



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

## OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

AL CONTESTAR, FAVOR  
REFERIRSE A:

Carta Circular Núm. LE-1-833-81  
30 de enero de 1981

A TODOS LOS AJUSTADORES DE SEGUROS

Estimados señores:

El Artículo 9.420 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone que antes de la medianoche del 30 de junio de cada año se pagará al Comisionado de Seguros el derecho por cada licencia cuya renovación se desee.

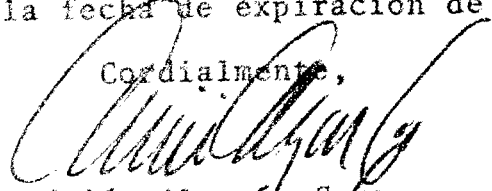
Es necesario que para en o antes del 30 de abril de 1981, se nos envíe el derecho de licencia, el cual en su caso asciende a \$100.00.

El pago deberá hacerse en cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda y enviarse con el Modelo OCR-4 que le incluimos.

Las sociedades y corporaciones tendrán en cuenta lo dispuesto en el Artículo 9.160(1) del Código de Seguros en cuanto al derecho que habrá de pagarse cuando más de una persona actúe a nombre de la entidad.

Deseamos advertirles que toda solicitud de renovación que se reciba después del 1 de julio de 1981, se hará efectiva a la fecha en que el derecho se reciba en esta Oficina. No se renovarán licencias con fecha retroactiva al 1 de julio. Entenderemos que no se desea renovar una licencia si los derechos de renovación no se reciben antes de la fecha de expiración de la misma.

Cordialmente,

  
Adrián Algarín Cruz  
Jefe, División de Licencias  
y Exámenes

Anexos



# OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Fecha \_\_\_\_\_

AL CONTESTAR, FAVOR  
REFERIRSE A:

AL HONORABLE COMISIONADO DE SEGUROS:

Acompaño giro o cheque certificado por \_\_\_\_\_ pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico, en pago del derecho de renovación de mi licencia de Ajustador Independiente para el año fiscal 1981-82.

Deseamos informarle que, como Ajustador Independiente, trabajo por mi cuenta o en el Departamento de Reclamaciones de la siguiente compañía de seguros o agente general \_\_\_\_\_

o en la siguiente firma de Ajustadores \_\_\_\_\_

1. Si es licencia individual:

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido paterno,                      Apellido materno,                      Nombre  
\_\_\_\_\_ Seguro Social, Núm. de la licencia \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

2. Si es Corporación:

Nombre de la Corporación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Núm. de Seguros Social de la Corp.  
Dirección \_\_\_\_\_

3. Nombre y Seguro Social de personas que actúan a nombre de la Corporación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOTA: Envíe este formulario en original y dos copias con los derechos correspondientes.

OCR-4