



**¿Tiene preguntas? ¿Necesita asistencia? BWC está aquí para ayudarle.**

**Llame al 1-800-OHIOBWC y escuche las opciones para hablar con un representante de servicio al cliente.**

**Puede marcar el número desde cualquier parte del país, así como en Canadá y México, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m., hora del Este.**

**Recuerde que puede tener acceso a la información y solicitar servicios visitando el sitio Web de BWC en [ohiobwc.com](http://ohiobwc.com).**

La cobertura de accidentes de trabajo le protege a usted y a sus empleados en caso de una lesión, enfermedad o muerte relacionada con el trabajo. En Ohio, todo empleador con uno o más empleados debe tener cobertura contra accidentes de trabajo. Es la ley. La cobertura de los empleadores de Ohio y sus empleados (es decir, los empleados cuyos contratos de trabajo se han consumado dentro de los límites de Ohio, cuyo empleo involucra actividades dentro y fuera de las fronteras de Ohio y donde la oficina de supervisión del empleado está ubicada en Ohio), entra en vigor en el momento en que BWC recibe esta solicitud llenada y el depósito de seguridad mínimo de \$10. Los contratistas y subcontratistas independientes también deben obtener cobertura para sus empleados.

Los funcionarios de una corporación se consideran empleados a los efectos del seguro de accidentes de trabajo, con la excepción de un individuo registrado como corporación (para calificar debe tener un único propietario y ningún empleado).

Sin embargo, si usted trabaja por su cuenta, es socio de una empresa, es funcionario de una explotación familiar agraria o un individuo registrado como corporación, no está automáticamente cubierto. Puede elegir cobertura para usted contestando afirmativamente la sección de cobertura electiva y la sección de propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud.

### **Es fácil obtener cobertura siguiendo estos pasos:**

- 1 Solicite cobertura en línea, en [ohiobwc.com](http://ohiobwc.com), o llene esta solicitud de cobertura;
- 2 Proporcione la mayor cantidad de información posible. Al describir la naturaleza del negocio, incluya el tipo de trabajo que realiza y el equipo que utiliza;
- 3 Firme y feche la solicitud. No es válida sin la firma;
- 4 Desprenda y envíe por correo la solicitud llenada con un depósito de seguridad mínimo a: **Ohio Bureau of Workers' Compensation  
P.O. Box 15698  
Columbus, OH 43215-0698**

Envíe un cheque o giro postal a nombre de **Ohio Bureau of Workers' Compensation**, o si lo prefiere, puede cargar el depósito de seguridad mínimo a su tarjeta VISA®, MasterCard® o American Express®.

### **¿Qué ocurre después?**

Una vez que BWC reciba su solicitud de cobertura, usted recibirá:

- Un nuevo material para empleadores explicando sus derechos y obligaciones, así como consejos para ahorrar dinero en su negocio. El material incluye: *Guía de selección de MCO* (Organización de cuidados dirigidos) con instrucciones sobre cómo elegir una organización de cuidados dirigidos para manejar desde el punto de vista médico los reclamos por accidentes de trabajo de su compañía; *Certificado de pago de prima*, incluyendo la fecha de entrada en vigor de la cobertura, que es el día en que BWC recibe su solicitud firmada y el depósito de \$10, y su número de identificación de siete dígitos denominado número de póliza de BWC. Úselo al comunicarse con BWC sobre su póliza. Desprenda el *Certificado de pago de prima* y colóquelo en un lugar visible como prueba de cobertura;
- Una factura por la diferencia entre el depósito de seguridad mínimo de \$10 y el depósito de seguridad adicional que usted adeuda. El depósito de seguridad es un 30 por ciento de la prima estimada correspondiente a ocho meses, hasta un máximo de \$1,000. Su depósito de seguridad no se aplicará a primas futuras.

**La cobertura no entra en vigencia hasta que BWC reciba la solicitud llenada y el depósito de seguridad mínimo de \$10. BWC no puede procesar solicitudes incompletas.**

# Cómo llenar la Solicitud de cobertura del Seguro de accidentes de trabajo de Ohio

## Información general – debe ser llenada por todos los tipos de empleadores

Las leyes de Ohio exigen que los empleadores obtengan cobertura contra accidentes de trabajo para sus trabajadores desde la primera fecha de empleo. Indique la fecha en que contrató por primera vez a uno o más empleados en Ohio o la fecha en que espera contratar a uno o más empleados en Ohio. Si no proporciona esta información, BWC puede facturarle dos años de prima anterior a la cobertura.

