



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

NOM : FALL Prénom : Hamette

Votre date de naissance : 11 / 07 / 1983 Votre taille : 1.79 cm

Votre poids : 82 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	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 ? <u>affaiblissement en 2004 par 4 jours.</u>
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 ? <i>Mai 2025</i> Pourquoi ? <i>visite médicale annuelle smatel</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 ?	☐	☒	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 ? b) Utilisez-vous des engins aériens privés ? c) Utilisez-vous une motocyclette ?	☒ ☐ ☐	☐ ☒ ☒	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : <i>Sport Course sans compétition</i> Lesquels ? 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 : <i>negatif</i> Date : <i>Mai 2025</i> <i>visite médicale smatel</i>
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 ? Quand ?

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

lu et approuvé
Thierry

Le. *02/06/2025*

Précédée de la mention "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

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 TORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM FALL PRENOM HANEETH
Date de Naissance 11/10/1983 Lieu de naissance DAKAR
Domicile : 10-081 PA
Situation de Famille : Marié(e) ☒ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐
N°CNI ou Passeport : 1756198301957
(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Agent Sécurité P.
✓ 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 ? Courir à pied
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>78</u>		
Mère	<u>70</u>		
frères et sœurs <u>50-39</u>	<u>19-24</u>		
conjoint	<u>24</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 ?
✓ 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 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 ?	Appendicite 2004 RAS
C - ACCIDENTS Nature, date, suites (donner toutes précisions)	
D - SEJOUR dans hôpital, maison de santé, sanatorium, station thermique 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 :	☒ 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 
--

Fait à Dakar Le 03-06-2025

Signature du proposant précédée

de la mention lu et approuvé

lu et approuvé


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 ? Maigre ? Obésité ?

Mensurations :

Variation du poids dans les dernières années ?

Tours de poitrine :

Taille : 179

Poids : 82

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 ?

Avant correction
Après correction

O.D

O.G

10

10

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

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 : 92

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

Maxima : 122

Minima : 77

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 PARTICULIERES Le 03-06-2025 Signature du Médecin Examineur  DR. CORREA 5, 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 :

