



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Informe OCSR28(IAP)

rev. 2004

INFORME ANUAL DE PÉRDIDAS DE SEGUROS DE LINEAS EXCEDENTES

Para el año terminado el 31 de diciembre de _____

NOMBRE DEL CORREDOR: _____

SEGURO SOCIAL: _____

Nombre y Dirección del Asegurador con el Cual se Colocó el Riesgo	Nombre y Dirección de la Persona Designada en la Póliza para Recibir Emplazamientos Judiciales	Fecha de Circulación de Riesgo (m/d/a)	Clase de Seguro*	Tipo de Prima Cargada	Número de Póliza o Resguardo Provisional	Fecha de Confirmación de Cubierta (m/d/a)	Fecha de Vigencia de la Póliza (m/d/a)	Nombre y Dirección del Asegurado	Cantidad Asegurada y/o Límite	Prima Total**	Pérdidas Incurridas	Cantidad de Contribución 9%
												\$ -
												-
												-
												-
												-
												-
Subtotal OTROS (Si los encasillados provistos para este informe no son suficientes para informar todos los datos, favor utilizar el anejo Informe OCSR28(IAP) . Además, observe que este informe incluye fórmulas automáticas para computar los totales, por tanto no deberá incluir en el mismo cantidades totalizadas.									\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total									\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

(Continúa al Dorsó)

* Leyenda para Seleccionar la Clase de Seguro:

1 = Incapacidad, 2 = Propiedad, 3 = Agrícola, 4 = Contra Accidentes, 5 = Siniestros Marítimos y de Transportación, 6 = Vehículo, 7 = Garantía ó 8 = Título

** Excluyendo la Contribución

Persona que Completa el Informe

Posición

Fecha de Preparación del Formulario

Correo Electrónico

Teléfono Directo

Fax