

FORMULAIRE DE DÉCLARATION MÉDICALE

Cher/Chère client(e),

DEMANDE D'INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Nous sommes désolés d'apprendre que vous devez modifier ou annuler votre vol en raison d'une maladie grave.

Afin de pouvoir évaluer pleinement votre demande, nous avons besoin que votre médecin généraliste ou médecin traitant vous fournisse certaines informations médicales pour ce formulaire.

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE A PRESENT

- Nous vous invitons à imprimer le formulaire et à le compléter en indiquant les éléments suivants :
 - Veuillez remplir la SECTION 1 : **À PROPOS DE VOTRE PATHOLOGIE - DÉCLARATION DU CLIENT** (page 1) et signer la déclaration. Pour les mineurs de moins de 18 ans ou les personnes vulnérables, un parent ou un tuteur légal doit lire et signer ce document en leur nom.
 - Lisez et signez la SECTION 2 du formulaire de demande **ACCÈS AUX INFORMATIONS MÉDICALES** (Page 2). , Cela vous permettra d'obtenir de votre docteur ou votre médecin traitant les informations médicales nécessaires à votre demande. Pour les mineurs de moins de 18 ans ou les personnes vulnérables, un parent ou un tuteur légal doit lire et signer ce document en leur nom.
 - Ensuite, veuillez remettre la SECTION 2 du formulaire de demande **ACCÈS AUX INFORMATIONS MÉDICALES** (page 2) à votre docteur ou à votre médecin traitant, afin de lui demander communication de vos informations médicales dans le formulaire de demande. Vous pourriez être amené à payer des honoraires pour ce service.
 - Remettez la SECTION 3 du formulaire de demande **À PROPOS DE VOTRE PATHOLOGIE - DÉCLARATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE/MÉDECIN TRAITANT** (page 3) à votre docteur ou médecin traitant pour qu'il la remplisse.

Que dois-je faire après avoir rempli et signé le formulaire ?

Une fois que vous aurez rempli le document, veuillez-vous rendre sur notre formulaire en ligne à la page [Nous contacter](#) et suivre les étapes suivantes sur le formulaire en ligne :

- Indiquez vos données personnelles et les détails de votre vol dans la Section 1
- Sélectionnez **Maladie grave** dans le menu déroulant de la Section 2
- Joignez les pages 1, 2 et 3 du Formulaire Médical rempli (par vous-même et votre médecin généraliste/médecin traitant) à la Section 3
- Soumettez votre demande à la Section 4

VOS DONNÉES PERSONNELLES

La compagnie aérienne EasyJet (« EasyJet » ou « nous ») recueille un nombre restreint de données personnelles vous concernant dans le cadre du remplissage du formulaire de déclaration de maladie grave - notamment si vous souffrez d'une maladie en phase terminale ou de l'une des maladies graves énumérées. Nous ne recueillons pas d'autres informations médicales spécifiques sur votre état de santé. Les informations figurant sur le formulaire seront utilisées par easyJet Airline Company (« easyJet » ou « nous ») aux seules fins de traiter votre demande d'annulation de vol pour maladie grave. Si vous remplissez le formulaire de demande de remboursement pour maladie grave / terminale au nom d'un tiers, veuillez-vous assurer que vous êtes autorisé à partager avec nous les données personnelles du passager (y compris les informations médicales).

Catégories de données personnelles	Base légale	Combien de temps conservons-nous vos données ?
Noms et prénoms et coordonnées (Tuteurs et Médecins), détails du vol , Le fait que vous souffriez d'une maladie grave ou terminale, Date de début des symptômes	Consentement explicite afin de traiter votre demande sur la base d'une maladie terminale ou grave.	Votre formulaire sera conservé par easyJet pendant 2 mois afin de traiter votre demande. Nous travaillons avec des prestataires tiers pour soutenir notre processus de traitement des maladies graves et ils peuvent avoir accès à vos données personnelles en dehors de l'Espace Economique Européen (EEE). easyJet dispose d'un processus de garantie des prestataires auquel tous nos prestataires tiers doivent se conformer dans le cadre de la fourniture de services à easyJet.

EasyJet est une société immatriculée en Angleterre et au Pays de Galles sous le numéro 3034606, dont le siège social est situé au Hangar 89, London Luton Airport, Luton, Bedfordshire, LU2 9PF. Nous sommes le « responsable du traitement » conformément aux lois sur la protection des données qui s'appliquent à nous et nous détiendrons des données personnelles conformément à notre [politique de confidentialité, disponible sur :https://www.easyjet.com/fr/politique/notre-promesse-de-confidentialite](https://www.easyjet.com/fr/politique/notre-promesse-de-confidentialite).

