



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

5 de junio de 2012

CARTA NORMATIVA NÚM.: 2012-144-D

A TODOS LOS CORREDORES DE LÍNEAS DE SEGUROS EXCEDENTES Y DE IPC¹

PAGO DE CONTRIBUCIONES DE LÍNEAS EXCEDENTES POR RIESGOS INTERESTATALES

Estimados señores y señoras:

Conforme con la “Nonadmitted and Reinsurance Reform Act” o NRRA de 2010 (Ley para Reformar las Seguros No Autorizados y Reaseguro), la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS) se hizo formar parte del Acuerdo Interestatal de Seguros No Autorizados (NIMA). El objetivo de NRRA es promover que la colocación de riesgos entre varios estados se lleve a cabo de manera ordenada a través de Aseguradores de Líneas Excedentes al establecer un solo “estado de origen” donde se lleve a cabo la expedición de licencias, el pago de contribuciones de líneas excedentes y se presente la documentación de cumplimiento.

En relación con la referida iniciativa, se creó un centro de procesamiento. El centro de procesamiento Surplus Lines Clearinghouse facilitará el proceso de recibir y distribuir las contribuciones sobre las primas y la información sobre las transacciones relacionadas con los Seguros No Autorizados. Por lo tanto, los Regulados y los Asegurados de Líneas Excedentes que busquen seguros por su cuenta deberán utilizar el Clearinghouse para informar y pagar las contribuciones sobre las primas de los Seguros No Autorizados para los riesgos interestatales para los que Puerto Rico es el estado de origen.

En conformidad con lo anterior, se incluye con esta comunicación el Formulario de Registro del Clearinghouse donde se incluirá la información de contacto necesaria sobre

¹ “Seguro contratado por cuenta propia” o IPC, por sus siglas en inglés, significa el seguro que un asegurador tramita directamente de un Asegurador No Autorizado, en conformidad con las leyes de Puerto Rico.

los corredores, agentes generales y asegurados IPC que utilizarán la plataforma del Clearinghouse para informar las pólizas interestatales. Este formulario le permitirá al personal del Clearinghouse comunicarse directamente con los usuarios del sistema del Clearinghouse para mantenerlos al día con el itinerario de cumplimiento, los programas de adiestramiento y los métodos para presentar los documentos, entre otros. El Clearinghouse utilizará esta información de registro para propósitos informativos solamente y no podrá ser solicitada ni se le proveerá a terceros.

Se debe completar y enviar el formulario de registro a info@slclearinghouse.com y a la OCS: SLB_IPC@ocs.pr.gov. Para obtener más información, visite la página de Internet del Clearinghouse www.slclearinghouse.com, o puede comunicarse directamente con el personal del Clearinghouse a los números telefónicos y las direcciones de email a continuación.

Tiffany Maruniak, Gerente del Clearinghouse
tmaruniak@fslso.com
877.267.9855 x113

Ashlee Weber, Gerente de Información
aweber@fslso.com
877.267.9855 x109

Bryan Young, Representante de Atención al Cliente
byoung@fslso.com
877.267.9855 x129

Esta información se deberá presentar al Clearinghouse y a esta Oficina a más tardar cinco (5) días a partir de la fecha de esta carta.

Se ordena por la presente el cumplimiento estricto con las disposiciones de esta Carta Normativa.

Cordialmente,

(Firmado)

Ramón L. Cruz Colón, CPCU, ARe, AU
Comisionado de Seguros



Formulario de Registro del Clearinghouse

Los clientes pueden registrarse en el Clearinghouse como agente (licencia individual), agencia (licencia de agencia/corredor) o Seguro Contratado por Cuenta Propia (IPC) (asegurado/titular de póliza). Complete una de las tres secciones a continuación (agente, agencia o asegurado IPC).

Luego de completar el formulario de registro, se deberá enviar al personal del Clearinghouse a través de email a info@slclearinghouse.com. Comuníquese con el Clearinghouse al (877) 267-9855 o visite www.slclearinghouse.com para obtener más información.

Información del Agente o Corredor Autorizado

Nombre del Agente: _____

Número de Productor Nacional (NPN): _____

Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de email: _____

Núm. de teléfono: _____

Información de la Agencia/Corredor:

Nombre de la
agencia: _____

Número de
Productor Nacional (NPN): _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de email: _____

Núm. de teléfono: _____

Información de la Persona Contacto de la Agencia

Nombre
del contacto: _____

Dirección de email: _____

Núm. de teléfono: _____



Seguro Contratado por Cuenta Propia - IPC (Asegurado/Titular de Póliza)

Nombre del asegurado: _____

Contacto del asegurado
Nombre (si difiere del nombre del asegurado): _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de email: _____

Núm. de teléfono: _____