



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**INFORME ANUAL DE NEGOCIO DE LOS AGENTES GENERALES
Y GERENTES INDIVIDUOS**

**Año Calendario Terminado el
31 de diciembre de 20____.**

1. Nombre del Agente General Individuo _____
Gerente Individuo _____
2. Número de Seguro Social: _____
 - a. Dirección Postal: _____

 - b. Dirección Física: _____

 - c. Correo Electrónico: _____
 - d. Teléfono: _____ e. Fax: _____
 - f. Pueblo donde reside: _____
4. ¿Ostenta alguna otra licencia emitida por la Oficina del Comisionado de Seguros? _____
5. Si contestó en la afirmativa, favor de indicar cuál _____
6. Sexo: Femenino Masculino
7. Edad: 18 a 25 26 a 40 41 a 50 51 ó más
8. Educación: Cuarto Año o menos Grado Asociado Bachillerato Maestría Otro _____
9. Número de representantes autorizados y productores que colocaron negocios de seguros a través suyo durante el período de este informe _____.
10. Volumen de prima suscrita durante el período de este informe _____.
11. Para el período de este informe, indique en la Tabla 1 un detalle por asegurador de la prima suscrita, comisiones recibidas y comisiones contingentes, al igual que un resumen de las comisiones pagadas a los representantes autorizados y productores que colocaron negocios a través suyo.^{1/} Favor de completar el resumen provisto en la Tabla 1a.

^{1/} Datos relacionados exclusivamente a su negocio como Agente General o Gerente.

12. Indique el nombre de aquellos representantes autorizados o productores a quiénes les pagó más de \$25,000 en comisiones durante el período de este informe:²

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

13. Indique el nombre de la institución depositaria y número de cuenta o cuentas bancarias que utiliza el agente general o gerente para depositar los fondos de primas.

Institución Depositaria	Número de Cuenta

CERTIFICO: Que esta es una declaración completa de todos los negocios de seguros tramitados por mi durante el año calendario arriba mencionado, según consta de la investigación directa, extensa y detallada que he realizado de los libros y documentos en mi poder. Reconozco que la falsa representación de cualquier hecho material de esta declaración, constituye una infracción al Código de Seguros de Puerto Rico y asumo la responsabilidad de la corrección de lo declarado y certificado.

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

Firma del agente general o gerente

Nombre de la persona que firma

Fecha

²/ Datos relacionados exclusivamente a su negocio como Agente General o Gerente.