj.mm.aaaa)

--	--	--

Revenu

Gain horaire brut

Gain mensuel brut

Gain annuel brut

--	--	--

Prière de joindre une copie des trois dernières fiches de salaire avant l'atteinte à la santé

Les frais de nourriture et de logement sont-ils payés en plus ? Y-a-t-il d'autres frais payés, prestations en nature ou avantages sociaux ?

oui

non

Si oui, à concurrence de quel montant ?

--

Remarques

--

Vous pouvez également joindre des listes d'absences. Dans ce cas, vous êtes dispensé de remplir le tableau ci-dessous.

Absences maladie ou/et accident

Indiquez les absences avec **M = maladie / A = accident**

M/A

année

du

au

Incapacité de travail en %

--	--	--	--	--



DIMINUTION DE L'ACTIVITE APRES L'ATTEINTE A LA SANTE

5. Si l'employé a dû assumer un travail plus léger au sein de votre entreprise, veuillez répondre aux questions suivantes :

Description exacte de l'activité exercée **après l'atteinte à la santé**

Quelles tâches ne peut-il plus effectuer ?

Depuis quand ? (jj.mm.aaaa)

à plein temps

à temps partiel

Taux d'activité : _____ %

Horaire de travail de la personne assurée **après l'atteinte à la santé**

Nombre d'heures par jour Nombre d'heures par semaine Dès le (jj.mm.aaaa)

<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
-------------	-------------	-------------

Revenu **après l'atteinte à la santé**

Gain horaire brut

Gain mensuel brut

Gain annuel brut

<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
-------------	-------------	-------------

Prière de joindre une copie des trois dernières fiches de salaire après l'atteinte à la santé

Le salaire versé à l'assuré/e atteint/e dans sa santé correspond-il à son **rendement réel** ?

oui

non

Dans la négative, quel salaire correspondrait à son rendement ?

Depuis quand?

Montant

<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
-------------	-------------

Le salaire versé inclut-il une **part sociale payée à bien plaisir par l'employeur** (en raison de lien familiaux, obligation morale, etc.) ?

oui

non

Si oui, dans quelle mesure ?



Combien gagnerait aujourd'hui la personne assurée sans atteinte à la santé dans son ancienne activité ?

Gain horaire brut

Gain mensuel brut

Gain annuel brut

--	--	--

6. Remarques

--

Lieu et date :

Signature :



7. 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 la demande de votre employé(e).

Pour les questions suivantes, nous vous rendons attentifs au fait que les tâches principales, les exigences et les charges nécessaires pour effectuer l'activité doivent être indiquées avec exactitude.

Quelles tâches font/faisaient partie du poste de travail/ du 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

Quelles sont les exigences/charges physiques et intellectuelles dans l'activité ?

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

Intellectuelles

grandes moyennes faibles

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.