



Wafa Assurance Vie
Sénégal

Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : C.BAO DATE : 03/09/2021
AGENCE : Porte-Foire CODE AGENCE : 01211
PROPOSITION DE SOUSCRIPTION CONTRAT N° : SN850901919300373513

☒ ASSUREMPRUNT

☐ ASSURCOMPTE

NOM : Wane PRENOM : SADOU

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 10/07/1981 à Sokone AGE : 40 ans

CIN : 1455 1981 00 29 1 TEL : 77 105 3030

NATURE DU CREDIT OCTROYE (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
<u>966 019</u>	<u>19/15/0090995A</u>	<u>1200 000</u>	<u>Credit Spécial</u>
<u>898 288</u>	<u>19/1930008281B</u>	<u>11 618 288</u>	<u>Consom.</u>
TOTAL A ASSURER		<u>12 818 288</u>	

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 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.

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 : 1.76 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 : <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> . En traitement médical ? <input type="checkbox"/> . Sous contrôle médical ? </div>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Depuis quand ? Pourquoi ?
2.	Etes-vous atteint : <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> . D'une infirmité ? <input type="checkbox"/> . D'une maladie chronique ou d'affections récidivantes ? </div>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Précisez
3.	Avez-vous été traité (hospitalisé ou non) : <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> . En service de médecine ? <input type="checkbox"/> . En service de chirurgie ? <input type="checkbox"/> . En service de neuro-psychiatrie ? </div>	<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 ? <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> . Plus de 30 jours consécutifs ? <input type="checkbox"/> . Plus de 90 jours sur une année ? </div>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ? Dates ?
5.	Avez-vous subi : <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> . Une opération ? <input type="checkbox"/> . Un traitement par radiations ou cobalt ? <input type="checkbox"/> . Une chimiothérapie pour tumeur ? <input type="checkbox"/> . Un traitement pour maladie rhumatismale ? <input type="checkbox"/> . Pour troubles nerveux ? <input type="checkbox"/> . Un traitement pour troubles cardiaques ? </div>	<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 : <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> . Subir des examens de laboratoire ou d'autres examens à l'exception de la médecine du travail ? <input type="checkbox"/> . Etre hospitalisé ? <input type="checkbox"/> . Etre traité ou opéré ? </div>	<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 ?	<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.	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 type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input 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 type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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

Le... 24 10 2025

Signature de l'adhérent assuré

Précédée de la mention "lu et approuvé"

lu et approuvé

que.
sw.

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



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
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 Sokone
Domicile : Dièpreul & ville n° 2570
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

- 1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Enseignant
☒ Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL :
où ? quand ? durée ? motif ? FRANCE - 1/2 x 1 an - 15 ans famille
☒ Professions antérieures ?

- 2) **HABITUDES DE VIE**
☒ Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Non
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>65</u>		<u>/</u>
Mère	<u>80</u>		<u>/</u>
frères et sœurs <u>3 + 4</u>	<u>22 ans - 50 ans</u>		<u>/</u>
conjoint	<u>46</u>		<u>/</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 ?

5) Des propositions d'assurances reposant sur votre tête ont-elles été : <input checked="" type="checkbox"/> refusées <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> ajournées ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> acceptées avec surprime ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		A quelle date ? pour quels motifs ?	
6) ANTECEDENT PATHOLOGIQUE <input checked="" type="checkbox"/> Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Depuis quelle date; <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Poumons : tuberculose, bronchite chronique, asthme, autres affections ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies du cœur ou des vaisseaux ? Tension artérielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Rhumatismes articulaires aigus ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies du tube digestif ou du foie ? <input checked="" type="checkbox"/> Affections de l'appareil urinaire <input checked="" type="checkbox"/> Maladies sexuellement transmissibles ? <input checked="" type="checkbox"/> Coliques néphrétiques ? Hématurie ? Albuminurie ? <input checked="" type="checkbox"/> Dépression nerveuse ? <input checked="" type="checkbox"/> Troubles d'ordre psychiatrique ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies d'origine virale ? <input checked="" type="checkbox"/> Affections particulières aux pays chauds ? <input checked="" type="checkbox"/> 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 : <input checked="" type="checkbox"/> Règles normales ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies de l'utérus ou des ovaires ? <input checked="" type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu une grossesse difficile ou à risques ? <input checked="" type="checkbox"/> Accouchements à terme normaux ou compliqués ? <input checked="" type="checkbox"/> 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 - DAKAR

Fait à Dakar Le 26-10-2025

Signature du proposant précédée
 de la mention lu et approuvé

lu et approuvé
[Signature]

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 ? Maigre ? Obésité ? Mensurations : Variation du poids dans les dernières années ? Tours de poitrine : Taille : <u>176</u> Poids : <u>80</u> en inspiration : en expiration :									
11) SYSTEME NERVEUX ✓ Troubles de la parole ? ✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements ✓ Troubles de la marche ? Paralyse ? ✓ 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 border="1" style="float: right; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>O.D</th> <th>O.G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avant correction</td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> </tr> <tr> <td>Après correction</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </tbody> </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>61</u> 									
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.

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 laségue ?				
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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">A ACCEPTER</td> <td style="width: 50%; 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>	A ACCEPTER	A AJOURNER	A ACCEPTER AVEC RESERVE	A REFUSER
A ACCEPTER	A AJOURNER				
A ACCEPTER AVEC RESERVE	A REFUSER				
OBSERVATIONS PARTICULIERES <div style="float: right; text-align: right;"> Le 24-10-2025 : Signature du Médecin Examineur </div>					
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)	NOM et PRENOM de la PERSONNE EXAMINEE
Ou Cachet	MONTANT DES HONORAIRES (en F CFA) <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>	Date de l'Examen :/...../..... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;">CADRE RESERVER A L'ASSUREUR</div> N° du contrat :