



WCF Mutual Insurance Company
Cuestionario para Camioneros

INSURANCE

Por favor escriba a mano o a máquina

1 LA PÓLIZA	
Nombre del Poseedor de la Póliza	Número de Póliza

2 INFORMACIÓN	
1 ¿En cuál estado opera regularmente su negocio?	
2 ¿Es el radio de sus operaciones más o menos que 200 millas desde el punto del almacenaje principal? <input type="checkbox"/> Más que 200 millas desde el punto del almacenaje principal <input type="checkbox"/> Menos que 20 millas desde el punto del almacenaje principal	
3 ¿Son todos sus empleados residentes de Utah? Si la respuesta es no, liste todos los otros estados en los cuales residen sus empleados.	
4 ¿Son todos sus empleados contratados en Utah? Si la respuesta es no, liste todos los otros estados en los cuales se contratan sus empleados.	
5 ¿En cuáles estados tiene pólizas de compensación al trabajador?	
6 ¿Es usted el dueño de / opera terminales? Si la respuesta es sí, liste las ubicaciones.	
La Firma y Título del Dueño, Socio, Miembro o Funcionario Corporativo	Fecha

Por favor devuelva una aplicación completada y firmada a:

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

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.