



Gobierno de Puerto Rico  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Carta Circular Núm. AC-II-4-1458-97  
29 de abril de 1997

A TODOS LOS AGENTES GENERALES

Asunto: Renovación de licencias para el 1997-98

Estimados señores:

El Artículo 7.010(1) del Código de Seguros de Puerto Rico dispone que, como condición para quedar o continuar autorizado a gestionar o tramitar cualquier clase de seguro en Puerto Rico, las personas o entidades concernidas pagarán al Comisionado, no más tarde del 30 de junio de cada año, las aportaciones correspondientes al tipo de licencia o autorización que posean.

En atención a lo anterior, y conforme al Artículo 7.010(1)(w) del referido Código, se determinará la aportación anual que deberá pagar cada agente general conforme a la siguiente escala:

|  |             |
|--|-------------|
| Agentes Generales que representen dos (2) o menos aseguradores | \$ 1,000.00 |
| Agentes Generales que representen más de dos (2) aseguradores  | \$ 5,000.00 |

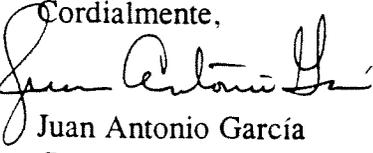
A estos efectos, y con el fin de que dichas licencias queden renovadas con vigencia del 1 de julio de 1997, es necesario que antes del **16 de mayo de 1997**, se complete y envíe a nuestra Oficina el formulario adjunto, acompañado de un cheque o giro postal por la cantidad mencionada, pagadero al Secretario de Hacienda, y de un sobre manila tamaño carta pre-dirigido.

Apartado 8330, Santurce, Puerto Rico 00910-8330  
Tel. (787) 722-8686, Fax (787) 722-4400

---

Les advertimos que toda solicitud que se reciba después del 30 de junio de 1997, no será considerada por esta Oficina para renovación, por lo que el solicitante deberá presentar una nueva solicitud de licencia de conformidad con el referido Código.

Exigimos el cumplimiento estricto de las disposiciones de esta carta circular.

Cordialmente,  
  
Juan Antonio García  
Comisionado de Seguros

mico

Anejo

C:\AGEGENAL.DOC

---



Gobierno de Puerto Rico  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE AGENTE GENERAL PARA EL  
AÑO FISCAL 1997-98  
(INDIVIDUOS)**

Fecha \_\_\_\_\_

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

Nombre \_\_\_\_\_  
*Apellido Paterno*                      *Apellido Materno*                      *Nombre*

Número de licencia actual \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Dirección del sitio de negocios \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección residencial \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

|     | <i>Aseguradores representados</i> | <i>Núm. de lic. actual</i> |
|-----|-----------------------------------|----------------------------|
| 1.  |                                   |                            |
| 2.  |                                   |                            |
| 3.  |                                   |                            |
| 4.  |                                   |                            |
| 5.  |                                   |                            |
| 6.  |                                   |                            |
| 7.  |                                   |                            |
| 8.  |                                   |                            |
| 9.  |                                   |                            |
| 10. |                                   |                            |
| 11. |                                   |                            |

**Nota:** Envíe esta solicitud en original y dos copias, con los derechos correspondientes en cheque certificado o giro postal pagadero a nombre del Secretario de Hacienda.

***No haga anotaciones debajo de esta línea.***



Gobierno de Puerto Rico  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE AGENTE GENERAL PARA EL  
AÑO FISCAL 1997-98  
(CORPORACIONES)**

Fecha \_\_\_\_\_

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

Nombre de la corporación \_\_\_\_\_

Número de licencia actual \_\_\_\_\_

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

Dirección postal \_\_\_\_\_

Dirección del sitio de negocios \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y Seguro Social de los directores que actúan a nombre de la corporación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

|     | <i>Aseguradores representados</i> | <i>Núm. de lic. actual</i> |
|-----|-----------------------------------|----------------------------|
| 1.  |                                   |                            |
| 2.  |                                   |                            |
| 3.  |                                   |                            |
| 4.  |                                   |                            |
| 5.  |                                   |                            |
| 6.  |                                   |                            |
| 7.  |                                   |                            |
| 8.  |                                   |                            |
| 9.  |                                   |                            |
| 10. |                                   |                            |

Nota: Envíe esta solicitud en original y dos copias, con los derechos correspondientes en cheque certificado o giro postal pagadero a nombre del Secretario de Hacienda.

*No haga anotaciones debajo de esta línea.*