



Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : COBAO DATE : 14/03/2024

AGENCE : Keur Bourqui CODE AGENCE : 01242

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT :

ASSUREMPRUNT ASSURCOMPTE

NOM : Sylla PRENOM : Nadiagui

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 14/01/1987 à PIKINE AGE : 37

Montant Garantis : 32500000

CIN : 1765198703404 TEL : 773336101

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	NATURE DU CREDIT
		<u>16000000</u>	
		<u>10000000</u>	
		<u>5500000</u>	
		<u>1000000</u>	
TOTAL A ASSURER			

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 Adresse Tél/FAX/email
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Médecin conseil Wafa : ; Tél :

Adresse :

SIGNATURE ET CASHET 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.



RAPPORT MEDICAL

Wafa Assurance Vie

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

2, Av. des Ambassadeurs

DAKAR SENEGAL

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM SYLLA PRENOM ADIA GNE

Date de Naissance 14/01/1987 Lieu de naissance PIKINE

Domicile : 56 CITE ADAMA DIOP GUEDEMALE

Situation de Famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)

N°CNI ou Passeport : 2265198703404

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : INFORMATICIEN

Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL :
où ? quand ? durée ? motif ?

Professions antérieures ?

2) **HABITUDES DE VIE**

Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ?

Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions).....

Boissons alcoolisées ?..... Consommation journalière :..... Tabac ?.....

Régime ?..... 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>72</u>	
Mère	<u>63</u>		<u>DIABETE</u>
frères et sœurs	<u>44-42-35</u>		<u>DREPANO</u>
conjoint	<u>35</u>		

Y-a-t-il ou y-a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ?
de suicide ? tuberculose ? de diabète ?..... DIABETE DREPANO

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 ?.....

7.	Avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins au cours des 3 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? Résultats ?
9.	Avez-vous effectué une cure ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
10.	Avez-vous été victime d'un accident du travail, de la circulation ou autre ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taux : _____ Dates ? Motif ?
12.	a) Pratiquez-vous des activités sportives ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) :
	b) Utilisez-vous des engins aériens privés ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ?
	c) Utilisez-vous une motocyclette ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Précisez la cylindrée :
13.	<i>Pour les hommes :</i> avez-vous été réformé pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ?
	<i>Pour les femmes :</i> - Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de mois ? :
	- Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quelles raisons ? :
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats : _____ Date : _____
15.	Avez-vous déjà fait des demandes d'assurances sur la vie ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____
	- Si oui, ont-elles été :			
	- Acceptées avec surprimes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Acceptées avec exclusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Ajournées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Refusées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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... DAKAR

Signature de l'adhérent assuré

Le... 09/04/2024

Précédée de la mention "lu et approuvé"

Lu et approuvé


Conformément à l'Article 18 du Code des Assurances(CIMA), toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance.

EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

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

<p>10) ASPECT GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quel est son teint ? Paraît-il son âge ✓ Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ? ✓ Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigreux ? Obésité ? <p>Mensurations :</p> <p>Variation du poids dans les dernières années ?</p> <p>Tours de poitrine :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Taille : <u>177</u> Poids : <u>69</u></p> <p>.....</p> <p>en inspiration :..... en expiration :.....</p>												
<p>11) SYSTEME NERVEUX</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles de la parole ? ✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements ✓ Troubles de la marche ? Paralyse ? ✓ 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 ? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>												
<p>12) ORGANES DES SENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant et après correction ? ✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ? ✓ Vertiges ? ✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ? 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">O.D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">O.G</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">Avant correction</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><u>10</u></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><u>10</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">Après correction</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		O.D	O.G		Avant correction	<u>10</u>	<u>10</u>		Après correction			
	O.D	O.G											
Avant correction	<u>10</u>	<u>10</u>											
Après correction													
<p>13) APPAREIL RESPIRATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles fonctionnels ? ✓ Conformation générale du thorax ? ✓ Nombre de bronchite par an ? ✓ Examen clinique ? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>												
<p>14) APPAREIL CIRCULATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 ? 	<p style="text-align: center;">Pouls : <u>84</u></p>												
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>119</u> Minima : <u>72</u></p>												

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.

