



FECHA

dd/mm/aaaa

WEB

www.axa.es

ATENCIÓN AL CLIENTE

900 90 90 14 / 91 807 00 55

Consentimiento de gestión

Don/Doña, mayor de edad con D.N.I

Autoriza:

Al Dr. D....., número de colegiado a ceder a AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS "AXA", con CIF número A- 60917978 y con domicilio en Madrid, Emilio Vargas, 6 (en adelante AXA), la información adecuada, pertinente y no excesiva referentes al proceso asistencial que ha motivado la solicitud de la prueba médica, y ello con las siguientes finalidades:

- 1 Que AXA pueda estudiar la información médica facilitada por dichos profesionales/centros sanitarios para la correcta verificación de las coberturas de la Póliza a los efectos de autorizar las pruebas y/o tratamientos que nos ha solicitado para el citado proceso asistencial.
- 2 Que AXA pueda atender a las reclamaciones que se pudieran efectuar en relación con dicho proceso asistencial. Los datos personales (incluidos datos de salud) serán tratados de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula, con las únicas finalidades indicadas en los párrafos anteriores. Dichos datos son necesarios para el cumplimiento por parte de AXA de las obligaciones que se derivan del contrato de seguro de asistencia sanitaria.

El titular de los datos podrá dirigirse a "AXA", Ejercicio derechos de privacidad – Atención Cliente, calle Emilio Vargas, 6, 28043, Madrid o a la dirección de email buzon.lopdp@axa.es , para ejercitar los derechos de protección de datos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación al tratamiento, y portabilidad en los términos establecidos en la legislación vigente.

Más información en la política de privacidad de su póliza de seguro o en <https://www.axa.es/acerca-axa/enlaces-politica-de-privacidad>.

Con esta autorización me evito recabar tal información médica para remitirla a la Aseguradora.

....., de de

Firma del Paciente