

COMPROMISO DE LOS USUARIOS

Al recibir los servicios de SERVIUNION, el usuario se compromete a:

1. Consultar y aclarar todas las dudas con el personal antes de tomar planes o servicios.
2. Agendar con antelación todas las citas necesarias en las dependencias de **SERVIUNION**.
3. Asistir a todas las sesiones programadas según lo recomendado por los profesionales de **SERVIUNION**.
4. En caso de emergencia, avisar con **al menos 12 horas** de anticipación para cancelar y reagendar la cita.
5. Toda sesión o clase en la que el paciente no avise su cancelación de hora, con al menos 12 horas de antelación será descontado del número total de sus sesiones. Se podrá agendar hasta 2 veces la misma sesión, luego de ello se tomará como sesión realizada.
6. En el caso de los planes, cuentas hasta con 30 días para agendar tus horas y hacer uso de ellos.
7. Acepto que, si faltó a las sesiones de forma continuada por más de 14 días, mi tratamiento será considerado caducado.
8. Asistir con vestimenta adecuada y en condiciones higiénicas.
9. Quienes tomen clases de entrenamiento, deben estar en condiciones óptimas de salud y declararlo.
10. Respetar los horarios establecidos y ser puntual para las citas y actividades programadas.
11. Comunicar cualquier problema o incidente durante su estadía en la institución.
12. Serviunion no se hace responsable de objetos extraviados y/u olvidados de pacientes/clientes.
13. Acatar las instrucciones y medidas de seguridad establecidas por la institución.
14. Colaborar en las medidas higiénicas y de prevención de infecciones.
15. Se realiza un reajuste anual en los valores de los diferentes servicios prestados.
16. Aceptar y cumplir las políticas y procedimientos internos de la institución.
17. Informarse sobre los servicios y programas disponibles, así como sobre sus derechos y responsabilidades como usuario de la institución.
18. Para hacer uso de los planes o packs de sesiones, **el valor total deberá ser cancelado en su totalidad antes de iniciar el servicio**. No se permitirá el pago sesión a sesión, ni el pago en cuotas. El beneficio del plan está sujeto exclusivamente al pago anticipado completo.



19. En caso de que el usuario no pueda cancelar el monto total del plan o paquete contratado, deberá abonar cada sesión según el **valor unitario del servicio vigente, no aplicando el valor promocional** correspondiente al plan o pack. El beneficio del precio rebajado sólo aplica al pago total anticipado del plan completo.
20. No se realizará devolución de dinero una vez iniciado el tratamiento, **excepto en casos de fuerza mayor debidamente justificados**, que imposibiliten la continuación del mismo. Estas situaciones deberán ser acreditadas mediante **certificados médicos u otros documentos oficiales** que respalden la imposibilidad de continuar.
En caso de que la justificación sea aceptada por la administración, se procederá a la devolución del **80% del monto correspondiente a las sesiones no realizadas**, reteniéndose el 20% restante por concepto de **costos administrativos**.
21. El usuario será informado de la **vigencia del plan contratado** al momento de la compra. Una vez cumplido dicho plazo, **las sesiones no utilizadas serán consideradas vencidas y no serán reembolsadas ni reprogramadas**, salvo casos excepcionales debidamente justificados y evaluados por la administración. Al contratar el plan, el usuario **acepta y asume esta condición**.
22. El usuario **no debe retirarse del recinto sin haber firmado el registro de asistencia** correspondiente a la sesión realizada.
23. El usuario **debe agendar obligatoriamente su próxima sesión antes de retirarse**, con el fin de asegurar la continuidad del tratamiento y la disponibilidad de horarios.
24. No se emitirán informes de tratamientos que **no correspondan al servicio efectivamente contratado y pagado por el usuario**. El informe será elaborado **únicamente en base al servicio adquirido**, e incluirá el detalle correspondiente al **número de sesiones realizadas, monto pagado y descripción de cada sesión**, con el fin de respaldar procesos de reembolso ante terceros, si corresponde.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SERVIUNION

Yo, _____, con Rut _____ - ____ y de _____ años de edad, declaro que he sido informado(a) de manera clara y completa sobre los servicios que recibiré por parte de SERVIUNION, así como de mis derechos y responsabilidades como usuario de la institución. He tenido la oportunidad de consultar y aclarar todas mis dudas con el personal de SERVIUNION, y he recibido explicaciones satisfactorias sobre cualquier aspecto que haya considerado necesario.

Además, declaro que he informado a SERVIUNION sobre cualquier condición de salud relevante que pueda afectar mi tratamiento o participación en las actividades programadas. Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada esta información y comunicar cualquier cambio relevante en mi estado de salud.

Por la presente, manifiesto mi conformidad y consentimiento para recibir los servicios de SERVIUNION, y declaro que accedo a los mismos de manera voluntaria y consciente, aceptando las políticas y procedimientos internos de la institución.

NOMBRE	
RUT	
FECHA	
PLAN CONTRATADO	
INICIO PLAN	
PLAN VIGENTE HASTA	

Firmo la presente declaración en señal de conformidad y consentimiento.

Firma: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO MATERIAL FOTOGRÁFICO Y/O

AUDIOVISUAL

A través del presente, yo _____, RUN _____, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, he autorizado la toma de fotografías y/o material audiovisual por parte de **SERVIUNION**.

Comprendo que dicho material audiovisual será solicitado sólo por funcionarios del área de publicidad, como también profesionales a cargo destinados para tales fines y será utilizado en instancias de desarrollo de contenido para redes sociales y/o actividades externas como muestra del trabajo que se realiza, en donde se velará en todo momento por la confidencialidad de los datos personales, resguardando todos aquellos antecedentes que pudieran comprometer mi identidad o la de quienes allí aparecen, tales como nombres, RUT, direcciones, estados de salud u otros datos relacionados, a no ser que con previa autorización lo permita.

Declaro asimismo estar en conocimiento de que la autorización otorgada no implica compensación económica alguna por el uso de mi imagen y/o voz en los medios antes mencionados, incluyendo publicaciones en redes sociales, materiales publicitarios o cualquier otro tipo de difusión realizada por SERVIUNION.

Con fecha _____ de _____ de _____, declaro haber comprendido el documento y, a través de mi firma, doy la autorización correspondiente.

FIRMA : _____