ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Carta Circular LE-I-3-1307-93

29 de marzo de 1993

A TODOS LOS CONSULTORES DE SEGUROS

Re: Renovación de licencias para el 1993-94

Estimados señores:

Su licencia de consultor de seguros expira en la medianoche del 30 de junio de 1993.

De suerte que dicha licencia quede renovada al 1 de julio de 1993, es necesario que, en o antes del 20 de abril de 1993, envíen el modelo adjunto debidamente lleno, acompañado del certificado de continuación de su fianza por la suma de $10,000, un cheque certificado o giro postal por la cantidad de $200, pagadero al Secretario de Hacienda, y un sobre manila tamaño carta pre-dirigido y pre-franqueado.

Deseamos advertirles que toda solicitud de renovación que se reciba después del 15 julio de 1993, se hará efectiva a la fecha en que se reciba la misma en esta Oficina y no se renovará con fecha retroactiva al 1 de julio de 1993.

Para el cumplimiento con los requisitos de educación continua establecidos en la Regla LII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, cada tenedor de licencia sujeto a dicha Regla, debe haber recibido ya una comunicación especificando el procedimiento que éste habrá de seguir para informar directamente a esta Oficina los cursos y seminarios de educación continua que haya aprobado durante el año fiscal 1992-93.

Agradeceremos den cumplimiento estricto a las anteriores directrices.

Cordialmente,

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Anejo

Apartado 8330 — Estación Fdez. Juncos — Santurce, Puerto Rico 00910 - 8330

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE CONSULTOR DE SEGUROS

Fecha_____

Al Honorable Comisionado de Seguros:

Acompaño giro postal o cheque certificado por $200.00, pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico, por concepto de la renovación de la licencia de Consultor de Seguros para el año 1993-94.

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

Nombre_____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Número de Seguro Social _____

Dirección Postal_____

_____

_____

_____

Dirección del Sitio de Negocios _____

_____

_____

_____

Núm. de Teléfono _____

Firma _____

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

Para uso de la Oficina del Comisionado de Seguros

Recibo Oficial Núm. _____

Licencia Núm. _____

Fecha de Envío _____