



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

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 FALL PRENOM Mohamed Laurene

Date de Naissance 01/09/75 Lieu de naissance Dakar

Domicile : Coct. 239 Dakar

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

N°CNI ou Passeport : 103 19750417 000086

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Medecin

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 ? Football

Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions) Non

Boissons alcoolisées ? 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 ?

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>65 ans</u>	
Mère	<u>65 ans</u>		
frères et sœurs	<u>38 ans, 30 ans</u>		
conjoint	<u>38 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 ?

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 ?
Maigreux ? Obésité ?

Mensurations :

Variation du poids dans les dernières années ?

Tours de poitrine :

Taille : 182 Poids : 79
 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	<u>08</u>	<u>08</u>
Après correction	<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 ?

Pouls : 67

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

Maxima : 124 Minima : 86

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.

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 : FALL Prénom : Thierry Laurent Lamine

Votre date de naissance : 17-01-1975 Votre taille : 183cm

Votre poids : 76Kgs. Votre tension artérielle (maxima/ minima) : 121/76mmHg

Votre degré de vision avant correction : oeil droit 8/10es . après correction : oeil droit 10/10es
 oeil gauche 7/10es oeil gauche 10/10es

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 checked="" 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 ? 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 ?	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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 ?	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
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 : 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 checked="" type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition): <i>Football - marche - natation</i> 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ? De combien de mois ? : Pour quelles raisons ? :
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ? <i>HIV - HBS - HBC</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Résultats : <i>Negatif</i> Date : <i>17/07/2023</i>
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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*

Signature de l'adhérent assuré

Le... *17/07/2023*

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.



Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 14/03/2023

AGENCE : SIÈGE VIP CODE AGENCE : 01801

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT : 9580-0213565

ASSUREMPRUNT ASSURCOMPTE

NOM : FALL PRENOM : Mohamed Soumine

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 11/04/1975 AGE :

Montant Garantis : #55818.661# Durée : 12 (Mois)

CIN : 1 225 197500 1762 TEL : 77 649 62 67

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
- Carte d'identité nationale
- Questionnaire Médical
- 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]

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.

