

TERMINOS Y CONDICIONES DE DEVOLUCION

Antecedentes Legales.

- La Ley 19.496 dispone que el consumidor puede poner término en forma unilateral al contrato,

en el plazo de 10 días contados desde la contratación del servicio y antes de la prestación del

mismo (art. 3 bis inc.1º).

- Tratándose de servicios, la devolución solo comprenderá aquellas sumas abonadas que no

correspondan a servicios ya prestados a la fecha del retracto (art. 3 bis inc.3º).

Dado lo anterior, podemos señalar que el consumidor siempre podrá solicitar la devolución en el plazo de 10 días, siempre que el servicio no se hubiere prestado en,

- Si el servicio es uno solo o siendo varias sesiones, este puede ser considerado como una unidad, el consumidor no podrá retractarse si el servicio ya comenzó a prestarse no pudiendo dejarse inconcluso el mismo, no teniendo derecho el consumidor a solicitar devolución alguna.
- Ahora bien, si los servicios son varios y separados, el consumidor podrá retractarse dentro del plazo estipulado de 10 días, sólo de aquellos que no se han prestados, teniendo derecho a solicitar la devolución de aquella parte pagada por esos servicios no prestados.

Condiciones de devolución.

Clínica Dental Smile con el compromiso de entregar un servicio dental íntegro y satisfactorio para nuestros pacientes, declara mediante este documento, los términos y condiciones de nuestra Política de Devolución, en conformidad a la ley N°19.496 de protección al consumidor.

Este reglamento es aplicable una vez aceptado y recibido el pago por el presupuesto que la clínica presenta al paciente, por lo tanto:

El Paciente se compromete a cumplir con las citas programadas por la clínica para la atención de salud dental o estética, y solo podrá desistirse de los servicios en la medida que los mismo no se hubieren iniciado y sólo dentro del plazo de 10 días contados desde la fecha de pago del presupuesto dental correspondiente. En conciencia, vencido el plazo indicado o iniciado los servicios, cualquiera de los dos ocurra primero, el paciente podrá desistirse de la atención y la clínica se compromete a realizar devoluciones de dinero, si y solo si:

- El paciente presente problemas de salud que impidan continuar con el tratamiento.
- Cuando haya modificación en presupuesto inicial por cambio de tratamiento y el paciente solicita su excedente.

La solicitud de devolución se debe presentar el formulario presentado a continuación, adjuntando los siguientes documentos:

- Boleta de pago.
- Certificado médico que avale la imposibilidad de realizar la atención dental o estética en caso que corresponda.

Las devoluciones se harán efectivas a los 15 días hábiles, desde la presentación de la solicitud por parte del paciente. El encargado de Servicio al Cliente deberá enviar a Jefe de Finanzas, dentro de las 48 horas la solicitud para su análisis y resolución.

Si correspondiere, el pago se efectuará mediante transferencia electrónica a su cuenta. Solo en casos muy especiales y que no cuente con una cuenta corriente, o cuenta vista se podrá entregar en clínica el documento (cheque) de la devolución.

- Si el pago es con Tarjeta de crédito, se solicitará la anulación de la venta a través de Transbank.
- Para convenios con modalidad "Descuento por Planilla" solo se devolverá lo que la empresa ha pagado por el presupuesto del paciente, descontando lo utilizado cuando corresponda.
- Quienes no deseen continuar un tratamiento ya pagado, podrán traspasar los montos no utilizados a un tercero previa evaluación de diagnóstico.

RAZONES NO VALIDAS PARA SOLICITAR DEVOLUCIONES después del plazo de 10 días establecido por la Ley.

- 1.- Por que la Competencia es más barata..... Si ya pago e inicio tratamiento no corresponde devolver.
- 2.- Por que argumenta haber quedado sin trabajo.
- 3.- Porque me trasladaron de trabajo... no corresponde devolver, puede traspasar el dinero pagado a un familiar o a un tercero.

FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN

El presente formulario se debe presentar para toda solicitud de devolución de dinero. Las devoluciones se realizarán si y solo si:

- El paciente presente problemas de salud que impidan continuar con el tratamiento.
- Cuando haya modificación en presupuesto inicial por cambio de tratamiento y el paciente solicita su excedente.

A este formulario se debe adjuntar:

- Boleta de pago.
- Certificado médico que avale la imposibilidad de realizar la atención dental o estética en caso que corresponda.

FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN

Antecedentes del Titular / Paciente	
Nombre Titular	
Rut Titular	
Nombre Paciente	
Rut Paciente	
Correo Electrónico	
Teléfono	
Banco	
Numero de cuanta	

Motivo de solicitud de devolución

Datos Administrativos			
N° presupuesto		N° Boleta	
Valor presupuesto	\$	Fecha Boleta	
Monto realizado	\$	Monto Boleta	\$
Valor solicitado	\$	Forma Pago	

Firma Paciente

Servicio al Cliente

Firma Tesorería