



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 DIOUT PRENOM Nane NGuennar
Date de Naissance 28 11 1972 Lieu de naissance Ziguinchor
Domicile : 2724 C. Diouf
Situation de Famille : Marié(e) ☒ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐
N°CNI ou Passeport : 20219721228 000028
(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Assistante Direction
✓ 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 ? Ancienne
Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions)
✓ Boissons alcoolisées ? 0 Consommation journalière : Tabac ? 0
✓ 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>32</u> <u>46</u>		<u>Askin</u>
conjoint	<u>52</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

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 : <u>170</u> Poids : <u>51</u> 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 ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">O.D</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">O.G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Avant correction</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><u>10</u></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><u>10</u></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> </tr> </table>		O.D	O.G	Avant correction	<u>10</u>	<u>10</u>	Après correction		
	O.D	O.G								
Avant correction	<u>10</u>	<u>10</u>								
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 : <u>52</u> 									
TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)	Maxima : <u>90</u> Minima : <u>60</u>									

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 (Rayez les mentions inutiles)	<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					
Le20..... Signature du Médecin Examineur 					
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 : DIOUF Prénom : Marie Nguen
 Votre date de naissance : 28/12/72 Votre taille : 172 cm
 Votre poids : 50 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	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 ?		☐	☒	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 ?



Wafa Assurance Vie

Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 14/12/2021

AGENCE : Castors 09 CODE AGENCE : 01312

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT :

☒ ASSUREMPRUNT

☐ ASSURCOMPTE

NOM : Mouy PRENOM : Naeme Nguenon

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 28/12/1972 à Ziguinchor AGE : 49 ans

Montant Garantis : 35.363.401 FCFA

CIN : 2070197204766 TEL : 776469038

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	NATURE DU CREDIT
<u>006837</u>		<u>3.543.847</u>	<u>ENT</u>
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

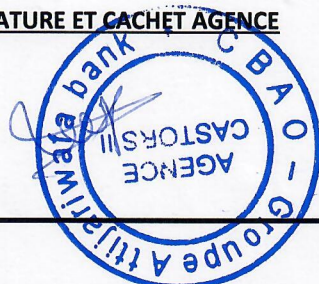
☐ Reçu de la demande

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
---	---

Médecin conseil Wafa : ; Tél :

Adresse :

SIGNATURE ET CACHET AGENCE



DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE

14.12.2021

[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.