

## Axa- Accidentes colectivos.



**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**DIRECCIÓN :**

**TELÉFONO:**

**LUGAR DEL ACCIDENTE Y RESPONSABLE:**

**Fecha:**

**Hora:**

**Firma del Asegurado**

**DNI:**

**CENTRO MEDICO CONCERTADO:**

**DIAGNOSTICO:**

**TRATAMIENTO:**

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

**Póliza 8600916**

**Contratada por: ANPA**