

**ACCIDENTES**

Fecha Solicitado		Fecha Contestado	
------------------	--	------------------	--

<b>AUXILIAR EXTERNO SOLICITANTE</b>	
-------------------------------------	--

Nombre			N.I.F.	
Domicilio				
Teléfonos		Fax		
Código Postal		Población		
Profesión				
F. Nacimiento				
Conduce moto			Cilindrada	
Practica deportes		Detalle		
Autónomo			Trabajador por cuenta ajena	

**COBERTURAS DESEADAS**

Fallecimiento por accidente	
Invalidez por accidente	
Fallecimiento por accidente de circulación	
Invalidez por accidente de circulación	
Fallecimiento por infarto	
Baja diaria por accidente (cantidad diaria)	
Franquicia de días en la baja diaria	
Hospitalización por accidente (cantidad diaria)	
Asistencia sanitaria por accidente	

**PRIMA A MEJORAR DE LA COMPETENCIA \_\_\_\_\_**