

CONTRATO DE ACEPTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DENTAL CHILE SONRIE

En Santiago, a..... de..... de 2012, el firmante, don(a) RUT declara conocer y aceptar las condiciones del contrato de servicios de atención dental "ChileSonríe", en adelante, también indistintamente "Prestación ChileSonríe " o "Plan ChileSonríe", otorgados por la sociedad "CENTRAL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS INTEGRADOS LIMITADA", en adelante, indistintamente, CTOI Ltda.. RUT N° 76.186.784-9, a través de la Red de Odontólogos y Clínicas dentales privadas asociadas para tales efectos, el que consta de las siguientes cláusulas:

1. PRIMERO.- CTOI LTDA, a través de la Red de Odontólogos y Clínicas dentales privadas asociados a Chile Sonríe, garantiza al firmante los servicios de atención dental definidos en la Prestación o Plan ChileSonríe, que el firmante decida libremente aceptar. La referida prestación o plan ChileSonríe contempla las siguientes etapas:

1.1. Diagnóstico: Realizado por el profesional odontólogo correspondiente;

1.2. Tratamiento: Correspondiente a la Prestación o Plan ChileSonríe que acepte libremente el firmante y determinada una vez realizado y aceptado el referido diagnóstico, y;

1.3. Término del Tratamiento y Garantía.

2. SEGUNDO. En éste acto, el firmante acepta expresamente cumplir el siguiente procedimiento, para acceder a los servicios de atención dental Chile Sonríe, objeto de este contrato:

2.1. Aceptar contratar el servicio por alguno de los siguientes medios, cualquiera de ellos de igual validez para las partes:

a) Personalmente, en los Centros de Atención asociados a Chile Sonríe;

b) Vía telefónica, o;

c) A través de la página web www.chilesonrie.cl

Cualquiera sea la vía utilizada para manifestar su consentimiento, el firmante declara conocer y aceptar todas las condiciones y términos del presente contrato.

La empresa se reserva el derecho de suspender la prestación de los servicios en cualquier momento, sea en forma temporal o definitiva, si el firmante carecía de capacidad legal para contratar a través de cualquiera de los canales de venta disponible para tal efecto o en el caso que al registrarse, proporcione información falsa, inexacta o fraudulenta. En este caso, la empresa no se responsabiliza por los daños y perjuicios a terceros, que sean consecuencia directa o indirecta de la interrupción, suspensión o finalización de los servicios ofrecidos.

- 2.2. Pagar el Bono de Diagnóstico, que otorgará al firmante derecho a las siguientes prestaciones:
- a) Diagnóstico dental por un profesional de la Red de Odontólogos y Clínicas dentales asociadas a ChileSonríe, con el objeto de determinar su estado de salud bucal.
 - b) Presupuesto de atención dental, en base al cual se le orientará en la elección de la Prestación o Plan ChileSonríe correspondiente.
- 2.3. Aprobar el procedimiento de diagnóstico efectuado, mediante la firma de la "Carta de realización y aceptación de diagnóstico".
- 2.4. Aceptar expresamente y pagar, el costo total de la Prestación o Plan Chile Sonríe que haya aceptado, a través de cualquiera de los medios contemplados en la página web (Alternativas de pago).
- 2.5. Una vez efectuado el pago del Plan Chile Sonríe, CTOI Ltda. asignará para su realización, un profesional de la Red de Odontólogos y Clínicas dentales asociadas a ChileSonríe, de lo cual informará al firmante y convendrá día y hora de una sesión con el profesional, para el inicio del tratamiento.
- 2.6. Aprobado el diagnóstico por el firmante o a más tardar, en la primera sesión del tratamiento y antes de su inicio, deberá aceptar expresamente el detalle de las prestaciones que comprende la Prestación o Plan ChileSonríe aceptado, manifestar su conformidad con el precio y con el profesional asignado para su tratamiento; todo ello, mediante la firma del documento "Carta de Aceptación e Inicio de Tratamiento Dental ChileSonríe".
- 2.7. El firmante declara conocer que las Prestaciones o Planes Chile Sonríe sólo consideran los procedimientos, exámenes u otras prestaciones indicados expresamente en la respectiva Prestación /o Plan Chile Sonríe. Por tanto, serán de cargo exclusivo del firmante todos los costos adicionales asociados, como por ejemplo, radiografías extras, exámenes de laboratorio adicionales, pabellón u otros; sea que hayan sido considerados y explicitados en el diagnóstico y presupuesto inicial o hayan derivado de la condición clínica del paciente durante su tratamiento y en ambos casos, no estén incluidos expresamente en la Prestación o Plan Chile Sonríe respectivo. El profesional odontólogo informará oportunamente al paciente de la procedencia y valor de estos costos adicionales, como asimismo, requerirá la aceptación previa del paciente del presupuesto y su pago, para su otorgamiento.
- 2.8. El presente contrato no da derecho a retracto ni devolución alguna de las sumas pagadas por el firmante, salvo en el evento que no haga uso de ninguno de los servicios indicados en el punto 2.2. anterior. Sólo en este caso, podrá pedir la devolución del pago del Bono de Diagnóstico, dentro del plazo máximo de 10 días, de conformidad a la ley.

