



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
Assistance Médicale
Sénégal
CORREA
Av des Ambassadeurs
Tél 33 824 2673
SENEGAL

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM DIOUF PRENOM ALASSANE
Date de Naissance 31 08 1985 Lieu de naissance DAKAR.
Domicile : 2114 H.L.S. DAKAR.
Situation de Famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)
N°CNI ou Passeport : 1251 1985 04108.
(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : INGENIEUR.
 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 ? Martial Arts
 Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions) 2 x par semaine.
 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>76.</u>	
Mère		<u>87</u>	
frères et sœurs	<u>4F 1S. 1973 -> 1981</u>		
conjoint	<u>34</u>		

Y-a-t-il ou y-a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ? Diabète.
 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

<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 ? Maigreur ? Obésité ? <p>Mensurations : Variation du poids dans les dernières années ? Tours de poitrine :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Taille : <u>180</u> Poids : <u>79</u>.....</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 ? 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 ? 	<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 ? 	<p><i>Fatigue visuelle. → ophtalmo.</i></p> <table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 2px;">O.D</th> <th style="padding: 2px;">O.G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">Avant correction</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Après correction</td> <td style="padding: 2px;"><u>10</u> <u>9.</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>.....</p> <p>.....</p>	O.D	O.G	Avant correction		Après correction	<u>10</u> <u>9.</u>
O.D	O.G						
Avant correction							
Après correction	<u>10</u> <u>9.</u>						
<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>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>Pouls : <u>78</u></p>						
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>153</u> Minima : <u>88</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.

5) Des propositions d'assurances reposant sur votre tête ont-elles été : ✓ refusées <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ✓ ajournées ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ✓ acceptées avec surprime ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	A quelle date ? pour quels motifs ?
6) ANTECEDENT PATHOLOGIQUE ✓ Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Depuis quelle date;..... ✓ Avez-vous interrompu votre travail pendant plus de 15 jours au cours des cinq dernières années ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui A quelle dateDurée 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 ?
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 ?
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 :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 D. SARRA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

Fait à... *Dakar*... Le... *07-11-2026*...

Signature du proposant précédée
 de la mention lu et approuvé

lu et approuvé


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

NOM : Binf Prénom : Massane

Votre date de naissance : 31 / 08 / 1985 Votre taille : 190 cm

Votre poids : 72 Kgs. Votre tension artérielle (maxima/ minima) :/.....

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 :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Depuis quand ?
	. En traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ?
	. Sous contrôle médical ?			
2.	Etes-vous atteint :			Précisez
	. D'une infirmité ? . D'une maladie chronique ou d'affections récidivantes ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
3.	Avez-vous été traité (hospitalisé ou non) :			Pourquoi ?
	. En service de médecine ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ?
	. En service de chirurgie ? . En service de neuro-psychiatrie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
4.	Etes-vous actuellement en incapacité totale ou partielle de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ?
	Avez-vous durant ces cinq dernières années dû interrompre votre travail ?			Dates ?
	. Plus de 30 jours consécutifs ? . Plus de 90 jours sur une année ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
5.	Avez-vous subi :			Pourquoi ?
	. Une opération ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ?
	. Un traitement par radiations ou cobalt ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Combien de temps ?
	. Une chimiothérapie pour tumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	. Un traitement pour maladie rhumatismale ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	. Pour troubles nerveux ? . Un traitement pour troubles cardiaques ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
6.	Vous a-t'on informé que dans les prochains mois, vous allez :			Pour quelles raisons ?
	. Subir des examens de laboratoire ou d'autres examens à l'exception de la médecine du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	. Etre hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	. Etre traité ou opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

7.	Avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins au cours des 3 dernières années ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" 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 : Motif ? Dates ?
12.	a) Pratiquez-vous des activités sportives ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez la cylindrée : 150
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 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 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.....*Nakar*.....

Signature de l'adhérent assuré

Le.....*07/11/2024*.....

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.



Wafa Assurance Vie

Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRÉTEUR : CBAS DATE : 22/10/2020
 AGENCE : Leu Bougué CODE AGENCE : 01947

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT :

ASSUREMPRUNT ASSURCOMPTE
 NOM : Brouf PRENOM : Alexandre
 DATE & LIEU DE NAISSANCE : AGE :
 Montant Garantis : 30900000
 CIN : TEL :

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	NATURE DU CREDIT
		<u>30900000</u>	<u>ca</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 CACHET AGENCE

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE

(Handwritten signature and circular stamp of the insurance agency)

[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.

