



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**INFORME ANUAL SOBRE NEGOCIOS DE LOS AGENTES GENERALES  
Y GERENTES (CORPORATIVO) PARA EL AÑO CALENDARIO TERMINADO EL  
31 DE DICIEMBRE DE 20\_\_\_\_.**

1. Nombre del Agente General ( ) \_\_\_\_\_

Gerente ( ) \_\_\_\_\_

2. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

3. Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Pueblo donde ubica la corporación: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuántas licencias de seguros tiene la corporación aprobadas a la fecha de este informe? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuáles son las licencias de seguros adquirida?:  vida  incapacidad  misceláneos  título

6. ¿Cuál es el (%) por ciento de primas suscritas en cada una de esas licencias? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

7. Si es una corporación, indique a continuación el nombre de sus accionistas y el por ciento (%) del total de las acciones que cada uno posee a la fecha de este informe: <sup>1</sup>

Nombre de Accionistas

% de Acciones

<u>Nombre de Accionistas</u>	<u>% de Acciones</u>

Si la corporación a su vez tiene accionistas que sean una corporación, deberá acompañar un organigrama que incluya su última compañía tenedora, subsidiarias y afiliadas.

8. Si es una corporación, indique los nombres de los directores:

--	--

<sup>(1)</sup> De necesitar espacio adicional, incluya la información correspondiente en otra hoja.


9. Número de agentes y corredores que colocaron negocios de seguros a través suyo durante el período de este informe \_\_\_\_\_.
10. Volumen de primas suscritas durante el período de este informe \_\_\_\_\_.
11. Para los período de este informe, indique en la tabla 1 las primas suscritas, comisiones ganadas y comisiones contingentes por cada asegurador representado, al igual que las comisiones pagadas a los agentes y corredores que colocaron negocios a través suyo: <sup>(1)</sup>
12. Indique el nombre de aquellos agentes o corredores a quienes les pagó más de \$25,000 en comisiones durante el período de este informe:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
13. Indique el nombre de la institución depositaria y número de cuenta o cuentas bancarias que utiliza el agente general o gerente para depositar los fondos de primas.

Institución Depositaria	Número de Cuenta

**CERTIFICO:** Que esta es una declaración completa de todos los negocios de seguros tramitados por mi durante el año calendario arriba mencionado, según consta de la investigación directa, extensa y detallada que he realizado de los libros y documentos en mi poder. Reconozco que la falsa representación de cualquier hecho material de esta declaración, constituye una infracción al Código de Seguros de Puerto Rico y asumo la responsabilidad de la corrección de lo declarado y certificado.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Firma del agente general o gerente (si es una persona natural) o del presidente del agente general o gerente (si es una corporación o sociedad)

\_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona que firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha