



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Carta Circular Núm. LE-2-955-84
15 de febrero de 1984

A TODOS LOS AJUSTADORES DE SEGUROS

Re: Renovación de licencias para
el 1984-85

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.

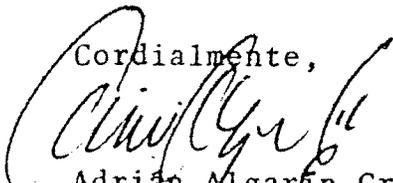
De suerte que dichas licencias queden renovadas a esa fecha, es necesario que para en o antes del 16 de abril de 1984, se nos envíe el derecho de licencia, el cual en su caso asciende a \$100.00. El pago deberá hacerse en cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda acompañado de modelo adjunto y de un sobre manila tamaño legal pre-dirigido y pre-franqueado.

Las sociedades y corporaciones tendrán en cuenta lo dispuesto en el Artículo 9.160(1) del Código de Seguros de Puerto Rico 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 1984, se hará efectiva a la fecha en que el derecho se reciba en esta Oficina y no se renovará con fecha retroactiva al 1 de julio de 1984. 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.

Agradeceremos den cumplimiento estricto a las disposiciones de esta carta circular.

Cordialmente,


Adrián Algarín Cruz
Jefe, División de Licencias
y Exámenes

Anejos



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Fecha _____

AL HONORABLE COMISIONADO DE SEGUROS:

Acompaño giro postal o cheque certificado por _____ pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico, por concepto de la renovación de mi licencia de Ajustador Independiente para el año fiscal 1984-85.

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 un individuo:

Nombre _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre
Núm. de Seguros Social _____ Núm. de la licencia _____
Dirección _____
Firma _____

2. Si es Corporación:

Nombre de la Corporación _____
Núm. de Seguro Social de la Corporación _____
Dirección _____
Nombre y Seguro Social de personas que actúan a nombre de la Corporación.

Firma del Presidente _____

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

OCR-4