



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.

<b>AGENT CBAO</b>	<b>CONTRACTANT</b> s'il s'agit d'une assurance de groupe  CONTRAT N°.....	<b>MEDECIN</b> <b>Dr Patrick CORREA</b> 3, Av. des Ambassades <b>DAKAR SENEGAL</b>
-------------------	--	---

**IDENTIFICATION DE L'ASSURE**

NOM DIENG PRENOM Cheikh Amadou Bamba  
 Date de Naissance 10/02/1974 Lieu de naissance DAKAR  
 Domicile : 2209 HLHS  
 Situation de Famille : Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)   
 N°CNI ou Passeport : 10119740210000417  
 (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 Chef Entrep  
 Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL :  
 où ? quand ? durée ? motif ? Europe Asie Afrique 5x/1an  
 Professions antérieures ?

2) **HABITUDES DE VIE**  
 Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? natation et marche  
 Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions) 4-5x/1sem  
 Boissons alcoolisées ? 0 Consommation journalière : 0 Tabac ? 0  
 Régime ? a 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>75 ans</u>	<u>Plaste veux</u>
Mère	<u>79 ans</u>		<u>Plaste veux</u>
frères et sœurs	<u>17 frères &amp; sœurs</u>		
conjoint	<u>27 ans</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 ?

<b>5) Des propositions d'assurances reposant sur votre tête ont-elles été :</b> ✓ refusées <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ✓ ajournées ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ✓ acceptées avec surprime ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	A quelle date ? ..... pour quels motifs ? ..... ..... .....
<b>6) ANTECEDENT PATHOLOGIQUE</b> ✓ Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Depuis quelle date;..... ✓ 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 ?.....	
<b>7) ANTECEDENT CLINIQUE</b>	
<b>A - MALADIE</b> - 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>B - OPERATIONS</b> Nature, cause, date, résultats ?	/
<b>C - ACCIDENTS</b> Nature, date, suites (donner toutes précisions)	/
<b>D - SEJOUR</b> dans hôpital, maison de santé, sanatorium, station thermale Cause, lieu, dates, durée ?	/
<b>E- EXAMENS SPECIAUX</b> Nature (électrocardiogramme, électroencéphalogramme, radiographie, etc...) Cause, date, résultat ?	/
<b>F- EXAMENS DE SANG</b> 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 ?	Bilan biologique sanguin annuel.
<b>G - Quel est votre médecin habituel (adresse)?</b> Quel est le dernier médecin qui vous a soigné ou conseillé ? Quand et pourquoi ?	/
<b>8) QUESTIONS SPECIALES AUX FEMMES :</b> ✓ 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 ?	..... ..... ..... ..... .....
<b>9) Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? Le cas échéant donner toutes précisions :</b>	<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. 22-11 2008.....  
 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**

<p><b>10) ASPECT GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quel est son teint ? Paraît-il son âge</li> <li>✓ Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ?</li> <li>✓ Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigreux ? Obésité ?</li> </ul> <p>Mensurations :</p> <p><b>Variation du poids dans les dernières années ?</b></p> <p>Tours de poitrine :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;"><i>Obésité</i></p> <p>Taille : <u>185</u>..... Poids : <u>150 kg</u>.....</p> <p>en inspiration : <u>139</u>..... en expiration : <u>140</u>.....</p>												
<p><b>11) SYSTEME NERVEUX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles de la parole ?</li> <li>✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements</li> <li>✓ Troubles de la marche ? Paralyse ?</li> <li>✓ Réflexes rotuliens et achilléens ?</li> <li>✓ Etat des pupilles ? Réflexes pupillaires ?</li> <li>✓ Fonctions intellectuelles, mémoire, psychisme ?</li> <li>✓ En cas de traumatisme crânien ou de trépanation en préciser la date et les séquelles ?</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">/</p> <p>.....</p> <p>.....</p>												
<p><b>12) ORGANES DES SENS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant et après correction ?</li> <li>✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ?</li> <li>✓ Vertiges ?</li> <li>✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ?</li> </ul>	<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: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Avant correction</td> <td style="text-align: center;"><u>9/10</u></td> <td style="text-align: center;"><u>10/10</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Après correction</td> <td style="text-align: center;"><u>10/10</u></td> <td style="text-align: center;"><u>10/10</u></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">/</p>		O.D	O.G		Avant correction	<u>9/10</u>	<u>10/10</u>		Après correction	<u>10/10</u>	<u>10/10</u>	
	O.D	O.G											
Avant correction	<u>9/10</u>	<u>10/10</u>											
Après correction	<u>10/10</u>	<u>10/10</u>											
<p><b>13) APPAREIL RESPIRATOIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles fonctionnels ?</li> <li>✓ Conformation générale du thorax ?</li> <li>✓ Nombre de bronchite par an ?</li> <li>✓ Examen clinique ?</li> </ul>	<p>.....</p> <p style="text-align: center;">/</p> <p>.....</p>												
<p><b>14) APPAREIL CIRCULATOIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles fonctionnels ?</li> <li>✓ Examen clinique du cœur (préciser les caractères des bruits anormaux) :</li> <li>✓ Fréquence du pouls ? Arythmie :</li> <li>✓ Tous les pouls périphériques sont-ils normalement perçus ?</li> <li>✓ Etat du système veineux ?</li> <li>✓ Œdème des jambes ?</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Pouls : <u>76</u></p>												
<p><b>TENSION ARTERIELLE</b> après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>170</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.

