

**Solo para uso de oficina:**

ATN#: \_\_\_\_\_

iCMS#: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE NUEVA YORK Y SEGURO DE RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL

Cualquier persona que deliberadamente haga una declaración o representación falsa, oculte deliberadamente algún hecho material o participe en cualquier otro plan o mecanismo fraudulento, con el propósito de obtener o intentar obtener, o de ayudar o incitar a cualquier persona a obtener un seguro en el Fondo de Seguros del Estado de Nueva York a una tasa inferior a la adecuada para dicho seguro, o un pago del NYSIF al que dicha persona no tiene derecho, es culpable de un delito. Además, el NYSIF tendrá derecho a demandar para recuperar daños civiles equivalentes a tres veces la cantidad obtenida ilegalmente, o cinco mil dólares, lo que sea mayor. Este derecho de demanda se suma a cualquier otro recurso previsto por la ley.

**Solicitante, tenga en cuenta lo siguiente:**

Por la presente se presenta una solicitud al FONDO DE SEGUROS DEL ESTADO DE NUEVA YORK para obtener una póliza que asegure la responsabilidad del solicitante por el pago de beneficios a los empleados del solicitante conforme a la Ley de Compensación de los Trabajadores de Nueva York. **No se efectuará ninguna cobertura a menos que se reciba la prima de depósito requerida junto con esta solicitud.** El solicitante comprende que no se le aplicará ninguna responsabilidad al FONDO DE SEGUROS DEL ESTADO DE NUEVA YORK conforme a esta solicitud y que el seguro no entrará en vigencia a menos que y hasta que esta solicitud sea aceptada por el FONDO DE SEGUROS DEL ESTADO DE NUEVA YORK, como lo demuestra la fecha de inicio indicada en una póliza, cuyos términos y disposiciones serán vinculantes para el solicitante. El solicitante comprende además que una póliza de seguro emitida conforme a esta solicitud no extenderá la cobertura conforme a la Ley de Beneficios por Discapacidad, la Ley de Beneficios de Bomberos Voluntarios o la Ley de Beneficios de Trabajadores Voluntarios de Ambulancias; cualquier responsabilidad del solicitante bajo dichas leyes hacia empleados, ejecutivos u otros debe estar asegurada por separado bajo una póliza de seguro de Beneficios por Discapacidad, una póliza de la Ley de Beneficios de Bomberos Voluntarios o una póliza de la Ley de Beneficios de Trabajadores Voluntarios de Ambulancias, para las cuales deben presentarse solicitudes por separado.

**(1)\* FECHA EFECTIVA SOLICITADA PARA EL SEGURO** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 12:01 A.M., HORA ESTÁNDAR DEL ESTE. La fecha efectiva más temprana es el día después de que envíe una solicitud por completo y la prima de depósito requerida.

**(2)\* PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE LA EMPRESA. CUANDO CORRESPONDA, INCLUYA SU NOMBRE COMERCIAL O SU NOMBRE DE ACTIVIDAD COMERCIAL.**

Tipo de negocio:\* \_\_\_\_\_

**Tipos de negocios: Propietario único/autónomo; Sociedad; Corporación (con fines de lucro); Corporación (sin fines de lucro); Corporación (organización religiosa, benéfica, educativa y de veteranos); Subdivisión política; Compañía de responsabilidad limitada; Compañía de responsabilidad de servicios profesionales; Sociedad de responsabilidad limitada registrada; Sociedad de responsabilidad limitada; o si es otro, especifique.**

Nombre del negocio:\* \_\_\_\_\_

Nombre del DBA o TA: \_\_\_\_\_  
(Seleccione una opción)

ID fiscal federal:\* \_\_\_\_\_ (solo dígitos) Seg. de desempleo del estado de NY: \_\_\_\_\_ CÓDIGO NAICS: \_\_\_\_\_

Teléfono del negocio \_\_\_\_\_ Fax del negocio: \_\_\_\_\_

Sitio web: \_\_\_\_\_ Correo elect. del negocio:\* \_\_\_\_\_

\*Campo obligatorio

**(2a)\*** ¿ES UN NEGOCIO RECIENTEMENTE FORMADO?  SÍ  NO

**(2b)** SI USTED ES UNA CORPORACIÓN, ¿EN QUÉ ESTADO ESTÁ INCORPORADA? ¿FECHA DE INCORPORACIÓN?

Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de incorporación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**(2c)\*** ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA SU NEGOCIO EN FUNCIONAMIENTO? Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

**(3)\*** PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE EL PROPIETARIO ÚNICO, TODOS LOS FUNCIONARIOS EJECUTIVOS, SOCIOS, FUNCIONARIOS ELEGIDOS O DESIGNADOS O MIEMBROS DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS, SI CORRESPONDE. MENCIONE TODAS ESTAS PERSONAS, INDEPENDIEMENTE DE SI ESTARÁN CUBIERTAS O NO. (Adjunte una hoja aparte si necesita espacio adicional).

**(3a)\*** Nombre:\* \_\_\_\_\_ seg. nom.: \_\_\_\_\_ Apellido:\* \_\_\_\_\_

Título:\* \_\_\_\_\_ Deberes:\* \_\_\_\_\_

**(Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero,  
Miembro, Director, Propietario, Socio, Otro-Especifique)**

Salario anual:\* \$ \_\_\_\_\_ % de propiedad/% de sociedad: \_\_\_\_\_ acciones en propiedad: \_\_\_\_\_

Dirección de casa:\* \_\_\_\_\_ Dirección de casa 2: \_\_\_\_\_

Ciudad:\* \_\_\_\_\_ Estado:\* \_\_\_\_\_ Código postal \* \_\_\_\_\_

Teléfono:\* \_\_\_\_\_ Correo electrónico:\* \_\_\_\_\_

**(3a)\*** ¿CUBRE A ESTA PERSONA?  SÍ  NO

**(3b)** Nombre: \_\_\_\_\_ seg. nom.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Título: \* \_\_\_\_\_ Deberes: \* \_\_\_\_\_

**(Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero,  
Miembro, Director, Propietario, Socio, Otro-Especifique)**

Salario anual:\* \$ \_\_\_\_\_ % de propiedad/% de sociedad: \_\_\_\_\_ acciones en propiedad: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Dirección de casa 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**(3b)** ¿CUBRE A ESTA PERSONA?  SÍ  NO

**(3c)** Nombre: \_\_\_\_\_ seg. nom.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Título: \* \_\_\_\_\_ Deberes: \* \_\_\_\_\_

**(Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero,  
Miembro, Director, Propietario, Socio, Otro-Especifique)**

Salario anual:\* \$ \_\_\_\_\_ % de propiedad/% de sociedad: \_\_\_\_\_ acciones en propiedad: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Dirección de casa 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**(3c)** ¿CUBRE A ESTA PERSONA?  SÍ  NO

**(4)\* PROPORCIONE LA DIRECCIÓN POSTAL DEL EMPLEADOR:**

A los efectos de notificar la cancelación de conformidad con la sección 54(5) de la Ley de Compensación de Trabajadores de Nueva York, el asegurado acepta que la notificación a la persona o entidad designada en la dirección especificada constituye una notificación a todos los asegurados bajo una misma póliza de seguro. Todas las facturas, correspondencia y demás material enviado por correo también se enviarán a esa persona o entidad a esa dirección. Si un empleador identifica una dirección postal que es diferente de la dirección del lugar de trabajo, el NYSIF considerará la dirección postal como el "último lugar de negocios conocido" a los efectos de la notificación de cancelación.

Dirección:\* \_\_\_\_\_ Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad:\* \_\_\_\_\_ Estado:\* \_\_\_\_\_ CP\* \_\_\_\_\_

**(4a)\* MENCIONE TODAS LAS UBICACIONES COMERCIALES O LABORALES DEL EMPLEADOR QUE SE CUBRIRÁN EN EL ESTADO DE NUEVA YORK, INCLUYENDO LA UBICACIÓN PRINCIPAL: (NO SE ACEPTAN APARTADOS POSTALES COMO UBICACIÓN. SOLO SE PUEDEN CUBRIR LAS UBICACIONES DEL ESTADO DE NUEVA YORK).** Adjunte una hoja aparte si necesita espacio adicional.

Nombre de la calle (ponga el lugar principal del trabajo en la primera línea)	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de empleados
		NY		

**(5)\* ¿HAY OTROS NEGOCIOS (ENTIDADES) QUE DEBEN CUBRIRSE?** \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

Tipo de negocio:\* \_\_\_\_\_

**Tipos de negocios: Propietario único/autónomo; Sociedad; Corporación (con fines de lucro); Corporación (sin fines de lucro); Corporación (organización religiosa, benéfica, educativa y de veteranos); Subdivisión política; Compañía de responsabilidad limitada; Compañía de responsabilidad de servicios profesionales; Sociedad de responsabilidad limitada registrada; Sociedad de responsabilidad limitada; o si es otro, especifique.**

Nombre del negocio:\* \_\_\_\_\_

Nombre del DBA o TA: \_\_\_\_\_  
(Seleccione una opción)

ID fiscal federal:\* \_\_\_\_\_ Seguro de desempleo del estado de NY: \_\_\_\_\_ CÓDIGO NAICS: \_\_\_\_\_

Teléfono del negocio \_\_\_\_\_ Fax del negocio: \_\_\_\_\_

Sitio web: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del negocio: \_\_\_\_\_

Para cada empleador adicional mencionado, se deben presentar los formularios necesarios que establezcan que todos esos empleadores cumplen con los requisitos para estar redactados bajo una sola póliza.

**(5a) MENCIONE TODAS LAS UBICACIONES COMERCIALES O DE TRABAJO DE LAS ENTIDADES ADICIONALES (SI LAS HAY)** (No se aceptan apartados postales como ubicación. Solo se pueden cubrir ubicaciones en el estado de Nueva York. Adjunte una hoja aparte si necesita espacio adicional).

