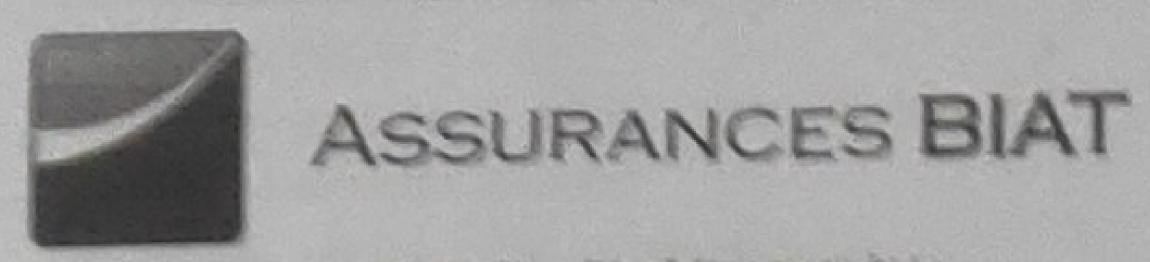
## ATTESTATION DE REVENU

Je soussigné(e) Dr IMEN JEBALI EP SASSI titulaire de la CIN 07888267, vient par la présente déclarer sur l'honneur disposer d'un revenu mensuel net de TND 5000.

Je vous prie de prendre ce revenu comme référence dans le cadre de ma demande de crédit en cours auprès de la BIAT.

Signature

AWARIANIEM



Constitution of the consti

# RAPPORT MEDICAL

Raison Sociale (ou cachet):	
N°	DU CONTRAT
	THUTTE

DECLARATION DE LA PERSONNE A ASS	SURER, RECUEILLIES PAR LE MEDECIN		
1º Nom et prénom 9 Date et lieu de naissance ?	rme Theki		
Votre profession comporte-t-elle une activité manuelle			
ou des déplacements tréquents hors de Tunisie ?			
Pratiquez-vous des sports ? Lesqueis ?			
2° Membres de la Famille			
PERE MERE FRERES SOEURS CONJOINT ENFANTS  AGE SI VIVANTS AGE AU DECE  3 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9			
Ya-t-il ou y a-t-il eu dans votre famille des cas de maladles héréditai familiale, de suicide ? de tuberculose ? de diabète ? d' affection a	re ou MAA		
culaire? Chez qui et quand?			
Exempté au ajourné ? Quand ? Pourquol ?  Service armé au auxiliaire ? Quand ? Pourquol ?  Haspitalisation pour blessures ou maladies pendant le service ?  Quand ? Lesquelles ?  Réforme temporaire ou définitive, avec ou sans pension ?  Quand ? Pourquoi ?  (Indiquez le taux d'invalidité et le libellé exact du ou des motifs : de pension.)	Non		
tes-vous actuellement dans un états physique vous permettant	1AW		
le remplir votre emploi?			
Passé pathologique, (pour toutes les maladies, préciser dates durée et suites.)  Affection pulmonaire?  Tuberculose des poumons ou d'autres localisations?  Maladies du coeur ou des vaisseaux? Rhumatisme articulaire ais Maladie de tube digestifs - ou du fois? Ulcère gastroduodénal?  Coliques hépatique? Ictère?  Collques néphrétiques? Hématuries? Albuminurie?  Diabète? Crise de goutte?  Troubles nerveux (paralysies, crises convulsives, perte de connaissance, vertiges)? Crises de dépression, de neurathènie a autres troubles psychiques? Séjour pour ces crises en maison de santé? Electrochocs?	AN) RM AN) RM		



### ASSURANCES BIAT

صارة الدينات بيات - حالق البحيرة (البحيرة ١١١ - ١١٥٥ خفاف البحيرة ، تونس Immeuble Assurances BIAT - Les jardins du Lac (LAC II) 1059 Les berges du lac - Tunis البعد : 100 100 31 (216) - اللعب : 100 100 (216) 31 300 المعب : 1216) E-mail: general@assurancesbiat.com.in

Raison Sociale (ou cachet):		
N°	DU CONTRAT	

RAPPORT MEDICAL	
DECLARATION DE LA PERSONNE A ASS	SURER. RECUEILLIES PAR LE MEDECIN
1° Nom et prénom ? Date et lieu de naissance ?  Professions actuelle et antérieures ?  Votre profession comporte-t-elle une activité manuelle	Twi Jah AEDECIW
2° Membres de la Famille  AGE SI VIVANTS AGE AU DECE  PERE MERE FRERES SOEURS CONJOINT ENFANTS  O 9 0 9 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
Ya-t-il ou y a-t-il eu dans votre famille des cas de maladies héréditais familiale, de suicide ? de tuberculose ? de diabète ? d' affection a culaire ? Chez qui et quand ?	ardiavas-
3° Services militaire. Exempté ou ajourné ? Quand ? Pourquol ? Service armé ou auxillaire ? Quand ? Pourquol ? Hospitalisation pour blessures ou maladies pendant le service ? Quand ? Lesquelles ? Réforme temporaire ou définitive, avec ou sans pension ? Quand ? Pourquol ? (Indiquez le taux d'invalidité et le libellé exact du ou des motifs s' de pension.)	None None None None None None None None
Etes-vous actuellement dans un états physique vous permettant	
de remplir votre emploi?  1º Passé pathologique. (pour tautes les maladies, préciser dates durée et sultes.)  A-Maladies  Affection pulmonaire?  Tuberculose des poumons ou d'autres localisations?  Maladies du coeur ou des vaisseaux? Rhumatisme articulaire alg Maladies de tube digestifs - ou du fois? Ulcère gastroduodénal?  Coliques hépatique? Ictère?  Coliques néphrétiques? Hématuries? Albuminurie?  Diabète? Crise de goutte?  Troubles nerveux (paralysies, crises convulsives, perte de connaissance, vertiges)? Crises de dépression, de neurathénie ou autres troubles psychiques? Séjour pour ces crises en maison de santé? Electrochocs?	LM) RM

