

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO MÉDICA

easyJet

Estimado cliente,

PEDIDO DE MAIS INFORMAÇÕES

Lamentamos saber que precisas de mudar ou cancelar o teu voo devido a uma doença grave.

Antes de podermos avaliar totalmente o teu pedido, será necessário que solicites ao teu médico de clínica geral ou profissional médico algumas informações.

O QUE PRECISAS DE FAZER A SEGUIR

- > Deves imprimir o formulário e preenchê-lo com o seguinte:
 - Preenche a SECÇÃO 1: **SOBRE A TUA CONDIÇÃO - DECLARAÇÃO DO CLIENTE** (página 1) e assina a declaração. Para crianças com menos de 18 anos de idade, um pai ou tutor deve ler e assinar isto em seu nome.
 - Lê e assina a SECÇÃO 2 do formulário **CONSENTIMENTO PARA ACESSO A INFORMAÇÕES MÉDICAS** (página 2), que permitirá ao teu médico ou profissional de saúde fornecer, ao abrigo da legislação aplicável, as informações médicas para fundamentar o teu pedido de reembolso. Para crianças com menos de 18 anos de idade, um pai ou tutor deve ler e assinar isto em seu nome.
 - A seguir, entrega a SECÇÃO 2 do formulário de pedido de **ACESSO A INFORMAÇÕES MÉDICAS** (página 2) ao teu médico ou profissional médico, isto permitir-lhe-á fornecer a tua informação médica no formulário de pedido. Poderás ter de pagar uma taxa por este serviço.
 - Entrega a SECÇÃO 3 do formulário de reclamação da **DECLARAÇÃO DO MÉDICO DE CLÍNICA GERAL/PROFISSIONAL MÉDICO - SOBRE O TEU ESTADO** (página 3) ao teu médico ou profissional médico para preencher.

O que preciso de fazer depois de preencher e assinar o formulário?

- > Uma vez preenchido o documento, dirige-te ao nosso formulário web na página **Contacte-nos** e completa os seguintes passos dentro no formulário web:
 - Fornece os teus dados pessoais e os teus dados de voo na Secção 1
 - Seleciona Doença grave no menu suspenso na Secção 2
 - Anexa as páginas 1, 2 e 3 do Formulário Médico preenchido (preenchido por ti e pelo teu Médico de Clínica Geral/Profissional Médico) na Secção 3
 - Submete o teu pedido na Secção 4

O nosso objetivo é responder no prazo de 7 dias após a receção do teu pedido. Nota que poderemos não ser capazes de processar o teu pedido em resultado de quaisquer modificações incompletas ou não autorizadas feitas no formulário.

OS TEUS DADOS PESSOAIS

A easyJet Airline Company Limited ("easyJet" ou "nós"), é uma empresa registada em Inglaterra e no País de Gales com o n.º 3034606 e com sede registada em Hangar 89, London Luton Airport, Luton, Bedfordshire, LU2 9PF. A easyJet é a entidade Responsável pelo Tratamento, para efeitos da legislação aplicável em matéria de proteção de dados pessoais aplicável à easyJet, de acordo com a nossa Política de Privacidade disponível em <https://www.easyJet.com/pt/politica/a-nossa-promessa-de-privacidade>

A easyJet recolhe e trata um número limitado de dados pessoais com a finalidade de dar resposta ao pedido de cancelamento por motivo de doença grave, quer estejas a sofrer de uma doença terminal, ou a tua

situação de saúde se inclua na listagem de doenças graves. Nós não recolhemos nenhuma outra informação específica sobre a tua situação de saúde. O detalhe da informação que consta do formulário será utilizado pela easyJet unicamente para dar resposta ao teu pedido de cancelamento de voo por motivo de doença grave. Se estiveres a preencher o formulário de cancelamento de voo por doença grave/ terminal em nome de outra pessoa, por favor verifica que estás autorizado a partilhar os dados pessoais do passageiro (incluindo, a informação médica) connosco.

Categorias de dados pessoais	Fundamento legal	Durante quanto tempo conservamos os teus dados?
Nomes, apelidos e dados de contacto, detalhes do voo, a ocorrência de uma doença grave ou terminal e informações sobre o início da doença, avaliação de aptidão médica para voar emitida pelo médico de clínica geral ou profissional médico.	Consentimento explícito para dar resposta ao teu pedido de reembolso por motivo de doença grave ou terminal.	O teu formulário será mantido pela easyJet por um prazo de 2 meses para processarmos o teu pedido. Trabalhamos com prestadores de serviços externos que nos ajudam a dar resposta ao teu pedido de reembolso, pelo que eles poderão ter acesso aos teus dados pessoais fora do Espaço Económico Europeu. A easyJet assegura que todos os seus fornecedores cumprem o estipulado nos termos do acordo dos serviços prestados.

