



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE CONTRIBUCIÓN SOBRE PRIMAS

Año Natural _____

Fecha _____

En armonía con las disposiciones del Artículo 7.021 y Regla LXVI del Código de Seguros de Puerto Rico, solicitamos exención de contribución sobre primas para el referido año natural. La información aquí ofrecida está basada en nuestro plan de operaciones para dicho año.

Nombre del Regulado: _____,
el cual en adelante se referirá como “el Regulado”.

Localización de la Oficina Matriz (Oficina Principal): _____

Funcionarios¹:

Nombre	Puesto	Dirección Física
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cumplimiento con el Artículo 4 de la Regla 66:

(a) Servicios Actuariales

Nombre del Actuario: _____

Calificación Profesional: _____

¹ Conforme a lo requerido en el Artículo 29.210(1) del Código de Seguros de Puerto Rico.

¿El Actuario visitó la oficina matriz para prestar los servicios? Sí No

Lugar en donde se mantendrá la documentación relacionada con estas funciones:

Indicar el nombre y puesto del empleado del Regulado capacitado para sustentar la información certificada por el actuario: _____

Lugar en donde se llevarán a cabo las traducciones de formularios de pólizas: _____

(b) Servicios de Contabilidad

Administración del Negocio:

Nombre y lugar de residencia del Principal Oficial Ejecutivo _____

Dirección física donde se mantendrán todos los documentos, libros de cuentas y sistemas de procesamiento electrónico de datos relacionados con la operación del Regulado: _____

Enumere cada una de las instituciones bancarias que custodia las inversiones:

Nombre	Dirección Física	Tipo de Inversión (Book entry/Físico)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere cada una de las casas de corretaje que manejarán las inversiones:

Nombre	Dirección Física
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(c) Servicios Médicos:

Prestados por: _____

Residentes de: _____

(d) Servicios Legales:

Prestados por: _____

Residentes de: _____

(e) Aprobación o rechazo de solicitudes de seguros o contratos:

Nombre y puesto de la persona a cargo: _____

Dirección Física donde se analizan las solicitudes: _____

(f) Emisión de Pólizas de Seguros:

Refrendada por: _____

(g) Aprobación y pago de todo tipo de reclamación:

Nombre del personal a cargo: _____

Tramitadas en: _____

(h) Supervisión y Entrenamiento de Productores y Representantes de Servicios

Nombre y puesto de la persona a cargo: _____

Llevado a cabo en: _____

Enumere cada una de las instituciones financieras donde se depositarán las cobranzas:

Nombre	Dirección Física
_____	_____
_____	_____
_____	_____

De concederse la exención de contribución sobre primas solicitada, la misma será de carácter preliminar sujeta a la verificación, por parte de la Oficina del Comisionado de Seguros, de la información aquí ofrecida.

CERTIFICO que las declaraciones que anteceden son ciertas, correctas y completas.

Firma Presidente

SELLO CORPORATIVO

Jurado y suscrito ante mí hoy día _____ de _____ de _____,
por _____.

Abogado Notario

Nota: Recuerde estampar el Sello Corporativo.