

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

26 de enero de 1990

Carta Circular Núm. LE-1-1183-90

A TODOS LOS AJUSTADORES DE SEGUROS

Re: Renovación de licencias para
el 1990-91

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.

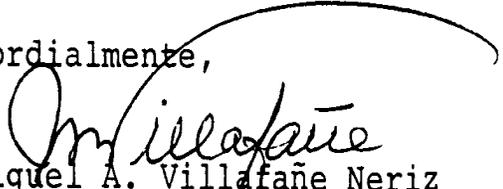
De suerte que dichas licencias queden renovadas al 1 de julio de 1990, es necesario que en o antes del 30 de marzo de 1990, se nos envíe el derecho de licencia, el cual en su caso asciende a \$100. El pago deberá hacerse en cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda, acompañado del modelo adjunto debidamente lleno, 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 adicional que habrá de pagarse cuando más de una persona actúa a nombre de la entidad.

Deseamos advertirles que toda solicitud de renovación que se reciba después del 1 de julio de 1990, 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 1990. 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 anteriores directrices.

Cordialmente,


Miguel A. Villafañe Neriz
Comisionado de Seguros

Anejo

Solicitud de Renovación de Licencia de Ajustador

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 la licencia de Ajustador Independiente para el año fiscal 1990-91.

A continuación presento 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 _____

Trabajo

_____ por mi cuenta

_____ en el Departamento de Reclamaciones del siguiente asegurador o agente general _____

_____ en la siguiente firma de ajustadores: _____

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 _____