

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**DIRECCIÓN:**

**TELÉFONO:**

**LUGAR DEL ACCIDENTE Y RESPONSABLE:**

**Fecha:**

**Hora:**

**Firma del Asegurado**

**DNI:**

**Axa- Accidentes colectivos.**



**CENTRO MEDICO CONCERTADO:**

**DIAGNOSTICO:**

**TRATAMIENTO:**

**Fecha Realización:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PÓLIZA 8607860**

**CONTRADA POR: TODO CIRCUITO.COM**