



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 **THIERNO** PRENOM **Boussou**

Date de Naissance **16/06/85** Lieu de naissance **Touba mawide**

Domicile : **1789 HL 71 4**

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

N°CNI ou Passeport : **109 198506 16000073**

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

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

Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL :
où ? quand ? durée ? motif ? **En ASIE 1 professionnel**

Professions antérieures ?

2) **HABITUDES DE VIE**

Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? **o**

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

Boissons alcoolisées ? **o** Consommation journalière : **o** Tabac ?.....

Régime ? **o** 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	65		RAS
Mère	52		RAS
frères et sœurs	33 → 13		RAS
conjoint	28		RAS

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 **enfance**

Nature **Complication infectieuse - parest. Jambes D.**

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 : <input checked="" type="checkbox"/> refusées <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> ajournées ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> acceptées avec surprime ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	A quelle date ? pour quels motifs ?
6) ANTECEDENT PATHOLOGIQUE <input checked="" type="checkbox"/> Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Depuis quelle date;..... <input checked="" type="checkbox"/> 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 date Durée totale de l'arrêt de travail ?.....	
7) ANTECEDENT CLINIQUE A - MALADIE - préciser date, durée, traitement et suites <input checked="" type="checkbox"/> Poumons : tuberculose, bronchite chronique, asthme, autres affections ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies du cœur ou des vaisseaux ? Tension artérielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Rhumatismes articulaires aigus ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies du tube digestif ou du foie ? <input checked="" type="checkbox"/> Affections de l'appareil urinaire <input checked="" type="checkbox"/> Maladies sexuellement transmissibles ? <input checked="" type="checkbox"/> Coliques néphrétiques ? Hématurie ? Albuminurie ? <input checked="" type="checkbox"/> Dépression nerveuse ? <input checked="" type="checkbox"/> Troubles d'ordre psychiatrique ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies d'origine virale ? <input checked="" type="checkbox"/> Affections particulières aux pays chauds ? <input checked="" type="checkbox"/> Paludisme, dysenterie amibienne, etc...	
B - OPERATIONS Nature, cause, date, résultats ?	
C - ACCIDENTS Nature, date, suites (donner toutes précisions)	<i>Sequel de l'accident matériel mbs DT suite IT dans affaire</i>
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 ?	<i>Clinique Tambara - Rem Narsou.</i>
8) QUESTIONS SPECIALES AUX FEMMES : <input checked="" type="checkbox"/> Règles normales ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies de l'utérus ou des ovaires ? <input checked="" type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu une grossesse difficile ou à risques ? <input checked="" type="checkbox"/> Accouchements à terme normaux ou compliqués ? <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

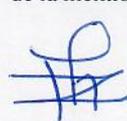
Je soussigné, certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, dont j'ai pris connaissance et qui serviront de base au contrat à intervenir.

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 CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Fait à *Dakar* Le *11-10-2021*

Signature du proposant précédée

de la mention lu et approuvé
lu & approuvé


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 ? Maigreux ? 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>178</u>..... Poids : <u>74</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>.....</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%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">O.D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">O.G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Avant correction</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">10</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">10</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Après correction</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			O.D	O.G	Avant correction	10	10		Après correction			
		O.D	O.G										
Avant correction	10	10											
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>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Pouls : <u>75</u>.</p>												
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>120</u> Minima : <u>80</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.



Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 11/10/2021

AGENCE : HLM CODE AGENCE : 0312

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT : 95200-0171058

ASSUREMPRUNT ASSURCOMPTE

NOM : Brousso PRENOM : Thierno

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 16/06/1985 à Taïba Bouride AGE :

Montant Garantis : 35 000 000 Durée : 24 (Mois)

CIN : 1468200500331 TEL : 77 302 2418

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	DUREE RESTANT A COUVRIR
✓		✓	
TOTAL A ASSURER		<u>35 000 000</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
---	---

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]

7.	Avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins au cours des 3 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 : _____ Dates ? Motif ?
12.	a) Pratiquez-vous des activités sportives ? b) Utilisez-vous des engins aériens privés ? c) Utilisez-vous une motocyclette ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : Lesquels ? Précisez la cylindrée :
13.	<i>Pour les hommes :</i> avez-vous été réformé pour raison de santé ? <i>Pour les femmes :</i> - Etes-vous enceinte ? - Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	<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"/>	Lesquelles ? : Quand ? De combien de mois ? : 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 ? - Si oui, ont-elles été : - Acceptées avec surprimes ? - Acceptées avec exclusion ? - Ajournées - Refusées ?	<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"/>	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 soussigné (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.

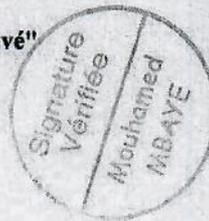
Fait à.....Daka.....

Signature de l'adhérent assuré

Le...04/10/2011.....

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.