

# Solicitud de Cobertura bajo el seguro de accidentes de trabajo de Ohio



¿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).

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

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

*Nombre registrado del negocio o del propietario de la casa	Nombre comercial, o nombre bajo el cual se opera		
*Fecha de contratación de uno o más empleados en Ohio	*Número de contribuyente federal del empleador, o número de Seguro Social		
*Dirección principal (Ohio): Si la dirección no es de Ohio, provea la dirección del lugar fuera del estado (Anexe direcciones adicionales, si corresponde)			
Dirección (no use apartado postal)	Ciudad	Estado	Código postal
*Teléfono del lugar	Número de fax del lugar		
Dirección de correo electrónico	Sitio Web		
*Nombre del contacto	*Teléfono del contacto		
<b>Dirección:</b> Si es diferente de la dirección principal en Ohio			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del contacto	Teléfono del contacto		

### Información de la entidad comercial

Hogar doméstico (se aplica a los trabajadores del servicio domésticos empleados dentro y fuera de su residencia privada)  
 Marque el tipo de servicio que realizarán los empleados del servicio doméstico en su residencia.  
 Servicio doméstico interno y/o externo/mantenimiento de exteriores     Mejoras del hogar / Mantenimiento  
 Construcción (nueva/adición/techo) en su residencia. Nómina estimada de ocho meses \_\_\_\_\_

**¡DETÉNGASE! Usted ha llenado la solicitud de cobertura para el personal de servicio doméstico. Sírvase llenar la solicitud y devolver este formulario a BWC junto con su depósito de seguridad mínimo de \$10.**

\*Sírvase marcar a continuación el tipo de entidad comercial que se aplique a usted.

Propietario único     Compañía de responsabilidad limitada actuando como propietario único     Corporación  
 Sociedad     Compañía de responsabilidad limitada actuando como sociedad     Individuos registrados como corporación  
 Sociedad limitada     Compañía de responsabilidad limitada actuando como corporación     Explotación familiar agraria

Fecha de constitución	Número de acta constitutiva	Estado donde se constituyó
-----------------------	-----------------------------	----------------------------

### Compra de negocio/Información asociada de las pólizas

\*¿Ha habido otras pólizas de seguro de accidentes de trabajo de Ohio asociadas con esta operación?  
 Sí     No

\*¿Alguna de las personas principales involucradas en esta operación ha tenido cobertura de seguro de accidentes de trabajo?  
 Sí     No

Si la respuesta a una de las preguntas anteriores es afirmativa, enumere el (los) número(s) de póliza(s) y/o el (los) nombre(s) legal(es) de la(s) compañía(s) a continuación; use hojas adicionales si es necesario.

Indique el (los) número(s) de póliza(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

*¿Adquirió usted esta compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Nombre y número de póliza de BWC del propietario anterior	*Fecha de adquisición/compra de la compañía	*¿Adquirió usted <input type="checkbox"/> toda o <input type="checkbox"/> parte de la compañía
*¿Tiene un contrato de compra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, BWC podría solicitar una copia del contrato.		*Si adquirió o compró una empresa, también debe llenar el <i>formulario de Notificación de adquisición/fusión o compra/venta</i> (U-118).	

## 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

### Nómina por tipo de operación

*Enumere todos los tipos de operaciones que correspondan (anexe hojas adicionales si es necesario).	*Por cada tipo de operación, dé un estimado del número total de empleados.	*Por cada tipo de operación, dé un estimado de la nómina total para los próximos ocho meses.
Lo siguiente es en adición a lo anterior: <b>Auxiliares de oficina</b> <input type="checkbox"/> Personal de oficina (no incluye labores fuera de la oficina ni servicio en el mostrador); <input type="checkbox"/> Trabajador a distancia (empleados de oficina que trabajan desde su casa); <b>Vendedores viajeros</b> (que no realizan labores de manejo, servicio o entrega); <b>Choferes</b> (camión o entrega); <b>Propietarios únicos, socios o ministros</b> (si se elige autocobertura); <b>Cobertura electiva</b> (sólo si se elige autocobertura).		

### Certificación – se requiere la firma

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Con mi firma certifico que tengo la autoridad para firmar esta solicitud y que los datos proporcionados en la misma son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. Estoy consciente de que toda persona que no mantenga cobertura de seguro de accidentes de trabajo y no pague las primas debidas conforme a las leyes de Ohio, o proporcione información falsa, oculte datos o haga falsas declaraciones para obtener cobertura podría estar sujeta a penalidades civiles, criminales y/o administrativas.

\*Firma del empleador \_\_\_\_\_ \*Fecha \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA: El seguro no entrará en vigencia hasta que BWC reciba la solicitud y el depósito de seguridad de \$10.  
BWC facturará el saldo del depósito de seguridad.  
BWC no puede procesar solicitudes incompletas.**

**También puede pagar con cheque o giro postal.  
Envíe por correo el formulario llenado y el depósito de seguridad de \$10 a:  
Ohio Bureau of Workers' Compensation  
P.O. Box 15698  
Columbus, OH 43215-0698**

**Información de pago con tarjeta de crédito**

VISA®    MasterCard®    American Express®





Número de tarjeta de crédito															
Cantidad pagada												Fecha de vencimiento			
Fecha												Firma			
Nombre en letra de molde como aparece en la tarjeta de crédito.															

### PARA USO EXCLUSIVO DE BWC

Número de póliza	Número de solicitud	Fecha de entrada en vigor	Tipo de pago <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Cargo	Importe del pago	Fecha de recibo	Iniciales
------------------	---------------------	---------------------------	--	------------------	-----------------	-----------