



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

## OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

28 de febrero de 1992

Carta Circular Núm. LE-I-2-1263-92

A TODOS LOS AJUSTADORES DE SEGUROS

Re: Renovación de licencias para  
el 1992-93

Estimados señores:

El Artículo 9.420(1) del Código de Seguros de Puerto Rico dispone que antes de la medianoche del 30 de junio de cada año, se pagará al Comisionado de Seguros el derecho por cada licencia cuya renovación se desee.

De suerte que dichas licencias queden renovadas al 1 de julio de 1992, es necesario que en o antes del 30 de marzo 1992, nos envíe el modelo adjunto debidamente cumplimentado, y un sobre manila tamaño legal pre-dirigido y pre-franqueado.

Deseamos advertirles que toda solicitud de renovación que se reciba después del 15 de julio de 1992, se hará efectiva a la fecha en que se reciba en esta Oficina y no se renovará con fecha retroactiva al 1 de julio de 1992.

Agradeceremos den cumplimiento estricto a las anteriores directrices.

Cordialmente,

Ralph J. Rexach Chandri  
Comisionado de Seguros

Anejo



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

## OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

### Solicitud de Renovación de Licencia de Ajustador

AL HONORABLE COMISIONADO DE SEGUROS:

Acompaño giro postal o cheque certificado por \$ \_\_\_\_\_ pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico, por concepto de la renovación de la licencia de Ajustador Independiente para el año fiscal 1992-93.

A continuación presento la siguiente información para el trámite de la referida renovación:

(1) Si es un individuo:

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Dirección del Sitio de Negocios \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

Trabajo

\_\_\_\_\_ por mi cuenta

\_\_\_\_\_ en el Departamento de Reclamaciones del siguiente asegurador o agente general \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en la siguiente firma de ajustadores: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(2) Si es una corporación:

Nombre de la corporación \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de la corporación \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Dirección del Sitio de Negocios \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre y número de Seguro Social de las personas que actúan a nombre de la corporación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Presidente \_\_\_\_\_

NOTA: Envíe este formulario en original y copia, con los derechos correspondientes.

Para uso de la Oficina del Comisionado de Seguros

Recibo Oficial Núm. \_\_\_\_\_ Licencia Núm. \_\_\_\_\_

Fecha de envío \_\_\_\_\_