

Términos y Condiciones.

I. En qué consiste

Medical Care Assistance, implementa el "Programa Asistencia Pacientes" o "PAP", en adelante el "Programa", el cual tiene por objeto ayudar a los pacientes en el cumplimiento del tratamiento recetado por su médico tratante (en adelante el "Beneficiario") y entregar, cuando sea posible técnicamente, información relevante para su cuidado.

II. Condiciones

Para obtener los beneficios del Programa, el Beneficiario o quien lo represente, deberá cumplir las siguientes condiciones o requisitos:

- (a) Ser mayor de edad. En caso de menores de 18 años o no autovalentes, el trámite deberá efectuarlo un apoderado legalmente autorizado.
- (b) Inscribirse en el Programa, completando para ello con los datos solicitados en el formulario de inscripción, de acuerdo a lo señalado en el numeral III de estas Bases.

III. Inscripción al Programa

Para hacer uso del Programa, el Beneficiario deberá inscribirse en el mismo, completando el formulario, respondiendo presencialmente o por teléfono, las preguntas.

IV. Límites y requerimientos

El programa y los beneficios gestionados por él, en la forma que sea (tarjetas del programa, etc.), no funcionarán correctamente por mal uso del beneficiario.

V. Vigencia

El Programa se mantendrá vigente a partir de esta fecha y hasta que Medical Care Assistance de aviso de término del Programa, a través de uno o varios de los siguientes medios: envío de correo electrónico o publicaciones en diversos medios de prensa digital o impresa. Para efectos de lo anterior, se deja constancia que Medical Care Assistance podrá modificar o poner término al Programa en cualquier momento, en forma unilateral, sin necesidad de indicar ni justificar causa alguna y sin ningún tipo de responsabilidad ulterior. Asimismo, el Beneficiario podrá, en cualquier momento, retirarse del Programa mediante comunicación dirigida a correo del programa o número telefónico.

VI. Aceptación

La participación en el Programa implica el conocimiento y la aceptación de estas condiciones. Cualquier incumplimiento a estas o a los procedimientos o sistemas establecidos por Medical Care Assistance para la participación en este Programa, implicará la inmediata exclusión del Programa.

VII. Limitación de la responsabilidad

El beneficiario del Programa acepta, y entiende que Medical Care Assistance, sus asociados, filiales y empresas prestadoras de servicios, no se responsabilizan por el mal uso de los datos que pudieran leerse, en tanto que estos son ingresados bajo acuerdo y en pleno conocimiento del Beneficiario o su representante en la ficha. Asimismo, entiende que no se harán responsables por la pérdida, robo o hurto de la tarjeta del programa, ni se hará cargo de la vulneración de los accesos informáticos por parte de terceros a nuestros servidores y, por ende, no se hará cargo, hasta donde la ley lo permita, por la pérdida o mal uso de la información.

VIII. Tratamiento de la información

Medical Care Assistance, sus filiales o empresas relacionadas (en adelante "Medical Care Assistance") no venden, arriendan, comunican ni transmiten datos personales de sus Beneficiarios a terceros no vinculados con sus labores. Los datos personales que en este acto usted entrega voluntariamente al Programa, que pueden contener datos sensibles, o aquellos que entregue en el futuro al Programa, serán utilizados de acuerdo a lo establecido en el artículo cuarto y demás disposiciones de la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada, permitiéndose expresamente su disociación o anonimización. Su tratamiento, por parte del Programa, en sus diferentes productos y servicios, será para procesar las solicitudes y requerimientos del Beneficiario, entender su comportamiento, preferencias y asignar beneficios y podrá efectuarse dentro o fuera de Chile.

Yo.....
RUT. N°....., como Beneficiario o su representante del paciente
....., acepto estos términos y condiciones del uso del Programa de pacientes solicito por tanto ser incorporado al Programa y recibir los beneficios que comprende.

fecha:

Firma: