FORMULARIO DE DECLARACIÓN MÉDICA

Estimado cliente:

SOLICITUD DE MÁS INFORMACIÓN

Lamentamos que necesites cambiar o cancelar tu vuelo debido a una enfermedad grave o terminal.

Antes de que podamos evaluar completamente tu reclamación, necesitaremos que tu médico nos proporcione más información.

QUÉ NECESITAS HACER DESPUÉS

> Debes imprimir el formulario y completarlo con la siguiente información:

- Completa la SECCIÓN 1: **ACERCA DE TU CONDICIÓN - DECLARACIÓN DEL CLIENTE** (página 1) y firma la declaración. Para menores de 16 años o persona vulnerable, un padre o tutor debe leer y firmar esta sección en su nombre.
- Lee y firma la SECCIÓN 2 del formulario de reclamación **ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA** (página 2). Esta explica la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y permitirá que tu médico proporcione la información sanitaria requerida para tu reclamación. Para menores de 16 años o persona vulnerable, un padre o tutor debe leer y firmar esta sección en su nombre.
- A continuación, entrega la SECCIÓN 2 del formulario de reclamación **ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA** (página 2) a tu médico, esto le permitirá proporcionar tu información sanitaria dentro del formulario de reclamación. Es posible que debas pagar a tu médico una tasa por este servicio.
- Entrega la SECCIÓN 3 del formulario de reclamación **ACERCA DE TU CONDICIÓN: DECLARACIÓN MÉDICA** (página 3) a tu médico para que la complete.

¿Qué debo hacer después de completar y firmar el formulario?

> Una vez hayas completado el documento, ve a nuestro formulario web en la página de **Contacto** y rellena los siguientes pasos dentro del formulario web:

- Proporciona tus datos personales y los detalles de tu vuelo en la Sección 1.
- Selecciona **Enfermedad grave** en el menú desplegable de la Sección 2.
- Adjunta las páginas 1, 2 y 3 del Formulario médico cumplimentado (tanto tu parte como la parte de tu médico) dentro de la Sección 3.
- Envía tu reclamación dentro de la Sección 4.

TUS DATOS PERSONALES

easyJet Airline Company Limited (“easyJet” o “nosotros”) recoge una cantidad limitada de datos personales sobre ti como parte de la cumplimentación del formulario de enfermedad grave – incluyendo si padeces una enfermedad terminal o una de las enfermedades graves listadas. No recogemos ninguna otra información médica específica sobre su estado de salud. Los detalles en el formulario serán utilizados por easyJet únicamente para gestionar tu solicitud de cancelación de vuelo por enfermedad grave. Si estás completando el Formulario de reclamación por enfermedad grave/ terminal en nombre de otra persona, asegúrate de estar autorizado para compartir los datos personales del pasajero (incluida la información médica) con nosotros.

Categorías de Datos Personales	Base Legal	¿Durante cuanto tiempo conservaremos tus datos?
Nombres y apellidos, detalles de contacto, detalles del vuelo, el hecho de que una enfermedad grave o terminal está presente y la información sobre el comienzo de la enfermedad, evaluación por el médico de la aptitud médica para volar.	Consentimiento explícito para gestionar tu reclamación en virtud de una enfermedad terminal o grave.	Su formulario será conservado por easyJet durante 2 meses para gestionar su reclamación. Trabajamos con proveedores para apoyar nuestro proceso de reclamaciones por enfermedades graves y ellos pueden tener acceso a sus datos personales fuera del Espacio Económico Europeo (EEE). easyJet cuenta con un proceso de garantía de proveedores que todos ellos deben cumplir como parte de la prestación de servicios a easyJet.

easyJet es una empresa registrada en Inglaterra y Gales con el número de registro 3034606 y con domicilio social en Hangar 89, London Luton Airport, Luton, Bedfordshire LU2 9PF. Somos el "responsable del tratamiento" a efectos de las leyes de protección de datos que se nos aplican. Conservaremos tu información personal y puedes ejercer tus derechos en protección de datos de acuerdo con nuestra política de privacidad, disponible en: **https://www.easyjet.com/es/politica/nuestro-compromiso-de-privacidad**.

FORMULARIO DE DECLARACIÓN MÉDICA

easyJet

SECCIÓN 1 :
ACERCA DE TU CONDICIÓN – DECLARACIÓN DEL CLIENTE

DEBE COMPLETARLO EL CLIENTE O UN TUTOR SI EL CLIENTE ES MENOR DE 16 AÑOS O PERSONA VULNERABLE

Estoy completando este formulario [marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)] :

- En mi nombre ☐
- En nombre de un niño (menor de 16 años) o persona vulnerable ☐

¿Cuándo comenzó la enfermedad, afección o síntomas? Fecha

¿Cuándo es el vuelo que quieres cancelar por enfermedad? Fecha

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL CLIENTE

Declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa. Entiendo que easyJet puede emprender acciones legales contra cualquier persona que haga una declaración falsa en este formulario de manera intencionada.

Autorizo el uso de mis datos personales, incluyendo los datos de salud, con el fin de procesar esta solicitud de cancelación de vuelo por enfermedad grave en la forma detallada en el apartado `**TUS DATOS PERSONALES**´ más arriba.

