



Seguro Convenio de Accidentes

CLIENTE

Nombre / Razón Social

NIF/CIF

Persona de contacto

E-mail

Teléfono

CONVENIO REGULADOR

Actividad desarrollada

Ámbito Estatal Autonómico Provincial Privado

*Privado: Necesitamos copia del mismo.

Especificar: Autonomía o
provincia

Promedio Trabajadores

Prev. Riesgos Laborales ¿Existe? Sí No

Vencimiento Contrato Actual