

6 Previous Insurance Coverage? No Yes (If Yes, please provide information for last three years)
 ¿Cobertura Previa de Seguro? No Sí (Si la respuesta es Sí, provea información por los últimos tres años)

Policy Period from (MO / YR) to (MO / YR) Período de Póliza desde (Mes/Año) hasta (Mes/Año)	Insurance Company Name Nombre de la Compañía de Seguros	Annual Premium Tasa Anual	Experience Modifier Modificador de Experiencia	Claims Cost, Including Reserves Costo de Reclamos, Incluyendo Reservas

7 Names (including DBAs) and Street Addresses of All Utah Locations (use additional page if necessary)
 Nombres (Incluyendo DBA's) y direcciones de calles de todas las ubicaciones de Utah (use papel adicional si es necesario)

Name Nombre	Street or Location Calle o Ubicación	City Ciudad	Zip Code Código Postal

8 Work Classifications and Estimated Annual Payroll by Location
 Clasificaciones de Trabajo y Nomina de Pago Anual por Ubicación

By location, list duties of employees including covered corporate officers by type of work performed. Do not include earnings of partners or sole proprietor. Por el Lugar, liste los deberes de los empleados, incluyendo Directivos de la Empresa, según el tipo de trabajo que desempeñan. No incluya las ganancias de Socios o Propietarios Únicos.			Number of Employees No. de Empleados	Estimated Total Annual Payroll Total Anual Estimado de Nómina de Pago	WCF Use Only Para Uso de WCF Solamente		
					Class Codes Código de Clase	Rate Tasa	Estimated Premium Prima Estimada
1							
2							
3							
4							

9 Employers Liability Insurance Seguro de Responsabilidad Para el Empleador

Employers Liability Insurance provides coverage against lawsuits brought by an employee against the employer for on-the-job injuries. El Seguro de Responsabilidad de los Empleadores provee cobertura en contra de demandas hechas por empleados por las lesiones sufridas en el trabajo.			WCF Use Only Para el Uso de WCF Solamente	
Standard limits for the policy are: Límites Regulares para la póliza son:			Total Estimated Manual Premium	
Bodily Injury by Accident (Each Accident) \$100,000 Lesión Corporal por Accidente (Cada Accidente) \$100,000			Increased Liability Limits	
Bodily Injury by Disease (Policy Limit) \$500,000 Lesión Corporal por Enfermedad (Póliza Limite) \$500,000			E-Mod Factor	
Bodily Injury by Disease (Each Employee) \$100,000 Lesión Corporal por Enfermedad (Cada Empleado) \$100,000			Scheduled Credit / Debit Factor	
If higher limits are desired, please contact the Underwriting Department for available options and costs. Si se desean limitaciones mayores, por favor contactar al Departamento de Seguros para opciones costos disponibles.			Premium Size Discount	
WCF Use Only Para el Uso de WCF Solamente			Estimated Annual Premium	
Payment Plan	Underwriter		Down Payment	
Agency Name	Agency Code Number	Producer	Effective Date	
			Number Assigned	

