



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>  <i>Dr Patrick CORREA</i> 3, Av. des Ambassades Dakar SENEGAL
-------------------	--	--

**IDENTIFICATION DE L'ASSURE**

NOM ..... *BA* ..... PRENOM ..... *ABY.* .....

Date de Naissance ..... *03/01/1988* ..... Lieu de naissance ..... *DAKAR.* .....

Domicile : ..... *125 wela 39* .....

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

N°CNI ou Passeport : ..... *A04058309* .....

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

## DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : *Contrôleur Financier*  
 Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL : *Oui*  
 où ? quand ? durée ? motif ? ..... *4-5x/sem. travail* .....

2) **HABITUDES DE VIE**  
 Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? ..... *Natation 1x/sem* .....

3) **PARENTS**

	Age si vivant	Age au décès	ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES
Père	<i>78</i>		<i>/</i>
Mère	<i>73</i>		<i>/</i>
frères et sœurs	<i>9 fem - 18 sem</i>	<i>40 -&gt; 46</i>	<i>/</i>
conjoint	<i>49</i>		<i>/</i>

Y-a-t-il ou y-a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ? *HTA Père.*  
 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 : .....

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 ?	Appendicite (2015) = RAS. Cholém = calculs vésiculaires = RAS.
<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 ?	..... .....
<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 ?	2 G. 2 P. et Césarienne ..... ..... ..... .....
<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 13-12 2024.

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 ? Maigreur ? 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>.....</p> <p>.....</p> <p>Taille : <u>175</u>                      Poids : <u>75</u></p> <p>.....</p> <p>en inspiration : .....                      en expiration : .....</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>.....</p> <p>.....</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: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: middle;">Avant correction</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">10</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">10</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: middle;">Après correction</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p>		O.D	O.G		Avant correction	10	10		Après correction			
	O.D	O.G											
Avant correction	10	10											
Après correction													
<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>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p>Pouls : <u>30</u></p>												
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>109</u>                      Minima : <u>56</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.

<b>15) APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES</b> ✓ 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	..... ..... ..... .....				
<b>16) ETAT DES OS ET ARTICULATIONS</b> ✓ 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 laségue ?	..... ..... ..... .....				
<b>17) GANGLIONS LYMPHATIQUES ANORMAUX</b> Signes ? Volume ? Consistance ? Mobilité ?					
<b>18) Glandes endocrines : Anomalies ?</b> Goitre ? Signes					
<b>19) APPAREIL GENITO-URINAIRE</b> ✓ Anomalie des organes ? ✓ Anomalies des mictions ? ✓ Examen des urines en présence du médecin	Albumine : 0                      Sucre : 0				
<b>20) EXAMENS PARTICULIERS AUX FEMMES</b> ✓ Conformation extérieure du bassin ? ✓ Signes de grossesse ? ✓ Examen des seins ?					
<b>21) CONCLUSIONS</b> ❖ 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" data-bbox="790 1070 1433 1160"> <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				
<b>OBSERVATIONS PATICULIERES</b> <div style="text-align: right;">           Le 07-01-2025            Signature du Médecin Examineur  <b>Dr. Patrick CORREA</b>            3, Av. des Ambassades  <b>DAKAR SENEGAL</b> </div> <p>Le présent rapport entièrement confidentiel, devra être adressé, sous pli cacheté, dans les plus brefs délais au Back Office de Wafa Assurance Vie</p>					

NOTE D'HONORAIRES (à ne pas détacher)

Date.....

NOM et ADRESSE DU MEDECIN (en lettres majuscules) ..... ..... <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin-top: 10px; text-align: center;">Ou Cachet</div>	MONTANT DES HONORAIRES (en F CFA)  <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 10px auto;"></div>	NOM et PRENOM de la PERSONNE EXAMINEE ..... ..... Date de l'Examen : ...../...../..... <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">CADRE RESERVER A L'ASSUREUR</div> 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.