De acordo com o GDPR, tens o direito de (i) ser informado sobre a recolha e uso dos teus dados pessoais; (ii) aceder e solicitar cópias dos teus dados pessoais; (iii) retificar informações pessoais imprecisas ou desatualizadas a serem atualizadas ou corrigidos; (iv) ser esquecido/Direito ao apagamento solicitando que os teus dados pessoais sejam apagados. No entanto, este não é um direito absoluto e pode estar sujeito a limitações legais; (v) à portabilidade de dados solicitando que os teus dados sejam transferidos para outro Responsável pelo tratamento; (vi) limitar o tratamento solicitando a supressão dos teus dados pessoais; (vii) retirar o consentimento anteriormente dado para tratar os teus dados pessoais; (viii) opores-te ao tratamento dos teus dados pessoais; (ix) opores-te a decisões de tratamento automatizado realizadas com os teus dados exclusivamente com base na tomada de decisão automatizada ou na criação de perfis.

Se mesmo assim não ficares satisfeito com a forma como usamos os teus dados pessoais e achares que não está em conformidade com as leis de proteção de dados, tens o direito de apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

SECÇÃO 1: SOBRE A TUA CONDIÇÃO – DECLARAÇÃO DO CLIENTE

A SER PREENCHIDA PELO CLIENTE OU POR UM TUTOR SE O CLIENTE TIVER MENOS DE 18 ANOS DE IDADE

Estou a preencher este formulário (assinala a(s) caixa(s) aplicável(eis):

- > em meu nome ☐
- > em nome de uma criança ou de uma pessoa vulnerável ☐

Quando começou a doença ou condição ou sintomas?

Datum

Quando é o voo que queres cancelar devido a doença?

Datum

DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO CLIENTE

Declaro que, tanto quanto é do meu conhecimento e convicção, as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e completas. Compreendo que a easyJet pode tomar medidas legais contra qualquer pessoa que faça uma falsa declaração neste formulário verificado por uma declaração de verdade sem acreditar ser verdade.

Consinto a utilização dos meus dados pessoais, nos quais se incluem os meus dados de saúde, exclusivamente para efeitos de processamento deste pedido de cancelamento de voo por doença grave.

Em especial, autorizo o meu médico de clínica geral / profissional de saúde, a preencher a meu pedido, a Secção 3 do presente formulário, para exclusivamente:

- ☐ indicar qual das doenças graves, de entre as doenças que constam da listagem da Matriz de doenças graves da easyJet, me impediu de voar;
- ☐ indicar qual a data de início dos meus sintomas, relacionadas com a doença grave;
- ☐ indicar, na sua opinião profissional, e considerando o meu estado de saúde, se eu estaria em condições de voar/ não se esperaria razoavelmente que estivesse em condições de voar, no voo indicado na Secção 1.

Caso, em cumprimento da legislação em vigor, o médico entender que eu não devo ter acesso a tal informação médica, a) por poder prejudicar gravemente a minha saúde física ou mental, ou a de outros, b) poder ser indicativo de quais as intenções do médico em relação ao meu estado de saúde, e ainda, c) se for suscetível de revelar informações sobre outra pessoa, o médico poderá enviar diretamente à easyJet, sem que eu tenha conhecimento do teor da comunicação, para efeitos de avaliação do pedido de reembolso por cancelamento devido a doença grave, qual a doença grave que padeço, de entre a listagem das doenças que integram a Matriz de doenças graves da easyJet constante da Secção 3:

- ☐ indicar qual das doenças graves, de entre as doenças que constam da listagem da Matriz de doenças graves da easyJet, me impediu de voar;
- ☐ indicar qual a data de início dos meus sintomas, relacionadas com a doença grave;

Se o cliente tiver menos de 18 anos e/ou for um adulto vulnerável, o seu tutor legal deve assinar em seu nome. Na qualidade de pai/tutor da criança e/ou adulto vulnerável, confirmo que tenho autoridade legal para representar o cliente, e autorizo a utilização dos dados pessoais do cliente para efeitos de processamento deste pedido de cancelamento de voo por doença grave.

Nome (Cliente/Tutor)

Assinatura (Cliente/Tutor)

Data

----------------------	----------------------	----------------------

E-mail

SECÇÃO 2 : ACESSO A INFORMAÇÃO MÉDICA

A SER PREENCHIDA PELO CLIENTE OU POR UM TUTOR SE O CLIENTE TIVER MENOS DE 18 ANOS DE IDADE

Antes de podermos avaliar o teu pedido de reembolso, o teu médico de clínica geral / profissional de saúde deve preencher a "Declaração do médico de clínica geral / profissional de saúde" do formulário de pedido.

O teu médico de clínica geral/ profissional de saúde apenas poderá preencher o formulário se tu lhe forneceres o formulário (Secção 2) "Consentimento para acesso a informação médica" assinado.

De acordo com a legislação em vigor, temos de obter o teu consentimento para que o teu médico de clínica geral/ profissional de saúde, forneça as informações médicas necessárias. Tens o direito de recusar, mas se o fizeres, não poderemos avaliar o teu pedido de cancelamento.

