

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