

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÉRMINOS DE PAGO, CANCELACIÓN Y REEMBOLSO

Yo, _____, RUN: _____
Fecha: ____ / ____ / 202__

Yo, el paciente arriba identificado, declaro que he sido informado de manera clara, precisa y oportuna sobre las condiciones comerciales y legales que rigen las prestaciones de salud y servicios en **Clínica Bioarmory**, y manifiesto mi aceptación de los siguientes puntos:

1. ACEPTACIÓN Y DISCONFORMIDAD TRAS LA LECTURA Comprendo que el pago de una prestación o reserva perfecciona un contrato de servicios. No obstante, si he realizado un pago anticipado y, tras la lectura íntegra de este documento, no estuviera de acuerdo con los términos aquí expuestos, tengo derecho a manifestar mi disconformidad y solicitar la devolución total de lo cancelado. Esta facultad podrá ejercerse siempre que se comunique de forma inmediata y antes del inicio de cualquier prestación de salud, evaluación o apertura de insumos.

Comprendo que al efectuar el pago de una prestación o reserva, se perfecciona un contrato de servicios. Según el **Art. 12 de la Ley 19.496**, la clínica se obliga a cumplir lo pactado y yo, como paciente, me obligo a cumplir con las condiciones de asistencia, actuando ambas partes bajo el principio de **Buena Fe (Art. 1546 del Código Civil)**.

2. DERECHO DE RETRACTO (COMPRAS ELECTRÓNICAS) Para compras vía electrónica, dispongo de un plazo de **10 días** para retractarme (**Art. 3 bis letra b, Ley 19.496**). Este derecho no aplica si el servicio comenzó a ejecutarse con mi consentimiento antes de vencer dicho plazo, ni en productos de higiene cuyo sello haya sido alterado (**Art. 3 bis**).

3. CONDICIONES DE DEVOLUCIÓN Y CANCELACIÓN Para resguardar la disponibilidad de los especialistas e infraestructura, acepto los siguientes términos en caso de desistimiento:

- **Aviso con más de 48 horas de anticipación:** Devolución del **100%** del valor (menos comisiones bancarias o de Transbank si aplica).
- **Aviso entre 48 y 24 horas de anticipación:** Devolución del **90%** (retención del 10% por concepto de gastos administrativos y lucro cesante de la hora reservada).
- **Inasistencia sin previo aviso (No-show):** Retención del **20%** del valor del procedimiento o el equivalente a la consulta de evaluación, devolviéndose el resto del saldo.
- **Reprogramaciones:** Deben solicitarse con al menos **24 horas** de antelación para evitar la pérdida de la sesión.

4. TRATAMIENTOS EN MODALIDAD DE "PACK" O TRATAMIENTOS LARGOS Entiendo que los "Packs" son unidades promocionales con descuento por volumen. Si decido no continuar con un tratamiento ya iniciado:

- Las sesiones efectivamente realizadas se cobrarán al **Precio de Lista individual** vigente (perdiendo el descuento promocional del pack).
- El monto a devolver será el remanente tras descontar el valor real de las prestaciones ejecutadas.

5. EXCEPCIÓN POR FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO Ante eventos de **Fuerza Mayor** debidamente acreditados (urgencias médicas graves del titular, accidentes o fallecimiento de familiares directos), la clínica no aplicará multas ni retenciones, permitiendo el reagendamiento o la devolución total tras la validación de los antecedentes correspondientes.

6. GARANTÍA DE PRODUCTOS Y REEMBOLSOS

- La garantía de productos es de **6 meses** exclusivamente por fallas de fabricación (**Art. 20 Ley 19.496**).
- Todo reembolso aprobado será procesado mediante transferencia electrónica en un máximo de **15 días hábiles**.
- Transferencia electrónica a la cuenta del titular que pagó.

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD Al firmar este documento (o aceptar mediante firma electrónica simple), ratifico que he leído y comprendido íntegramente estos términos, aceptando las condiciones de la relación clínica y comercial con **Clínica Bioarmony**.

Firma del Paciente (o Tutor Legal) RUN: _____