



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Seguro Tramitado con Aseguradores No Autorizados

De conformidad con el Artículo 10.200 del Código de Seguros de Puerto Rico, Yo,
_____ residente en _____

(Dirección completa)

Certifico, haber tramitado un seguro para cubrir una clase de seguros que reside, localizado o que será realizado en Puerto Rico con un asegurador no autorizado. La siguiente información es relacionada a la cubierta de seguro:

1. Nombre y Dirección del Asegurador: _____

2. Número de Póliza: _____
3. Clase de Seguro: _____
4. Descripción de la cubierta: _____
5. Fecha de efectividad y expiración: _____
6. Cantidad cubierta: \$ _____
7. Dirección física del Asegurado: _____
8. Cantidad Total de prima cargada: \$ _____
9. Si la póliza cubre también seguros localizados fuera de Puerto Rico, indicar la cantidad de prima correspondiente al riesgo localizado en Puerto Rico: \$ _____
10. Cantidad de Impuesto: \$ _____
11. Nombre y dirección del agente, agente general o corredor quien tramitó o participó en este seguro: _____

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado esta certificación y que a mi mejor conocimiento y creencia en cierto, correcto y completo.

Fecha

Firma

DEBERÁ INCLUIR COPIA DE LA POLIZA O LAS NOTAS DE CUBIERTA