Asegúrese de incluir su número de identificación federal de empleador (FEIN, por sus siglas en inglés). Puede obtener un número de FEIN llamando al Servicio de Rentas Internas. Si ha solicitado un FEIN pero aún no lo ha recibido, escriba Solicitado en la casilla correspondiente, y podrá notificarlo en una fecha posterior. Los empleadores de personal del servicio doméstico en sus casas, los propietarios únicos y las sociedades colectivas que no necesitan un FEIN, deben suministrar el número de seguro social del propietario único, o de uno de los propietarios de la casa, o de los socios.

BWC usa su dirección primaria de Ohio para asignar una oficina de servicio al cliente que atienda todos sus servicios de manejo de riesgos. Indique la dirección principal de Ohio que sea la más adecuada para manejar y resolver sus asuntos relacionados con el manejo de riesgos o una dirección fuera del estado si no tiene una dirección en Ohio.

## Información de la entidad comercial

Seleccione el tipo de entidad comercial que se aplica a su compañía. Para efectos del seguro de accidentes de trabajo, hay cuatro tipos de entidades comerciales posibles que se aplican a una corporación (o sea, compañía de responsabilidad limitada que actúa como corporación, corporación, individuo registrado como corporación sin empleados y explotación familiar agraria. Seleccione el tipo de entidad comercial que mejor describe su estructura empresarial.

**Cobertura de personal del servicio doméstico en las casas:** Se aplica a trabajadores del servicio doméstico a tiempo completo o parcial empleados dentro o fuera de una residencia privada e incluye a los choferes privados. Los empleadores de personal del servicio doméstico que pagan a los trabajadores \$160 o más en un trimestre calendario están obligados a tener seguro de accidentes de trabajo. Normalmente estos trabajadores proveen servicios domésticos como jardinería, mantenimiento de la casa, cuidado de niños, etc. Sin embargo, usted debe incluir a los trabajadores que contrata como empleados para realizar mejoras en la casa o actividades de construcción en su residencia si el trabajador no tiene su propio negocio o su propio seguro de accidentes de trabajo. Sírvase marcar la casilla correspondiente bajo empleador de personal del servicio doméstico que se aplique al tipo de trabajador que va a contratar, y proporcione una cantidad estimada de la nómina de ocho meses para que BWC pueda calcular su depósito de seguridad de la prima. Si está empleando a un contratista para realizar esos servicios, le sugerimos verificar que éste tenga cobertura activa de seguro de accidentes de trabajo.

**Propietarios únicos y socios colectivos (incluyendo compañías de responsabilidad limitada actuando como propietario único o sociedad colectiva):** Los propietarios únicos y los socios están exentos del seguro de accidentes de trabajo. Sin embargo, usted está obligado a cubrir a sus empleados. Si califica para una cobertura electiva, puede elegir la cobertura seleccionando Sí en la sección de cobertura electiva y en la sección de información sobre propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud.

**Compañías de responsabilidad limitada:** Estas compañías pueden elegir ser tratadas como corporaciones, propiedad individual o sociedad colectiva para los fines del impuesto sobre la renta. Debido a ello, los propietarios de una compañía de responsabilidad limitada pueden recibir un trato diferente, dependiendo de la forma de entidad que elijan para los fines del impuesto sobre la renta. Si eligen ser tratados como propiedad individual o sociedad colectiva, la cobertura es opcional para los propietarios. Si eligen ser tratados como una corporación, la cobertura no es opcional para los propietarios, excepto para el individuo registrado como corporación. Sírvase marcar la casilla correspondiente de compañía de responsabilidad limitada, indicando si está actuando como propietario único, sociedad colectiva o corporación.

**Corporaciones:** Los salarios a reportar de funcionarios de corporaciones están sujetos a un mínimo y un máximo basados en el salario semanal promedio del estado (SAWW, por sus siglas en inglés) que el Departamento de Trabajo y Servicios de Familia de Ohio calcula anualmente. El límite mínimo del reporte de nómina será de un 50 por ciento del SAWW y el límite máximo del reporte de nómina será del 150 por ciento del SAWW. El mínimo a reportar de la nómina se aplica solamente a los funcionarios ejecutivos activos de la corporación (es decir, funcionarios que participan en la toma de decisiones y en las operaciones cotidianas de la corporación). Los funcionarios de una corporación que devengan entre el mínimo y el máximo reportarán sus salarios reales según se indica en el formulario W-2. Para las corporaciones S, los funcionarios deben reportar los salarios correspondientes a los servicios que desempeñan. Ello puede incluir los salarios según el formulario W-2 así como todo o parte del ingreso ordinario que se indica en el Anexo K-1 hasta el máximo.

