

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