



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

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM CISSE PRENOM FATOU NAKHA

Date de Naissance 20 / 09 / 1980 Lieu de naissance DIKINE

Domicile : Pointe Immeuble ILO HOP

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

N°CNI ou Passeport : 2019500920 avec 58.1

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

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

Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL :
où ? quand ? durée ? motif ? 3x / an étranger

Professions antérieures ?

2) **HABITUDES DE VIE**

Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Natation

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

Boissons alcoolisées ? 0 Consommation journalière : Tabac ? 0

Régime ? 0 Modification du poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ?.....
Pourquoi ?

Avez-vous suivi un traitement Non Oui Lequel ? Onepazol à la demande
Pour quelle affection ?

Suivez-vous actuellement un traitement médical ? 0 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>80</u>		//
Mère	<u>70</u>		//
frères et sœurs	<u>30 - 50</u>		//
conjoint	<u>47</u>		<u>AsKew</u>

Y-a-t-il ou y-a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ? Diabète type 2 - Ven
de suicide ? tuberculose ? de diabète ?.....

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 ?.....

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 : 167 Poids : 67
 en inspiration : en expiration :

11) SYSTEME NERVEUX

- ✓ 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 ?

12) ORGANES DES SENS

- ✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant
et après correction ?

- ✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ?
- ✓ Vertiges ?
- ✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ?

	O.D	O.G
Avant correction	<u>9</u>	<u>9</u>
Après correction		

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 : 78

TENSION ARTERIELLE après repos
(à vérifier en fin d'examen si anomalie)

Maxima : 107 Minima : 75

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 laségué ?				
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 01-10-2024 Signature du Médecin Examineur 					
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) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	NOM et PRENOM de la PERSONNE EXAMINEE Date de l'Examen :/...../..... <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">CADRE RESERVER A L'ASSUREUR</div> N° du contrat :
---	--	---



Wafa Assurance Vie

Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAD DATE : 30/09/20

AGENCE : Porte Foire CODE AGENCE : 012M

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT :

ASSUREMPRUNT

ASSURCOMPTE

NOM : Cusi PRENOM : Fatou Nabha

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 20/09/1980 à Rabine AGE : 19ans

Montant Garantis : 32.000.000 Durée : 84 (Mois)

CIN : 27651980057 TEL : 786055053
48

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	DUREE RESTANT A COUVRIR
<u>531878</u>	<u>95200-0036318</u>	<u>32.000.000</u>	
<u>668.725</u>	<u>95200-0214156</u>	<u>17.944.178</u>	
	<u>75400-0000677</u>	<u>439.736</u>	
TOTAL A ASSURER		<u>50.383.914</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 Adresse Tél/FAX/email
---	---

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 :** CISSE **Prénom :** FATOU MAKHA

. Votre date de naissance..... 20/09/1980 Ans . Votre taille 1.70cm
 . Votre poids..... 75..... Kgs . Votre tension artérielle si vous la connaissez
 (indiquez la maxima et la minima) 12/10

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

VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	OUI	NON	CHAQUE 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si oui lesquels ?
1. Etes-vous : . En traitement médical ? . Sous contrôle médical ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis quand ? Pourquoi ?
2. Etes-vous atteint : . D'une infirmité ? . D'une maladie chronique ou d'affections récidivantes ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez
3. Avez-vous été traité (hospitalisé ou non) : . En service de médecine ? . En service de chirurgie ? . En service de neuro-psychiatrie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Pour quelles raisons ?

7.	Avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins au cours des 3 dernières années ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <i>février 2024</i> Pourquoi ? <i>bilan sanguin</i>
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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ? Résultats ? <i>Pas de Pathologies</i>
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : <i>Marche parfois</i>
	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 type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ?
	<i>Pour les femmes :</i>			
	- Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	De combien de mois ? :
	- Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pour quelles raisons ? :
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	
	- Acceptées avec exclusion ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	- Ajournées	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	- Refusées ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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*
Le *20/02/2024*

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

lu et approuvé


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° : SN85090191930036318B

SOUSCRIPTEUR : CISSE FATOU MAKHA

Déclaration de l'état de Santé de l'assuré : CISSE FATOU MAKHA Date de Naissance : 20/09/1980 Age : 44 Lien de parenté : Lui-même	Sexe : Profession : Cadre supérieur Nationalité : Sénégal
Nom et Prénom du Médecin traitant : Téléphone et Adresse du Médecin traitant :	

1	Taille en cm ?	170	
2	Poids en Kg?	75	
3	Quelle est votre pression artérielle maximale ?	12	
4	Quelle est votre pression artérielle minimale ?	10	
5	Avez-vous grossi ou maigri de plus de 5 kgs depuis 6 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
6	Etes-vous actuellement en bonne santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
7	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
8	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
9	Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus d'une semaine ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
10	Avez-vous été victime d'accident ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
11	Avez-vous souffert, souffrez-vous d'une maladie ou d'une infirmité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
13	Avez-vous déjà subi une perfusion ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
14	Avez-vous déjà subi une transfusion du sang ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
15	Devez-vous être hospitalisé(e) prochainement ou subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
16	Avez-vous subi des interventions chirurgicales ou devez-vous être opéré(e) prochainement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
17	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement (bière, vin, apéritif)?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
18	Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
19	Suivez-vous un régime ou un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
20	Présentez-vous ou avez-vous présenté un des symptômes suivants : éruption cutanée, présence de ganglions anormaux, diarrhée chronique, fièvre prolongée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
21	Présentez-vous ou avez-vous présenté une des maladies suivantes : méningite, affection des poumons, hépatite B, verrues fréquentes, mycoses, affections génitales ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	

Je certifie exactes, complètes et sincères l'ensemble des déclarations faites ci-dessus et accepte le cas échéant d'accomplir les formalités médicales requises. J'autorise expressément la compagnie à prendre toutes les informations qu'elle jugerait nécessaires auprès des médecins qui m'ont soignés. J'autorise ces médecins à communiquer à la compagnie tous les renseignements et le cas échéant en cas de décès. Je note qu'en cas de fausse déclaration de ma part, la validité de l'assurance pourrait être mise en cause conformément à l'article 18 du code CIMA.

Le, 30/09/2024

Signature de l'Assuré

(doit être précédé de la mention lu et approuvé)

lu et approuvé

