ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**

(Rev: 3/13)

# INFORMACION ESTADISTICA

Ofrecer esta información es voluntaria. La misma será utilizada solamente para propósito estadísticos para el Programa de Acción Afirmativa establecida por la Orden Ejecutiva Número 4385 de 3 de junio de 1985.

_____
Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre  Inicial

Dirección Residencial:_____

_____

Seguro Social: XXX-XX-_____  Status Veterano: ☐ Veterano ☐ No Veterano

Sexo: ☐ Masculino  ☐ Femenino

Nacionalidad: ☐ Americana  Otro Especifique: _____

Fecha de Nacimiento: _____ _____ _____  Edad: _____
Día Mes Año

_____  _____
Fecha  Firma

B5 Calle Tabonuco Suite 216 • PMB 356 • Guaynabo, PR 00968-3029 •
Tel: (787) 304-8686 • Fax: (787) 273-6082
www.ocs.gobierno.pr

PUERTO RICO LO HACE MEJOR
PUERTO RICO VERDE