



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

14 de noviembre de 2005

CARTA CIRCULAR NÚMERO: C-E-12-1753-2005

A TODOS LOS ASEGURADORES DEL PAIS Y LAS ORGANIZACIONES DE
SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS EN PUERTO RICO

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE CONTRIBUCIÓN SOBRE PRIMAS

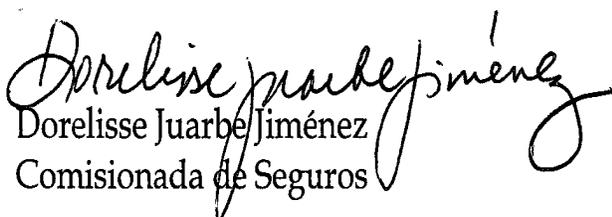
Estimados señoras y señores:

A tenor con el Artículo 7.021 y la Regla LXVI del Código de Seguros de Puerto Rico, incluimos el formulario de Solicitud de Exención de Contribución sobre Primas para el Año 2006. La solicitud deberá estar basada en el plan de operaciones del asegurador o de la organización de servicios de salud para dicho año.

El referido formulario deberá presentarse en la Oficina del Comisionado de Seguros no más tarde del 31 de enero de 2006. De no recibirse en la fecha antes mencionada, entenderemos que el asegurador o la organización de servicios de salud ha renunciado a solicitar y a acogerse a la exención de contribución sobre primas provista por el referido artículo de ley.

Agradeceremos su cumplimiento con esta Carta Circular.

Cordialmente,


Dorelisse Juarbe Jiménez
Comisionada de Seguros

Anejo

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

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

www.ocs.gobierno.pr



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**SOLICITUD DE EXENCION DE CONTRIBUCION SOBRE PRIMAS
ASEGURADORES DEL PAIS
Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD**

Año Natural _____
Fecha _____

En armonía con las disposiciones del Artículo 7.021 y Regla LXVI del Código de Seguros de Puerto Rico, 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 de la Entidad: _____
2. Localización de la Oficina Principal: _____
3. Funcionarios:

Nombre	Lugar de Residencia
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Los activos se mantendrán 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

Administración del Negocio del Seguro:

Nombre y lugar de residencia del Presidente _____

Nombre y lugar de residencia del Principal Oficial Ejecutivo _____

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

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:

Nombre	Dirección
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(c) Servicios Médicos

Prestados por: _____

Residentes de: _____

(d) Servicios Legales:

Prestados por: _____

Residentes de: _____

(e) Aprobación o rechazo de solicitudes de seguros

Llevadas a cabo por: _____

Llevadas a cabo en: _____

(f) Emisión de Pólizas de Seguros

Emitidas en: _____

Refrendadas en: _____

(g) Aprobación y pago de todo tipo de reclamación

Realizadas en: _____
Refrendadas en: _____

(h) Anuncio y Publicaciones

Tramitados en: _____
Tramitados por: _____

(i) Relaciones Públicas

Prestadas por: _____
Localizados o Residentes en: _____

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

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

6. Las cobranzas se mantendrán en: _____

7. Reuniones Ordinarias de la Junta de Directores se llevarán a cabo en:

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

De concederse la exención de contribución sobre primas solicitada, la misma será de carácter preliminar sujeta a la verificación, por parte de la Oficina del Comisionado de Seguros, de la información aquí ofrecida.

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

Firma Presidente

SELLO CORPORATIVO

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

Abogado Notario

Nota: Recuerde estampar el Sello Corporativo.