

Este documento ha de ser firmado dos veces.

REFERENCIA

/

D./a. _____ con D.N.I. _____

en calidad de representante legal de D./a. _____

autorizo a ACUNSA a conocer el historial médico en la Clínica Universidad de Navarra a efectos de cobertura de siniestros de su póliza de seguro. Para cualquier comunicación relacionada con la tramitación de siniestros, autorizo a que contacten conmigo a través de los siguientes medios:

(CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Teléfono/s de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Firmado por: _____

D.N.I.: _____

Firma:

SE DEBE ADJUNTAR A ESTE DOCUMENTO COPIA DEL D.N.I.

Asimismo, firmo manifestando mi consentimiento inequívoco y expreso para el acceso al historial médico por parte de ACUNSA, en relación a la póliza de seguro en la que figuro como Asegurado, de acuerdo con su petición, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD) y en el artículo 14 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDPGDD).

Firma:

En _____ a _____ de _____ de _____

Información básica sobre Protección de Datos

RESPONSABLE	Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros. (ACUNSA).
FINALIDAD	Efectuar la gestión administrativa de las posibles asistencias sanitarias y/o tratamientos médicos.
LEGITIMACIÓN	Consentimiento expreso del Tomador/Asegurado según lo establecido en la normativa vigente en el contrato de servicios de Asistencia Sanitaria.
DESTINATARIOS	Entidad Aseguradora con el objeto de facilitar la prestación de asistencia sanitaria y/o tratamientos médicos.
DERECHOS	Acceder, rectificar y portar los datos, limitar u oponerse al tratamiento, y retirar el consentimiento prestado, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: www.acunsa.es/rgpd