



Gobierno 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: _____

Pueblo donde reside: _____

4. ¿Tiene un nombramiento como representante autorizado de un asegurador? ____ Sí; ____ No
5. ¿Ostenta alguna otra licencia emitida por la OCS? Ej: agente general, ect. ____ Sí; ____ No

* Favor de proveer en este informe exclusivamente la información como productor. Si usted también ostenta una licencia como agente general, los datos relacionados a ese otro negocio se informarán en el "Informe Anual de Negocio de los Agentes Generales Corporativos y Sociedades".

6. ¿Cuántas licencias de seguros tiene aprobadas a la fecha de este informe? _____
7. ¿Cuáles son las líneas de negocios de seguros adquiridas?: vida incapacidad misceláneos(P&C)
 título vida variable seguros de salud otros _____

¿Cuál es el (%) por ciento de primas suscritas en cada una de esas licencias?
\$_____, ____% Vida; \$_____, ____% Incapacidad; \$_____, ____% P/C; \$_____, ____% Título;
\$_____, ____% Vida Variable; \$_____, ____% Seg. de Salud; \$_____, ____% Otros

8. Sexo: Femenino Masculino
9. Edad: 18 a 25 26 a 40 41 a 50 51 ó más
10. Educación: Cuarto Año o menos Grado Asociado Bachillerato Otro _____

11. Indique el nombre de la institución depositaria y número de cuenta o cuentas bancarias que utiliza el productor para depositar los fondos de primas.

Institución Depositaria	Número de Cuenta

Nota: De necesitar espacio adicional, incluya anejo

(Continúa al dorso)

12. Indique el volumen de primas suscritas (nuevos negocios y renovaciones; para seguros de vida proveer la prima anualizada) durante el período de este informe _____.

13. Indique las comisiones devengadas (incluya comisiones de nuevos negocios y renovaciones; y comisiones contingentes conforme a la Regla 84, si alguna), durante el período de este informe \$_____. Si recibe compensación a base de salario, indique nombre del patrono y dirección:

Nombre del patrono: _____

Dirección: _____

14. Anote las comisiones pagadas a otros productores en exceso de \$5,000 _____.

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 _____

Firma del productor o representante autorizado

Nombre de la persona que firma

Fecha