



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

SOLICITUD DE FONDOS NO RECLAMADOS

Yo, _____, mayor de edad,
_____ (estado civil), _____ de profesión, Seguro Social
número _____ residente de _____ Puerto Rico, por
este medio declaro tener derecho a los fondos no reclamados, según lo define el
Artículo 26.030 (1)(b) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec.
2603(1) (b), por la cantidad de \$ _____, retenidos y adeudados por el
asegurador _____. Dichos fondos fueron pagados al
Comisionado de Seguros por el referido asegurador conforme a lo dispuesto en
el Artículo 26.060 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2606.

En virtud de lo dispuesto en el Artículo 26.080 del Código de Seguros de
Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2608, solicito el reembolso de los fondos no
reclamados arriba indicados.

Al hacer esta declaración reconozco que el suministrar información falsa
en esta solicitud conllevará el que el Comisionado de Seguros entable aquellas
acciones civiles y penales correspondientes con el propósito de que se impongan
las sanciones que en derecho correspondan.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Affidávit Número _____

Jurada y Suscrita ante mí por _____
de las circunstancias personales antes expuestas, a quien he identificado
mediante _____

En _____, Puerto Rico, a _____ de _____
de 20 _____.

NOTARIO PÚBLICO

INSTRUCCIONES GENERALES

Para solicitar los Fondos No Reclamados deberá hacerlo de la siguiente manera:

1. Deberá llenar en todas sus partes la **Solicitud de Fondos no Reclamados** en forma legible utilizando letra de molde o maquinilla. Esta solicitud deberá ser firmada y jurada ante un Notario Público Autorizado.
2. En caso de que usted venga en representación de una persona o entidad deberá acompañar la solicitud con una carta o certificación de la persona o entidad representada autorizándonos a entregarle los fondos no reclamados.
3. Deberá suplir una identificación con retrato y firma expedida por el Gobierno de Puerto Rico, de los Estados Unidos o un Estado. También podrá utilizarse un pasaporte debidamente expedido por una autoridad extranjera.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Agencia

Original - A.C.C.
1ª Copia - Agencia
2ª Copia - Agencia

PRIFAS

REGISTRO DE SUPLIDORES

Nuevo Modificación

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO		Código de Disposición	Sector Económico
Fecha	Código de Suplidor		
Nombre (en caso de individuo indique el nombre y ambos apellidos)			
Nombre:			
Nombre Corto (hasta 10 caracteres):			
Dirección Principal:			
Ciudad:	País:	Código Postal:	
Teléfono:		Fax:	
Correo Electrónico:			
Si la Factura o Remitente coincide con la dirección principal, sólo marque el encasillado			
<input checked="" type="checkbox"/> FACTURAR A:	Fecha de Efectividad:		
Dirección:			
Ciudad:	País:	Código Postal:	
<input checked="" type="checkbox"/> REMITIR A:	Fecha de Efectividad:		
Dirección:			
Ciudad:	País:	Código Postal:	
* Para Pagos Alternos de: <input type="checkbox"/> Cesiones de Crédito <input type="checkbox"/> OPE <input type="checkbox"/> Otra:			
Nombre Alterno 1:			
Nombre Alterno 2:			
Comentarios			
NUEVO SUPLIDOR			
Clasificación:		Tipo de Suplidor:	
<input checked="" type="checkbox"/> Suplidor <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/> OPE (SDO)		<input checked="" type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Regular	
Control de Pago:		Método de Pago Deseado:	
<input type="checkbox"/> Retención del Pago <input checked="" type="checkbox"/> Preparar Pagos Separados <input type="checkbox"/> Pago con Descuento		<input checked="" type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> EFT <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Plan de Pago <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica <input type="checkbox"/> Otro : _____	
Para Uso de la Agencia		Para Uso del Suplidor	
Certifico que la información suministrada es correcta.		Certifico que la información suministrada es correcta.	
Fecha	Nombre y Firma Jefe, Agencia o Repte. Aut.	Teléfono	Fecha
			Nombre y Firma del Suplidor
			Teléfono
Para Uso del Departamento de Hacienda			
Entrado Por:		<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Inactivado por:	
Fecha	Nombre y Firma	Fecha	Nombre y Firma

* Si hay Pagos Alternos, favor de justificarlo en la sección de Comentarios.

CONSERVACION: Seis años o una intervención del Contralor, lo que ocurra primero.