**POLICOVER CORREDURÍA DE SEGUROS**

C/ Bravo Murillo, 36. 1º puerta 5

28015 Madrid

FORMULARIO ACCIDENTES

* Datos del tomador:
	+ Nombre y apellidos:
	+ NIF:
	+ Dirección del tomador:
	+ Fecha de Nacimiento:
	+ Sexo:
	+ Actividad:

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