



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

## OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

13 de febrero de 1989  
Carta Circular Núm. LE-2-1146-89

A TODOS LOS AJUSTADORES DE SEGUROS

Re: Renovación de licencias para  
el 1989-90

Estimados señores:

El Artículo 9.420(1) del Código de Seguros de Puerto Rico dispone que antes de la medianoche del 30 de junio de cada año, se pagará al Comisionado de Seguros el derecho por cada licencia cuya renovación se desee.

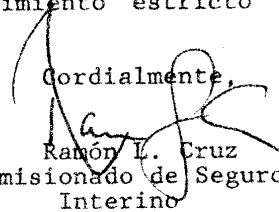
De suerte que dichas licencias queden renovadas al 1 de julio de 1989, es necesario que en o antes del 15 de abril de 1989, se nos envíe el derecho de licencia, el cual en su caso asciende a \$100. El pago deberá hacerse en cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda, acompañado del modelo adjunto debidamente lleno, y de un sobre manila tamaño legal pre-dirigido y pre-franqueado.

Las sociedades y corporaciones tendrán en cuenta lo dispuesto en el Artículo 9.160(1) del Código de Seguros de Puerto Rico en cuanto al derecho adicional que habrá de pagarse cuando más de una persona actúa a nombre de la entidad.

Deseamos advertirles que toda solicitud de renovación que se reciba después del 1 de julio de 1989, se hará efectiva a la fecha en que el derecho se reciba en esta Oficina y no se renovará con fecha retroactiva al 1 de julio de 1989. Entenderemos que no se desea renovar una licencia si los derechos de renovación no se reciben antes de la fecha de expiración de la misma.

Agradeceremos den cumplimiento estricto a las anteriores directrices.

Cordialmente,

  
Ramón L. Cruz  
Comisionado de Seguros,  
Interino

Anejo Apartado 8330 — Estación Fdez. Juncos — Santurce, Puerto Rico 00910 - 8330



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

## OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

### Solicitud de Renovación de Licencia de Ajustador

AL HONORABLE COMISIONADO DE SEGUROS:

Acompaño giro postal o cheque certificado por \$ \_\_\_\_\_ pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico, por concepto de la renovación de la licencia de Ajustador Independiente para el año fiscal 1989-90.

A continuación presento la siguiente información para el trámite de la referida renovación:

(1) Si es un individuo:

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Dirección del Sitio de Negocios \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

Trabajo

\_\_\_\_\_ por mi cuenta

\_\_\_\_\_ en el Departamento de Reclamaciones del siguiente asegurador o agente general \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en la siguiente firma de ajustadores: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(2) Si es una corporación:

Nombre de la corporación \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de la corporación \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Dirección del Sitio de Negocios \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre y número de Seguro Social de las personas que actúan a nombre de la corporación: \_\_\_\_\_

Firma del Presidente \_\_\_\_\_

NOTA: Envíe este formulario en original y copia, con los derechos correspondientes.

Para uso de la Oficina del Comisionado de Seguros

Recibo Oficial Núm. \_\_\_\_\_ Licencia Núm. \_\_\_\_\_

Fecha de envío \_\_\_\_\_

OCR-4