



# 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*  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

**IDENTIFICATION DE L'ASSURE**

NOM *QUEYE* PRENOM *Khady*

Date de Naissance *01/01/1985* Lieu de naissance *Dakar*

Domicile : *N°88 Ouakam Comm.*

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

N°CNI ou Passeport : *2751 1985 00058*

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

## DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : *Cadre RH.*

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 ? *Non* .....

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

Boissons alcoolisées ? .....

Régime ? .....

Consommation journalière : .....

Tabac ? .....

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

Pourquoi ? .....

Avez-vous suivi un traitement Non  Oui  Lequel ? *RGO*

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	<i>70</i>		<i>HTA</i>
Mère		<i>51</i>	<i>HTA</i>
frères et sœurs	<i>2 Sœurs 2 Frères</i>	<i>26 -&gt; 40</i>	<i>HTA</i>
conjoint		<i>50</i>	<i>HTA</i>

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

<b>5) Des propositions d'assurances reposant sur votre tête ont-elles été :</b> ✓ 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 ? ..... ..... .....
<b>6) ANTECEDENT PATHOLOGIQUE</b> ✓ Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? <input 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 type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui A quelle date .....Durée totale de l'arrêt de travail ?.....	
<b>7) ANTECEDENT CLINIQUE</b>	
<b>A - MALADIE</b> - 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...	..... ..... ..... 46-39 ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>B - OPERATIONS</b> Nature, cause, date, résultats ?	Nycomectomie 2018 = RAS
<b>C - ACCIDENTS</b> Nature, date, suites (donner toutes précisions)	
<b>D - SEJOUR</b> dans hôpital, maison de santé, sanatorium, station thermale Cause, lieu, dates, durée ?	
<b>E- EXAMENS SPECIAUX</b> Nature (électrocardiogramme, électroencéphalogramme, radiographie, etc...) Cause, date, résultat ?	
<b>F- EXAMENS DE SANG</b> 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 ?	/
<b>G -</b> Quel est votre médecin habituel (adresse)? Quel est le dernier médecin qui vous a soigné ou conseillé ? Quand et pourquoi ?	/
<b>8) QUESTIONS SPECIALES AUX FEMMES :</b> ✓ 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 ?	..... ..... ..... Nycomectomie ..... ..... 46-39 ..... .....
<b>9) Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? Le cas échéant donner toutes précisions :</b>	<input checked="" 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.

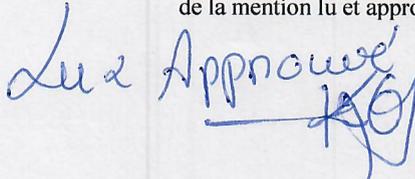
Je reconnais savoir que toute fausse déclaration ou réticence entraînerait la nullité du contrat conformément à la réglementation CIMA

**RESERVE AU MEDECIN**  
 Signature du Médecin Examineur

  
 Dr Patrick CLABA  
 3, Av. des Ambassades  
 DAKAR SENEGAL

Fait à... Dakar... Le 23-01-2025

Signature du proposant précédée  
 de la mention lu et approuvé

  
 Lué Approuvé

## EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

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

<p><b>10) ASPECT GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quel est son teint ? Paraît-il son âge</li> <li>✓ Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ?</li> <li>✓ Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigreur ? Obésité ?</li> </ul> <p>Mensurations :</p> <p><b>Variation du poids dans les dernières années ?</b></p> <p>Tours de poitrine :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Taille : <u>167</u>      Poids : <u>89</u></p> <p>en inspiration : .....      en expiration : .....</p>									
<p><b>11) SYSTEME NERVEUX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles de la parole ?</li> <li>✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements</li> <li>✓ Troubles de la marche ? Paralyse ?</li> <li>✓ Réflexes rotuliens et achilléens ?</li> <li>✓ Etat des pupilles ? Réflexes pupillaires ?</li> <li>✓ Fonctions intellectuelles, mémoire, psychisme ?</li> <li>✓ En cas de traumatisme crânien ou de trépanation en préciser la date et les séquelles ?</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									
<p><b>12) ORGANES DES SENS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant et après correction ?</li> <li>✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ?</li> <li>✓ Vertiges ?</li> <li>✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ?</li> </ul>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%;">O.D</th> <th style="width: 25%;">O.G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Avant correction</td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Après correction</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </tbody> </table> <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><b>13) APPAREIL RESPIRATOIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles fonctionnels ?</li> <li>✓ Conformation générale du thorax ?</li> <li>✓ Nombre de bronchite par an ?</li> <li>✓ Examen clinique ?</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									
<p><b>14) APPAREIL CIRCULATOIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles fonctionnels ?</li> <li>✓ Examen clinique du cœur (préciser les caractères des bruits anormaux) :</li> <li>✓ Fréquence du pouls ? Arythmie :</li> <li>✓ Tous les pouls périphériques sont-ils normalement perçus ?</li> <li>✓ Etat du système veineux ?</li> <li>✓ Œdème des jambes ?</li> </ul>	<p>Pouls : <u>78</u></p>									
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>138</u>      Minima : <u>90</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.

