



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**

**INFORME ANUAL SOBRE NEGOCIOS DE LOS PRODUCTORES (INDIVIDUOS)  
PARA EL AÑO CALENDARIO TERMINADO EL 31 DE DICIEMBRE DE 20\_\_\_\_.**

1. Nombre \_\_\_\_\_
2. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_
3. Dirección Postal del Negocio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección Física del Negocio: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Posee licencia de:

|                               | Vida                     | Incapacidad              | Propiedad & Contingencia |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Representante Autorizado      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Productor                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agente General                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Corredor de Líneas Excedentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otras: _____                  |                          |                          |                          |

5. Volumen de Negocio\*:

|                    | Primas | Comisiones |
|--------------------|--------|------------|
| Líneas Comerciales | _____  | _____      |
| Líneas Personales  | _____  | _____      |
| Vida               | _____  | _____      |
| Salud              | _____  | _____      |
| Otros              | _____  | _____      |
| Total              | =====  | =====      |

Nota: De necesitar espacio adicional, incluya anejo

**(Continúa al dorso)**

## 6. Comisiones pagadas a terceros:

|       |       |
|-------|-------|
| Vida  | _____ |
| P&C   | _____ |
| Salud | _____ |
| Total | _____ |

**CERTIFICO:** Que esta es una declaración completa de todos los negocios de seguros tramitados por mí 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 productor o representante autorizado

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Los datos relacionados al negocio de agentes generales y gerentes se informarán en el "Informe Anual de Negocio de los Agentes Generales y Gerentes (Individuos)".