10 General Questions Preguntas Generales

	Y Sí	N No		Y Sí	N No
1 Does applicant own, operate or lease aircraft / watercraft? ¿Tiene, opera o arrienda el solicitante una aeronave/embarcación?			11 Are athletic teams sponsored? ¿Son los equipos atléticos patrocinados?		
2 Any prior coverage declined, cancelled, or non-renewed within the last 3 years? ¿Ha tenido alguna cobertura previa declinada, cancelada o no renovada en los últimos tres años?			12 Do any employees predominantly work at home? ¿Alguno de sus empleados trabaja mayormente en la casa?		
3 Any work performed underground or above 15 feet? ¿Trabajo realizado bajo tierra o por encima de 15 pies?			13 Are employee health plans provided? ¿Se provee plan de salud a los empleados?		
4 Is applicant engaged in any other type of business? ¿Participa el solicitante en algún tipo de negocio?			14 Any group transportation provided? ¿Alguna provisión de transporte de grupo?		
5 Are sub-contractors used? If yes, give % of work subcontracted. ¿Usa usted sub-contratistas? Si es así, provea el % de trabajo realizado por subcontratistas.			15 Do employees travel out-of-state? ¿Viajan sus empleados fuera del estado?		
6 Any work sublet without certificate of insurance? ¿Algún trabajo subcontratado sin certificado de seguro?			16 Do / have past present or discontinued operations involve(d) storing, treating, discharging, applying, disposing, or transporting hazardous material? ¿Ha tenido o tiene operaciones pasadas o presente, las cuales involucren el almacenamiento, trato, descarga, aplicación, disposición, o transportación de material peligroso?		
7 Is a written safety program in operation? ¿Hay un programa escrito de seguridad en operación?					
8 Is there a labor interchange with any other business / subsidiary? ¿ Hay algún cambio de labor con otra empresa/ Subsidiaria?					
9 Any tax liens or bankruptcy within the last 5 years? ¿Algún embargo de impuestos o bancarota en los últimos 5 años?			17 Any undisputed and unpaid workers compensation premium due from you or any commonly managed or owned enterprises? If yes, explain including entity name(s) and policy number(s). ¿Alguna prima indiscutible y sin pagar de compensación al trabajador que usted o algún comúnmente administra o es de su propiedad? Si es así, explique incluyendo nombre(s) de entidad(es) y nombre(s) de póliza (s)		
10 Do you lease employees to or from other employers? ¿Arrienda usted empleados de otros empleadores?					

11 Remarks Comentarios

--

12 Individual to Contact if Additional Information is Needed Persona a Contactar si Necesita Información Adicional

Name Nombre	Telephone Number Número Telefónico	
<p>It is agreed that contractors and sub-contractors engaged by the applicant who cannot provide a certificate of workers compensation insurance substantiating an active workers compensation policy shall be included in the applicant's payroll and premium paid by the applicant.</p> <p>Upon receipt of the completed and signed application, WCF Insurance will provide the applicant with a proposal showing the classifications, rates and deposit required. In order to initiate coverage, applicant must return one copy of the proposal with the required payment to WCF Insurance.</p> <p>Coverage will be effective at 12:01 am on the date following receipt of one copy of the signed proposal and required payment by WCF Insurance.</p> <p>Se ha acordado que los contratistas y sub-contratistas contratados por el solicitante , que no puedan proveer un certificado de seguro de compensación al trabajador, confirmando una póliza activa de compensación al trabajador, deben ser incluidos en la nomina de pago del solicitante, y tales primas deben ser pagadas.</p> <p>Al recibir la aplicación completada y firmada, WCF Insurance proveerá al solicitante una propuesta, mostrando las clasificaciones, tasa y depósitos requeridos. En orden para inicial cobertura, el solicitante debe regresar una copia de la propuesta con los pagos requeridos a WCF Insurance.</p> <p>La cobertura será efectiva a las 12:01 am en la fecha posterior al recibimiento de una copia de la propuesta firmada y el pago requerido por WCF Insurance.</p>		
Print or Type Name and Title of Owner, Partner or Corporate Officer Nombre Impreso y Titulo del Dueño, Socio o Directivo de la Empresa	Signature of Owner, Partner or Corporate Officer Firma del Dueño, Socio o Directivo de la Empresa	Date Fecha

Please return a completed signed application to: Favor de retornar la aplicación completada y firmada a:

WCF Insurance
P.O. Box 2227
Sandy, Utah 84091-2227

If you have any questions, please call 1.800.346.6812
Email: customerservice@wcf.com

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llame al: 1.800.346.6812
Email: customerservice@wcf.com

For your protection, Utah law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files or causes to be filed a false or fraudulent claim for disability compensation or medical benefits, or submits a false or fraudulent report or billing for health care fees or other professional services is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in the state prison.

Para su Protección, la ley de Utah requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información de seguros falsa o fraudulenta, registros o causas para presentar un reclamo de compensación por discapacidad o por beneficios médicos, o que presente un reporte falso o fraudulento, o recibos por gastos de cuidados de salud u otro tipo de servicios profesionales, es culpable de crimen y estará sujeto a encarcelación en la prisión estatal.