Nota: Visite el sitio Web de BWC (seleccione: Empleadores de Ohio (Ohio Employers); información sobre el reporte de nómina (Payroll report) bajo el encabezamiento de información financiera (financial info)); o llame a BWC para obtener las cantidades mínimas y máximas obligatorias del reporte de nóminas que se aplica a cada periodo de reporte de nóminas.

**Individuos registrados como corporación (sin empleados):** Para calificar para este tipo de entidad comercial, debe tener un propietario único y ningún empleado. El propietario único sin empleados puede elegir la cobertura seleccionando Sí en la sección de cobertura electiva y en la sección de información sobre propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud. Las corporaciones que tienen más de un propietario o un único propietario con empleados están obligadas por ley a tener cobertura de accidentes de trabajo para todo el personal asociado con la corporación, incluyendo a todos los funcionarios.

**Explotación familiar agraria:** Estos funcionarios están exentos de cobertura contra accidentes de trabajo. Sin embargo, deben cubrirse sus empleados. Estos funcionarios de una explotación agraria pueden elegir la cobertura seleccionando Sí en la sección de cobertura electiva y en la sección de información sobre propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud. Para calificar como una explotación familiar agraria, usted debe satisfacer los siguientes criterios:

- La explotación agraria debe tener como objetivo la producción de productos animales o vegetales para el consumo humano o de animales (excluyendo los viveros y las empresas de producción de plantas de flores);
- La mayoría de los accionistas debe tener nexos dentro del cuarto grado de consanguinidad (hermanos, padres, abuelos, tíos, tíos abuelos o primos hermanos) o ser cónyuge de esas personas;
- Ninguno de los accionistas puede ser una corporación;
- Al menos una de las personas relacionadas de la corporación debe residir en la granja o estar activamente al frente de ella.

## Compra de negocio / Información asociada a las pólizas (no se aplica a los empleados del servicio doméstico)

Usted está obligado a divulgar información relativa a la compra de un negocio o a las pólizas asociadas con el negocio que solicita cobertura. Esta información ayuda a BWC a procesar y clasificar correctamente su solicitud de cobertura de seguro de accidentes de trabajo de Ohio.

A partir del 27 de julio de 2006, todas las sucesiones que tengan lugar el 1 de Septiembre de 2006 o después, donde un sucesor asuma la operación completa, todo pasivo o crédito, existente y futuro, será transferido al sucesor, además de la experiencia. En tales casos, será responsabilidad del sucesor notificar tal sucesión a BWC. Cuando usted adquiere o compra un negocio, debe solicitar cobertura si no tiene ya una póliza de seguro de accidentes de trabajo de Ohio y debe enviar una notificación de *Compra/fusión o de Compra/venta* (U-118), debidamente llena.

## Cobertura electiva (no se aplica a los empleados del servicio doméstico)

La cobertura de los propietarios o funcionarios de una corporación y de una compañía de responsabilidad limitada actuando como corporación (con la excepción de los individuos registrados como corporación) no es voluntaria. Sin embargo, la cobertura de ciertos propietarios o ministros es electiva. Las categorías de personas que califican para la cobertura electiva se indican a continuación.

- Propietario único
- Sociedades colectivas
- Compañía de responsabilidad limitada que actúa como propietario único
- Compañía de responsabilidad limitada que actúa como sociedad colectiva
- Funcionarios de empresas de explotación familiar agraria
- Ministros ordenados o asociados de organizaciones religiosas en el ejercicio de sus ministerios
- Individuo registrado como corporación (sin empleados)

Si usted califica para una cobertura electiva, puede elegir la cobertura seleccionando Sí en la sección de cobertura electiva y en la sección de información sobre propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud. Una vez que se haya establecido la póliza, usted deberá llenar la *Solicitud de cobertura electiva* (U-3S) para añadir los propietarios o ministros que califiquen. Recuerde que si decide no cubrirse usted mismo y resulta lesionado en el trabajo, BWC no le ofrecerá cobertura, y otros seguros pueden no cubrir su discapacidad o sus cuentas médicas relacionadas con el trabajo.

Los requisitos específicos relativos al reporte de nómina asociados con la cobertura electiva se indican a continuación.