3. TERCERO. Son deberes del firmante:

- 3.1. Informarse de cada una de las condiciones del presente contrato, especialmente del procedimiento de atención dental contenido en el punto 2 anterior.
- 3.2. Pagar a CTOI Ltda. el valor del Bono de Diagnóstico, previo a su derivación al odontólogo, para ese efecto.
- 3.3. Pagar a CTOI Ltda. el valor del Plan Chile Sonríe aceptado, previo al inicio del tratamiento.
- 3.4. Cumplir los requerimientos que el profesional odontólogo le solicite, para su diagnóstico o tratamiento, tales como realización de exámenes, estudios y procedimientos.
- 3.5. Asistir puntualmente a las citas que fije el profesional odontólogo, a efecto de ser evaluado y recibir un diagnóstico y tratamiento adecuado.
- 3.6. Otorgar al profesional odontólogo toda la información requerida, para su adecuado diagnóstico y tratamiento.
- 3.7. Firmar el presente "Contrato de Aceptación de Servicio de atención Dental Plan Chile Sonríe". En caso que el firmante contrate a través de vía web, bastará con hacer el click en la opción "Términos y Condiciones". Si usa otra vía, deberá firmar el presente contrato, sea en los centros de atención o en la clínica respectiva, en forma previa a realizar su diagnóstico y/o tratamiento.
- 3.8. Al inicio del tratamiento, firmar la "Carta de Aceptación e Inicio de Tratamiento Dental Chile Sonríe".
- 3.9. Al término del tratamiento, firmar la "Carta de Aceptación y Término de Tratamiento Dental Chile Sonríe".
- 3.10. Formular cualquier sugerencia o reclamo por el servicio recibido, directamente al profesional tratante y/o al Servicio de Atención al Cliente de Chile Sonríe, mediante los canales formales (web y telefónico) dispuestos e informados por la Empresa, de manera tal que su situación pueda ser solucionada directamente entre las partes y en forma previa a recurrir otras instancias administrativas o legales.

4. CUARTO. Obligaciones de CTOI Ltda.

- 4.1. Informar de manera completa y precisa el procedimiento establecido en el punto 2 precedente, cualquiera sea la vía de contratación de los servicios (presencial, telefónica o a través de Internet).
- 4.2. Asegurar que el firmante obtenga un adecuado diagnóstico de su situación dental, a través del profesional que le sea asignado.
- 4.3. Otorgar al firmante toda la información que requiera relativa al funcionamiento y especialidad de la clínica en la cual recibirá los servicios dentales, tales como: horario de atención, especialidades, servicios ofrecidos, documentos necesarios y mecanismos de funcionamiento de la clínica, entre otros.
- 4.4. Informar al firmante, a través del odontólogo tratante, sobre su estado de salud bucal, que comprende el diagnóstico integral de las patologías

- bucales presentes, el presupuesto y plan de tratamiento propuesto, así como la necesidad de derivación a otros especialistas, si fuera necesario.
- 4.5. Informar al firmante, a través del odontólogo tratante, sobre el diagnóstico integral de las patologías bucales presentes y explicar su evolución probable en el evento de no recibir atención odontológica.
 - 4.6. Resguardar bajo estricta confidencialidad los datos personales a que hace referencia el literal g) del artículo 2º de la Ley N° 19.628 y que sean suministrados por el paciente al profesional responsable de su tratamiento.
 - 4.7. Proporcionar al firmante, una vez realizada la inscripción, una clave de acceso a Internet, a fin de que éste pueda revisar sus datos y estado de atención.
 - 4.8. Pagar, dentro de un plazo de 45 días a contar desde la fecha de recepción de la solicitud, la devolución del Bono de Diagnóstico a que tenga derecho el firmante.
 - 4.9. Otorgar los descuentos que se indiquen al momento de la venta.
 - 4.10. Responder dentro de 15 días, todo reclamo o sugerencia del firmante.
- 5. QUINTO.** El precio total del servicio otorgado por CTOI LTDA, corresponderá a la suma de:
- a) El valor del Bono de Diagnóstico a la fecha de contratación del servicio, y;
 - b) El valor de la Prestación o Plan Chile Sonríe a la fecha de aceptación del firmante o a la fecha de pago, si este último se hace efectivo después de 15 días de informado el plan propuesto.
 - c) El valor de las prestaciones adicionales, no incluidos expresamente en la Prestación o Plan Chile Sonríe respectivo, informados por el odontólogo y aceptados expresamente por el paciente para su otorgamiento.
- El valor actualizado de los Bonos de Diagnóstico y de las Prestaciones y Planes ChileSonríe estará disponible para el firmante en la página web de ChileSonríe y/o directamente, a través de los ejecutivos del Servicio de Atención al Cliente de la empresa.
- 6. SEXTO.** Una vez terminado el tratamiento y aceptado el documento “Carta de Aceptación de Término de Tratamiento Dental Plan Chile Sonríe” por parte del firmante, CTOI Ltda. a través de su red odontológica y clínicas dentales asociadas, garantizará el tratamiento efectuado, en las siguientes términos y condiciones:
- 6.1. La duración de la garantía es de seis meses, contados desde la firma del término de tratamiento.
 - 6.2. La garantía comprende las acciones necesarias para lograr el Término del Tratamiento Dental del Plan Chile Sonríe correspondiente y será realizado por el profesional de la Red de Odontólogos y Clínicas dentales asociadas a Chile Sonríe que la empresa determine.
 - 6.3. Para hacer efectiva la garantía, el paciente deberá:

- 6.3.1. Haber aceptado y firmado las cartas de Aceptación e Inicio y de Aceptación y Término de Tratamiento, al momento de iniciar y terminar el tratamiento, respectivamente.
- 6.3.2. Cumplir las prescripciones e indicaciones entregadas por el odontólogo tratante.
- 6.3.3. Asistir a control con el odontólogo tratante, al tercer mes de terminado su tratamiento, solicitando oportunamente para ello, una fecha de atención a través del sistema ChileSonríe.
- 6.3.4. Dar el cuidado conveniente a sus piezas dentales y mantener la higiene bucal recomendada por el odontólogo tratante.
- 6.4. La garantía no comprende:
 - 6.4.1. En el caso de prótesis, fracturas ocasionadas por el mal uso.
 - 6.4.2. El daño causado a las piezas dentales por acciones indebidas realizadas con la dentadura, como por ejemplo, abrir botellas con los dientes, masticar elementos duros, hacer fuerza con la dentadura.
 - 6.4.3. Daños ocasionados por la práctica de deportes de alto riesgo o accidentes sufridos por el paciente.
- 6.5. Las materias relativas al otorgamiento de las prestaciones médicas y su calidad expresamente excluidas de los procedimientos de mediación y reclamo de acuerdo al artículo 2º, f) de la Ley del Consumidor y entre ellas, las referidas a la responsabilidad médica derivada de la ejecución y calidad de las prestaciones de salud por parte del profesional médico tratante, se sujetarán a las reglas generales y la jurisdicción de los tribunales ordinarios de justicia.

7. SÉPTIMO. Consentimiento del artículo 4º de la Ley Nº 19.628.

El firmante manifiesta estar de acuerdo y autoriza expresamente a CTOI LTDA y a sus empresas relacionadas del área de la salud, para el almacenamiento y tratamiento de sus datos personales relativos a sus características físicas, hábitos personales, estado de salud físico y psíquico y otros datos sensibles, que resulten necesarios o útiles para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud al firmante, validar las solicitudes de servicio y en general mejorar la labor de información y comercialización de los servicios prestados por la empresa. Los datos entregados a empresas relacionadas en ningún caso serán traspasados a terceros.

Asimismo, declara estar informado y autoriza expresamente el almacenamiento de dichos datos personales y su posible comunicación al público, únicamente cuando ellos se utilicen de forma disociada respecto de su identidad, exclusivamente para fines estadísticos y asegurando el resguardo y confidencialidad de los mismos, especialmente datos como nombre y Rut.

El paciente dispondrá en todo momento de los derechos de información, rectificación y cancelación de los datos personales conforme a la Ley Nº 19.628 sobre protección de datos de carácter personal.

Firma y RUT del Paciente