     de       2022

Asunto: Autorización de Tratamiento de Datos Personales y Datos Personales Sensibles.

Yo, Nombre del Titular de los Datos Personales, quien forzosamente es la persona física, por mi propio derecho, autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. (en adelante AXA) a compartir la **SINIESTRALIDAD** de la Póliza número de Póliza y en su caso de tratarse de una póliza colectiva, también el número de certificado, incluyendo mis datos personales sensibles como son datos médicos con el agente/bróker Nombre del agente o bróker, con la finalidad de: Especificar finalidad de la transferencia, de conformidad con el apartado de transferencias del Aviso de Privacidad de AXA disponible en axa.mx.

Así mismo se le informa que AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para tramitar sus siniestros, para el cumplimiento del contrato y demás fines establecidos en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Adjunto copia simple de mi identificación oficial. Así mismo, autorizo a AXA para que utilice la información de contacto señala en el presente para que me contacte a fin de corroborar que otorgue este consentimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma autógrafa del Titular de los Datos Personales que otorga el consentimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico y teléfono del Titular que otorga el consentimiento