

## TÉRMINOS Y CONDICIONES

I. En qué consiste: Laboratorios Seqirus S.A. por intermedio de Medical Care Assistance S.A., implementa el Programa de soporte tu plan antigripe en adelante el “Programa”, el cual tiene por objeto de brindar información sobre:

- Recibir mayor información sobre gripe
- Consulta sobre las marcas disponibles de vacunas de gripe
- Consultas generales relacionadas a la vacunación (quienes se tienen que vacunar, esquema de vacunación, que tipos de vacunas existen en el mercado, cuando es recomendable vacunarse)
- Consultas relacionadas a Seqirus

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 por teléfono, las preguntas.

IV. Límites y requerimientos El programa y los beneficios gestionados no funcionarán correctamente por mal uso del beneficiario.

V. Vigencia El Programa se mantendrá vigente a partir de esta fecha y hasta que Laboratorios Seqirus S.A. por intermedio de Medical Care Assistance S.A. 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 Laboratorios Seqirus S.A. por intermedio de Medical Care Assistance S.A. 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 Laboratorios Seqirus S.A. por intermedio Medical Care Assistance S.A. 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 Laboratorios Seqirus S.A.; Medical Care Assistance S.A., sus asociados, filiales y empresas

prestadoras de servicios, no se responsabilizan por la pérdida, robo o hurto de la tarjeta del programa o por la pérdida o mal uso de la información brindada.

VIII. Tratamiento de la información Laboratorios Seqirus S.A.; Medical Care Assistance S.A., sus filiales o empresas relacionadas 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 la Ley 25.326.

Le remitimos este Consentimiento Informado porque LABORATORIOS SEQIRUS S.A., con domicilio en Fray Justo Sarmiento 2350, Olivos (1636), provincia de Buenos Aires, tratando información sobre usted que constituye «datos personales».

LABORATORIOS SEQIRUS S.A. considera que la protección de sus datos personales y su privacidad es un asunto de máxima importancia, siendo responsable del tratamiento de sus datos personales, ya que decide por qué y cómo se tratan, por lo que actúa en calidad de «controlador», y lo hace en el siguiente contexto:

1. Para gestionar los servicios brindados por el Programa de soporte a individuos.

Datos personales específicos que se recopilarán: con este objetivo, recopilamos algunos datos personales generales sobre usted como su nombre y datos de contacto, pero también requeriremos los siguientes datos personales específicos sobre usted:

- Nombre y apellido
- D.N.I
- Correo Electrónico
- Código Postal
- Apellido
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Teléfono

2. Propósitos específicos para los que necesitamos sus datos personales

Utilizaremos la información recopilada con los siguientes fines específicos:

Brindarle los distintos servicios del Programa de soporte “tu plan antigripe” contactarlo a usted para proporcionarle información adicional sobre gripe, vacunas de gripe, información del laboratorio.

También LABORATORIOS SEQIRUS S.A. podría utilizar la información recolectada, luego de disociarla de su identidad, para realizar investigaciones científicas, permitiendo comprender mejor la enfermedad y el mecanismo de acción de las vacunas.,

Debe saber que no se le requerirá para este propósito datos adicionales, se utilizarán los ya recopilados en el marco del servicio brindado por el Programa de Soporte tu Plan antigripe.

Sus datos serán guardados mientras dure el programa, en caso de haber recibido servicios del mismo. De todos modos, los datos podrán ser guardados por un mayor plazo de tiempo si alguna norma vigente aplicable al sector de Farmacovigilancia nos lo exige.

3. Carácter obligatorio o discrecional del suministro de los datos y las consecuencias de suministrarlo, de negarse a proporcionar dichos datos o de su inexactitud.

El suministro de sus datos personales es opcional, pero la negativa a proporcionarlos o la inexactitud de los mismos, impedirá brindarle los servicios del programa.

Asimismo, debe comprender que cualquier información falsa o inexacta que proporcione podría causar daños a su persona, a LABORATORIOS SEQIRUS S.A. y/o a terceros, y/o perjudicar la calidad de los servicios del programa.

Terceros específicos con los que compartiremos sus datos personales

4. Compartiremos sus datos personales con los siguientes terceros:
  - a. La empresa contratada por LABORATORIOS SEQIRUS S.A. para gestionar el Programa de soporte “tu plan antigripe”.
  - b. Personas de las profesiones médica, de enfermería, farmacéutica y sanitaria dependientes o contratadas por LABORATORIOS SEQIRUS S.A. relacionadas con la provisión de los servicios del Programa tu plan antigripe.
  - c. Medical Care Assistance y Seqirus
5. Derechos

Puede ejercer los derechos siguientes en las condiciones y los límites estipulados por ley:

- a. El derecho de acceso a sus datos personales tal como los tratamos y, si cree que alguna información relativa a usted es incorrecta, obsoleta o incompleta, el derecho de rectificación o actualización.
- b. El derecho a solicitar la eliminación de sus datos personales.

#### 6. Punto de contacto específico

Si tiene alguna duda relativa al tratamiento de sus datos personales, póngase en contacto con el responsable de protección de datos [Gonzalo.pereira@seqirus.com](mailto:Gonzalo.pereira@seqirus.com), [vero.burs@seqirus.com](mailto:vero.burs@seqirus.com) .

La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N°25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

Acepto el Aviso de Privacidad del Programa de soporte “Tu plan antigripe”

- *Recuerde consultar con su médico de cabecera quien podrá brindarle la mejor orientación sobre cómo y dónde vacunarse. Este programa es un sitio informativo destinado a la prevención de gripe y a brindar conocimiento sobre la enfermedad y como prevenirla....*

[CASILLERO PARA REGISTRAR EL CONSENTIMIENTO (EL TIC)]