



Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Carta Circular Núm. AC-II-5-1503-98
15 de mayo de 1998

A TODOS LOS AJUSTADORES DE SEGUROS

Asunto: Renovación de licencias para el año fiscal 1998-99

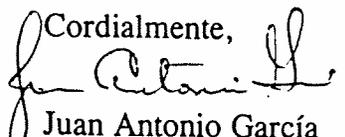
Estimados señores:

El Artículo 7.010(1) del Código de Seguros de Puerto Rico dispone que, como condición para quedar o continuar autorizado a gestionar o tramitar cualquier clase de seguro en Puerto Rico, las personas o entidades concernidas pagarán al Comisionado, no más tarde del 30 de junio de cada año, las aportaciones correspondientes al tipo de licencia o autorización que posean.

En atención a lo anterior, y conforme al Artículo 7.010(1)(p) del referido Código, la aportación anual que deberá pagar cada ajustador será de \$200.00. A estos efectos, y con el fin de que dichas licencias queden renovadas con vigencia del 1 de julio de 1998, es necesario que antes del **6 de junio de 1998**, se complete y envíe a nuestra Oficina el formulario adjunto, acompañado de un cheque certificado o giro postal por la cantidad mencionada, pagadero al Secretario de Hacienda, y de un sobre manila tamaño carta pre-dirigido.

Les advertimos que toda solicitud que se reciba después del 30 de junio de 1998, no será considerada por esta Oficina para renovación, por lo que el solicitante deberá presentar una nueva solicitud de licencia de conformidad con el referido Código.

Exigimos el cumplimiento estricto de las disposiciones de esta carta circular.

Cordialmente,

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Anejo

Apartado 8330, Santurce, Puerto Rico 00910-8330
Tel. (787) 722-8686. Fax (787) 722-4400



Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE AJUSTADOR PARA EL AÑO
FISCAL 1998-99

Fecha _____

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

(I) Si es un individuo:

Nombre _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Número de licencia actual _____ Número de Seguro Social _____

Dirección postal _____

Dirección del sitio de negocios _____

Teléfono _____

Dirección residencial _____

Teléfono _____

Firma _____

(II) Si es una corporación:

Nombre de la corporación _____

Número de licencia actual _____

Número de Seguro Social de la corporación _____

Dirección postal _____

Dirección del sitio de negocios _____

Teléfono _____

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

Nombre y Seguro Social de los directores que actúan a nombre de la corporación:

Firma del Presidente _____

Nombre en letra de molde _____

NOTA: Envíe esta solicitud en original y dos copias, con los derechos correspondientes en cheque certificado o giro postal pagadero al Secretario de Hacienda.