MODULO DI ATTESTAZIONE MEDICA

Gentile cliente,

RICHIESTA DI INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Siamo spiacenti che tu debba modificare o annullare il volo a causa di una malattia grave o terminale.

Prima di poter valutare il tuo rimborso, abbiamo bisogno di informazioni aggiuntive da parte del tuo medico o del tuo specialista.

COSA DEVI FARE

> Devi stampare il modulo e compilarlo con i seguenti dati:

- Si prega di completare la SEZIONE 1: **INFORMAZIONI SULLA TUA CONDIZIONE - DICHIARAZIONE DEL CLIENTE** (pagina 1) e firmare la dichiarazione. Per i minori di 16 anni di età o in caso di soggetto vulnerabile, un genitore o tutore deve leggere e firmare la presente per loro conto.
- Leggi e firma la SEZIONE 2 del modulo di rimborso **ACCESSO ALLE INFORMAZIONI MEDICHE** (pagina 2). Questo consentirà al mdico o allo specialista di fornire le informazioni mediche necessarie per il rimborso. Per i minori di 16 anni di età o in caso di soggetto vulnerabile, un genitore o tutore deve leggere e firmare la presente per loro conto.
- Quindi, fai compilare la SEZIONE 2 del modulo di richiesta di **ACCESSO ALLE INFORMAZIONI MEDICHE** (pagina 2) al tuo medico o specialista, cosa che consentirà loro di fornire le informazioni mediche necessarie per la richiesta di rimborso. Questo servizio potrebbe essere a pagamento.
- Fai compilare la SEZIONE 3 del modulo di rimborso **INFORMAZIONI SULLA TUA CONDIZIONE - DICHIARAZIONE DEL MEDICO/SPECIALISTA** (pagina 3) al medico o allo specialista.

Che cosa devo fare una volta che il modulo è stato compilato e firmato?

> Una volta compilato il documento, vai al nostro modulo web nella pagina **Contattaci** e completa i seguenti passaggi all'interno del modulo web:

- Fornisci i dati personali e i dettagli del volo nella Sezione 1.
- Seleziona **Malattia grave** dal menu a tendina nella Sezione 2.
- Allega le pagine 1, 2 e 3 del Modulo per la dichiarazione medica compilato (compilato da te e dal tuo medico/specialista) nella Sezione 3.
- Invia la richiesta di rimborso nella Sezione 4.

DATI PERSONALI

easyJet Airline Company ("easyJet" o "noi") raccoglie una quantità limitata di dati personali dell'utente nell'ambito della compilazione del modulo per le malattie gravi, compreso il fatto di essere affetti da una malattia terminale o da una delle malattie gravi elencate. Non raccogliamo altre informazioni mediche specifiche sul suo stato di salute. I dati contenuti nel modulo saranno utilizzati da easyJet esclusivamente per gestire la richiesta di cancellazione del volo per malattia grave. Se stai compilando il Modulo di richiesta per malattia grave/terminale per conto di qualcun altro, assicurati di essere autorizzato a condividere con noi i dati personali del passeggero (incluse le informazioni mediche).

Categorie di dati personali	Base giuridica	Per quanto tempo conserviamo i suoi dati?
Nome e cognome, dati di contatto(tutori e medici), dettagli del volo, la presenza di una malattia grave o terminale. Data di inizio dei sintomi	Consenso esplicito al fine di elaborare la sua richiesta di indennizzo sulla base di una malattia grave o terminale.	Il suo modulo sarà conservato da easyJet per 2 mesi al fine di elaborare la richiesta di rimborso. Lavoriamo con fornitori terzi che forniscono servizi strumentali alla gestione del nostro processo di malattia grave. Tali categorie di soggetti possono avere accesso ai suoi dati personali in paesi al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE). easyJet ha implementato un processo di garanzia nella selezione dei fornitori che tutte le nostre terze parti devono rispettare per poter fornire servizi a easyJet

easyJet è una società registrata in Inghilterra e Galles con numero di registrazione 3034606 e sede legale presso Hangar 89, London Luton Airport, Luton, Bedfordshire, LU2 9PF, Regno Unito. Siamo i "titolari del trattamento" ai sensi delle leggi vigenti sulla protezione dei dati e conserveremo le tue informazioni personali in conformità con la nostra informativa sulla privacy, disponibile all'indirizzo:
https://www.easyJet.com/it/politica/il-nostro-impegno-per-la-privacy

