**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)**