



### Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 03/09/2021

AGENCE : Porte Foiné CODE AGENCE : 01211

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION CONTRAT N° : SN 8509019193003733613

ASSUREMPRUNT

ASSURCOMPTE

NOM : Wane PRENOM : SADOU

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 10/07/1981 à Sacké au Sénégal

CIN : 1655198100291 TEL : 771053030

#### NATURE DU CREDIT OCTROYÉ (cocher la case correspondante au crédit)

Crédit Consommation  Crédit Immobilier  Crédit Automobile  Crédit Spécial

TYPE DE CREDIT (cocher la case correspondante)  422,  423,  438,  439

Autres à préciser : .....

Capital prêté : 39,271,000 Durée : 180 mois

#### CONTRATS EN COURS CHEZ WAFA

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	NATURE DU CREDIT
966069	191510090945A	1700000	Crédit Spécial
898788	191930082813	11618288	cons...
TOTAL A ASSURER		12818288	

Nous vous prions de vous présenter au préalable chez le Médecin conseil, muni de votre carte d'identité après avoir effectué les analyses ci-après :

Déclaration de Santé

Questionnaire Médical

Carte d'identité national

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.....
---	---

NB : La consultation médicale est sur rendez-vous et est seulement à la charge de la compagnie.

Médecin conseil Wafa : ..... Tél : .....

Adresse : .....

CACHET AGENCE :

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE



[Date]

A Remplir soigneusement par l'organisme préteur et à remettre obligatoirement au médecin conseil par la personne assurée. Tous les champs doivent être impérativement renseignés au risque de rejeter la convocation.

# 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 : ..... WANE .....

Prénom : ..... Sadou .....

Votre date de naissance : 10/07/1981 Votre taille : 176 cm

Votre poids.....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 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"/>	<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 rhumatisante ? . Pour troubles nerveux ? . Un traitement pour troubles cardiaques ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 : 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 ?  <i>Pour les femmes</i> : - 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats :  Date :
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 checked="" 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 .

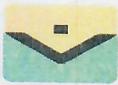
Je soussignée (e) certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

Fait à... Dakar  
Le 24.10.2025

Signature de l'adhérent assuré  
Précédée de la mention "lu et approuvé"

*lu et approuvé*  
*caue*  
*sw.*

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

--

CONTRACTANT

s'il s'agit d'une assurance de groupe

CONTRAT N°.....

MEDECIN

**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Générale  
Médecine d'Urgence  
Tél : +221 77 291 11 22-DAKAR

## IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM ..... **WANE** PRENOM ..... **Sadou**  
 Date de Naissance **10 07 1981** Lieu de naissance ..... **SAKONE**  
 Domicile : **Dieppel 2. Ville n° 26-78**  
 Situation de Famille : Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)   
 N°CNI ou Passeport : ..... **A 044 34 122**  
 (Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

## DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

<b>1) PROFESSION ACTUELLE</b> Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : <input checked="" type="checkbox"/> Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL : <b>Emmigrant. FRANCE - 1/2 x 1 an. 1/2 an. Famille.</b> <input checked="" type="checkbox"/> où ? quand ? durée ? motif ? <input checked="" type="checkbox"/> Professions antérieures ? <b>1</b>																							
<b>2) HABITUDES DE VIE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? ..... <b>Non</b> ..... Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions) ..... <input checked="" type="checkbox"/> Boissons alcoolisées ? ..... <b>0</b> ..... Consommation journalière : ..... Tabac ? ..... <input checked="" type="checkbox"/> Régime ? ..... Modification du poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ? ..... Pourquoi ? ....																							
Avez-vous suivi un traitement Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lequel ? ..... Pour quelle affection ? ....																							
Suivez-vous actuellement un traitement médical ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel ? ..... Pour quelle affection ? ..... Date ..... Durée .....																							
<b>3) PARENTS</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Age si vivant</th> <th>Age au décès</th> <th>ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Père</td> <td><b>65-</b></td> <td></td> <td><b>/</b></td> </tr> <tr> <td>Mère</td> <td><b>60</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>frères et sœurs <b>3 + 4</b></td> <td><b>22ans - 50ans</b></td> <td></td> <td><b>/</b></td> </tr> <tr> <td>conjoint</td> <td><b>44</b></td> <td></td> <td><b>/</b></td> </tr> </tbody> </table>					Age si vivant	Age au décès	ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES	Père	<b>65-</b>		<b>/</b>	Mère	<b>60</b>			frères et sœurs <b>3 + 4</b>	<b>22ans - 50ans</b>		<b>/</b>	conjoint	<b>44</b>		<b>/</b>
	Age si vivant	Age au décès	ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES																				
Père	<b>65-</b>		<b>/</b>																				
Mère	<b>60</b>																						
frères et sœurs <b>3 + 4</b>	<b>22ans - 50ans</b>		<b>/</b>																				
conjoint	<b>44</b>		<b>/</b>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 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 ? ..... <input checked="" type="checkbox"/> Avez-vous une infirmité, des séquelles de maladies ou d'accident ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date ..... Nature ..... <input checked="" type="checkbox"/> Etes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date ..... Motif médical ..... Taux de la pension ..... Servie par : .... <input checked="" type="checkbox"/> Pour les hommes : Avez-vous fait votre service national ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Sinon, indiquez si vous avez été exempté, ajourné, réformé ..... Motif : .....																							
<b>4) ETES-VOUS DEJA ASSURE OU EN TRAIN DE VOUS ASSURER ?</b> <input checked="" type="checkbox"/> en cas de décès ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Montant du capital ? ..... <input checked="" type="checkbox"/> en cas d'incapacité ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Montant des indemnités journalières ? ..... <input checked="" type="checkbox"/> en cas d'invalidité ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Montant de la rente d'invalidité ? .....																							