<b>A COMPLETER DANS TOUS LES CAS</b>	
NOM :..... <u>BA</u> .....	Prénom :..... <u>Abd</u> .....
Votre date de naissance :..... <u>03 / 01 / 1988</u> .....	Votre taille :..... <u>1.74</u> .....cm
Votre poids..... <u>73</u> .....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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui lesquels ?
1. Etes-vous : . En traitement médical ? . Sous contrôle médical ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Depuis quand ? Pourquoi ?
2. Etes-vous atteint : . . D'une infirmité ? . D'une maladie chronique ou d'affections récidivantes ?	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ? <u>Appendicite, Malformation Artère Veineux</u> Quand ? <u>2015, 2012</u> Combien de temps ? <u>3jrs, 4jrs</u>
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Quand ? Combien de temps ? <u>Appendicite 2015</u> <u>MAV sous-cutané 2011</u> <u>Cécalienne 2021</u>
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Juin 2024 Pourquoi ? Anémie
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? NFS Résultats ? Anémie
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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : Natation Lesquels ? Précisez la cylindrée :
13.	<b>Pour les hommes :</b> avez-vous été réformé pour raison de santé ?  <b>Pour les femmes :</b> - Etes-vous enceinte ? - Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ?  De combien de mois ? : Pour quelles raisons ? :
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats : Négaif Date : 2017
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 ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Quand ? 2024 Dans le cadre du travail

**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

Lu et Approuvé

Le... 13 / 12 / 2024 .....

Précédée de la mention "lu et approuvé"

Appy

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



## Déclaration d'Etat de Santé

A JOINDRE A L'EXEMPLAIRE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

CONTRAT N° : ..... SN85090191930040957B .....

SOUSCRIPTEUR : ..... BA ABY .....

Déclaration de l'état de Santé de l'assuré : BA ABY .....		Sexe : .....
Date de Naissance : 03/01/1988 .....	Age : 36 .....	Profession : Autres professions libérales .....
Lien de parenté : Lui-même .....		Nationalité : Sénégal .....
Nom et Prénom du Médecin traitant : .....		
Téléphone et Adresse du Médecin traitant : .....		

1	Taille en cm ?	172	
2	Poids en Kg?	75	
3	Quelle est votre pression artérielle maximale ?	12	
4	Quelle est votre pression artérielle minimale ?	8	
5	Avez-vous grossi ou maigri de plus de 5 kgs depuis 6 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
6	Etes-vous actuellement en bonne santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
7	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
8	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
9	Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus d'une semaine ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
10	Avez-vous été victime d'accident ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
11	Avez-vous souffert, souffrez-vous d'une maladie ou d'une infirmité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
12	Avez-vous fait récemment l'objet d'une analyse de sang comportant le test de dépistage de l'hépatite B ou du Sida ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
13	Avez-vous déjà subi une perfusion ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
14	Avez-vous déjà subi une transfusion du sang ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
15	Devez-vous être hospitalisé(e) prochainement ou subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
16	Avez-vous subi des interventions chirurgicales ou devez-vous être opéré(e) prochainement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
17	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement (bière, vin, apéritif)?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
18	Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
19	Suivez-vous un régime ou un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
20	Présentez-vous ou avez-vous présenté un des symptômes suivants : éruption cutanée, présence de ganglions anormaux, diarrhée chronique, fièvre prolongée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
21	Présentez-vous ou avez-vous présenté une des maladies suivantes : méningite, affection des poumons, hépatite B, verrues fréquentes, mycoses, affections génitales ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	

Je certifie exactes, complètes et sincères l'ensemble des déclarations faites ci-dessus et accepte le cas échéant d'accomplir les formalités médicales requises. J'autorise expressément la compagnie à prendre toutes les informations qu'elle jugerait nécessaires auprès des médecins qui m'ont soignés. J'autorise ces médecins à communiquer à la compagnie tous les renseignements et le cas échéant en cas de décès. Je note qu'en cas de fausse déclaration de ma part, la validité de l'assurance pourrait être mise en cause conformément à l'article 18 du code CIMA.

Le, 09/12/2024

Signature de l'Assuré

(doit être précédé de la mention lu et approuvé)

*ABY*





### Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 09/12/2024

AGENCE : Grand Médine CODE AGENCE : 01281

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT :

ASSUREMPRUNT  ASSURCOMPTE

NOM : BA PRENOM : ABY

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 03/01/1988 AGE : 36

Montant Garantis : ..... Durée : ..... (Mois)

CIN : 2257 1988 000102 TEL : 77 559 32 95

#### CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	DUREE RESTANT A COUVRIR
<u>952 6K</u>		<u>30 562 840</u>	
<b>TOTAL A ASSURER</b>		<u>64 062 840</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



09/12/2024  
ABY

[Date]

