



Oficina del Comisionado de Seguros

Estado Libre Asociado de Puerto Rico

INFORME DE CANCELACION DE NOMBRAMIENTOS DE REPRESENTANTE AUTORIZADO (ASEGURADOR)

_____ de _____ de

Nombre del Asegurador _____

Total de Nombramientos Oficiales
cancelados: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (nombre con dos apellidos)	SEGURO SOCIAL	FECHA DE CANCELACION
	XXX-XX-	

El Asegurador deberá proveer a la OCS notificación electrónica a través de uniserv@ocs.gobierno.pr dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que cancele el contrato de Representante Autorizado con un Productor de Seguros y deberá presentar por correo o personalmente dentro de los veinte (20) días siguientes a la fecha de dicha cancelación este informe a la OCS con la firma pertinente.

Y PARA QUE ASI CONSTE, remito el presente Informe de Nombramientos, bajo mi firma y sello en _____, Puerto Rico, a ____ de _____ de 20____.

NOMBRE DEL OFICIAL

SELLO

FIRMA DEL OFICIAL

La Oficina del Comisionado de Seguros mantiene una política de confidencialidad respecto al uso del número de seguro social de sus regulados; sin embargo, se reserva el derecho a solicitar información adicional al amparo del Código de Seguros de Puerto Rico y la Ley Núm. 207 de 27 de septiembre de 2006, intitulada "Ley de prohibición uso de seguro social en tarjetas de identificación de empleados públicos y privados" y el reglamento Núm. 7413 del departamento de Trabajo.