

## Cuestionario Suplementario para Negocios

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

3 Instalaciones Médicas	
¿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

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

5 Seguridad		
¿Tiene un programa escrito de seguridad implementado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año establecido	Nombre del director de seguridad
Describa la experiencia del director de seguridad:		
<input type="checkbox"/> Comunicación de riesgos <input type="checkbox"/> Protección contra caídas	<input type="checkbox"/> Bloqueo/señalización <input type="checkbox"/> Seguridad eléctrica	<input type="checkbox"/> Conservación del oído <input type="checkbox"/> Excavación <input type="checkbox"/> Reuniones de seguridad <input type="checkbox"/> Funcionamiento de equipos

## 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

¿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:

A	Causa
	Medida preventiva
B	Causa
	Medida preventiva
C	Causa
	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