



Wafa Assurance Vie

Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 23-10-2023

AGENCE : DIOURBEL CODE AGENCE : 11287

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT : SN850901919300112968

☒ ASSUREMPRUNT

☐ ASSURCOMPTE

NOM : SY PRENOM : YOUSSOUPHA

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 21-05-1976 AGE : 47

Montant Garantis : 24 000 000

CIN : 1757197600411 TEL : 775553721

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	NATURE DU CREDIT
<u>Q26957</u>	<u>95200-0158763</u>	<u>11.097573</u>	<u>CMT</u>
<u>381543</u>	<u>95200-0184865</u>	<u>2 234 729</u>	<u>CMT</u>
<u>538536</u>	<u>95200-0206658</u>	<u>6 830 699</u>	<u>CMT</u>
TOTAL A ASSURER		<u>20163 001</u>	

Nous vous prions de vous présenter au préalable chez le Médecin conseil, muni de votre carte d'identité et les justificatifs ci-après :

☐ Déclaration de Santé

☐ Questionnaire Médical

☐ Carte d'identité nationale

☐ Reçu de la demande

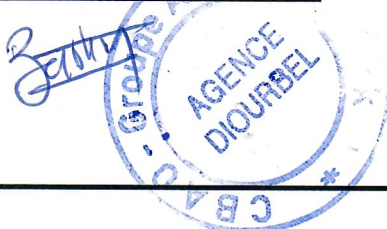
J'accepte que mon Etat de santé me soit Directement communiqué Par le médecin conseil De la compagnie	Je souhaite que mon état de santé soit communiqué par mon médecin dont les coordonnées ci dessous
	Nom/prénom <u>SY YOUSSOUPHA</u>
	Adresse <u>Rue 9x Blaise Diagne Sakon-Medina</u>
	Tél/FAX/email <u>youssoupha_@yahoofr</u>

Médecin conseil Wafa : ; Tél :

Adresse :

SIGNATURE ET CACHET AGENCE

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE



[Date]

A Remplir soigneusement par l'organisme prêteur et à remettre obligatoirement au médecin conseil par la personne assurée. Tous les champs doivent être impérativement renseignés au risque de rejeter la convocation.

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Après examen de ce questionnaire, des renseignements médicaux complémentaires peuvent être demandés par l'Assureur qui conserve en outre la possibilité de refuser, limiter l'assurance ou proposer une surprime. La case correspondant à chaque situation devra être cochée d'une croix. La réponse ainsi donnée sera le cas échéant complétée.

A COMPLETER DANS TOUS LES CAS

Indiquez :

NOM :

SY

Prénom :

Youssoupha

. Votre date de naissance

21/05/1976

Ans

. Votre taille

163 cm

. Votre poids

83 kg

Kgs

. Votre tension artérielle si vous la connaissez
(indiquez la maxima et la minima)

Votre degré de vision avant correction : oeil droit/10es
oeil gauche..... /10es

. après correction : oeil droit/10es
oeil gauche...../10es

VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE		OUI	NON	CHACQUE REPONSE DOIT ETRE CLAIRE ET PRECISE - LES SIGNES ET LES TRAITS NE SONT PAS ADMIS
Avez-vous des troubles graves de la vision avant correction ?		☐	☒	Si oui lesquels ?
1.	Etes-vous : .En traitement médical ? .Sous contrôle médical ?	☐ ☐	☒ ☒	Depuis quand ? Pourquoi ?
2.	Etes-vous atteint : . D'une infirmité ? . D'une maladie chronique ou d'affections récidivantes ?	☐ ☐	☒ ☒	Précisez
3.	Avez-vous été traité (hospitalisé ou non) : . En service de médecine ? . En service de chirurgie ? . En service de neuro-psychiatrie ?	☐ ☐ ☐	☒ ☒ ☒	Pourquoi ? Quand ? Combien de temps ?
4.	Etes-vous actuellement en incapacité totale ou partielle de travail ? Avez-vous durant ces cinq dernières années dû interrompre votre travail ? . Plus de 30 jours consécutifs ? . Plus de 90 jours sur une année ?	☐ ☐ ☐ ☐	☒ ☒ ☒ ☒	Pourquoi ? Dates ?
5.	Avez-vous subi : . Une opération ? . Un traitement par radiations ou cobalt ? . Une chimiothérapie pour tumeur ? . Un traitement pour maladie rhumatismale ? . Pour troubles nerveux ? . Un traitement pour troubles cardiaques ?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒	Pourquoi ? Quand ? Combien de temps ?
6.	Vous a-t-on informé que dans les prochains mois, vous allez : . Subir des examens de laboratoire ou d'autres examens à l'exception de la médecine du travail ? . Etre hospitalisé ? . Etre traité ou opéré ?	☐ ☐ ☐ ☐	☒ ☒ ☒ ☒	Pour quelles raisons ?

