



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Carta Circular Núm. LE-I-3-1311-93

29 de marzo de 1993

A TODOS LOS CORREDORES DE SEGUROS DE LINEAS EXCEDENTES

Re: Renovación de licencias para
el 1993-94

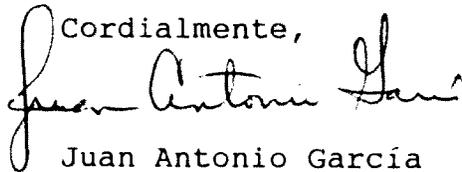
Estimados señores:

Conforme a la Carta Circular Núm. LE-8-890-82 del 29 de septiembre de 1982, la fecha de vencimiento de su licencia es el 30 de junio de 1993.

A fin de procesar la renovación de dicha licencia y que la misma quede renovada al 1 de julio de 1993, es necesario que, en o antes del 20 de abril de 1993, nos envíen un cheque certificado o giro postal por la cantidad de \$250, pagadero al Secretario de Hacienda, acompañado del modelo adjunto debidamente lleno, del certificado de continuación de su fianza y de un sobre manila tamaño carta pre-dirigido y pre-franqueado.

Deseamos advertirles que toda solicitud de renovación que se reciba después del 15 de julio de 1993, se hará efectiva a la fecha en que se reciba la misma en esta Oficina y no se renovará con fecha retroactiva al 1 de julio de 1993.

Agradeceremos den cumplimiento estricto a las anteriores directrices.

Cordialmente,

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Anejo



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE CORREDOR DE LINEAS EXCEDENTES

Al Honorable Comisionado de Seguros:

Acompaño giro postal o cheque certificado por \$250.00, pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico, por concepto de la renovación de la licencia de Corredor de Líneas Excedentes para el año 1993-94. Acompaño, además, certificado de continuación de fianza por la cuantía de \$_____.

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 _____

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

Firma del Presidente _____

Nombre del firmante _____

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

Para uso de la Oficina del Comisionado de Seguros

Recibo Oficial Núm. _____ Licencia Núm. _____

Fecha de envío _____