[Vous pouvez déposer une réclamation auprès des autorités de contrôle, et notamment de la CNIL via le site de la CNIL \(https://www.cnil.fr/fr/plaintes\)](https://www.cnil.fr/fr/plaintes) ou par courrier au 3 Place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

SECTION 1 : À PROPOS DE VOTRE PATHOLOGIE – DÉCLARATION DU CLIENT

À REMPLIR PAR LE CLIENT OU UN TUTEUR LÉGAL SI LE CLIENT A MOINS DE 18 ANS OU EST UNE PERSONNE VULNERABLE

Je remplis ce formulaire (cochez la ou les cases correspondantes) :

- En mon nom
- Au nom d'un enfant ou d'une personne vulnérable

Quand la maladie, la pathologie ou les symptômes sont-ils apparus ?

Date

Quand est prévu le vol que vous souhaitez annuler pour cause de maladie ?

Date

DÉCLARATION ET SIGNATURE DU CLIENT

Je déclare qu'à ma connaissance, les informations communiquées dans ce formulaire sont correctes et complètes. Je comprends qu'easyJet peut engager des poursuites judiciaires à l'encontre de toute personne faisant une fausse déclaration dans ce formulaire, ou réalisant une déclaration sur l'honneur sans conviction de sa véracité.

J'autorise expressément l'utilisation de mes données personnelles, y compris les données relatives à la santé, dans le but de traiter cette demande d'annulation de vol pour maladie grave, de la manière décrite ci-dessus dans la rubrique '**VOS DONNÉES PERSONNELLES**'.

Si le client est âgé de moins de 18 ans et/ou un adulte vulnérable, son tuteur légal doit signer en son nom. En tant que parent/tuteur légal de l'enfant et/ou de l'adulte vulnérable, je confirme par la présente que j'ai l'autorité légale pour représenter le client, et j'autorise l'utilisation des données personnelles du client dans le but de traiter cette demande d'annulation de vol pour maladie grave.

Toutes les données personnelles et médicales seront utilisées par easyJet Airline Company Limited (« easyJet » ou « nous ») pour traiter votre demande d'annulation de vol pour maladie grave conformément à la législation de protection des données applicable, en ce compris le Règlement général sur la protection des données (UE) 2016/679 et la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Si vous remplissez le formulaire de demande de remboursement pour maladie grave / terminale au nom de quelqu'un d'autre, veuillez vous assurer que vous êtes autorisé à partager avec nous les données personnelles du passager (y compris les informations médicales).

Pour plus d'informations sur la façon dont nous traitons vos données personnelles, veuillez consulter notre Politique de confidentialité disponible sur : <https://www.easyjet.com/fr/politique/notre-promesse-de-confidentialite>.

Prénom et Nom (Client/Tuteur
légal)

Signature (Client/Tuteur légal)

Date

--	--	--

Adresse e-mail

--

SECTION 2 : ACCÈS AUX INFORMATIONS MÉDICALES

À REMPLIR PAR LE CLIENT OU UN TUTEUR LÉgal SI LE CLIENT A MOINS DE 18 ANS OU UNE PERSONNE VULNERABLE

Pour que nous puissions évaluer votre demande, votre médecin généraliste / médecin traitant doit remplir la section « médecin généraliste / médecin traitant » du formulaire de demande.

Votre médecin généraliste / médecin traitant ne peut remplir le formulaire que si vous lui fournissez un formulaire « Accès aux informations médicales » signé (Section 2).

En vertu de la loi de 4 mars 2002 n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, vous êtes autorisés à accéder à vos informations médicales et à nous nous transmettre les informations demandées. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces informations, nous ne serons pas en mesure de traiter votre demande.

VOTRE CONSENTEMENT ET SIGNATURE

Si la demande est faite au nom d'une personne vulnérable ou d'un enfant de moins de 18 ans, son tuteur légal doit signer en son nom.

- J'ai lu les informations ci-dessus relatives à la loi du 4 mars 2002 n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Dans le cadre de cette demande, je souhaite recevoir des informations médicales de la part de tout médecin généraliste ou praticien m'ayant traité ou de toute autre personne concernée.
- J'accepte que la copie de ce consentement soit aussi valable que l'original.

