



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
**OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**

---

13 de diciembre de 2013

**CARTA NORMATIVA NÚMERO: CN-2013-165-EX**

**A TODO ASEGURADOR AUTORIZADO EN PUERTO RICO, AGENTE GENERAL, GERENTE, PRODUCTOR, REPRESENTANTE AUTORIZADO Y CORREDOR DE LÍNEAS EXCEDENTES**

**ENMIENDA AL MODELO DE CIRCULACIÓN DE RIESGOS OCSR28(C) PARA NUEVOS NEGOCIOS Y RENOVACIONES, Y NORMA SOBRE EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA CIRCULACIÓN DE RIESGOS**

Estimados señoras y señores:

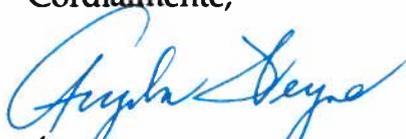
El Artículo 10.070 del Código de Seguros de Puerto Rico, define los riesgos de líneas excedentes como aquella parte o la totalidad de una cubierta de seguro que no pueda obtenerse de aseguradores autorizados a realizar negocios en Puerto Rico, y permite que bajo ciertas circunstancias, los mismos sean colocados con aseguradores elegibles de líneas excedentes. Con el propósito de fiscalizar el fiel cumplimiento con las disposiciones del referido artículo, la Oficina del Comisionado de Seguros ("OCS"), promulga un nuevo formulario OCSR28(C) donde constará la contestación del asegurador autorizado.

Además de varios cambios de forma, el nuevo formulario contiene información adicional en la sección a ser completada por el asegurador autorizado. En esta sección, el asegurador autorizado notificará al corredor de líneas excedentes y a la OCS su determinación de aceptar o rechazar el riesgo circulado. Todo asegurador autorizado que reciba el formulario OCSR28(C) - 12/2013 como parte del proceso de circulación de riesgo lo llenará y enviará por correo electrónico dentro del periodo de cinco días de haberlo recibido. El correo electrónico designado por la OCS para estos fines es: [surpluslines@ocs.gobierno.pr](mailto:surpluslines@ocs.gobierno.pr). Adjunto encontrará la Forma OCSR28(C) (versión 12-2013), la cual será la única forma que podrá utilizarse para estos fines a partir del 1 de enero de 2014.

Se advierte además, que en aquellos casos en que el riesgo se haya circulado y no se haya colocado dentro del periodo de vigencia de las cotizaciones emitidas por los aseguradores autorizados, el corredor de líneas excedentes vendrá obligado a circular nuevamente el riesgo a través del centro de circulación de la OCS. De no haberse recibido contestación alguna de los aseguradores autorizados, el corredor vendrá obligado a circular el riesgo nuevamente si han transcurrido 60 días contados a partir de la fecha de circulación original.

Se deberá dar estricto cumplimiento con lo aquí requerido.

Cordialmente,



Ángela Weyne Roig  
Comisionada de Seguros

Anejo



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**A TODO ASEGURADOR AUTORIZADO, AGENTE GENERAL O GERENTE DE  
ASEGURADORES AUTORIZADOS A SUSCRIBIR RIESGOS EN PUERTO RICO**

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)

solicita informe si su asegurador está dispuesto a asegurar el siguiente riesgo:

1. Nombre y dirección del propuesto asegurado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Identifique la Clase de Seguro:

Propiedad

Impericia Médica

Contra Siniestros Marítimo  
y de Transportación

Profesionales de los servicios de salud

Institución de cuidado de salud

Otros: \_\_\_\_\_

Contra Accidentes

Incapacidad

Otros: \_\_\_\_\_

3. Descripción del riesgo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Límites de Cubierta: \_\_\_\_\_

\* De tener alguna pregunta o duda sobre este riesgo, favor dirigirse a \_\_\_\_\_,  
(Nombre de la Persona Contacto)  
a través de la siguiente dirección electrónica \_\_\_\_\_ o del teléfono  
número \_\_\_\_\_.

\* Dentro del periodo de 5 días de haber recibido este documento, todo asegurador llenará la parte inferior del mismo y lo enviará a las siguientes dos (2) direcciones de correos electrónicos:

Corredor de líneas excedentes: \_\_\_\_\_

Centro de circulación de riesgos de líneas excedentes (OCS) : [surpluslines@ocs.gobierno.pr](mailto:surpluslines@ocs.gobierno.pr)

**PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADOR AUTORIZADO**

Nombre del Asegurador \_\_\_\_\_

Aceptado

Rechazado

Persona Contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_