

## ASSURANCES DENTAIRES PRIVÉES

Date : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_ (Nom du patient), comprends que Les Centres Dentaires VIVA ne sont pas responsables de mes couvertures d'assurances dentaires. Je comprends que je suis responsable de m'informer auprès de ma compagnie d'assurance pour obtenir des détails de ma couverture. Les Centres Dentaires VIVA ne détiennent aucune information en lien avec mon contrat d'assurance et ne sont aucunement responsables des paiements ou non-paiements de mon assurance.

Ainsi, je dois me renseigner auprès de ma compagnie pour connaître les soins admissibles, mon maximum annuel ainsi que la fréquence de mes suivis dentaires (examen et nettoyage).

\_\_\_\_\_  
Signature du patient