

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS  
Apartado 3508 - Est. Viejo San Juan  
San Juan, Puerto Rico 00904

Carta Circular Núm. E-8-742-78

23 de agosto de 1978

A TODAS LAS COMPAÑIAS DEL PAIS, EXCEPTO LAS QUE HACEN VIDA,  
INCAPACIDAD Y SALUD

Asunto: Requerimiento de Copia Adicional de Informe Anual

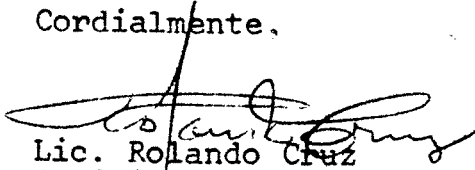
Señores:

El Artículo 38.130(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, dispone que para ayudar a descubrir y prevenir la insolvencia de aseguradores, la Junta de la Asociación de Garantía de Seguros de Todas Clases, Excepto Vida, Incapacidad y Salud de Puerto Rico, podrá, por mayoría de votos, solicitar que el Comisionado de Seguros ordene un examen de cualquier asegurador miembro que la Junta, de buena fe, crea está en una condición financiera peligrosa para los tenedores de pólizas o el público. Tal petición deberá contener los fundamentos específicos en que la Junta basa su solicitud de examen.

A tenor con lo anterior y para que la Junta pueda descargar dicha función responsablemente, estamos solicitando al efecto a todos los aseguradores del país que hacen todos los riesgos, excepto vida e incapacidad, a presentar anualmente al Comisionado de Seguros, antes del 31 de marzo, una copia adicional del informe anual al 31 de diciembre precedente, comenzando para el año 1978. Esta copia adicional será para el uso exclusivo de la Asociación de Garantía.

Agradeceremos el cumplimiento estricto con la directiva enunciada en esta circular.

Cordialmente,

  
Lic. Rolando Cruz  
Comisionado de Seguros

ADMINISTRACION DEL FONDO DE COMPENSACION AL PACIENTE  
SAN JUAN, PUERTO RICO

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO DEL AJUSTE DE POLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE INSTITUCIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y DE PROFESIONALES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN VIGOR AL 1 DE NOVIEMBRE DE 1978, CONFORME A LA LEY NUM. 55 DEL 18 DE JULIO DE 1978

A. INFORMACION GENERAL

1. Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_
2. Especialidad: \_\_\_\_\_
3. Dirección según aparece en la póliza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Número de la Póliza: \_\_\_\_\_
5. Fecha de Efectividad: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_
6. Nombre de compañía aseguradora: \_\_\_\_\_
7. Nombre del Agente General o Gerente: \_\_\_\_\_
8. Si los límites son reducidos a 25/75 recibirá como prima devuelta \$ \_\_\_\_\_

B. AUTORIZACION PARA CAMBIOS EN LA POLIZA

1. Autorizo a la compañía aseguradora nombrada en el Renglón 6 a que proceda a reducir los límites de la póliza descrita en el Renglón 4 a \$25,000 por reclamación y \$75,000 agregados:  SI  NO
2. Deseo que los límites de mi póliza en vigor antes del 1 de noviembre de 1978, se mantengan iguales después del 1 de noviembre de 1978:  SI  NO

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o su Representante

\_\_\_\_\_  
Especialidad o Posición