



**CRRAE-UMOA**  
Caisse de Retraite par Répartition Avec Epargne  
de l'Union Monétaire Ouest Africaine

**FAAM**

# Fonds Autonome d'Assurance Maladie

## FORMULAIRE N° I

### PROPOSITION D'ASSURANCE MALADIE

Le présent document fait partie intégrante des pièces exigées pour être couvert et sert de base aux règlements des sinistres. Il doit être scrupuleusement rempli et aucune question ne doit être laissée sans réponse.

VISA MEDECIN

MATRICULE RETRAITE

Statut du demandeur :

Retraité

Réversataire

Nom : ..... Prénom (s) : .....

Date Retraite : ..... Adhérent : .....

Date Réversion : ..... Retraité (e) décédé (e) : .....

Date d'effet souhaitée de la couverture médicale : .....

Adresse : .....

E-mail : ..... Téléphone/Télécopie.....

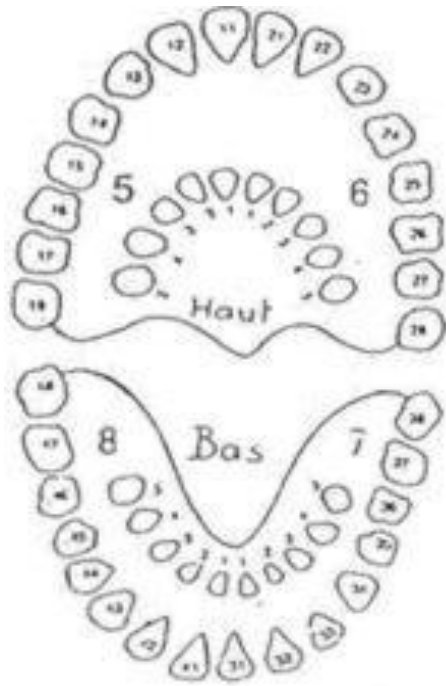
#### AU PROFIT DE :

BENEFICIAIRES	DEMANDEUR	CONJOINT(E)	1 <sup>ER</sup> ENFANT	2 <sup>ème</sup> ENFANT	3 <sup>ème</sup> ENFANT
NOM (de jeune fille pour conjointe)					
PRENOMS					
DATE DE NAISSANCE					
NATIONALITE					
SITUATION MATRIMONIALE (marié-veuf-célibataire)					
SITUATION PROFESSIONNELLE					
ADRESSE					

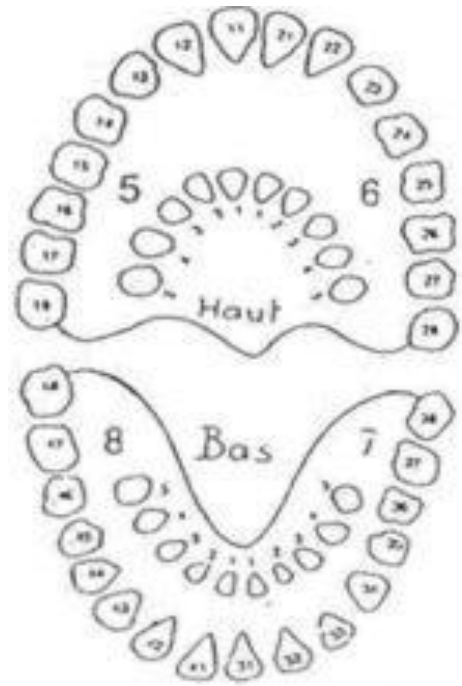
Répondez par « oui » ou par « non » aux questions pour vous, votre épouse, vos enfants	Demandeur	Conjoint(e)	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
Poids Taille Tension artérielle normale ou anormale					
Avez-vous été hospitalisé (e) au cours des 10 dernières années ?					
De quelle(s) affection(s) éventuelle(s) constaté(s) médicalement avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement ?					
Suivez-vous actuellement un traitement médical ou pensez-vous devoir en suivre prochainement ?					
Prévoyez-vous une hospitalisation, une intervention chirurgicale, un bilan biologique ou radiologique prochainement ?					
Avez-vous subi des examens médicaux ces 5 dernières années (radiologiques, biologiques, scanner, ECG, etc) ?					
Avez-vous été victime d'un accident au cours des 10 dernières années ? si oui avec quelles séquelles ?					
Avez-vous été en arrêt de travail au cours des 5 dernières années ? (motif, durée)					
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de maladie sexuellement transmissible (MST) au cours des deux dernières années ?					
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de fièvre chronique, amaigrissement important, sueurs nocturnes, ou de diarrhées de plus d'un mois ?					
Avez-vous des antécédents de diabète, hypertension, ulcère, anémie, angine de poitrine, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose, hépatite virale, affection psychiatrique, etc ?					
Fumez-vous ? Si oui, depuis quand ? Nombre de cigarettes par jour ?					
Souffrez-vous de problèmes ophtalmologiques (myopie, astigmatisme, presbytie, cataracte, etc.) ?					
Souffrez-vous de problèmes ORL ou orthophonique ?					
Etat de votre denture : indiquez un des qualificatifs : BONNE – MOYENNE – MAUVAISE ? Un traitement dentaire est-il en cours ? est-il envisagé ? Un appareil, une ou des prothèses sont ils posés ? sont-ils envisagés ?					
Pour les femmes : Etes vous en cours de traitement pour stérilité ? Êtes-vous enceinte ? Nombre de grossesses normales ? Anormales ?					

**Pour famille de plus de 4 enfants, compléter par une fiche intercalaire.**

**Informations complémentaires : précisez les maladies, les dates et les types de traitement si la réponse à une question est « oui ».**



DEMANDEUR



CONJOINT(E)

Mettez le signe correspondant à la dent malade

- + dent absente non remplacée par une prothèse
- dent remplacée par une prothèse
- dent cariée
- ∩ dent « plombée »

Je soussigné, déclare les réponses consignés au recto et verso du présent questionnaire sincères et à ma connaissance, complètes et conformes à la vérité.

Je certifie n'avoir rien caché ou dissimulé concernant une circonstance importante du risque.

FAIT A \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_ 20\_\_

*Signature\**

\* Faire précéder de la mention manuscrite « Lu et approuvée »