O teu médico de clínica geral / profissional de saúde poderá, por razões médicas ou deontológicas previstas na lei, preferir enviar-nos diretamente o formulário da Secção 3 preenchido, se entender que não deves ter acesso à informação médica, porque:

- o conhecimento da informação contida no formulário pode prejudicar seriamente a tua saúde física ou mental, ou a de outros;
- indica as intenções do médico de clínica geral ou do profissional médico em relação a ti;
- revela informações sobre outra pessoa, ou a identidade de alguém que tenha dado informações sobre ti (a menos que essa pessoa consinta ou seja um profissional de saúde envolvido no teu cuidado)

O TEU CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Se o pedido for efetuado em nome de uma pessoa vulnerável ou de uma criança com menos de 18 anos de idade, o seu tutor legal deve assinar em seu nome.

- > Li a informação acima em relação à legislação que regulamenta o acesso e tratamento da informação médica. Em relação a este pedido, autorizo que a easyJet trate os meus dados pessoais constantes de relatórios médicos emitidos por um médico de clínica geral, ou outro profissional médico, exclusivamente para a finalidade de avaliação e processamento de pedido de reembolso de voo por motivo de doença grave.
- > Concordo que uma cópia deste consentimento é tão válida como o original.

Nome (Cliente/Tutor)

Assinatura (Cliente/Tutor)

Data

--	--	--

Dados do médico de clínica geral / profissional médico

Nome completo

Endereço

Número de telefone

SECÇÃO 3:**SOBRE A TUA CONDIÇÃO – DECLARAÇÃO DO MÉDICO DE CLÍNICA GERAL / PROFISSIONAL MÉDICO****A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO DE CLÍNICA GERAL / PROFISSIONAL MÉDICO**

Nome do paciente

Data de nascimento

- > O seu paciente fez um pedido de cancelamento de voo devido a doença ou condição médica. Reveja a sua declaração na Secção 1 antes de preencher este formulário.

IMPORTANTE:

- a. **Não** faça círculos nem risque as condições da Matriz de Doenças Graves abaixo
- b. **Não** esperamos que nos diga pormenores ou detalhes específicos sobre a condição médica diagnosticada ao seu paciente
- c. Não poderemos avaliar a reclamação do seu paciente se não preencher corretamente este formulário

Tenha presente que não processaremos o pedido de cancelamento do paciente como resultado de quaisquer modificações incompletas ou não autorizadas feitas no formulário de Pedido de Indemnização por Doença Grave / Terminal.

Categorias de doenças	Data dos últimos sintomas	Assinale a(s) caixa(s) aplicável(eis)
1. Doença terminal	Não aplicável	☐
2. Doença grave Assinale esta caixa se alguma das condições abaixo se aplicar		☐
Acidente vascular cerebral (AVC que resulta em sintomas permanentes).	Ocorrido no prazo de 4 semanas antes da data do voo	
Enfarte do miocárdio (ataque cardíaco).	Ocorrido no prazo de 4 semanas antes da data do voo	
Doença mental instável em que o paciente representa um risco de dano para si próprio ou para os outros (exceto se tal se dever ao uso indevido de álcool ou drogas).	Não aplicável	
Paragem respiratória por qualquer razão.	Ocorrida no prazo de 10 dias antes da data do voo	
Cancro.	Não aplicável	
Cirurgia de emergência que requer pelo menos 24 horas de internamento hospitalar.	Ocorrida no prazo de 4 semanas antes da data do voo	
Internamento hospitalar de emergência, que requer pelo menos 24 horas de estadia no hospital.	Ocorrida no prazo de 4 semanas antes da data do voo	
Complicação da gravidez que de outra forma poderia levar à morte da mãe ou à perda da gravidez sem cuidados médicos urgentes, por exemplo, hemorragia intensa, aborto espontâneo, septicemia, rutura prematura da placenta, etc.	Não aplicável	
3. Nenhuma aplicável	Não aplicável	☐
4. Apto para voar Por favor assinale a opção que se aplica		
> O Cliente estava / está apto a voar		☐
> O Cliente não estava / não está apto a voar		☐

A SUA DECLARAÇÃO E ASSINATURA

(Leia as seguintes declarações e faça um círculo à volta das respostas apropriadas)

Confirmo que sou o médico de clínica geral ou o profissional médico do paciente

☐ SIM ☐ NÃO

Na minha opinião profissional, devido ao estado do paciente no momento do voo indicado na secção 1, o paciente não teria estado / não se espera razoavelmente que esteja em condições de voar

☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO POSSO DECLARAR

Autorizo que seja entregue uma cópia desta declaração médica ao paciente

☐ SIM ☐ NÃO

Confirmo que deixei claro quais os factos e assuntos referidos neste formulário que são do meu conhecimento pessoal e quais não são. Aqueles que são do meu conhecimento pessoal, confirmo que são verdadeiros. As opiniões que expressei representam as minhas opiniões profissionais verdadeiras e completas sobre os assuntos a que se referem. Compreendo que a easyJet pode tomar medidas legais contra qualquer pessoa que faça uma falsa declaração neste formulário verificado por uma declaração de verdade sem acreditar na verdade da mesma.

☐ SIM ☐ NÃO

ESCREVA O SEU NOME EM MAIÚSCULAS

Assinatura

Nome

Nº de Cédula profissional

Data

Utilize carimbo ou escreva em maiúsculas

E-mail

Telefone