



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
**OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**

---

SOLICITUD DE VERIFICACION DE COLOCACION DE  
POLIZAS DE MISCELANEOS

1. Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

2. Dirección Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Nombre de la persona o entidad cuya póliza interesa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a) Dirección: \_\_\_\_\_

5. Fecha del accidente o incidente: \_\_\_\_\_

6. Si hubo algún auto asegurado envuelto indique: Marca \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_ Tablilla \_\_\_\_\_ Número de Serie: \_\_\_\_\_

7. INDIQUE LAS RAZONES POR LAS CUALES INTERESA LA INFORMACIÓN SOLICITADA. EL ARTICULO 11.050 DEL CODIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO DISPONE QUE EL SOLICITANTE DE ESTE TIPO DE INFORMACION "SEA PARTE INTERESADA"

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**ESTA INFORMACION DEBERA VENIR ACOMPAÑADA DE UN GIRO POSTAL O BANCARIO O CHEQUE CERTIFICADO, POR LA CANTIDAD DE \$10.00, A NOMBRE DEL SECRETARIO DE HACIENDA.**