



Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

29 de diciembre de 1997

Carta Circular Número E-12-1473-97

A LOS ASEGURADORES DEL PAIS

Solicitud de Exención de Contribución Sobre Primas

Estimados señores:

A tenor con el Artículo 7.021 y la Regla LXVI del Código de Seguros de Puerto Rico, incluimos con la presente el formulario de solicitud de exención de contribución sobre primas para el año 1998. La misma estará basada en el plan de operaciones del asegurador para dicho año.

Se deberá presentar dicha solicitud en la Oficina del Comisionado de Seguros no más tarde del 31 de enero de 1998. De no recibirse dicho formulario en la fecha antes mencionada, entenderemos que el asegurador ha renunciado a solicitar y a acogerse a la exención de contribución sobre primas.

Agradeceremos su cumplimiento con esta circular.

Cordialmente,

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

ri

Anejo

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



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**SOLICITUD DE EXENCION DE CONTRIBUCION SOBRE PRIMAS
 ASEGURADORES DEL PAIS**

AÑO NATURAL _____

Fecha _____

En armonía con las disposiciones del Artículo 7.021 y la Regla LXVI del Código de Seguros de Puerto Rico, por este medio solicitamos exención de contribución sobre primas para el año _____. La información aquí ofrecida está basada en nuestro plan de operaciones para dicho año.

1. Nombre del Asegurador: _____

2. Localización - Oficina Principal: _____

3. Funcionarios:

<u>Nombre</u>	<u>Lugar de Residencia</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Los activos se encuentran en:

- (a) Puerto Rico \$ _____
- (b) Fuera de Puerto Rico \$ _____
- (c) Total \$ _____
- (d) Comentarios: _____

5. Funciones o Servicios:

- (a) Actuariales
 - Prestados por: _____
 - Prestados en : _____

Lugar en donde se mantendrá la documentación relacionada con estas funciones: _____

Empleado del Asegurador capacitado para sustentar la información certificada por el actuario _____

Lugar en donde se llevarán a cabo las traducciones de formularios de pólizas: _____

- (b) De Contabilidad

Operación del Negocio del Seguro:

Lugar en donde se mantendrán todos los documentos, libros de cuentas y sistemas de procesamiento electrónico de datos relacionados con la operación del asegurador: _____

(c) Manejo de Inversiones

(i) Fase decisional

Se llevará a cabo por: _____
Se llevará a cabo en : _____

(ii) Fase administrativa

Se mantendrán las inversiones en las siguientes instituciones bancarias:

(iii) Las siguientes casas de corretaje manejarán las inversiones:

(d) Servicios Médicos

Prestados por: _____
Residentes de: _____

(e) Servicios Legales

Prestados por: _____
Residentes de: _____

(f) Aprobación o rechazo de solicitudes de seguros

Llevadas a cabo por: _____
Llevadas a cabo en : _____

(g) Emisión de Pólizas de Seguros

Emitidas en : _____
Refrendadas en: _____

(h) Aprobación y pago de todo tipo de reclamación

Realizadas en : _____
Realizadas por: _____

(i) Anuncio y Publicaciones

Tramitados en : _____
Tramitados por: _____

(j) Relaciones Públicas

Prestadas por : _____
Localizados o Residente en: _____

(k) Supervisión y Entrenamiento de Productores y Representantes de Servicios

Llevado a cabo por: _____
Llevado a cabo en : _____

6. Las cobranzas se mantendrán en _____

7. El Presidente reside en _____

8. Reuniones Ordinarias de la Junta de Directores:

Se llevan a cabo en: _____

9. Comentarios o información adicional (de ser necesario):

Entendemos que de concederse la exención de contribución sobre primas solicitada, la misma será de carácter preliminar sujeta a la verificación de la información aquí ofrecida.

CERTIFICO que las declaraciones que anteceden son ciertas, correctas y completas.

Firma Presidente

SELLO CORPORATIVO

Jurado y suscrito ante mi hoy día _____ de _____
de _____, por _____.

Abogado Notario