



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

**SOLICITUD DE ÁRBITRO NEUTRAL
PROCEDIMIENTO DE VALORIZACIÓN “APPRAISAL”**

A. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y apellidos: _____

Dirección postal: _____

Número de celular: _____

Correo electrónico: _____

Lugar y dirección de empleo: _____

Teléfono de la oficina: _____

B. PREPARACIÓN PROFESIONAL

Indique las licencias o certificaciones profesionales que posee (por ejemplo, ajustador, ingeniero civil (PE), arquitecto o contador público autorizado). Incluya un certificado de “Good Standing”.

Tipo de licencia o certificación	Número de licencia o certificación	Fecha de vencimiento

Cursos relacionados a métodos alternos de resolución de conflictos o cursos de valoración de pérdidas o daños en seguros de propiedad que haya tomado. Incluya su Resumé o “curriculum vitae”

Título del curso	Nombre del proveedor	Fecha de aprobado	Número de unidades u horas contacto

¿Existe o ha existido alguna querrela, queja o acción disciplinaria contra usted en algún foro administrativo o judicial relacionada con su conducta profesional? Sí ____ No ____

Si contestó que sí a la pregunta anterior, presente evidencia de la determinación final.

Indique si posee interés económico o financiero (accionista, miembro, socio, director, oficial, representante o empleado), o relación contractual en el campo de seguros con un asegurador o ajustador autorizado para hacer o que esté haciendo negocios en Puerto Rico. Sí ____ No ____

Si contestó que sí a la pregunta anterior, indique el nombre y tipo de relación que posee con el asegurador o ajustador.

REFERENCIAS. Ofrezca el nombre el nombre de tres (3) personas, título, dirección y teléfono que estén en disposición de ofrecer referencias sobre su persona.

Nombre y apellidos	Teléfono	Dirección Postal o correo electrónico	Título



--	--	--	--

Certifico que es correcta y veraz toda la información provista en esta solicitud, así como los documentos y certificaciones que se anejan a la misma y autorizo a la OCS a realizar toda aquella información pertinente para corroborar la veracidad de la información contenida en la presente solicitud.

Firma

Fecha

Esta solicitud deberá ser presentada, una vez debidamente completada, ante la Oficina del Comisionado de Seguros a través de la siguiente dirección de correo electrónico: appraisal@ocs.pr.gov.