**Propietarios únicos y socios (incluyendo compañías de responsabilidad limitada actuando como propietario único o sociedad colectiva):** Para todas las personas que elijan la cobertura, los salarios a reportar están sujetos a un mínimo y un máximo basados en el SAWW que el Departamento de Trabajo y Servicios de Familia de Ohio calcula anualmente. El límite mínimo del reporte de nómina será de un 50 por ciento del SAWW y el límite máximo del reporte de nómina será del 150 por ciento del SAWW. Las personas cuyos ingresos están entre el mínimo y el máximo reportarán sus ingresos netos reales con base en el formulario 1040, Anexo C para propietarios únicos o Anexo K-1 para sociedades, incluyendo cualesquier giros tomados.

**Funcionarios de una explotación familiar agraria:** Para todos los funcionarios corporativos de una familia que elijan la cobertura, los salarios a reportar están sujetos a un mínimo y un máximo basados en el SAWW que el Departamento de Trabajo y Servicios de Familia de Ohio calcula anualmente. El límite mínimo del reporte de nómina será de un 50 por ciento del SAWW y el límite máximo del reporte de nómina será del 150 por ciento del SAWW. Los funcionarios de una corporación que devengan entre el mínimo y el máximo reportarán sus salarios reales según se indican en el formulario W-2. Para las corporaciones S, los funcionarios deben reportar los salarios correspondientes a los servicios que desempeñan. Ello puede incluir los salarios según el formulario W-2 así como todo o parte del ingreso ordinario que se indica en el Anexo K-1 hasta el máximo.

**Organizaciones religiosas:** Las leyes de Ohio exigen que las organizaciones religiosas cubran a los empleados que reciben salarios. Sin embargo, los ministros ordenados y asociados no se consideran empleados a los fines del seguro de accidentes de trabajo. Cuando un ministro está cubierto por la póliza de la organización religiosa, sus ganancias reales deben reportarse y no están sujetas a las cantidades mínima y máxima. Los ministros que no están cubiertos por la póliza de la organización religiosa pueden llenar una solicitud de cobertura y elegir cobertura para ellos como únicos propietarios. Los ministros que elijan la cobertura como propietarios únicos estarán sujetos a los requisitos de cantidades mínima y máxima a reportar según se describe anteriormente.

**Individuos registrados como corporación (sin empleados):** Para todos los funcionarios corporativos individuales que elijan la cobertura, los salarios a reportar están sujetos a un mínimo y un máximo basados en el SAWW que el Departamento de Trabajo y Servicios de Familia de Ohio calcula anualmente. El límite mínimo del reporte de nómina será de un 50 por ciento del SAWW y el límite máximo del reporte de nómina será del 150 por ciento del SAWW. Los funcionarios de una corporación que devengan entre el mínimo y el máximo reportarán sus salarios reales según se indica en el formulario W-2. Para las corporaciones S, los funcionarios deben reportar los salarios correspondientes a los servicios que desempeñan. Ello puede incluir los salarios según el formulario W-2 así como todo o parte del ingreso ordinario que se indica en el Anexo K-1 hasta el máximo.

**Nota:** Visite el sitio Web de BWC (seleccione: Empleadores de Ohio (Ohio Employers); información sobre el reporte de nómina (Payroll report) bajo el encabezamiento de información financiera (financial info)); o llame a BWC para obtener las cantidades mínimas y máximas obligatorias del reporte de nóminas que se aplica a cada período de reporte de nóminas.

**Información sobre Propietarios/Funcionarios/Ministros/ (no se aplica a los empleadores de personal del servicio doméstico)**

Debe proporcionar el nombre, dirección de la casa, número de seguro social y cargo (anexar hojas adicionales si es necesario). Además, las personas que califiquen para la cobertura electiva deben indicar si desean o no elegir cobertura para sí.

Las organizaciones religiosas deben indicar los ministros ordenados o ministros asociados que eligen cubrir bajo la póliza de la organización religiosa en esta sección.

**Descripción de las operaciones (no se aplica a los empleadores de personal del servicio doméstico)**

Se requiere una descripción completa de su negocio para clasificar sus operaciones. Si proporciona información inadecuada, BWC podría clasificar incorrectamente su póliza. Para evitar que esto ocurra, BWC le pide que suministre información completa relativa a sus procesos, equipos que utiliza y productos finales que pueda producir.