SEZIONE 1:
INFORMAZIONI SULLA TUA CONDIZIONE – DICHIARAZIONE DEL CLIENTE

DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE O DI UN TUTORE SE IL CLIENTE HA MENO DI 16 ANNI DI ETÀ O IN CASO DI SOGGETTO VULNERABILE

Sto compilando questo modulo (seleziona la/e casella/e pertinente/i):

- mio nome ☐
- per conto di un bambino o di una persona fragile ☐

Quando sono iniziati la malattia/il disturbo/i sintomi? Data

Qual è la data del volo che vuoi annullare a causa della malattia? Data

DICHIARAZIONE E FIRMA DEL CLIENTE

Dichiaro che, per quanto a mia conoscenza e convinzione, le informazioni fornite in questo modulo sono veritiere e complete. Sono consapevole che easyJet può intraprendere azioni legali contro chiunque rilasci false dichiarazioni nel presente modulo, confermate da una dichiarazione di veridicità senza buona fede.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi i dati relativi alla salute allo scopo di elaborare la presente richiesta di annullamento del volo per malattia grave secondo le modalità descritte nella sezione “I TUOI DATI PERSONALI”.

Se il cliente ha meno di 16 anni di età e/o è un soggetto fragile, il suo tutore legale deve firmare per suo conto. In qualità di genitore/tutore legale del bambino e/o in caso di soggetto fragile, con la presente confermo di avere la legittima autorità a rappresentare il cliente e autorizzo l’utilizzo dei dati personali del cliente allo scopo di elaborare la presente richiesta di annullamento del volo per malattia grave.

Nome (cliente/tutore)

E-mail

Firma (cliente/tutore)

Data

SEZIONE 2:
ACCESSO ALLE INFORMAZIONI MEDICHE

DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE O DI UN TUTORE SE IL CLIENTE HA MENO DI 16 ANNI DI ETÀ O UN SOGGETTO VULNERABILE

Prima di poter valutare la tua richiesta, il tuo medico/specialista deve compilare la "Sezione medico/specialista" del modulo di richiesta.

Il tuo medico/specialista può compilare il modulo solo se gli fornisci un modulo firmato di "Accesso alle informazioni mediche" (Sezione 2).

Ai sensi dell'Articolo 9, co. 2, let. a) del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), dobbiamo ottenere il tuo consenso per permettere al tuo medico/specialista di fornire le informazioni mediche richieste. Hai il diritto di rifiutare, ma se lo fai, non potremo valutare la tua richiesta.

CONSENSO E FIRMA

Se la richiesta è presentata per conto di una persona fragile o di un minore di età inferiore ai 16 anni, il tutore legale deve firmare in sua vece.

- Ho letto le informazioni di cui sopra e anche ai sensi dell'Articolo 9, co. 2, let. a) del GDPR, . in relazione alla presente richiesta di risarcimento, acconsento che easyJet riceva informazioni mediche da un medico o specialista che abbia avuto in cura me o qualsiasi altra persona interessata.
- Accetto che la copia di questo consenso abbia la stessa validità dell'originale.

Nome (cliente/tutore)

Firma (cliente/tutore)

Data

Dati del medico/specialista

Nome e cognome

Numero di telefono

Indirizzo

SEZIONE 3:

INFORMAZIONI SULLA TUA CONDIZIONE – DICHIARAZIONE DEL MEDICO/SPECIALISTA

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO O DELLO SPECIALISTA

Nome del/la paziente

Data di nascita

> Il/La suo/a paziente ha presentato una richiesta di annullamento del volo a causa di una malattia o di una condizione medica. La preghiamo di rivederne la dichiarazione riportata nella Sezione 1 prima di compilare questo modulo.

