

El seguro de **Generali Salud Opción** le garantiza asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a través de centros concertados con la aseguradora. Con más de 15.000 profesionales y 220 centros sanitarios a su servicio, ponen a su disposición los medios de diagnóstico y procedimientos terapéuticos más avanzados.

Sin copagos, es decir, sin participación del asegurado en el coste de los servicios (en centros concertados).

Datos Personales del Tomador

Nombre y apellidos

NIF	Fecha de nacimiento	/	/	Sexo	Estado Civil	N.º hijos	
Profesión	Especialidad						
Domicilio					N.º	Piso	Puerta
Código postal	Clave	Población			Provincia		
Tel. Particular	Móvil			Tel. Profesional			
E-mail							
Lugar de trabajo						Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	
Colegio al que pertenece						Nº de colegiado	

Datos de los asegurados

1. Asegurado Titular

Nombre				Fecha de nacimiento	/	/
DNI	⁽¹⁾ Parentesco	Profesión				
Estado civil	Sexo		Estatura		Peso	
2. Nombre				Fecha de nacimiento	/	/
DNI	⁽¹⁾ Parentesco	Profesión				
Estado civil	Sexo		Estatura		Peso	
3. Nombre				Fecha de nacimiento	/	/
DNI	⁽¹⁾ Parentesco	Profesión				
Estado civil	Sexo		Estatura		Peso	
4. Nombre				Fecha de nacimiento	/	/
DNI	⁽¹⁾ Parentesco	Profesión				
Estado civil	Sexo		Estatura		Peso	
5. Nombre				Fecha de nacimiento	/	/
DNI	⁽¹⁾ Parentesco	Profesión				
Estado civil	Sexo		Estatura		Peso	
6. Nombre				Fecha de nacimiento	/	/
DNI	⁽¹⁾ Parentesco	Profesión				
Estado civil	Sexo		Estatura		Peso	

• 1. Titular 2. Esposo/a 3. Hijo/a 4. Padre-Madre 5. Abuelo/a 6. Sobrino/a 7. Nieto/a 8. Tío/a 9. Otros

Domicilio de asistencia

Domicilio					N.º	Piso	Puerta
Código postal	Clave	Población			Provincia		

Productos y garantías (seleccione marcando con una cruz en su recuadro el producto que desea contratar)

Producto Generali Salud Opción

Garantía Bucodental (Garantía opcional)

Datos bancarios / Forma de pago de las primas (condición obligatoria)

(La presente solicitud deberá ir acompañada obligatoriamente del contrato de orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE)

Forma de pago de la prima: Anual Semestral Trimestral Mensual

Firma del Tomador

Firma del Asegurado Titular

INFORMACIÓN AL CLIENTE PREVIA AL CONTRATO

Información que presenta **AndalBrok Correduría de Seguros, S.L.** con carácter previo a la celebración de contrato de seguro en conformidad con el artículo 42 de la Ley 26/2006 de 18 de julio de Mediación de Seguros Privados.

- **AndalBrok, Correduría de Seguros, SL**, está domiciliada en la calle Progreso 7, 41013 de Sevilla.
- La sociedad de correduría se encuentra inscrita con el nº J-1537 en el **Registro Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Seguros y Altos cargos de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones**. A efectos de que el cliente pueda realizar las comprobaciones oportunas puede dirigirse a dicho organismo público, domiciliado en el Paseo de La Castellana nº 44, 28046 Madrid. Fax 91-339-70-53 teléfono 91-339-00-00 o en la página www.dgsfp.mineco.es.
- La sociedad de correduría de seguros no posee una participación directa o indirecta superior al 10 por 100 en el capital social o en los derechos de voto de ninguna entidad aseguradora.
- Ninguna entidad aseguradora ni empresa matriz de estas posee participaciones directas o indirectas en los derechos de voto o capital de esta correduría de seguros.
- La información es ofrecida al cliente en base al análisis de un número suficiente de contratos de seguros, para poder formularle una recomendación profesional respecto del contrato más adecuado a sus necesidades.
- Los clientes y otras partes interesadas de la correduría de seguros podrán formular sus quejas o reclamaciones derivadas de los servicios prestados, tanto en lo referente al asesoramiento en la intermediación de pólizas de seguro como en las obligaciones y derechos derivados de los contratos de seguros en los que haya intervenido la correduría de seguros y hayan sido finalmente celebrados a su instancia, en conformidad con el artículo 44 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y reglamento del departamento de atención al cliente de esta correduría de seguros. El Servicio de Atención al Cliente está disponible en: Francisco Javier Santamaría Garrido. Consejo Andaluz de Colegios de Mediadores de Seguros. Av. Blas Infante, 6, 10º C. 41011. Sevilla. Tlf: 954 452 342. Fax 954 003 284.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento del deber legal de información establecido en el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, se les facilita la siguiente información relativa a los datos personales facilitados

