

Formulario de Revisión de la 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.

Número de Póliza

Por favor escriba a mano o a máquina

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

Domicilio			Número de Teléfono
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Fax

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 Posta	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
				Sí No	
				Sí No	
				Sí No	
				Sí No	
				Sí 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

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.