IMPORTANTE:

a. **Non** cerchiare o barrare, sottolineare o evidenziare in altro modo lecondizioni nella Tabella delle malattie gravi riportata di seguito.

b. **Non** ci aspettiamo che lei ci fornisca specifiche o dettagli sulla condizione medica diagnosticata al/la suo/a paziente. Si richiede solo la conferma che una delle categorie presenti sia applicabile.

c. Non saremo in grado di valutare la richiesta di risarcimento del/la suo/a paziente se non compila correttamente questo modulo.

Le facciamo presente che non elaboreremo la richiesta di cancellazione del paziente a seguito di eventuali modifiche incomplete o non autorizzate apportate al modulo di Richiesta di rimborso per malattia grave/ terminale.

MODULO DI ATTESTAZIONE MEDICA

easyJet

Categorie di malattia	Data degli ultimi sintomi	Selezionare la/e casella/e pertinenti
1. Malattia terminale	Non pertinente	☐
2. Malattia grave Selezionare questa casella se è valida qualcuna delle condizioni seguenti.		☐
Evento cerebrovascolare (ictus con conseguenti sintomi permanenti).	Avvenuto entro le 4 settimane antecedenti la data del volo	
Infarto miocardico (attacco di cuore).	Avvenuto entro le 4 settimane antecedenti la data del volot	
Malattia mentale instabile per la quale il paziente presenta un rischio di fare del male a se stesso o ad altri (salvo che ciò sia dovuto all'abuso di alcol o droghe).	Non pertinente	
Arresto respiratorio per qualsiasi ragione.	Avvenuto entro i 10 giorni antecedenti la data del volo	
Cancro.	Non pertinente	
Intervento chirurgico d'urgenza che richiede almeno 24 ore di ricovero ospedaliero.	Avvenuto entro le 4 settimane antecedenti la data del volo	
Emergenza ospedaliera che richiede almeno 24 ore di ricovero.	Avvenuto entro le 4 settimane antecedenti la data del volo	
Complicazioni della gravidanza che potrebbero altrimenti portare alla morte della madre o alla perdita del nascituro in assenza di cure mediche urgenti, ad es. forti emorragie, aborto spontaneo, sepsi, distacco della placenta, ecc.	Non pertinente	
3. Nessuna pertinente	Non pertinente	☐
4. Abilitato al volo Per favore selezioni il riquadro corretto		
> Il cliente era / è abilitato al volo		☐
> Il cliente non era / è abilitato al volo		☐

MODULO DI ATTESTAZIONE MEDICA

easyJet

DICHIARAZIONE E FIRMA

(Leggere le seguenti affermazioni e cerchiare le risposte appropriate)

Confermo di essere il medico o lo specialista del paziente.

☐ SÌ ☐ NO

Secondo la mia opinione professionale, a causa delle condizioni del paziente al momento del volo, di cui alla Sezione 1, il/la paziente non sarebbe stato/a idoneo/a o si prevede che non sia ragionevolmente idoneo/a dal punto di vista medico a volare.

☐ SÌ ☐ NO ☐ NON SAPREI

Acconsento che una copia della presente dichiarazione medica sia fornita al paziente.

☐ SÌ ☐ NO

Confermo di aver chiarito quali fatti e argomenti a cui si fa riferimento in questo modulo sono a mia conoscenza e quali no. Confermo la veridicità di quelli a mia conoscenza. I pareri da me espressi rappresentano le mie vere e complete opinioni professionali sugli argomenti a cui si riferiscono. Sono consapevole che easyJet può intraprendere azioni legali contro chiunque rilasci, o induca a rilasciare, una dichiarazione falsa nel presente modulo, confermata da una dichiarazione di veridicità senza buona fede.

☐ SÌ ☐ NO

SCRIVERE IL NOME IN STAMPATELLO

Firma

Nome

Numero di iscrizione all'Ordine dei medici

Data

Timbro o indirizzo dello studio in stampatello

E-mail

Telefono