{Fecha}

{Titulo}

{NombreCompleto}

{Direccion}

{Apartado}

|  |  |
| --- | --- |
| **Envío de Documentos** | |
| Bien : {bien}  Aseguradora: {aseguradora}  Endoso: {endoso} | Póliza : {Poliza}  Vence: {vence} |
| Requerimiento: {Requerimiento} | |

Para los siguientes asegurados, adjunto encontrará:

**NOMBRE   CERT.                 DESCRIPCIÓN**

{grilla}

Recuerde solicitar sus  autorizaciones de exámenes médicos, de laboratorio, medicamentos y procedimientos médicos al correo pagodirectogm@unitypromotores.com.  En caso de emergencia, puede comunicarse a los teléfonos 2386-3737 o 2326-3737.

Agradecemos la confianza depositada en nuestros servicios para el manejo de sus seguros y estoy a las órdenes para cualquier aclaración o consulta.

Ejecutivo de Cuenta: {firma}

Email:  {correo}

Ejecutiva Administrativa: {firma\_administrativa}

Email:  {correo\_administrativa}