



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

13 de febrero de 1989  
Carta Circular Núm. LE-2-1149-89

A TODOS LOS CORREDORES DE SEGUROS

Re: Renovación de licencias para  
el 1989-90

Estimados señores:

El Artículo 9.420(1) 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 al 1 de julio de 1989, es necesario que en o antes del 15 de abril de 1989, 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 del modelo adjunto debidamente lleno, del certificado de continuación de fianza por la suma que corresponde al volumen de negocios, y de un sobre manila tamaño carta 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 adicional que habrá de pagarse cuando más de tres personas actúan a nombre de la entidad.

La cuantía de la fianza de corredor se determina conforme a la siguiente escala a base del volumen de negocios para el año natural precedente:

<u>VOLUMEN DE PRIMAS</u>		<u>FIANZA</u>
<u>Desde</u>	<u>Hasta</u>	<u>Cuantía</u>
\$ -0-	\$ 99,999.99	\$10,000.00
100,000.00	249,999.99	12,500.00
250,000.00	499,999.99	15,000.00
500,000.00	999,999.99	17,000.00
sobre \$1,000,000.00		20,000.00

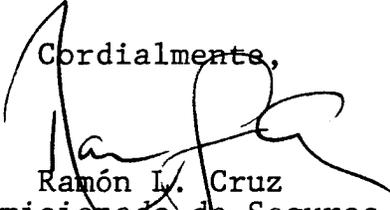
En el caso de corporaciones o sociedades, la cuantía de la fianza, de acuerdo con la escala anterior, se multiplicará por el número de personas que aparecen en la licencia como autorizadas para actuar a nombre de la entidad, conforme a lo dispuesto en el Artículo 9.200 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Deseamos advertirles que toda solicitud de renovación que se reciba después del 1 de julio de 1989, 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 1989. 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.

Para el cumplimiento con los requisitos de educación continua, establecidos en la Regla LII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, cada tenedor de licencia, sujeto a dicha Regla, debe haber recibido ya una comunicación especificando el procedimiento que éste habrá de seguir para informar directamente a nuestra Oficina los cursos y seminarios de educación continua que haya aprobado durante el año fiscal 1988-89.

Agradeceremos den cumplimiento estricto a las anteriores directrices.

Cordialmente,



Ramón L. Cruz  
Comisionado de Seguros,  
Interino

Anejo



OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Solicitud de Renovación de Licencia de Corredor

AL HONORABLE COMISIONADO DE SEGUROS:

Acompaño cheque certificado o giro postal por \$ \_\_\_\_\_ pagadero al Secretario de Hacienda, por concepto de la renovación de mi licencia de Corredor de Seguros para el año fiscal 1989-90.

Certifico que el volumen de primas sobre los negocios gestionados y renovados al amparo de dicha licencia durante el año natural 1988, alcanzó la suma de \$ \_\_\_\_\_ por lo que acompaño, además, certificado de continuación de fianza por la cuantía de \$ \_\_\_\_\_.

A continuación presentamos la siguiente información para el trámite de la referida renovación:

(1) Si es un individuo:

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Dirección del Sitio de Negocios \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(2) Si es una corporación:

Nombre de la corporación \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de la corporación \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Dirección del Sitio de Negocios \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre y número de Seguro Social de las personas que actúan a nombre de la corporación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Presidente \_\_\_\_\_

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

Para uso de la Oficina del Comisionado de Seguros

Recibo Oficial Núm. \_\_\_\_\_

Licencia Núm. \_\_\_\_\_

Fecha de envío \_\_\_\_\_