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

**Dr PATRICK CORREA**  
Médecine Générale  
Médecine d'Urgence  
Tél : +221 77 291 11 22-NAKAR

Fait à... Dakar..... Le..... 24-10-2025

Signature du proposant précédée

de la mention lu et approuvé

lu et approuvé  
Dakar

## EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

Répondez à toutes les questions avec précision - Au besoin ajoutez un feuillet

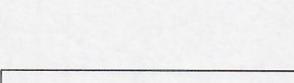
<b>10) ASPECT GENERAL</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quel est son teint ? Paraît-il son âge</li> <li>✓ Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ?</li> <li>✓ Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigreur ? Obésité ?</li> </ul>										
Mensurations : <b>Variation du poids dans les dernières années ?</b> Tours de poitrine :										
Taille : <u>176</u> Poids : <u>80</u> en inspiration : ..... en expiration : ....										
<b>11) SYSTEME NERVEUX</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles de la parole ?</li> <li>✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements</li> <li>✓ Troubles de la marche ? Paralysie ?</li> <li>✓ Réflexes rotulien 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>										
<b>12) ORGANES DES SENS</b>										
<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 border="1" style="float: right; margin-right: 20px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">O.D</td> <td style="text-align: center;">O.G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Avant correction</td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Après correction</td> <td></td> <td></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										
<b>13) APPAREIL RESPIRATOIRE</b>										
<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>										
<b>14) APPAREIL CIRCULATOIRE</b>										
<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>										
TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)										
Maxima : <u>127</u> Minima : <u>72</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.

<b>15) APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fonctions digestives ?</li> <li>✓ Bouche, langue, denture, leucoplasie, aspect du palais ?</li> <li>✓ Percussion et palpation du foie ? Subictère ?</li> <li>✓ Percussion et palpation de la rate ?</li> <li>✓ Hernie réductible ? maintenue par bandage</li> </ul>	..... /				
<b>16) ETAT DES OS ET ARTICULATIONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles de la statique vertébrale ( préciser le type et l'importance?)</li> <li>✓ Mobilité du rachis et des autres articulations ?</li> <li>✓ Déformation articulaire ?</li> <li>✓ Antécédents de lombalgie ou de la sciatique ?</li> <li>✓ Signe de laségué ?</li> </ul>	..... /				
<b>17) GANGLIONS LYMPHATIQUES ANORMAUX</b>	Signes ? Volume ? Consistance ? Mobilité ?	/				
<b>18) Glandes endocrines : Anomalies ?</b>	Goitre ? Signes	/				
<b>19) APPAREIL GENITO-URINAIRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anomalie des organes ?</li> <li>✓ Anomalies des mictions ?</li> <li>✓ Examen des urines en présence du médecin</li> </ul>	Albumine : 0      Sucre : 0				
<b>20) EXAMENS PARTICULIERS AUX FEMMES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conformation extérieure du bassin ?</li> <li>✓ Signes de grossesse ?</li> <li>✓ Examen des seins ?</li> </ul>	..... /				
<b>21) CONCLUSIONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pensez-vous que l'état de santé du proposant constitue un risque normal ou aggravé ?</li> <li>❖ Réserves éventuelles ?</li> </ul> <p>Au vu des constatations, des examens complémentaires vous paraissent-ils utiles ?</p> <p>❖ Considérez-vous le proposant comme un risque (Rayez les mentions inutiles)</p>	..... /				
<b>OBSERVATIONS PARTICULIERES</b>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">A ACCEPTER</td> <td style="text-align: center;">A AJOURNER</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A ACCEPTER AVEC RESERVE</td> <td style="text-align: center;">A REFUSER</td> </tr> </table> <p>Le 24-10-2025</p> <p>Signature du Médecin Examinateur</p> <p><i>DR Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</i></p>		A ACCEPTER	A AJOURNER	A ACCEPTER AVEC RESERVE	A REFUSER
A ACCEPTER	A AJOURNER					
A ACCEPTER AVEC RESERVE	A REFUSER					

<u>NOTE D'HONORAIRES (à ne pas détacher)</u>		
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 : .....