



OFICINA DEL

COMISIONADO DE SEGUROS

GOBIERNO DE PUERTO RICO

REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN

Asegurador y/o HMO: _____

NAIC Group Code: _____ NAIC Company Code: _____

Favor de completar la siguiente información del Contador Público Autorizado (CPA) y/o Auditor contratado

Nombre: _____

Núm. de licencia: _____ Jurisdicción _____

Dirección postal: _____

Núm. de Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de contratación o designación del CPA/Auditor _____
(Día/Mes/Año)

Fecha de finalización del contrato de auditoría vigente: _____
(Día/Mes/Año)

Nombre Representante del Asegurador

Correo Electrónico y Teléfono

Firma

Fecha