



Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Carta Circular Núm. AC-II-4-1546-99
29 de abril de 1999

A TODOS LOS GERENTES DE SEGUROS

Asunto: Renovaciones de licencias para el 1999-2000

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.

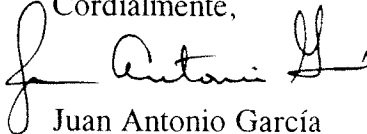
En atención a lo anterior, y conforme al Artículo 7.010(1)(v) del referido Código, se determinará la aportación anual que deberá pagar cada gerente conforme a la siguiente escala:

Gerentes que representen dos (2) o menos aseguradores	\$1,000.00
Gerentes 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 1999, es necesario que antes del **5 de junio de 1999**, se complete y envíe a nuestra Oficina el formulario adjunto, acompañado de un cheque certificado o giro postal por la cantidad mencionada, pagadero al Secretario de Hacienda, y de un sobre manila tamaño carta pre-dirigido.

Les advertimos que toda solicitud que se reciba después del 30 de junio de 1999, 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

Anejo

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

**SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE GERENTE
PARA EL AÑO FISCAL 1999-2000**

Fecha _____

A continuación se presenta 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 _____

Teléfono _____

Dirección residencial _____

Teléfono _____

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

Firma del solicitante: _____

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.