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS

Identidad: ANDALBROK CORREDURIA. DE SEGUROS
CIF B41573197
Dirección Postal: C/ Progreso, 7, 41013 de Sevilla
Teléfono: 954233254
Correo electrónico: comunicacion@andalbrok.es
Delegado de Protección de Datos: info@protectionreport.com

FINALIDAD PRINCIPAL

El firmante es informado que con la firma del presente documento otorga expresamente su consentimiento para la finalidad principal de "Mantener la relación de mediación y asesoramiento profesional para la cobertura de los riesgos objeto de aseguramiento, así como para prestarme asesoramiento general en materia de seguros"

Gestionar la contratación de pólizas de seguro y el seguimiento de su ejecución, cumplimiento e incidencias que se produzcan.

Tratar los datos de salud, siempre que sea necesario para los productos o servicios que así lo requieran, o gestión de siniestros.

LEGITIMACIÓN

Ley 26/2006, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, o cualquier norma que la sustituya en un futuro autoriza al Corredor para tratar los datos de las personas que a ellos se dirijan, sin necesidad de su consentimiento:

- Antes de celebrar el contrato: para ofrecerles asesoramiento independiente, profesional e imparcial, y facilitar dichos datos a la entidad aseguradora o reaseguradora con la que fuese a celebrarse el correspondiente contrato.
- Después de celebrado el contrato: para facilitar al tomador, al asegurado y al beneficiario del seguro la información que reclamen sobre cualquiera de las cláusulas de la póliza y, en caso de siniestro, a prestarles su asistencia y asesoramiento.

Cliente:
NIF/CIF:

Firma:

FINALIDADES ADICIONALES (debe marcar necesariamente si o no)

Autorizo el tratamiento de mis datos para recibir información y publicidad por cualquier medio (mail, sms, fax, carta, etc.) sobre productos o servicios relacionados con la actividad aseguradora que se considere sea de mi interés. Esta autorización se entiende concedida, aunque no llegue a formalizarse una póliza de seguros.

SI

NO

Recuerde que si no autoriza esta finalidad no podremos enviarle ofertas puntuales que pudieran ser de su interés, así mismo debe saber que dicho consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por usted mediante petición por correo electrónico a comunicacion@andalbrok.es

LEGITIMACIÓN:

Para las dos finalidades adicionales tienen su base legítima en su consentimiento expreso, sin que en ningún caso la retirada de ese consentimiento condicione la ejecución del contrato de Mediación.

La información de carácter personal será objeto de tratamiento mientras esté vigente la relación contractual con las entidades objeto de intermediación, y una vez extinguida ésta, se conservará durante el plazo legal de responsabilidad.

Ello no obsta la posibilidad de los tratamientos autorizados por Vd. para los supuestos de nuevas contrataciones, ni los tratamientos para finalidades publicitarias, conservándose esta información mientras Vd. no ejercite su derecho de supresión u oposición y posteriormente durante los plazos legales de reclamación.

En base a la información facilitada, se realizan análisis de su perfil personal al objeto de prestarle un eficaz asesoramiento. Los datos proporcionados a las Compañías o entidades pueden ser tratados por las mismas al objeto de adoptar decisiones automatizadas, en base a sus estadísticas de análisis de riesgos. En tal caso, se trataría de decisiones permitidas por la normativa, al ser necesaria para la celebración de un contrato con la compañía o entidad.

DESTINATARIOS

Los datos personales sólo serán comunicados a terceros para cumplir con las obligaciones legales, por ejemplo, a la Administración Tributaria, o a las entidades aseguradoras, agencias de suscripción u otras corredurías de seguros en la medida necesaria para las cotizaciones de seguros, suscripción de pólizas o ejecución las mismas, comunicación precisa para la ejecución del contrato de Mediación. Igualmente, en aquellos casos que la normativa lo determina, se comunicarán al Ministerio de Justicia como organismo encargado del Registro de Contratos de Seguro.

En el caso de que se soliciten cotizaciones o contraten pólizas con entidades aseguradoras extranjeras fuera del Espacio Económico Europeo, las transferencias internacionales de los datos estarán amparadas por el Reglamento Europeo de Protección de Datos o en su caso por el Acuerdo EU-US Privacy Shield.

