



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

17 de diciembre de 2015

CARTA NORMATIVA NÚMERO: CN-2015-192-ES

A TODOS LOS ASEGURADORES DEL PAÍS, ASEGURADORES EXTRANJEROS Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS EN PUERTO RICO

FORMULARIO PRIMAS Y COMISIONES RELACIONADA AL NEGOCIO DE LOS AGENTE GENERAL, GERENTE, PRODUCTOR Y REPRESENTANTE AUTORIZADO, INDIVIDUOS O CORPORACIONES

Estimados señoras y señores:

La Oficina del Comisionado de Seguros tiene como una de sus agendas programáticas actualizar los procesos y maximizar la eficiencia de las transacciones y gestiones que se realizan en nuestra Oficina. A estos fines, hemos adoptado el mecanismo de radicación de informes de manera electrónica. Este mecanismo está disponible, para entre otros casos, para que nuestros regulados registren los datos correspondientes al Informe Anual de Negocio según requerido en Carta Circular C-ES-3-1727-2005.

Para lograr nuestra meta nos hemos propuesto sistematizar y simplificar los procesos relacionado a los informes sobre el negocio tramitado por medio de agente general, gerente, productor y representante autorizado, colectivamente "intermediario". A estos fines, se ha desarrollado el formulario OCS-ES-2015-027 el cual debe ser debidamente completado y entregado a cada uno de los representantes autorizados, productores, gerentes y agentes generales, tantos corporativos o como individuos que formaron parte de la transacción de suscripción de seguros durante el año del Informe.

A continuación las instrucciones generales para completar el formulario:

1. Se debe incluir el nombre y los dos apellidos del individuo o el nombre completo de la corporación para la cual se está completando el formulario.

2. Se debe seleccionar el tipo de licencia, del cual pertenece la información incluida. Del intermediario poseer más de una licencia se debe preparar un informe por cada tipo de licencia y se debe incluir solamente la información relacionada al negocio realizado para ese tipo de licencia.
3. Solo en el caso de los individuos se debe seleccionar si el mismo es empleado del Asegurador u Organización de Servicios de Salud. Definición de empleado - una persona que desempeña unas funciones a cambio de un salario y/o comisión en cual es parte de la nómina del Asegurador u Organización de Servicios de Salud.
4. En el mismo se debe incluir las primas suscritas y comisiones pagadas, tanto negocio nuevo como renovaciones tramitadas por el intermediario durante el año del informe. Favor de no incluir centavos. Es responsabilidad del Asegurador entregar la información correcta al intermediario. La misma puede estar sujeta a investigación o examen por parte de esta Oficina.
5. Además, si le fue pagado al intermediario comisiones contingencia, se debe incluir la cantidad monetaria que represento la comisión contingente.
6. Nótese que en los formularios no se incluirá negocio relacionado a líneas excedentes.

Dicho formulario deberá ser entregado al intermediario en o antes del **2 de febrero de cada año**. El mismo deberá ser entregado en conjunto con la 480 o W-2 del intermediario, además, se debe mantener una copia en sus expedientes.

Por otro lado, se desarrolló los formularios OCS-ES-2015-028, OCS-ES-2015-029, OCS-ES-2015-030 y OCS-ES-2015-031 en los cuales se debe incluir todos los intermediarios con los cuales se realizó transacciones de seguros durante el año del informe. Además, se debe incluir las primas suscritas por este, las comisiones que le fueron pagadas y las comisiones contingentes pagadas al mismo. Los formularios se encuentran clasificados en; Agentes Generales y Gerentes Corporativos, Representantes Autorizados y Productores Corporativos, Agentes Generales y Gerentes Individuos y Representantes Autorizados Individuos.

A tales efectos, requerimos a todos los Aseguradores y Organizaciones de Servicios de Salud deben complementar los formularios OCS-ES-2015-028, OCS-ES-2015-029, OCS-ES-2015-030 y OCS-ES-2015-031 y radicarlos en la Oficina del Comisionado de Seguros en o antes del **1 de marzo de cada año**. Los formularios deberán ser entregados una copia firmada en original y una copia electrónica (en un CD utilizando Microsoft Excel).

Los formularios están disponibles en nuestra página de Internet en la dirección www.ocs.pr.gov, bajo la sección titulada: Regulados-Presentación de Informes.

Todo informe provisto en una forma o formato diferente a los aquí requeridos, será considerado por esta Oficina como no presentado.

Se requiere, por la presente, estricto cumplimiento con las disposiciones de esta Carta Normativa.

Cordialmente,



Ángela Weyne-Roig
Comisionada de Seguros

Anejos



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Informe de Primas Suscritas y Comisiones

Nombre y dos apellidos
 Nombre de la Corporación:

Tipo de Licencia: Gerente Agente General Representante Autorizado Productor

Empleado
 (Aplica solo individuos) Sí No

Líneas de Autoridad*	Primas Suscritas**	Comisiones Pagadas**	Comisiones Contingentes**
Vida			
Incapacidad			
Propiedad			
Trasportación Marítimo y Terrestre			
Agricultura			
Vehículo			
Contra Accidente			
Garantía			
Título			
Prestamo Hipotecario			
Total	\$ -	\$ -	\$ -

Sublíneas de Autoridad***	Primas Suscritas**	Comisiones Pagadas**	Comisiones Contingentes**
Seguro Propiedad Personal "Dwelling"			
Seguro Responsabilidad de Automóvil Privado			
Seguro Daños Materiales de Automóvil Privado			

*Según definidas en el Capítulo 4 del Código de Seguros de Puerto Rico.

**Debe incluir negocio nuevo y renovaciones, de las líneas y sus sublíneas.

***Se debe incluir el detalle de la sublínea solamente.

Nombre del Asegurador u Organización de Servicios de Salud

Teléfono

Nombre y firma de la persona que completa el formulario

E-mail



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Informe de Primas Suscritas y Comisiones

Año 20____

Resumen Representantes Autorizados y Productores Individuos

Nombre: _____ Naic Code: _____

Nombre y firma de la persona que llena el informe

Email

#	Nombre	Apellidos	Número de Licencia OCS	Primas Suscritas	Comisiones Pagadas	Comisiones Contingentes
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Informe de Primas Suscritas y Comisiones

Año 20__

Resumen Representantes Autorizados y Productores Corporativos

Nombre: _____

Naic Code: _____

Nombre y firma de la persona que llena el informe

Email

#	Nombre	Número de Licencia OCS	Primas Suscritas	Comisiones Pagadas	Comisiones Contingentes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Informe de Primas Suscritas y Comisiones

Año 20____

Resumen Agentes Generales y Gerentes Individuos

Nombre: _____

Naic Code: _____

Nombre y firma de la persona que llena el informe

Email

#	Nombre	Apellidos	Número de Licencia OCS	Primas Suscritas	Comisiones Pagadas	Comisiones Contingentes
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Informe de Primas Suscritas y Comisiones

Año 20__

Resumen Agentes Generales y Gerentes Corporativos

Nombre: _____

Naic Code: _____

Nombre y firma de la persona que llena el informe

Email

#	Nombre	Número de Licencia OCS	Primas Suscritas	Comisiones Pagadas	Comisiones Contingentes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					