**Nómina por tipo de operación (no se aplica a los empleadores de personal del servicio doméstico)**

Indique la nómina estimada de ocho meses por cada operación que conduzcan sus empleados, así como el número de empleados que participa en cada operación.

**Todas las solicitudes deben estar firmadas. Asegúrese de llenar esta sección.**

**La cobertura no entra en vigencia hasta que BWC reciba la solicitud llenada y el depósito de seguridad mínimo de \$10. BWC no puede procesar solicitudes incompletas.**

**Conserve para sus archivos**



¿Tiene preguntas? ¿Necesita asistencia? BWC está aquí para ayudarle.

Llame al 1-800-OHIOBWC y escuche las opciones para hablar con un representante de servicio al cliente.

Puede marcar el número desde cualquier parte del país, así como en Canadá y México, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m., hora del Este.

Recuerde que puede tener acceso a la información y solicitar servicios visitando el sitio Web de BWC en ohiobwc.com.

BWC no puede procesar solicitudes incompletas (\*Información obligatoria)

Información general – debe ser llenada por todos los tipos de empleadores

Formulario de información general con campos para nombre del negocio, fecha de contratación, dirección principal, teléfono, correo electrónico, nombre de contacto, etc.

Información de la entidad comercial

Formulario de información de la entidad comercial con opciones para hogar doméstico, tipo de entidad (proprietario único, sociedad, etc.), fecha de constitución, etc.

Compra de negocio/Información asociada de las pólizas

Formulario de compra de negocio/Información asociada de las pólizas con preguntas sobre otras pólizas, adquisición de la compañía, etc.

## Cobertura electiva

Vea detalles adicionales en las secciones de información de la entidad comercial y de cobertura electiva para llenar la solicitud donde se describen los requisitos para reportar la cobertura electiva.

La cobertura de los propietarios o funcionarios de una corporación y de una compañía de responsabilidad limitada que actúa como corporación (con la excepción de los individuos registrados como corporación sin empleados) no es voluntaria.

Sin embargo, la cobertura de ciertos propietarios o ministros es voluntaria. Las categorías de individuos que califican para la cobertura electiva se indican a continuación.

- Propietario único
- Sociedades colectivas
- Compañía de responsabilidad limitada que actúa como propietario único
- Compañía de responsabilidad limitada que actúa como sociedad colectiva
- Funcionarios de una explotación familiar agraria
- Ministro ordenado o asociado de una organización religiosa
- Individuo registrado como corporación (sin empleados)

\*Si alguien en su compañía reúne las calificaciones para la cobertura electiva, ¿desea elegir la cobertura?

Sí Importante – Indique los individuos que desea cubrir en la sección de información sobre propietarios/funcionarios/ministros de esta solicitud.

Al elegir la cobertura, usted reconoce su aceptación de reportar la nómina mínima descrita en la hoja de instrucciones.

No Entiendo que he seleccionado NO cubrir a ningún individuo de mi compañía que califique para recibir cobertura electiva. (Recuerde que si decide no cubrirse usted mismo, y resulta lesionado en el trabajo, BWC no le ofrecerá cobertura, y otros seguros podrían no cubrir su discapacidad o sus cuentas médicas relacionadas con el trabajo).

\*Iniciales: \_\_\_\_\_

## Información relativa a propietarios/funcionarios/ministros – Debe enumerar todos los propietarios/funcionarios y cualquier ministro que decida cubrir bajo la póliza de organizaciones religiosas. (Anexe hojas adicionales si es necesario).

*Nombre #1 (apellido, nombre, inicial)			*% de propiedad
*Dirección (residencia o apartado postal)			
*Ciudad	*Estado	*Código postal	
*Número de Seguro Social	*Cargo		
*¿Desea elegir cobertura para las personas que califiquen?			
<input type="checkbox"/> Sí, deseo elegir cobertura para mí. <input type="checkbox"/> No – Entiendo que BWC no pagará beneficios por cualquier lesión relacionada con el trabajo que yo sufra si no elijo la cobertura.			
*Nombre #2 (apellido, nombre, inicial)			*% de propiedad
*Dirección (residencia o apartado postal)			
*Ciudad	*Estado	*Código postal	
*Número de Seguro Social	*Cargo		
*¿Desea elegir cobertura para las personas que califiquen?			
<input type="checkbox"/> Sí, deseo elegir cobertura para mí. <input type="checkbox"/> No – Entiendo que BWC no pagará beneficios por cualquier lesión relacionada con el trabajo que yo sufra si no elijo la cobertura.			
*Nombre #3 (apellido, nombre, inicial)			*% de propiedad
*Dirección (residencia o apartado postal)			
*Ciudad	*Estado	*Código postal	
*Número de Seguro Social	*Cargo		
*¿Desea elegir cobertura para las personas que califiquen?			
<input type="checkbox"/> Sí, deseo elegir cobertura para mí. <input type="checkbox"/> No – Entiendo que BWC no pagará beneficios por cualquier lesión relacionada con el trabajo que yo sufra si no elijo la cobertura.			
			<b>*% total de propiedad</b>