DERECHOS

Cualquier persona tiene derecho a revocar su consentimiento inicial, a solicitar el acceso a los datos personales que le conciernen, a solicitar su rectificación o supresión, a solicitar la limitación de su tratamiento, a oponerse a su tratamiento (si hay interés público o interés legítimo) y/o el derecho a la portabilidad de los datos.

En todos los casos podrá ejercer sus derechos por correo electrónico dirigido, según sea, a comunicacion@andalbrok.es o comunicacion@mscolectivos.com, acompañado de documento de identidad.

Cualquier persona puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, estando los formularios disponibles en la web www.agpd.es en caso de considerar que sus derechos no han sido satisfechos.

Respecto a las finalidades de tratamientos publicitarios autorizadas por su consentimiento, tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a la retirada.

En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador/Asegurado, el Tomador/Asegurado manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo a las con las finalidades previstas anteriormente. En el caso concreto de menores de edad, si el Tomador/Asegurado no es el representante legal del menor se compromete a obtener el consentimiento expreso de éste.

El firmante es informado de cuanto antecede en las dos páginas de este documento, y otorga al efecto su consentimiento en las finalidades marcadas, tal y como exige el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679.

Firma:

Cliente:

NIF/CIF:

En a de de

NOTA: En el apartado “Finalidades Adicionales” debe marcar obligatoriamente la opción “SI” o “NO” según proceda

Declaración de Salud

IMPORTANTE: Los asegurados deberán contestar (SI o NO) a la pregunta de si han sido diagnosticados de las siguientes patologías:

- Procesos Oncológicos (con diagnóstico menor de 10 años o con diagnóstico anterior a 10 años con recidivas).
- Enfermedades del Sistema Nervioso y órganos de los sentidos: Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias, Mielitis irreversible, lesiones de Neurona Motora.
- Enfermedades mentales: Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Retraso Mental, Trastornos de la conducta alimenticia.
- Enfermedades del Sistema Endocrino: Diabetes Insulino dependientes, Obesidad Mórbida. Alteraciones corticosteroides.
- Enfermedades del sistema Osteomioarticular y tejido Conectivo: Lupus Sistémico, Artritis Reumatoide, Hernias Discales, Espondilitis Anquilopoyética, Dermatomiosistis, Distrofias Musculares.
- Anomalías Congénitas y Cromosomopatías.
- Enfermedades del Sistema Circulatorio: Cardiopatía Isquémica, Enfermedades y Accidentes Cerebrovasculares, Arteroesclerosis, Enfermedad Hipertensiva Maligna, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatía, Trastornos del ritmo, Enfermedades vasculares.
- Enfermedades del Aparato Respiratorio: Enfermedad Obstructiva Crónica, Fibrosis Pulmonar, Neumonitis, Granulomatosis, Neumoconiosis, Histiocitosis.
- Enfermedades del Aparato Digestivo y Genitourinario: Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías Crónicas, Insuficiencia Renal Crónica, Cirrosis.
- Enfermedades de la sangre y órganos Hematopoyéticos: Hemofilia, Anemia Falciforme, Alteraciones de la coagulación, Talasemia Mayor.
- Afecciones de la Unión Neuromuscular, Autoinmunes y/o Neuromusculares como Miastenia Gravis, Síndrome de Fatiga Crónica y Fibromialgia.
- Insuficiencia renal crónica.
- Enfermedades inmunológicas: inmunodepresión e inmunodeficiencias.
- Toxicomanías: Alcoholismo y Drogadicción.
- Trasplantes.

Asegurado Titular	Asegurado (2)	Asegurado (3)	Asegurado (4)	Asegurado (5)	Asegurado (6)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Las personas que hayan contestado afirmativamente no podrán ser incluidos en la póliza.

Firma de la LOPD

De conformidad con Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD) por la que se introduce en nuestro ordenamiento jurídico el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (GDPR), le informamos que los datos de carácter personal proporcionados, serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de Andalbrot Correduría de Seguros, con CIF B-41.573.197 y domicilio social en Calle Progreso nº 7, 41013 Sevilla, España.

Al objeto de prestar los servicios de asesoramiento e intermediación, le informamos que es necesaria la cesión de sus datos a terceros, en concreto a las compañías de seguros y/o entidades colaboradoras prestadoras de servicios con las que se formalice y mantenga la relación contractual. Al facilitarnos su información personal, nos autoriza expresamente a tratar y compartir su información con dichas compañías y/o entidades, en la medida que están directamente implicadas en la prestación solicitada con la exclusiva finalidad de poder cumplir con nuestra labor de mediación de seguros y funciones conexas. Dicha cesión de datos permitirá a Andalbrot Correduría de Seguros cumplir con su función mediadora al objeto de prestarle el debido asesoramiento permitiéndonos ofrecerle aquellos productos aseguradores que comercializamos y que mejor se adapten a Ud., ofreciéndole las máximas coberturas asociadas a los posibles riesgos tanto personales como profesionales de acuerdo con la legislación vigente.

