



Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 05/11/2024

AGENCE : Pompidou CODE AGENCE : 01201

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT :

ASSUREMPRUNT ASSURCOMPTE

NOM : Faye en Fall PRENOM : Mimie lalle

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 23/01/1975 AGE : 47

Montant Garantis : 154809M Durée : 20 (Mois)

CIN : 275119750087 TEL : 776510389

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	DUREE RESTANT A COUVRIR
<u>50922</u>		<u>9953439</u>	<u>60 mois</u>
<u>116096</u>		<u>367142</u>	<u>36 mois</u>
<u>304596</u>	<u>9560-011091</u>	<u>1850000</u>	<u>20 mois</u>
TOTAL A ASSURER		<u>154809M</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]

Adresse :

SIGNATURE ET CACHET AGENCE

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE



[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.

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 : FAYE Prénom : Aimée LAKA

Votre date de naissance : 23 / 01 / 1975 Votre taille : 1,71cm

Votre poids : 75Kgs. 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 ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si oui lesquels ?
1.	Etes-vous : .En traitement médical ? .Sous contrôle médical ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Depuis quand ? Pourquoi ?
2.	Etes-vous atteint : . D'une infirmité ? . D'une maladie chronique ou d'affec- tions récidivantes ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Précisez
3.	Avez-vous été traité (hospitalisé ou non) : . En service de médecine ? . En service de chirurgie ? . En service de neuro-psychiatrie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ? Quand ? Combien de temps ?
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pour quelles raisons ?

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : <i>Marche, course</i>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ?
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input 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 ?	<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 ? - 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

Précédée de la mention "lu et approuvé"

Lu et Approuvé



Le...../...../.....

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

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM FAYE FALL PRENOM Aimée LAKH
 Date de Naissance 23 01 1975 Lieu de naissance DAKAR
 Domicile : Fenêtré Nord
 Situation de Famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)
 N°CNI ou Passeport : 2751 1975 00367
 (Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Médecin
 Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL :
 où ? quand ? durée ? motif ? Abouja - Suisse - Sénégal
 Professions antérieures ? Avocat - Ingénieur

2) **HABITUDES DE VIE**
 Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Natation
 Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions).....
 Boissons alcoolisées ? 0 Consommation journalière : Tabac ? 0
 Régime ? 0 Modification du poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ?
 Pourquoi ? 0

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>66 ans</u>	<u>Diabète</u>
Mère		<u>61 ans</u>	<u>Diab + HTA</u>
frères et sœurs	<u>1975-1979</u>		<u>Diab</u>
conjoint	<u>47 ans</u>		<u>/</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 ? 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 ? 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>.....</p> <p>Taille : <u>174</u>..... Poids : <u>77</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: 70%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">O.D</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">O.G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">Avant correction</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">5/10</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">5/10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">Après correction</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">10/10</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">10/10</td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p>		O.D	O.G	Avant correction	5/10	5/10	Après correction	10/10	10/10
	O.D	O.G								
Avant correction	5/10	5/10								
Après correction	10/10	10/10								
<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>89</u> .</p>									
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>130</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.

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 laségué ?				
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 →	<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 PATICULIERES Le ... 08-11-20... 21... Signature du Médecin Examineur Dr Patrick CORREA 3, 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) <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; padding: 2px; text-align: center;">CADRE RESERVER A L'ASSUREUR</div> N° du contrat :
---	--	---