



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

NOMBRAMIENTO DE SOLICITADOR DE MICROSEGUROS

Conforme al Artículo 15.043 del Código de Seguros de Puerto Rico, por la presente nombramos a _____, cuyo seguro social es _____, como Solicitador de Microseguros, esto sujeto a que la Oficina del Comisionado de Seguros le conceda la correspondiente licencia.

Certificamos que hemos hecho una investigación minuciosa de las calificaciones, identidad y probidad del solicitante y que los resultados de dicha investigación son satisfactorios.

Certificamos además, que el solicitante ha estado residiendo en Puerto Rico por espacio de ____ año(s) inmediatamente antes de la fecha de esta solicitud.

Fecha en _____ a los ____ día(s) de _____ 20__.

Nombre del Administrador de Microseguros o Agente General
(letra de molde)

Firma del Administrador de Microseguros o Agente General

Cargo o Titulo

Sello Corporativo

NOTA: TODA CANCELACION DE NOMBRAMIENTO DEBE SER NOTIFICADA A LA OCS DENTRO DE LOS DIEZ (10) DIAZ SUBSIGUIENTES A LA FECHA DE LA MISMA.

OCS-SP-MS-2

Revisado 04/30/2021