<b>15) APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES</b> ✓ 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	..... ..... ..... ..... .....				
<b>16) ETAT DES OS ET ARTICULATIONS</b> ✓ 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 ?	..... ..... ..... ..... .....				
<b>17) GANGLIONS LYMPHATIQUES ANORMAUX</b> Signes ? Volume ? Consistance ? Mobilité ?					
<b>18) Glandes endocrines : Anomalies ?</b> Goitre ? Signes					
<b>19) APPAREIL GENITO-URINAIRE</b> ✓ Anomalie des organes ? ✓ Anomalies des mictions ? ✓ Examen des urines en présence du médecin	Albumine : 0                      Sucre : 0				
<b>20) EXAMENS PARTICULIERS AUX FEMMES</b> ✓ Conformation extérieure du bassin ? ✓ Signes de grossesse ? ✓ Examen des seins ?	..... ..... .....				
<b>21) CONCLUSIONS</b> ❖ 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" data-bbox="790 1075 1444 1164"> <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				
<b>OBSERVATIONS PATICULIERES</b> <p style="text-align: right;">Le 23-01-2025</p> <p style="text-align: right;">Signature du Médecin Examinateur</p> <p style="text-align: right; color: blue; font-weight: bold;">Dr Patrick CORREA 3. Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</p> <p>Le présent rapport entièrement confidentiel, devra être adressé, sous pli cacheté, dans les plus brefs délais au Back Office de Wafa Assurance Vie</p>					

<b>NOTE D'HONORAIRES (à ne pas détacher)</b>		
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; width: 150px; margin: 0 auto; padding: 2px;">CADRE RESERVER A L'ASSUREUR</div> N° du contrat : .....



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 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 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.	<b>Pour les hommes :</b> avez-vous été réformé pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ?
	<b>Pour les femmes :</b> - 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 ? :
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Résultats : <i>Négatif</i> Date : <i>Octobre 2024</i>
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... *Sabau*

Signature de l'adhérent assuré

Le *23.01.2025*

Précédée de la mention "lu et approuvé"

*Luz Approuvé*  
*410*

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



### Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 22/01/2025

AGENCE : Keur Gorgui CODE AGENCE : 01242

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT :

ASSUREMPRUNT  ASSURCOMPTE

NOM : Buene PRENOM : Khady

DATE & LIEU DE NAISSANCE : ..... AGE : .....

Montant Garantis : 42724380

CIN : ..... TEL : .....

#### CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	NATURE DU CREDIT
		<u>8993598</u>	<u>CNT</u>
		<u>1000000</u>	
		<u>1000000</u>	
TOTAL A ASSURER		<u>62717978</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
- Carte d'identité nationale
- Questionnaire Médical
- Reçu de la demande

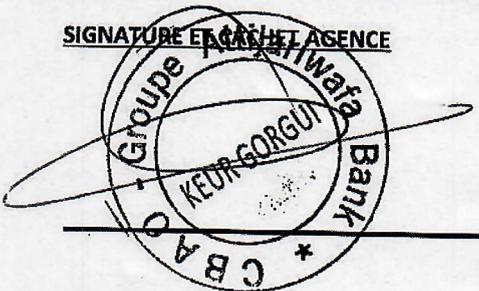
j'accepte que mon Etat de santé me soit Directement communiqué Par le médecin conseil De la compagnie	Je souhaite que mon état de santé soit communiqué par mon médecin dont les coordonnées ci dessous ..... Nom/prénom ..... Adresse ..... Tél/FAX/email .....
---	---

Médecin conseil Wafa : ..... ; Tél : .....

Adresse : .....

SIGNATURE EN CAHET AGENCE

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE



23/01/2025  
Luc Approuvé

[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.