7.	Avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins au cours des 3 dernières années ?	☐	☒	Quand ? Pourquoi ?
8.	A la suite de ces consultations vous-a-t-on prescrit un traitement médical, un régime, un examen tel que radio, analyse, autres ?	☐	☒	Lesquels ? Résultats ?
9.	Avez-vous effectué une cure ?	☐	☒	Quand ? Pourquoi ?
10.	Avez-vous été victime d'un accident du travail, de la circulation ou autre ?	☐	☒	Quand ? Parties du corps atteintes ? Séquelles ?
11.	Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité, d'accident de travail ou de maladie professionnelle dont le taux est supérieur à 20 % ? (si oui, joindre les justificatifs).	☐	☒	Taux : Motif ? Dates ?
12.	a) Pratiquez-vous des activités sportives ?	☒	☐	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : <i>maître sans compétition</i>
	b) Utilisez-vous des engins aériens privés ?	☐	☒	Lesquels ?
	c) Utilisez-vous une motocyclette ?	☐	☒	Précisez la cylindrée :
13.	Pour les hommes : avez-vous été réformé pour raison de santé ? Pour les femmes : - Etes-vous enceinte ? - Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	☐ ☐ ☐	☒ ☐ ☐	Lesquelles ? : Quand ? De combien de mois ? : Pour quelles raisons ? :
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ?	☐	☒	Résultats : Date :
15.	Avez-vous déjà fait des demandes d'assurances sur la vie ? - Si oui, ont-elles été : - Acceptées avec surprimes ? - Acceptées avec exclusion ? - Ajournées - Refusées ?	☒ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☒ ☒ ☒ ☒	Pourquoi ? <i>Pst CBDO</i> Quand ? <i>2022</i>

N.B : Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé .

Je soussignée (e) certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

Fait à *Douba*
Le *23/10/2023*

Signature de l'adhérent assuré
Précédée de la mention "lu et approuvé"

lu et approuvé
[Signature]

Cachet du guichet
Timbre horodateur

Conformément à l'Article L 113-8 du Code des Assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance.



Déclaration d'Etat de Santé

A JOINDRE A L'EXEMPLAIRE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

CONTRAT N° : SN85090191930011296B

SOUSCRIPTEUR : SY YOUSSEUPHA

Déclaration de l'état de Santé de l'assuré : SY YOUSSEUPHA	Sexe :
Date de Naissance : 21/05/1976 Age : 47	Profession : Fonctionnaire
Lien de parenté : Lui-même	Nationalité : Sénégal
Nom et Prénom du Médecin traitant :	
Téléphone et Adresse du Médecin traitant :	

