



WCF Mutual Insurance Company

Cuestionario Suplementario para Negocios

INSURANCE

Por favor escriba a mano o a máquina

| 1 Información de Póliza | |
|-------------------------------|------------------|
| Compañía | Fecha |
| Persona de Contacto | Título |
| Agente o Representante de WCF | Número de Póliza |

| 2 Ubicación Física |
|---|
| <p>Describa las operaciones de su negocio (productos / servicios, procesos, distribución, etc.)</p> <p>Liste cualquier cambio de operación durante el año pasado</p> <p>Califique la limpieza / saneamiento de su negocio Pobre 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excepcional</p> <p>¿Tiene un programa para el mantenimiento de maquinaria y equipo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |

| 3 Instalaciones Médicas |
|---|
| <p>¿Utiliza instalaciones médicas de proveedores preferidos por WCF? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si actualmente no las utilice, estaría dispuesto en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |

| 4 Contratación de Empleados / Retención |
|--|
| <p>Número de Empleados Actuales Número de W2s para el Último Año</p> <p> <input type="checkbox"/> Aplicación de Empleo <input type="checkbox"/> Verificación de Referencias <input type="checkbox"/> Examen Físico después de la Oferta de Trabajo <input type="checkbox"/> Pruebas de Drogas <input type="checkbox"/> Pruebas de Drogas Post-Accidente <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Orientaciones <input type="checkbox"/> Otro </p> <p>Marque los Beneficios de Empleo que Ofrece</p> <p> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Discapacidad a Corto Plazo <input type="checkbox"/> Discapacidad a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Programa de Bienestar <input type="checkbox"/> Permiso por Enfermedad <input type="checkbox"/> Vacaciones Pagadas <input type="checkbox"/> Permiso Familiar/Médico <input type="checkbox"/> Otro _____ </p> <p>Otras Normas de Empleo</p> <p> <input type="checkbox"/> Hacer pruebas de drogas por causa <input type="checkbox"/> Hacer pruebas de drogas al azar <input type="checkbox"/> Manual de empleo incluye reglas de seguridad <input type="checkbox"/> Manual de empleo incluye una política disciplinaria por violaciones de las reglas <input type="checkbox"/> Taller Sindical </p> |

| 5 Seguridad |
|---|
| <p>¿Tiene un programa escrito de seguridad implementado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año establecido Nombre del director de seguridad</p> <p>Describa la experiencia del director de seguridad</p> <p>Marque todos los elementos incluidos en su programa de seguridad</p> <p> <input type="checkbox"/> Comunicación de riesgos <input type="checkbox"/> Bloqueo/señalización <input type="checkbox"/> Conservación del oído <input type="checkbox"/> Reuniones de seguridad <input type="checkbox"/> Protección contra caídas <input type="checkbox"/> Seguridad eléctrica <input type="checkbox"/> Excavación <input type="checkbox"/> Funcionamiento de equipos </p> |

5 Seguridad (continuado)

Comité de seguridad, describa las responsabilidades

Incentivos / concursos, describa

Investigaciones de accidentes, títulos de los investigadores

Equipo de protección personal, liste los equipos Requerido y aplicado

Describa cambios recientes, adiciones o modificaciones a su programa de seguridad

¿Ha tenido Violaciones de OSHA en los últimos 5 años? Sí No
Si la respuesta es sí, liste las violaciones:

¿Tiene establecido un programa de temprano regreso al trabajo? Sí No Año establecido Sí No ¿Hay una posición de trabajo modificado? Sí No

6 Reclamos

Liste sus tres más frecuentes causas de reclamos de compensación al trabajador (ejemplos: resbalones y caídas, ergonomía, etc.) y las medidas preventivas que ha implementado.

Causa

A Medida preventiva

Causa

B Medida preventiva

Causa

C Medida preventiva

7 Misceláneo

Liste cualquier cambio significativo que planifica implementar durante el próximo año

Comentarios adicionales que considere ser importantes para este cuestionario

Nombre

Firma

Fecha

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame al 800.346.6812

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.