



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

**SOLICITUD DE ÁRBITRO NEUTRAL
PROCEDIMIENTO DE VALORIZACIÓN “APPRAISAL”**

A. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y apellidos: _____

Dirección postal:

Número de celular: _____

Correo electrónico: _____

Lugar y dirección de empleo:

Teléfono de la oficina: _____

B. PREPARACIÓN PROFESIONAL

Indique las licencias o certificaciones profesionales que posee (por ejemplo, ajustador, ingeniero civil (PE), arquitecto o contador público autorizado). Incluya un certificado de “Good Standing”.

Tipo de licencia o certificación	Número de licencia o certificación	Fecha de vencimiento

Cursos relacionados a métodos alternos de resolución de conflictos o cursos de valoración de pérdidas o daños en seguros de propiedad que haya tomado. Incluya su Resumé o “curriculum vitae”

Título del curso	Nombre del proveedor	Fecha de aprobado	Número de unidades u horas contacto

¿Existe o ha existido alguna querrela, queja o acción disciplinaria contra usted en algún foro administrativo o judicial relacionada con su conducta profesional? Sí ____ No ____

Si contestó que sí a la pregunta anterior, presente evidencia de la determinación final.

Indique si posee interés económico o financiero (accionista, miembro, socio, director, oficial, representante o empleado), o relación contractual en el campo de seguros con un asegurador o ajustador autorizado para hacer o que esté haciendo negocios en Puerto Rico. Sí ____ No ____

Si contestó que sí a la pregunta anterior, indique el nombre y tipo de relación que posee con el asegurador o ajustador.

REFERENCIAS. Ofrezca el nombre el nombre de tres (3) personas, título, dirección y teléfono que estén en disposición de ofrecer referencias sobre su persona.

Nombre y apellidos	Teléfono	Dirección Postal o correo electrónico	Título





GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Office of the Commissioner of Insurance

AGREEMENT FOR SUBMISSION TO APPRAISAL PROCEEDING

It is hereby agreed, by and between _____ (“Insured”)
(Insured name)

and _____ (“Insurer”), to voluntarily submit to a neutral
(Insurer name)

appraiser their differences regarding the amount of loss sustained as a result of claim

_____ incurred on _____ to the property or properties
(Claim number) (mm/dd/yyyy)

described in the following policy of insurance _____ issued by the “Insurer” to
(Policy number)
the “Insured” (“The Parties”).

Each party is responsible for appointing their appraiser in the appraisal proceeding. The Insurer’s
appraiser and Insured’s appraiser shall meet and attempt in “good faith” to resolve any dispute or
difference regarding the amount of loss, cost of repair or replacement, or business interruption
loss issues, subject to appraisal by a neutral umpire, that shall be selected by mutual agreement
of the parties or, if not agree upon within (5) five days, appointed by the Commissioner.

In connection with the appraisal proceeding, neither the Insurer’s appraiser, the Insured’s
appraiser nor the neutral umpire shall attempt to resolve any issue of insurance coverage, policy
exclusion, compliance with the policy terms and conditions, or any issue concerning the limits of
insurance available under the policy. The neutral umpire does not have authority to decide any
question of law.

Nothing stated in this agreement is intended nor should it be construed to be a waiver of rights or
defenses available to the parties under any applicable policy provision or any statute or law.

The Parties subscribe this agreement on ____ day of _____, 20____.

Signed by Insured (or its representative)

Signed by Insurer’s Representative

Address: _____

Address: _____

Phone: _____

Phone: _____

e-mail: _____

e-mail: _____



--	--	--	--

Certifico que es correcta y veraz toda la información provista en esta solicitud, así como los documentos y certificaciones que se anejan a la misma y autorizo a la OCS a realizar toda aquella información pertinente para corroborar la veracidad de la información contenida en la presente solicitud.

Firma

Fecha

Esta solicitud deberá ser presentada, una vez debidamente completada, ante la Oficina del Comisionado de Seguros a través de la siguiente dirección de correo electrónico: appraisal@ocs.pr.gov.