

CUESTIONARIO ACCIDENTES CONVENIOS

DATOS DEL ASEGURADO

| | |
|--------------------------------|--|
| Nombre del Asegurado: | |
| N.I.F. / C.I.F. del Asegurado: | |

CARACTERÍSTICAS

| | |
|--------------------------------|--|
| Convenio: | |
| Número de Trabajadores: | |

OBSERVACIONES

| |
|--|
| |
|--|

Fecha : ____/____/____

Colaborador: _____
