

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"/> 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 _____	
Marque los Beneficios de Empleo que Ofrece:			
<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 _____	
Otras Normas de Empleo			
<input type="checkbox"/> Hacer pruebas de drogas por causa	<input type="checkbox"/> Taller Sindical	<input type="checkbox"/> Manual de empleo incluye una política disciplinaria por violaciones de las reglas	
<input type="checkbox"/> Manual de empleo incluye reglas de seguridad	<input type="checkbox"/> Hacer pruebas de drogas al azar		

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:		
Marque todos los elementos incluidos en su programa de seguridad		
<input type="checkbox"/> Comunicación de riesgos	<input type="checkbox"/> Bloqueo/señalización	<input type="checkbox"/> Conservación del oído
<input type="checkbox"/> Protección contra caídas	<input type="checkbox"/> Seguridad eléctrica	<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