1	Taille en cm ?	163	
2	Poids en Kg?	83	
3	Quelle est votre pression artérielle maximale ?	12/08	
4	Quelle est votre pression artérielle minimale ?	11/07	
5	Avez-vous grossi ou maigri de plus de 5 kgs depuis 6 mois ?	☐ OUI ☒ NON	
6	Etes-vous actuellement en bonne santé ?	☒ OUI ☐ NON	
7	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ?	☐ OUI ☒ NON	
8	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?	☐ OUI ☒ NON	
9	Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus d'une semaine ?	☐ OUI ☒ NON	
10	Avez-vous été victime d'accident ?	☐ OUI ☒ NON	
11	Avez-vous souffert, souffrez-vous d'une maladie ou d'une infirmité ?	☐ OUI ☒ NON	
12	Avez-vous fait récemment l'objet d'une analyse de sang comportant le test de dépistage de l'hépatite B ou du Sida ?	☐ OUI ☒ NON	
13	Avez-vous déjà subi une perfusion ?	☐ OUI ☒ NON	
14	Avez-vous déjà subi une transfusion du sang ?	☐ OUI ☒ NON	
15	Devez-vous être hospitalisé(e) prochainement ou subir des examens médicaux ?	☐ OUI ☒ NON	
16	Avez-vous subi des interventions chirurgicales ou devez-vous être opéré(e) prochainement ?	☐ OUI ☒ NON	
17	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement (bière, vin, apéritif) ?	☐ OUI ☒ NON	
18	Etes-vous fumeur ?	☐ OUI ☒ NON	
19	Suivez-vous un régime ou un traitement médical ?	☐ OUI ☒ NON	
20	Présentez-vous ou avez-vous présenté un des symptômes suivants : éruption cutanée, présence de ganglions anormaux, diarrhée chronique, fièvre prolongée ?	☐ OUI ☒ NON	
21	Présentez-vous ou avez-vous présenté une des maladies suivantes : méningite, affection des poumons, hépatite B, verrues fréquentes, mycoses, affections génitales ?	☐ OUI ☒ NON	

Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer, qui puisse induire en erreur la compagnie d'assurance, étant bien entendu que l'article 18 du Code CIMA prescrit la nullité de l'assurance s'il est fait preuve d'une fausse déclaration.

Le, 23/10/2023

Signature de l'Assuré

(doit être précédé de la mention lu et approuvé)

lu et approuvé



Wafa Assurance Vie

RAPPORT MEDICAL

Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses à chacune des questions posées, d'une façon lisible et concise et, chaque fois qu'il constate un signe anormal, d'en préciser la signification.

AGENT CBAO

CONTRACTANT

s'il s'agit d'une assurance de groupe

CONTRAT N°.....

MEDECIN

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM 34 PRENOM YOUSSEOU PHA.
Date de Naissance 21 05 1976 Lieu de naissance DAKAR
Domicile : 33 CITE OUVRIERE DIARRUEL
Situation de Famille : Marié(e) ☒ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐
N°CNI ou Passeport : 101 19760521000173
(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Fonctionnaire
✓ Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL : Non
où ? quand ? durée ? motif ?
✓ Professions antérieures ? /

2) **HABITUDES DE VIE**
✓ Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Natation
Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions) : 3 x semaine
✓ Boissons alcoolisées ? Non Consommation journalière : Tabac ? Non
✓ Régime ? Non Modification du poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ?
Pourquoi ?

Avez-vous suivi un traitement Non ☒ Oui ☐ Lequel ?
Pour quelle affection ?

Suivez-vous actuellement un traitement médical ? ☒ Non ☐ Oui Lequel ?
Pour quelle affection ? Date Durée

3) PARENTS

	Age si vivant	Age au décès	ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES
Père		<u>104</u>	
Mère		<u>89</u>	
frères et sœurs	<u>24 vivant</u>	<u>73ans -> 17ans</u>	<u>RAS</u>
conjoint	<u>41</u>		<u>RAS</u>

✓ Y-a-t-il ou y-a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ? Non
de suicide ? tuberculose ? de diabète ? Non
✓ Avez-vous une infirmité, des séquelles de maladies ou d'accident ? ☒ Non ☐ Oui Date
Nature
✓ Etes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ? ☒ Non ☐ Oui Date
Motif médical :
Taux de la pension Servie par :
✓ Pour les hommes : Avez-vous fait votre service national ? ☒ Non ☐ Oui
Sinon, indiquez si vous avez été exempté, ajourné, réformé
Motif :

4) ETES-VOUS DEJA ASSURE OU EN TRAIN DE VOUS ASSURER ?

✓ en cas de décès ? ☒ Non ☐ Oui Montant du capital ?
✓ en cas d'incapacité ? ☒ Non ☐ Oui Montant des indemnités journalières ?
✓ en cas d'invalidité ? ☒ Non ☐ Oui Montant de la rente d'invalidité ?