Si el cliente es menor de 16 años o es un adulto vulnerable, su tutor legal deberá firmar en su nombre. Como padre/tutor legal del niño o del adulto vulnerable, por la presente confirmo que tengo la potestad legal para representar al cliente y autorizar el uso de sus datos personales con el fin de procesar esta solicitud de cancelación de vuelo por enfermedad grave.

Nombre (cliente/tutor)

Correo electrónico

Firma (cliente/tutor)

Fecha

SECCIÓN 2 :
ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA

DEBE COMPLETARLO EL CLIENTE O UN TUTOR SI EL CLIENTE ES MENOR DE 16 AÑOS O PERSONA VULNERABLE

Antes de que podamos evaluar tu reclamación, tu médico debe completar la "sección médica" del formulario de reclamación (Sección 2).

Tu médico solo puede completar el formulario si le proporcionas un formulario de "Acceso a información médica" firmado.

Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, debemos obtener tu consentimiento para que tu médico proporcione la información médica necesaria.

Puedes negarte, pero si lo haces no podremos evaluar tu reclamación ya que necesitamos una prueba de esta.

TU CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Si la reclamación se hace en nombre de una persona vulnerable o de un menor de 16 años, su tutor legal deberá firmar en su nombre.

- He leído la información anterior en relación con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En relación con esta reclamación, doy mi consentimiento para que easyJet reciba información médica de cualquier médico que me haya tratado a mí o a cualquier otra persona pertinente.
- Acepto que la copia de este consentimiento es tan válida como el original.

Nombre (cliente/tutor)	Firma (cliente/tutor)	Fecha

Datos del médico

Nombre completo

Número de teléfono

Dirección

SECCIÓN 3 :

ACERCA DE TU CONDICIÓN: DECLARACIÓN MÉDICA

DEBE COMPLETARLA EL MÉDICO

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

> El paciente ha realizado una reclamación de cancelación de vuelo debido a una enfermedad o afección médica. Se debe revisar su declaración en la Sección 1 antes de completar este formulario.

IMPORTANTE:

a. **No** se debe tachar, hacer círculos alrededor de, subraye o resalte de alguna otra manera las afecciones que figuran en el Listado de enfermedades graves que se incluye a continuación.

b. **No** esperamos que se nos expliquen detalles sobre la afección médica diagnosticada del paciente. Solo necesitamos confirmación de que una de estas categorías es aplicable.

c. No podremos evaluar la reclamación del paciente si este formulario no se completa correctamente.

FORMULARIO DE DECLARACIÓN MÉDICA

easyJet

Categorías de enfermedad	Fecha de los últimos síntomas	Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)
1. Enfermedad terminal	No aplicable	☐
2. Enfermedad seria Marque esta casilla si se aplica alguna de las siguientes afecciones:		☐
Accidente cerebrovascular (apoplejía con consecuencias permanentes).	Ocurrido en las 4 semanas previas a la fecha del vuelo.	
Infarto de miocardio (ataque al corazón).	Ocurrido en las 4 semanas previas a la fecha del vuelo.	
Enfermedad de salud mental inestable en la que el paciente representa un riesgo para sí mismo o para otros (excepto si esto se debe al abuso de alcohol o drogas).	No aplicable	
Paro respiratorio por cualquier motivo.	Ocurrido en los 10 días previos a la fecha del vuelo.	
Cáncer.	No aplicable	
Cirugía de emergencia que requiera al menos 24 horas de hospitalización.	Ocurrido en las 4 semanas previas a la fecha del vuelo.	
Ingreso hospitalario de urgencia que requiere al menos 24 horas de estancia en el hospital.	Ocurrido en las 4 semanas previas a la fecha del vuelo.	
Complicación del embarazo que sin atención médica urgente podría conducir al fallecimiento de la madre o la pérdida del bebé, p. ej., sangrado abundante, aborto espontáneo, sepsis, desprendimiento de la placenta, etc.	No aplicable	
3. Ninguna es aplicable	No aplicable	☐
4. Apto para volar Seleccione la casilla que corresponda		
> El cliente era / es apto para volar		☐
> El cliente no era / no es apto para volar		☐

FORMULARIO DE DECLARACIÓN MÉDICA

easyJet

SU DECLARACIÓN Y FIRMA

(Por favor, lea las siguientes afirmaciones y trace un círculo alrededor de las respuestas apropiadas)

Confirmo que soy el médico del paciente

☐ SÍ ☐ NO

En mi opinión profesional, debido a la afección del paciente en el momento del vuelo mencionado en la sección 1, el paciente no era/es médicamente apto para volar

☐ SÍ ☐ NO ☐ NO LO SÉ

Doy mi consentimiento para que se entregue una copia de esta declaración médica al paciente.

☐ SÍ ☐ NO

Confirmo que he aclarado qué hechos y asuntos a los que se hace referencia en este formulario son de mi conocimiento y cuáles no. Confirmo que los que están dentro de mi propio conocimiento son ciertos. Las opiniones que he expresado representan mis valoraciones profesionales verdaderas y completas sobre los asuntos a los que se refieren. Entiendo que easyJet puede emprender acciones legales contra cualquier persona que haga o provoque una declaración falsa de forma intencionada.

☐ SÍ ☐ NO

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE EN MAYÚSCULAS

Firma

Nombre

Número de registro profesional
(p. ej., GMC en el Reino Unido)

Fecha

Sello de la consulta o direcciónen mayúsculas

Correo electrónico:

Teléfono