**POLICOVER CORREDURÍA DE SEGUROS**

C/ Bravo Murillo, 36. 1º puerta 5

28015 Madrid

FORMULARIO SALUD

* Datos del tomador:
	+ NIF/CIF:
	+ Dirección del tomador:
	+ Fecha de Nacimiento:
	+ Sexo:
	+ Peso:
	+ Altura:
	+ Tensión máxima/mínima:
	+ Número de embarazos:
	+ Enfermedades importantes:
	+ Intervenciones importantes:
	+ Intervenciones próximas:

**(Una vez cumplimentado el formulario, envíalo a Policover@policover.com)**