En este mismo sentido, al amparo de lo dispuesto en el artículo 42.4 Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados en relación con el artículo 17 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, al objeto de minimizar los riesgos, Andalbrot Correduría de Seguros, podrá remitirle información formativa de Entidades Colaboradoras, relacionada con su profesión y/o que mejor se adapte a su situación personal, todo ello al objeto de prevenir y reducir la siniestralidad asociada a la actividad sanitaria profesional y/o personal. En este mismo sentido, podrá remitirle de forma periódica, automática y gratuita, su boletín de noticias a fin de mantenerle informado de las últimas novedades relacionadas con las coberturas aseguradoras, actividades preventivas del riesgo y/o consecuencias jurídicas relacionadas con su profesión.

Andalbrot Correduría de Seguros, asume la responsabilidad por la información personal que nos facilita, y a estos efectos solicitamos a aquellas empresas con las que compartimos su información personal que apliquen el mismo grado de protección de la información que nosotros.

La base legal para el tratamiento de sus datos, además de por haber obtenido su previo consentimiento, es el cumplimiento de nuestras funciones de mediación de seguros y/o la ejecución del contrato de seguro según los términos y condiciones que figuran en el mismo.

Como mediadores, nuestra obligación es ofrecerle el servicio más completo y adaptado a Ud. de forma individualizada, y/o a la actividad profesional que realiza, por ello necesitamos su autorización expresa para:

- Autorizo. - Promociones a Colaboradores: ¿Enviarle por cualquier medio de contacto facilitado por Ud., información sobre promociones de entidades con la que hemos suscrito algún acuerdo de colaboración relacionados con su actividad profesional, de tipo formativo y de asesoramiento jurídico- legal?
- Autorizo. - Comunicación de los datos: ¿Comunicar sus datos a Entidades Colaboradoras para enviarle información sobre promociones de entidades con la que hemos suscrito algún acuerdo de colaboración, siempre relacionados con su actividad profesional, de tipo formativo y de asesoramiento jurídico- legal?

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas o notificándolo por escrito a la dirección del remitente, o a la siguiente dirección de correo comunicacion@andalbrot.es. Podrá ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos de Andalbrot Correduría de Seguros a través del Correo electrónico: info@protectionreport.com

Asimismo, se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.agpd.es).

De acuerdo con la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, Vd. podrá oponerse en cualquier momento al tratamiento de sus datos para las finalidades anteriores notificándonoslo por escrito a la dirección de correo mencionada.

Firma del Solicitante / Asegurado

CLÁUSULA DE CONSTANCIA DE LA ENTREGA DE LA NOTA INFORMATIVA

El solicitante del seguro y las personas a asegurar declaran haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud toda la información contenida en los artículos 122 y ss. del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

INFORME DE SITUACIÓN FINANCIERA Y DE SOLVENCIA

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 122.5 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el informe de situación financiera y de solvencia del asegurador correspondiente al último ejercicio se encuentra a disposición de los tomadores y asegurados en la página web de la compañía (www.generali.es).

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable del tratamiento	Generali España S.A, de Seguros y Reaseguros ("GENERALI").
Finalidades del tratamiento	1. Gestionar su solicitud, valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados a la misma. 2. En caso de perfeccionarse, gestionar, mantener y controlar la relación contractual. 3. Prevenir el fraude. 4. Comunicar sus datos a terceros únicamente cuando sea necesario para cumplir con una obligación legal o para formalizar la solicitud de adhesión al contrato de seguro y en, caso de perfeccionarse, la gestión del mismo.
Legitimación del tratamiento	Sus datos personales serán tratados con base en la ejecución de un contrato, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de GENERALI a efectuar dicho tratamiento, y en su caso el consentimiento expreso.
Potenciales destinatarios de los datos	Sociedades del Grupo Generali, entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras y médicos, centros sanitarios, hospitales y administraciones públicas
Procedencia de los datos	Datos personales facilitados por usted y/o su mediador de seguros, así como procedentes de ficheros comunes, ficheros sectoriales y/o organismos públicos, médicos o centros sanitarios, hospitales que le hubieran asistido o reconocido.
Derechos de protección de datos	Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento de datos y portabilidad de datos, tal como se detalla en la "Información Adicional".
Información adicional	Puede consultar la información adicional detallada sobre Protección de Datos en la siguiente web: https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad

CLÁUSULA DE COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Mediante la firma de esta Solicitud de Seguro y salvo indicación en contrario por su parte notificada a la Compañía Aseguradora, usted consiente expresamente la utilización indistintamente del correo electrónico, mensaje de texto (SMS), fax, burofax o por correo postal como medio para el envío de comunicaciones y notificaciones, incluidos los recibos de prima, en los términos previstos en la cláusula "Comunicaciones y notificaciones entre las partes" de las Condiciones Generales de su contrato de seguro.

