



**WCF Mutual Insurance Company**  
Formulario de Revisión de la Póliza

Número de Póliza

Su póliza de WCF se está revisando actualmente para el próximo período de renovación. Es muy importante que tengamos información actualizada y precisa acerca de su negocio para que se le provea con la mejor propuesta de renovación. Por favor complete ambas páginas del formulario y devuélvalo a nosotros dentro de 15 días por correo o se puede enviarlo por fax al 385.351.8166. Continúe hacer todos pagos como se facturan.

1 Nombre del Negocio	
Nombre Exacto y Completo	Años de Operaciones

2 Información de Contacto Comercial			
Domicilio o P.O. Box			Número de Teléfono
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Fax
Número de Identificación Fiscal	Correo Electrónico		

3 Contacto para Registros de Nómina / Marque la Caja si es Igual que el Contacto Comercial <input type="checkbox"/>			
Domicilio			Número de Teléfono
Ciudad	Estado	Código Postal	Nombre de Individuo

4 Nombres y Domicilios de todas las Ubicaciones de Utah (utilice la página extra si es necesario)				
Nombre o DBA	Domicilio (no PO Box)	Ciudad	Código Postal	Cuántos Empleados

5 Naturaleza del Negocio / Descripción de Operaciones

## 6 Información sobre la Propiedad

Tipo de Propiedad

- Propietario Único       Sociedad       Corporación       Fondo  
 Empresa Conjunta       Responsabilidad Limitada (LLC)       Asociación  
 Sociedad Limitada       Gobierno       Otro \_\_\_\_\_

## 7 Dueño / Funcionario

Liste abajo la Información Completa para: Propietario Único / Socios / Miembro de LLC / Funcionarios Corporativos

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Título	% de Propiedad	Seguro Social	¿Se Desea Cobertura?	Tareas Principales
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## 8 Comentarios

--

Escriba a mano o a máquina el Nombre y Título del Dueño, Socio o Funcionario Corporativo	Firma del Dueño, Socio o Funcionario Corporativo	Fecha
--	--	-------

¡Gracias!  
Apreciamos su negocio.

WCF Insurance  
Atención: Underwriting Department  
100 West Towne Ridge Parkway  
Sandy, Utah 84070

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame al 800.346.6812

Fax: 385.351.8166

[www.wcfespanol.com](http://www.wcfespanol.com)

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.