## Descripción de las operaciones

\*Marque todos los tipos que correspondan a sus operaciones en Ohio: (Nota: se aplica solamente a sus operaciones en Ohio)

- Agricultura  Cosechas  Ganado  Productos lácteos  Vegetales  Aves de corral  Huerto  Bayas/viñedos  Otro
- Extracción  Minería  Petróleo o gas  Canteras  Otro
- Manufactura  Todo tipo, incluyendo taller de ensamblaje o reparación
- Construcción  Contratista general  Subcontratista  Operaciones permanentes en el patio  Residencial de tres niveles o menos  
 Apartamentos/Condominios  Propiedades comerciales, industriales y residencias de más de tres niveles  
 Decoración interior/gabinetes  
 Tipo de material utilizado  Acero  Concreto  Madera  Albañilería  Cerámica  Pintura  
 Otro (describa) \_\_\_\_\_
- Transporte  Bienes de propiedad  Bienes que no son propiedad  Transporte terrestre  Transporte aéreo  
 Transporte por agua  Transporte interestatal  Carga general  Envío de paquetes  Transporte de personas  
 Electrodomésticos  Muebles  Petróleo  Gas  
 Distancia  Local 200 millas o menos  Más de 200 millas
- Servicios públicos  Gas  Petróleo  Electricidad  Agua  Alcantarillado  
 Teléfono  Cable  Línea de servicio  Línea principal  Otro
- Comercial (comercio de mercancías)  Mayorista: Ventas \_\_\_\_\_%  Detallista: Ventas \_\_\_\_\_%  Empaque  Choferes/Entrega  
 Reparación  Productos principales vendidos \_\_\_\_\_  Otro  
 Salón de café o té (sin cocina)  Bebidas \_\_\_\_\_% del total de ventas  Comida \_\_\_\_\_% del total de ventas
- Servicio  Restaurante – comida rápida  Restaurante – servicio de camareros (no mostrador)  Entrega  
 Alcohol \_\_\_\_\_% de la venta en comparación con la venta total  Almacenamiento para terceros  
 Organización religiosa  Limpieza de casas residenciales  Limpieza comercial  Limpieza de residencias vacantes  
 Empleados domésticos que trabajan en su casa  Otro
- Servicio o comercio de alto riesgo  Explosivos  Policía/Seguridad  Incendios/EMS  Atómico/Nuclear  Otro
- Trabajo de oficina/ misceláneos  Consultorio médico  Abogado  Agente de bienes raíces  Administrador de propiedad  
 Organización de contratación profesional (PEO)  Agencia temporal  
 Asesoría (Explique bajo descripción de la operación)  Otro

\*Describa sus servicios o productos primarios, incluyendo sus métodos de operación. Incluya la materia prima y semiterminada usada (anexe documentación adicional si es necesario). Nota: Es importante proporcionar toda la información posible para que BWC pueda determinar debidamente su clasificación correcta.

---



---



---

\*Describa la maquinaria, los equipos y herramientas usados (anexe documentación adicional si es necesario).

---



---



---

\*Si no tiene una dirección principal en Ohio, provea una explicación sobre por qué no tiene una dirección en Ohio y/o el motivo por el cual solicita la cobertura de Ohio:

---



---



---

¿Es usted un empleador fuera del estado (cuya sede no es en Ohio) que trabaja temporalmente en Ohio?

- Sí En caso afirmativo,  ¿ha estado en Ohio durante 90 días o menos?  ¿Ha estado en Ohio durante más de 90 días?  No

¿Sus empleados están cubiertos por otra póliza de seguro de accidentes de trabajo emitida por un estado diferente a Ohio?

- Sí En caso afirmativo, suministre la siguiente información  No

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

- ¿Se celebró el contrato de sus empleados? Seleccione uno  Exclusivamente en Ohio  Exclusivamente en un estado diferente a Ohio  
 Combinación de Ohio y un estado diferente a Ohio

