

Gobierno de Puerto Rico  
Oficina del Comisionado de Seguros  
Informe de Regulados por Categoría y Líneas de Autoridad

**Corporación - Organismo Tarifador**

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	CORREO ELECTRÓNICO	RIESGO	FECHA RENOVACIÓN
--------	-----------	-----------------------	------------------	--------------------	--------	---------------------