

SOLICITUD PARA FORMAR PARTE DE LA LISTA DE ÁRBITROS NEUTRALES EN PROCEDIMIENTOS DE VALORIZACIÓN “APPRAISAL” DE LA OCS

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, contador público autorizado o evaluador profesional de bienes raíces). 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 de una entidad acreditada y someta evidencia de ello. En la alternativa, indique que posee y mantiene vigente certificación para fungir como árbitro emitida por una asociación profesional “bona fide” de Puerto Rico o de alguno de los estados de los Estados Unidos de América y someta evidencia de ello. 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 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, o en formato físico en nuestra oficina localizada en el Edificio World Plaza, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan, P.R. 00918, Piso 9; o por correo postal a 361 Calle Calaf, PO Box 195415, San Juan, P.R. 00919. Junto con su solicitud debe incluir el importe de \$50.00 para cubrir los gastos administrativos del proceso.