



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

31 de agosto de 2001

Carta Circular Número: E-08-1613-2001

A TODOS LOS CORREDORES DE SEGUROS DE LINEAS EXCEDENTES

Modelo para circular los riesgos de vida y salud que se proponen colocar como seguros de líneas excedentes

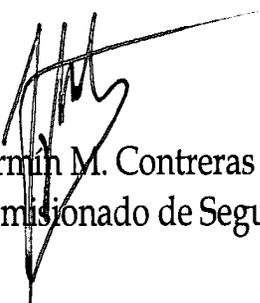
Estimados señores y señoras:

Se acompaña Modelo OCSR28(C)(VS), el cual podrán utilizar para circular únicamente aquellos riesgos cubiertos por seguros de vida y salud que se propongan colocar como seguros de líneas excedentes, de conformidad con la Regla XXVIII del Reglamento de Código de Seguros de Puerto Rico, y la Carta Normativa Número E-N-12-1275-95 del 9 de enero de 1996.

Si el corredor no ofrece toda la información requerida por el formulario o si ésta no es suficiente o no está completa, se le devolverá al Corredor el modelo presentado a esta Oficina. En este caso, el término de cinco (5) días laborables mencionados en la Regla XXVIII, supra, empezará a contar cuando el Corredor presente el modelo enmendado con la información completa.

Se ordena, por la presente, el cumplimiento estricto con las disposiciones de esta carta circular.

Cordialmente,


Fermín M. Contreras Gómez
Comisionado de Seguros

mic

Anejo

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

Tel. (787) 722-8686 • Fax (787) 722-4400

**A LOS ASEGURADORES Y A LOS AGENTES GENERALES O GERENTES
DE ASEGURADORES AUTORIZADOS EN PUERTO RICO
A SUSCRIBIR RIESGOS DE VIDA Y SALUD**

De conformidad con el Artículo 10.070 del Código de Seguros de Puerto Rico y de la Regla XXVIII del Reglamento de dicho Código, _____
(Nombre del Corredor de Líneas Excedentes)

por la presente solicita le informe si su asegurador estaría dispuesto a aceptar el siguiente riesgo:

Información sobre el prospecto asegurado:

Género/Sexo: M ____ F ____ Edad ____

Clase de Seguro: _____

Descripción del Riesgo: _____

Cantidad que se ha de asegurar o límites: _____

De estar su asegurador en condiciones de aceptar el riesgo, agradeceremos envíe copia de este aviso con su contestación, dentro de un término de cinco (5) días, contado a partir de la fecha de envío del mismo, a la siguiente dirección:

o a través del telefax número _____.

De no recibir contestación alguna dentro de este término, se entenderá que su asegurador no está dispuesto a aceptar dicho riesgo. De tener alguna pregunta sobre este riesgo, favor dirigirse a _____
(Nombre de la Persona Contacto)

a través del teléfono número _____.

CONTESTACIÓN
(Para ser utilizado por el Asegurador)

Nombre del Asegurador _____

Aceptado _____

Persona Contacto _____ Teléfono _____