



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Carta Circular LE-4-1352-94

7 de abril de 1994

A TODOS LOS AJUSTADORES DE SEGUROS

Re: Renovación de licencias para el
1994-95

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 de cada licencia cuya renovación se desee.

De suerte que dichas licencias queden renovadas al 1 de julio de 1994, es necesario que no más tarde del 29 de abril de 1994, nos envíen un cheque certificado o giro postal pagadero al Secretario de Hacienda por la cantidad de \$200, acompañado del modelo adjunto debidamente lleno, y de 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 1994, no será considerada por esta Oficina como una renovación, por lo que el solicitante deberá radicar una nueva solicitud de licencia de conformidad con el referido Código.

Agradeceremos den cumplimiento estricto a las anteriores directrices.

Cordialmente,

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Anejo



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE AJUSTADOR INDEPENDIENTE
PARA EL AÑO FISCAL 1994-95

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

(I) Si el solicitante 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 de _____

___ con la firma de ajustadores _____

Firma _____

(II) Si el solicitante 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 _____

Nombre del Firmante _____

NOTA: Envíe este formulario en original y dos copias, con los derechos correspondientes en un giro postal o cheque certificado pagadero al Secretario de Hacienda.

NO HAGA ANOTACIONES DEBAJO DE ESTA LINEA.