



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  3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL
------------	---	---

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM SALL PRENOM El Hadji
 Date de Naissance 05/11/1991 Lieu de naissance LOUAGA
 Domicile : 4037 SICAP LIBERTE ANITIER
 Situation de Famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)
 N°CNI ou Passeport : 1798 2003 00044
 (Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Directeur Société
 Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL : 2-3x/sem Europe
 où ? quand ? durée ? motif ?
 Professions antérieures ?

2) **HABITUDES DE VIE**
 Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Couru à Pied. 3x/sem.
 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>36</u>	/
Mère		<u>36</u>	/
frères et sœurs	<u>8 enfants 39-50</u>		/
conjoint	<u>33</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 ?

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 :</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>1.91</u> Poids : <u>109</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 ? 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>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;">Avant correction</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">6</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">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>		O.D	O.G		Avant correction	6	5		Après correction			
	O.D	O.G											
Avant correction	6	5											
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>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>85</u></p>												
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>128</u> Minima : <u>74</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.

Déclaration d'Etat de Santé

A JOINDRE A L'EXEMPLAIRE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

CONTRAT N° : SN85090191930053384B

SOUSCRIPTEUR : SALL EL HADJI

Déclaration de l'état de Santé de l'assuré : SALL EL HADJI	Sexe :
Date de Naissance : 05/11/1991	Age : 33
Lien de parenté : Lui-même	Profession : Inconnu
	Nationalité : Sénégal
Nom et Prénom du Médecin traitant :	
Téléphone et Adresse du Médecin traitant :	

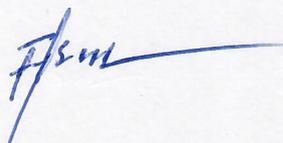
1	Taille en cm ?	203	
2	Poids en Kg?	105	
3	Quelle est votre pression artérielle maximale ?	12,5	
4	Quelle est votre pression artérielle minimale ?	12	
5	Avez-vous grossi ou maigri de plus de 5 kgs depuis 6 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
6	Etes-vous actuellement 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, 04/06/2025

Signature de l'Assuré

(doit être précédé de la mention lu et approuvé)



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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? Résultats ?
9.	Avez-vous effectué une cure ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
10.	Avez-vous été victime d'un accident du travail, de la circulation ou autre ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?
	c) Utilisez-vous une motocyclette ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez la cylindrée :
13.	Pour les hommes : avez-vous été réformé pour raison de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ?
	Pour les femmes : - 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats : Date :
15.	Avez-vous déjà fait des demandes d'assurances sur la vie ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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...10...06...2025.....

Précédée de la mention "lu et approuvé"

F. Sine
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.



Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 04/06/2025

AGENCE : clair de lune CODE AGENCE : 01212

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT : SN25090191930053384B

ASSUREMPRUNT

ASSURCOMPTE

NOM : SALL PRENOM : EL HADJ

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 05/11/1991 à Louga AGE : 33

Montant Garantis : FCFA 45.900.000 Durée : 36 (Mois)

CIN : 1728200300044 TEL : 776316575

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	DUREE RESTANT A COUVRIR
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
---	---

NB: La consultation médicale est sur rendez-vous et est seulement à la charge de la compagnie.

Médecin conseil Wafa : ; Tél :

Adresse :

SIGNATURE ET CACHET AGENCE

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE



[Date]

