



Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 21/01/22

AGENCE : CBAO SALY CODE AGENCE : 09319

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT : 95200-0779673

ASSUREMPRUNT ASSURCOMPTE

NOM : THIARY PRENOM : NOÏABA

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 29/05/1978 AGE : 43 ans 8 mois

Montant Garantis : 40 millions Durée : 36 (Mois)

CIN : TEL : 771418188

CONTRATS EN COURS

| N°CREDIT | N°CONTRAT | MONTANT DE L'ENCOURS | DUREE RESTANT A COUVRIR |
|------------------|------------------|----------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 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 |
|---|---|

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 checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Quand ? <i>2 main</i> Pourquoi ? <i>Bilan</i> |
| 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 : Motif ? Dates ? |
| 12. | a) Pratiquez-vous des activités sportives ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : |
| | b) Utilisez-vous des engins aériens privés ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Lesquels ? |
| | c) Utilisez-vous une motocyclette ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Précisez la cylindrée : |
| 13. | <i>Pour les hommes :</i> avez-vous été réformé pour raison de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Lesquelles ? : Quand ? |
| | <i>Pour les femmes :</i> - Etes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De combien de mois ? : |
| | - Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quelles raisons ? : |
| 14. | Avez-vous subi un test de la séropositivité ? | <input type="checkbox"/> | <input 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 : | | <input type="checkbox"/> | |
| | - Acceptées avec surprimes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | - Acceptées avec exclusion ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | - 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

Le *12/12/2023*

Précédée de la mention "lu et approuvé"

NDIAGATHIADJ

Conformément à l'Article 18 du Code des Assurances(CIMA), toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance.



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

[Empty box for 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 THIAN PRENOM THIADIA
 Date de Naissance 29 05 1978 Lieu de naissance THIADIA
 Domicile : 2658 HT7 NIYAT
 Situation de Famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)
 N°CNI ou Passeport : 107 19780529000 122
 (Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : COMMERCE
 Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL :
 où ? quand ? durée ? motif ? ITALIE, tous les 3 ans
 Professions antérieures ?

2) **HABITUDES DE VIE**
 Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Natation
 Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions) 1 x 1 semaine
 Boissons alcoolisées ? Non Consommation journalière : Tabac ?
 Régime ? Non Modification du poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ?
 Pourquoi ? Non

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>96 ans</u> | |
| Mère | <u>68 ans</u> | | |
| frères et sœurs | <u>1981 -> 1986</u> | / | / |
| 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 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 ?
Maireur ? Obésité ?

Mensurations :

Variation du poids dans les dernières années ?

Tours de poitrine :

.....

.....

.....

.....

Taille : 195..... Poids : 88.....

en inspiration : en expiration :

11) SYSTEME NERVEUX

- ✓ Troubles de la parole ?
- ✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements
- ✓ Troubles de la marche ? Paralytic ?
- ✓ 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 ?

Avant
correction

Après
correction

| O.D | O.G |
|-----------|-----------|
| <u>10</u> | <u>10</u> |
| | |

.....

.....

.....

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 ?

→. Amyotrophie mb > DT.

Pouls : 64.

TENSION ARTERIELLE après repos
(à vérifier en fin d'examen si anomalie)

Maxima : 110 Minima : 70

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.

