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	MEDECIN
	s'il s'agit d'une assurance de groupe CONTRAT N°.....	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM ....SANE.... PRENOM ....OUSMANE....

Date de Naissance 25 07 1980 Lieu de naissance ....DAKAR....

Domicile : ....Ouakam Cité Batrain....

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

N°CNI ou Passeport : ....CNI 1011980072500016 9....

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) PROFESSION ACTUELLE Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Ingenieur Telecom.

- ✓ 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 ? ....Velo. Football.
  Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions)....Quotidien.
- ✓ Boissons alcoolisées ?....NON....Consommation journalière :.....Tabac ?....NON.
- ✓ 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 ?....Allergie / Antihistaminique à la demande.

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	69		–
Mère	62		–
frères et sœurs			
conjoint			

- ✓ 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 exempte, 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 date ……Durée 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 ?	/
C - ACCIDENTS Nature, date, suites (donner toutes précisions)	/
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 ?	/
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 compliques ? ✓ 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 â la règlementation CIMA

.

RESERVE AU MEDECIN
Signature du Médecin Examinateur
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Fait à Dakar Le 18-11 20 21

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 ? Maigreur ? Obésité ? Mensurations : **Variation du poids dans les dernières années** ? Tours de poitrine :	.... Taille : 173..... Poids :.....82..... ..... en inspiration :..... en expiration :.....
11) SYSTEME NERVEUX ✓ 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 ?	....
12) ORGANES DES SENS ✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant et après correction ? ✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ? ✓ Vertiges ? ✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ?	O.D / O.G Avant correction : 10/10 / 10/10 Après correction : ....
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 : 68
TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)	Maxima : 130 Minima : 80

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 lasègue ?	…… / / …… ……
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 paraîssent-ils utiles ? ❖ Considérez-vous le proposant comme un risque (Rayez les mentions inutiles)	…… …… / …… A ACCEPTER / A AJOURNER A ACCEPTER AVEC RESERVE / A REFUSER
OBSERVATIONS PATICULIERES	Le ….18-11…..20…21….. Signature du Médecin Examinateur 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)	MONTANT DES HONORAIRES (en F CFA)	NOM et PRENOM de la PERSONNE EXAMINEE
…… …… Ou Cachet		…… …… Date de l'Examen : ……/……/…… CADRE RESERVER A L'ASSUREUR N° du contrat :……

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 : SANÉ ..... **Prénom :** Ousmane .....

Votre date de naissance : 25 / 07 / 1980 Votre taille : 1,73 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	CHAQUE 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 ?
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 ? Pourquoi ? visite medicale annuelle
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 : Dates ? Motif ?
12.	a) Pratiquez-vous des activites sportives ? b) Utilisez-vous des engins aériens privés ? c) Utilisez-vous une motocyclette ?	☒ ☐ ☐	☐ ☒ ☒	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : velo football 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 : 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 ?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☒ ☐ ☐ ☐ ☐	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.....

Le...18.../.11../.2021

Signature de l'adhérent assuré

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.

Wafa Assurance Vie

Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 17/11/2021

AGENCE : Pompidou CODE AGENCE 0121

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT : ....

☒ **ASSUREMPRUNT** ☐ **ASSURCOMPTE**

NOM Sane PRENOM Ousmane

DATE & LIEU DE NAISSANCE 25/07/1980 AGE : 41

Montant Garantis : 35341451 **Durée :** 60 (Mois)

CIN 1755198003840 TEL : 77 639 77 83

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	DUREE RESTANT A COUVRIR
931267	95200-0073558	1112238	12 mois
68950	95200-016060	11751769	60 mois
810642		8177486	72 mois
311232		13600000	60 mois
TOTAL A ASSURER		35341451	

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**

Attijariwafa Bank – Groupe CBAO – AGENCE POMPIDOU

18-11-2021

[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.

REPUBLIQUE DU SENEGAL
CARTE D'IDENTITE CEDEAO
ECOWAS IDENTITY CARD / BILHETE DE IDENTIDADE CEDEAO

N° de la carte d'identité
1 01 19800725 00016 9
Prénoms
OUSMANE
Nom
SANE
Date de naissance
25/07/1980
Sexe
M
Taille
167 cm
Lieu de naissance
DAKAR
Date de délivrance
01/06/2017
Date d'expiration
31/05/2027
Centre d'enregistrement
S/P. DE GRAND DAKAR
Adresse du domicile
LIBERTE 6 VDN NORD 16

REPUBLIQUE DU SENEGAL
INFORMATIONS ELECTORALES

Code Pays
SEN
Numéro d'électeur
106750625
Région
DAKAR
Département
DAKAR
Arrondissement
ALMADIES
Commune
MERMOZ SACRE COEUR
Lieu de vote
CASE DES TOUT PETITS V.D.N.
Bureau
02
NIN 1 755 1980 03810

I<SEN101198007<250001696<<<<<<
8007256M2705310SEN<<<<<<<<<<4
SANE<<OUSMANE<<<<<<<<<<<<<<<<