ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Carta Circular AC-IV-1382-95

11 de abril de 1995

A TODOS LOS AJUSTADORES DE SEGUROS

Re: Renovación de licencias para el 1995-96

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 de cada licencia cuya renovación se desee.

Para que dichas licencias queden renovadas al 1 de julio de 1995, es necesario que antes del 29 de abril de 1995, nos envíen un cheque certificado o giro postal pagadero al Secretario de Hacienda por la cantidad de $200, acompañado del modelo adjunto debidamente lleno, y de un sobre manila tamaño legal pre-dirigido y pre-franqueado.

Le advertimos que toda solicitud que se reciba después del 15 de julio de 1995, no será considerada por esta Oficina como una renovación, por lo que el solicitante deberá presentar una nueva solicitud de licencia de conformidad con el referido Código.

Exigimos den cumplimiento estricto a las anteriores directrices.

Cordialmente,

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Anejo

Apartado 8330 — Estación Fdez. Juncos — Santurce, Puerto Rico 00910 - 8330
Tel. (809) 722-8686, Fax (809) 722-4400

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE AJUSTADOR INDEPENDIENTE PARA EL AÑO FISCAL 1995-96

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

(I) Si el solicitante 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 de _____

____ con la firma de ajustadores _____

Firma _____

(II) Si el solicitante 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:

_____

_____