



Atención al cliente
902 40 40 84
Web
www.axa.es

Consentimiento de Gestión

Don/Doña....., mayor de edad con
D.N.I..... en calidad de madre/padre/representante legal del menor
.....

AUTORIZA

Al Dr. D....., número de colegiadoa ceder a
AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, 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:

- 1º 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.
- 2º 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 SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Emilio Vargas, 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

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

.....,de.....de.....

(fecha y lugar)

Firma del Paciente/Padre/Madre/Tutor Legal