No obstante lo anterior, si desea contactar con la Compañía vía Redes Sociales (ej. Twitter, Facebook, etc.), la Compañía dará respuesta a la consulta por este canal, siempre respetando los términos de la normativa de protección de datos personales, y sin perjuicio de utilizar en adición los medios anteriormente mencionados.

CLÁUSULA SOBRE EXACTITUD Y VERACIDAD DE LOS DATOS DECLARADOS

Los abajo firmantes declaran que son exactas y veraces las contestaciones contenidas en esta solicitud y cuestionario y que no han ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedan informados de las consecuencias previstas en el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de inexactitud de los datos suministrados.

- Autorizo a que GENERALI trate mis datos personales de carácter sensibles presentes en el cuestionario de salud y a obtener de forma confidencial por parte de cualquier médico o centro hospitalario que me hubiera asistido o reconocido los datos relativos a mi salud necesarios para valorar el riesgo y calcular la prima de este seguro.
- Autorizo el cargo correspondiente a la cuenta de domiciliación arriba expresada, de aquellos recibos mediados por ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS y la aseguradora GENERALI ESPAÑA de Seguros y Reaseguros S.A.

El abajo firmante reconoce como suyas las declaraciones efectuadas anteriormente sobre su estado de salud, aunque no sean de su puño y letra, y sabe que las ocultaciones o inexactitudes en las respuestas podrán originar la pérdida total de las prestaciones garantizadas.

Así mismo doy mi autorización a la Correduría Andalbrot, según su buen saber y leal entender, para que realice las actuaciones jurídicas necesarias en orden a la plenitud de efectos de las coberturas contratadas, reservándome el derecho de arrepentimiento en el supuesto de cambio de póliza y/o compañía y que las nuevas coberturas superen en precio a lo contratado anteriormente.

Nota importante: NO se tramitará ninguna solicitud de seguro si no está completa, debidamente rellena y firmada. El solicitante declara haber sido ampliamente informado de todas las condiciones del contrato, póliza de seguro y Cía. Aseguradora.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

Firma del Asegurado Titular:

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Ref:

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS a enviar instrucciones a su entidad para adeudar en su cuenta, y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS. Como parte de sus derechos, usted está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en su cuenta. Al mismo tiempo, acepto que el aviso de cobro sea enviado como mínimo 4 días naturales antes del débito.

By signing this mandate form, you authorise ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS. to send instructions to your bank to debit your account, and to your bank to debit your account in accordance with the instructions sent from ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. At the same time, I accept the pre-notification to be sent at least 4 calendar days before the debit.

Ciente – Asegurado / Customer - Insured

Nombre del deudor(es)/ Name of debtor(s)

Dirección / Address

Calle y número / Street name and number

Código postal / Postal code Clave Ciudad / City País / Country

Titular de la cuenta en cuyo nombre se realiza el pago / Account holder on whose behalf payment is made

Número de cuenta- IBAN/ Account number IBAN ID País D.C. Entidad bancaria Oficina D.C. Número de Cuenta

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES / Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

SWIFT BIC

Correduría – Presentador/ Broker - Remitter

Nombre de la correduría / Broker's name **ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS**

Identificador del presentador / Remitter Identifier **ES-90-0049 5854 3127 1608 8368**

Nombre de la calle y número / Street name and number **C/ PROGRESO Nº 7**

Código postal / Postal code **41013** Ciudad / City **SEVILLA** País / Country **ESPAÑA**

Acreeedor / Creditor

Nombre del acreedor / Creditor's name **GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEG. Y REASEG.**

Identificador del acreedor / Creditor Identifier **ES87001A28007268**

Tipo de pago

Tipo de pago / Payment type **PAGO RECURRENTE** Concepto del pago / Concept of payment **PAGO DE SEGUROS**

Localidad / Location

Localidad / Location Fecha / Date / /

Firma del titular de la cuenta / Signature of the account holder

En su entidad puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación / Your rights regarding the above mandate are explained in statement that you can obtain from your bank.

Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente / All gaps are mandatory

Una vez firmada esta orden de domiciliación debe ser enviada a la correduría para su custodia / Once this mandate has been signed must be sent to broker for storage

