DÉCLARATION D'INTERPRÈTE

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

No. dossier

Personne à assurer

A A A A M M J J
Date de naissance

Je soussigné(e), _____ déclare ce qui suit :

1. J'ai fidèlement traduit toutes les données du document paramédical/médical, ou tout autre document _____ ci-joint, pour la personne à assurer dont la langue maternelle est _____ .

2. J'ai entièrement lu et expliqué le document à la personne à assurer.

3. La personne à assurer confirme qu'elle a compris le sens des questions qui lui ont été posées et auxquelles elle a répondues.

4. La personne à assurer confirme que les renseignements donnés dans ce document paramédical/médical ou tout autre document _____ ci-joint sont exacts et véridiques, et elle a signé le document en connaissance de cause.

5. Je n'ai aucun lien de parenté avec la personne à assurer et aucun avantage relié à cette demande d'assurance.

X

Signature de l'interprète

Lien avec la personne à assurer

A A A A M M J J
Date de naissance

Adresse

Adresse courriel

Numéro de téléphone

A A A A M M J J
Date de signature