Prénom et Nom (Client/Tuteur
légal)

Signature (Client/Tuteur légal)

Date

--	--	--

Coordonnées du médecin généraliste / médecin traitant

Prénom et
Nom

--

Numéro de téléphone

--

Adresse

--

SECTION 3 : À PROPOS DE VOTRE PATHOLOGIE – DÉCLARATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE/MÉDECIN TRAITANT

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE/MÉDECIN TRAITANT

Prénom et Nom du patient

Date de naissance

J'ai fait une demande d'annulation de vol pour cause de maladie ou de pathologie. Veuillez vérifier ma déclaration dans la section 1 avant de remplir ce formulaire.

IMPORTANT :

- Veillez **ne pas** entourer, rayer, surligner ou mettre en évidence de quelque manière que ce soit les conditions dans la grille des maladies graves ci-dessous et vous borner à cocher la case appropriée dans la colonne de droite
- Le destinataire de ce formulaire **n'attend pas** que vous donniez des précisions ou détails sur mon état de santé. Il vous est uniquement demandé de confirmer que l'une des présentes catégories est applicable.
- Le destinataire de ce formulaire ne sera pas en mesure d'évaluer votre demande si vous ne remplissez pas correctement ce formulaire.

Catégories de maladies	Date des derniers symptômes	Cochez la ou les cases correspondante(s)
1. Maladie terminale	Sans objet	<input type="checkbox"/>
2. Maladie grave Veillez cocher cette case si l'une des conditions suivantes s'applique		<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (accident vasculaire cérébral entraînant des symptômes permanents).	Survenu dans les 4 semaines précédant la date du vol	
Infarctus du myocarde (crise cardiaque).	Survenu dans les 4 semaines précédant la date du vol	
Maladie mentale dans laquelle le patient présente un risque de préjudice pour lui-même ou pour autrui (sauf si cela est dû à l'abus d'alcool ou de drogues).	Sans objet	
Arrêt respiratoire pour quelque raison que ce soit.	Survenu dans les 10 semaines	

	précédant la date du vol	
Cancer	Sans objet	
Chirurgie d'urgence nécessitant une hospitalisation d'au moins 24 heures.	Survenu dans les 4 semaines précédant la date du vol	
Hospitalisation d'urgence nécessitant un séjour d'au moins 24 heures à l'hôpital.	Survenu dans les 4 semaines précédant la date du vol	
Complication de la grossesse pouvant entraîner le décès de la mère ou la perte de la grossesse en l'absence de soins médicaux urgents, par exemple, saignement abondant, fausse couche, septicémie, décollement placentaire, etc.	Sans objet	
3. Aucun ne s'applique	Sans objet	<input type="checkbox"/>
4. Apte à voyager		
Veuillez sélectionner la case qui s'applique		
<ul style="list-style-type: none"> • Le client était / est apte à voyager • Le client n'était pas / n'est pas apte à voyager 		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VOTRE DÉCLARATION ET VOTRE SIGNATURE

(Veuillez lire les déclarations suivantes et entourer les réponses appropriées)

Je confirme que je suis le médecin généraliste ou médecin traitant du patient

OUI NON

Je suis d'avis qu'en raison de l'état du patient au moment du vol mentionné à la section 1, le patient n'aurait pas été / n'est pas raisonnablement médicalement apte à prendre l'avion

OUI NON JE NE PEUX PAS L'AFFIRMER

Je confirme que j'ai clairement indiqué dans le présent formulaire les faits et informations dont j'ai connaissance et ceux dont je n'ai pas connaissance. Je confirme la véracité des faits et des informations dont j'ai connaissance. Les avis que j'ai exprimés représentent mon opinion professionnelle réelle et complète sur les sujets auxquels ils se réfèrent. Je comprends qu'easyJet peut engager des poursuites judiciaires à l'encontre de toute personne faisant, ou faisant faire, une fausse déclaration dans ce formulaire, ou réalisant une déclaration sur l'honneur sans conviction de sa véracité.

OUI NON

Je consens au traitement de mes données personnelles comme indiqué dans "VOS DONNÉES PERSONNELLES".

OUI

NON

VEUILLEZ ÉCRIRE VOTRE NOM EN MAJUSCULES

Signature

Prénom et Nom

RPPS ou numéro d'immatriculation professionnelle

Date

Cachet ou adresse du cabinet médical en majuscules

Adresse e-mail :

Téléphone