Oiltes ? Troubles de la vue ?	RMM.
Rhumatisme ou autres maladies ostéo articulaires?	minimum 1 No. V. V. V. N. V.
Anémie? Hémorragies diverses?  Maladie sexuelle (chancre, syphilis, gonocaccie) ?	A White the state of the state
Toute autre maladie que celles mentionnées? (en particulier	Confidential Description of the Confidence of th
malaclies exotiques)	RXV
Pendans d'Invalidité pour maladie (quand, pourque), taux) 7	AND THE RESIDENCE OF THE PARTY
B- Interventions chirurgicales ? Quand ? Paurquoi ? Résultats ?	m
(date, matt. taux) 7	M) J M)
D- Séjours dans hôpital, maison de santé, sanatorium, station thermale (où, quand, pourquol) ?	RNA PS
E- Tretements sulvis : Quand ? Pourquoi ?	Commission of the Commission o
Examens spéciaux (électrocardiogrammes, radioscopies,	21
radiographies, examens du sang, examens des urines) ? Quand?	The state of the s
Pourquoi ? Résultats ? Connaissez-vous votre tension artérielle ?	
F-Vous sentez-vous en bonne santé?	and DM
Avez-vous consulté un médecin récemment ? pourquol?	The first the fi
Variations du polds dans les dernières années ?  Habitudes alimentaires : Consommation quotidienne	$\frac{1}{1}$
(vin. bière, autres boissons, cigarettes)?	Directions and the Contraction of the Contraction o
5° Questions spécials aux femmes :	MW) mwy
durée des cycles ? Pertes de sang entre les régles?	A A manufacture of the comment of th
Maladles de l'utèrus ou des avaires?	mention politica de la company
Nombre de grossesses ?  Accouchement à terme ? normaux ou compliqués ?	mint ministration in interest in the Control of the
Accouchement a termo international account a termo inter	
modification des seins?	
Avez-vous fait ou a-t-II été fait sur votre tête des propositions	
d'assurances refusées, ajournées, réstées sans suite, acceptes	THE PARTY OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH
à tarifs normal ou majorés ou avec réduction de durée ?	No. No. No. of the contract of
Quand 2 Quelles comagnies ?	
	The state of the s
Ayez-vous d'autres déclarations à faire concernant votre santé?	Je soussigné, M. Mu. Jw.
Je soussigné, Dr Ryun Manner	
A THE PROPERTY OF THE PROPERTY	demeurant E. L
certifie que la signature de M. J. S. a.ls. I. J. (1)	
44 amosée en ma présence	certifie l'exactifude des déclarations chéessus  A
Signature du médecin examinateur	Signature de la personne à assurer
CXXXXX	1 / 1
1000	14
Indiquez comment il a	
(1) Si vous ne connaissez pas le proposant, indiquez comment il a	
justifié son identité	

#### EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

(Répondez à toutes les questions avec précisions. Au besoin, ajoutez un feuillet)

Etes-vous le médecin habituel du proposant ?

1" Aspect général : Teint ? Parait-it son âge ?  Etat de la peau ? Eruption ? Cicatrices  Signes d'alcoolisme avéré ou présumé.  Musculature ? Malgreur ? Obésité ?  Talle (chaussé ou non) : A.A. 2	M) M  (Iu ou non): 5) (mesurés ou évalués)  ation: N U Périmètre à l'amalic N U
2' Systeme nerveux: Troubles de la parole? Troubles de l'équilibre? Tremblement? Troubles de la marche? Paralyse? Réflexes rotuliens et achilléens? Etas des pupilles? Réflexes pupillaires? Fonctions intellectuelles, mémoires, psychisme? En cas de traumatisme crânien ou de trépanation, préciser les séquelles (céphalées, vertiges, crises ou équivalents comitiaux et l'état de la bréche.	M) M) M)  RM  RM  RM  RM
3' Organes de sens : Troubles oculaire ? Baisse de l'ocuité visuelle, corrigée ou non ? Altération du champ visuel ? Troubles auditifs ? Acuité ? Vertiges ? Bourdonnements ? Otorrhée ? Tarle depuis quand ?  4' Appreil respiratoire : Troubles fonctionnels (voix, dyspnée.	RMS RMS RMS RMS RMS
toux, crachats, hémoptysie) ?  Conformation générale du thorax :  Examen clinique :  Examen radioscopique :	RAS M
5° Appareil circulatoire : Troubles fonctionnels (dyspnée, palpitations, douleurs, syncopes) ?  Examen clinique du coeur (préciser les caractères des bruits anormaux)  Fréquence du pouls ? Arythmie ?	2M, 2m

NOTE D'HONORAIRES