



PO BOX 10511
SAN JUAN, P.R. 00922-0511
Tel: 787-608-8934
E:info@buscandoplanmedico.com

CARTA DE NOMBRAMIENTO

Por este medio certifico que el Representante Autorizado Buscando Plan Médico.Com & Asociados, CSP, ha sido nombrado como nuestro Agente Record. Por tal razón, la compañía: _____, autoriza a

(Nombre de la Compañía)

Buscando Plan Médico.Com & Asociados CSP a solicitar cotización y/o negociar renovación con todas las Compañías de Seguros que entiendan pertinente en representación de la compañía antes mencionada.

Esta certificación establece que de ser favorecida la propuesta o renovación presentada a esta Compañía, el Representante Corporativo Autorizado Buscando Plan Médico.Com & Asociados, CSP se mantendrá cómo Agente de Record por el tiempo que dure este contrato.

Firmado en _____, Puerto Rico, el día ____ de _____ de 20____.

Nombre de la Compañía / Teléfono

Nombre y Puesto de la Persona Autorizada (Letra de molde)

Firma Persona Autorizada

Sello Corporativo