5) Des propositions d'assurances reposant sur votre tête ont-elles été : ☒ refusées ☒ Non ☐ Oui ☒ ajournées ? ☒ Non ☐ Oui ☒ acceptées avec surprime ? ☒ Non ☐ Oui	A quelle date ? pour quels motifs ?
6) ANTECEDENT PATHOLOGIQUE ☒ Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? ☒ Non ☐ Oui Depuis quelle date; ☒ Avez-vous interrompu votre travail pendant plus de 15 jours au cours des cinq dernières années ? ☒ Non ☐ Oui A quelle date Durée totale de l'arrêt de travail ?	
7) ANTECEDENT CLINIQUE	
A - MALADIE - préciser date, durée, traitement et suites ☒ Poumons : tuberculose, bronchite chronique, asthme, autres affections ? ☒ Maladies du cœur ou des vaisseaux ? Tension artérielle ? ☒ Rhumatismes articulaires aigus ? ☒ Maladies du tube digestif ou du foie ? ☒ Affections de l'appareil urinaire ☒ Maladies sexuellement transmissibles ? ☒ Coliques néphrétiques ? Hématurie ? Albuminurie ? ☒ Dépression nerveuse ? ☒ Troubles d'ordre psychiatrique ? ☒ Maladies d'origine virale ? ☒ Affections particulières aux pays chauds ? ☒ Paludisme, dysenterie amibienne, etc...	
B - OPERATIONS Nature, cause, date, résultats ?	
C - ACCIDENTS Nature, date, suites (donner toutes précisions)	
D - SEJOUR dans hôpital, maison de santé, sanatorium, station thermale Cause, lieu, dates, durée ?	
E- EXAMENS SPECIAUX Nature (électrocardiogramme, électroencéphalogramme, radiographie, etc...) Cause, date, résultat ?	RAS 2x/an
F- EXAMENS DE SANG Avez-vous eu au cours des cinq dernières années un résultat d'analyse biologique ayant révélé un risque particulier (diabète, cholestérol, sérologie HIV, etc...) Date, motif, résultats ?	RAS 2x/an
G - Quel est votre médecin habituel (adresse)? Quel est le dernier médecin qui vous a soigné ou conseillé ? Quand et pourquoi ?	
8) QUESTIONS SPECIALES AUX FEMMES : ☒ Règles normales ? ☒ Maladies de l'utérus ou des ovaires ? ☒ Avez-vous déjà eu une grossesse difficile ou à risques ? ☒ Accouchements à terme normaux ou compliqués ? ☒ Etes-vous enceinte de combien de mois ?	
9) Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? Le cas échéant donner toutes précisions :	☐ Non ☐ Oui

Je soussigné, certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, dont j'ai pris connaissance et qui serviront de base au contrat à intervenir.

Je reconnais savoir que toute fausse déclaration ou réticence entraînerait la nullité du contrat conformément à la réglementation CIMA

RESERVE AU MEDECIN
 Signature du Médecin Examineur
DR PATRICK CORREA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

Fait à Dakar Le 26-10 2013

Signature du proposant précédée

de la mention lu et approuvé

lu et approuvé

[Signature]

EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

Répondez à toutes les questions avec précision - Au besoin ajoutez un feuillet

10) ASPECT GENERAL ✓ Quel est son teint ? Paraît-il son âge ✓ Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ? ✓ Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigreur ? Obésité ? Mensurations : Variation du poids dans les dernières années ? Tours de poitrine :	 Taille : <u>1.63</u> Poids : <u>88</u> en inspiration : en expiration :									
11) SYSTEME NERVEUX ✓ Troubles de la parole ? ✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements ✓ Troubles de la marche ? Paralysie ? ✓ Réflexes rotuliens et achilléens ? ✓ Etat des pupilles ? Réflexes pupillaires ? ✓ Fonctions intellectuelles, mémoire, psychisme ? ✓ En cas de traumatisme crânien ou de trépanation : en préciser la date et les séquelles ?										
12) ORGANES DES SENS ✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant et après correction ? ✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ? ✓ Vertiges ? ✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">O.D</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">O.G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Avant correction</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Après correction</td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> </tr> </table>		O.D	O.G	Avant correction			Après correction	<u>10</u>	<u>10</u>
	O.D	O.G								
Avant correction										
Après correction	<u>10</u>	<u>10</u>								
13) APPAREIL RESPIRATOIRE ✓ Troubles fonctionnels ? ✓ Conformation générale du thorax ? ✓ Nombre de bronchite par an ? ✓ Examen clinique ?										
14) APPAREIL CIRCULATOIRE ✓ Troubles fonctionnels ? ✓ Examen clinique du cœur (préciser les caractères des bruits anormaux) : ✓ Fréquence du pouls ? Arythmie : ✓ Tous les pouls périphériques sont-ils normalement perçus ? ✓ Etat du système veineux ? ✓ Œdème des jambes ?	 Pouls : <u>66</u>									
TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)	Maxima : <u>130</u> Minima : <u>70</u>									

IMPORTANT

AVANT DE SIGNER CE RAPPORT ASSUREZ-VOUS AVOIR DONNE, POUR LES AFFECTIONS ET ACCIDENTS DECLARES, DES RENSEIGNEMENTS PRECIS SUR L'HISTORIQUE, LES SOINS ET L'ETAT ACTUEL DE FAÇON A CE QUE LE RAPPORT SOIT EXPLOITABLE.

15) APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES ✓ Fonctions digestives ? ✓ Bouche, langue, denture, leucoplasie, aspect du palais ? ✓ Percussion et palpation du foie ? Subictère ? ✓ Percussion et palpation de la rate ? ✓ Hernie réductible ? maintenue par bandage						
16) ETAT DES OS ET ARTICULATIONS ✓ Troubles de la statique vertébrale (préciser le type et l'importance?) ✓ Mobilité du rachis et des autres articulations ? ✓ Déformation articulaire ? ✓ Antécédents de lombalgie ou de la sciatique ? ✓ Signe de laségue ?						
17) GANGLIONS LYMPHATIQUES ANORMAUX Signes ? Volume ? Consistance ? Mobilité ?						
18) Glandes endocrines : Anomalies ? Goitre ? Signes						
19) APPAREIL GENITO-URINAIRE ✓ Anomalie des organes ? ✓ Anomalies des mictions ? ✓ Examen des urines en présence du médecin	Albumine : 0	Sucre : 0				
20) EXAMENS PARTICULIERS AUX FEMMES ✓ Conformation extérieure du bassin ? ✓ Signes de grossesse ? ✓ Examen des seins ?						
21) CONCLUSIONS ❖ Pensez-vous que l'état de santé du proposant constitue un risque normal ou aggravé ? ❖ Réserves éventuelles ? Au vu des constatations, des examens complémentaires vous paraissent-ils utiles ? ❖ Considérez-vous le proposant comme un risque (Rayez les mentions inutiles)	<table border="1"> <tr> <td>A ACCEPTER</td> <td>A AJOURNER</td> </tr> <tr> <td>A ACCEPTER AVEC RESERVE</td> <td>A REFUSER</td> </tr> </table>		A ACCEPTER	A AJOURNER	A ACCEPTER AVEC RESERVE	A REFUSER
A ACCEPTER	A AJOURNER					
A ACCEPTER AVEC RESERVE	A REFUSER					
OBSERVATIONS PATICULIERES Le 26-10-2023 Signature du Médecin Examineur Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL						
Le présent rapport entièrement confidentiel, devra être adressé, sous pli cacheté, dans les plus brefs délais au Back Office de WAFA ASSURANCE Vie						

NOTE D'HONORAIRES (à ne pas détacher)

Date.....		
NOM et ADRESSE DU MEDECIN (en lettres majuscules) Ou Cachet	MONTANT DES HONORAIRES (en F CFA) 	NOM et PRENOM de la PERSONNE EXAMINEE Date de l'Examen :/...../..... CADRE RESERVER A L'ASSUREUR N° du contrat :

