



# 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 colegiado .....a  
ceder a AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, con NIF número A-  
60.917.978 y con domicilio en Madrid, Camino fuente de la Mora, N.1 (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), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 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**