Nombre de la calle (ponga el lugar principal del trabajo en la primera línea)	Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de empleados
		NY		
		NY		
		NY		

**(6)\*** ¿ALGUNA DE LAS PARTES IDENTIFICADAS EN LAS PREGUNTAS 2, 3 O 5 HA SIDO ASEGURADA ALGUNA VEZ POR EL FONDO DE SEGUROS DEL ESTADO DE NUEVA YORK?                    SÍ                    NO

Responda sí para incluir si alguna persona o entidad que posee, controla o tiene una participación mayoritaria en cualquier empleador identificado en las preguntas 2, 3 o 5, también poseía, controlaba o era funcionario de otro empleador que anteriormente estaba asegurado con NYSIF..

Si existe alguna relación actual, EL NYSIF no está obligado a emitir una póliza hasta que se paguen todas las primas facturadas pendientes de la póliza anterior.

Si el empleador tenía una póliza anterior del NYSIF que se canceló o ya no está vigente, EL NYSIF no está autorizado a emitir otra póliza mientras no se haya cobrado ninguna prima facturada de esa póliza anterior.

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MENCIONE TODOS LOS NÚMEROS DE PÓLIZAS ANTERIORES DEL NYSIF:

Números de póliza anteriores del NYSIF	Periodos de cobertura
	_____ a _____
	_____ a _____

**(7)\*** ¿EL EMPLEADOR O LA PERSONA MENCIONADA EN LAS PREGUNTAS 2, 3 O 5 FUERON ASEGURADOS POR COMPENSACIÓN LABORAL POR UNA COMPAÑÍA QUE NO SEA EL NYSIF?                    SÍ                    NO

SI ES ASÍ, PROPORCIONE LA EXPERIENCIA DEL EMPLEADOR EN COMPENSACIÓN LABORAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

Puede encontrar estos montos en los registros de pérdidas de su actual aseguradora de compensación laboral.

**Se requerirá una copia de los registros de pérdidas y las facturas de auditoría de las aseguradoras anteriores.**

Año	Compañía de seguros	Póliza	Prima anual	Núm. de reclamos	Costo total de reclamos incurridos	Monto pagado

**(7a)** SI LO CONOCE, INGRESE EL NÚMERO NYCIRB DEL EMPLEADOR, EL NÚMERO NCCI, EL ÚLTIMO FACTOR DE MODIFICACIÓN DE EXPERIENCIA Y LA FECHA DE CALIFICACIÓN VIGENTE:

NÚM. NYCIRB: \_\_\_\_\_ Núm. NCCI: \_\_\_\_\_ Factor de mod. de venc.: \_\_\_\_\_ Fecha de calificación efectiva: \_\_\_\_\_

**(8)\*** DESCRIBA SUS OPERACIONES COMERCIALES, INCLUYENDO LOS PRODUCTOS O SERVICIOS VENDIDOS:

Si el empleador es un fabricante, incluya las materias primas, los procesos, los productos y el equipo utilizados o producidos. Si el empleador es un contratista o se dedica a la construcción, describa el tipo de trabajo realizado, incluido el trabajo realizado por subcontratistas. Si se dedica al comercio de mercancías, al por mayor o al por menor, describa las mercancías vendidas, los tipos de clientes y las entregas. Si se dedica a una empresa de servicios, describa el tipo de servicio realizado y las ubicaciones de dicho servicio. Si se dedica a la agricultura, incluya la superficie cultivada, los tipos y la cantidad de animales, la maquinaria utilizada y los subcontratos. Adjunte hojas adicionales según sea necesario.




**(11)\*** ¿LA UBICACIÓN PRINCIPAL QUE SE ENUMERA EN 4(a) ES DONDE NYSIF DEBE REALIZAR UNA AUDITORÍA DE SUS REGISTROS

PARA CONFIRMAR LA NÓMINA, LAS OPERACIONES Y LA PRIMA FINAL? SÍ NO  
SI NO, INGRESE EL CONTACTO DE AUDITORÍA PREMIUM:

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN ESTA SOLICITUD SERÁ UTILIZADA PARA CALCULAR LA PRIMA DE MI SEGURO DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. TAMBIÉN ENTIENDO QUE TENGO LA OBLIGACIÓN CONTINUA DE NOTIFICAR AL FONDO DE SEGUROS DEL ESTADO DE NUEVA YORK CUALQUIER CAMBIO EN:

- LOS TIPOS DE TRABAJO QUE REALIZA EL NEGOCIO
- EL TAMAÑO DE NUESTRA FUERZA LABORAL
- EL TAMAÑO DE NUESTRA NÓMINA
- LA PROPIEDAD O LA ESTRUCTURA DEL NEGOCIO

\_\_\_\_\_  
Nombre del propietario, socio o funcionario en letra de imprenta o a máquina \*

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario, socio o funcionario\*

\_\_\_\_\_  
Fecha\*

**Solicitante, tenga en cuenta lo siguiente:**

**LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONA ESTÁ PROTEGIDA POR LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD PERSONAL**

La autoridad para obtener la información personal solicitada en este documento se encuentra en la Sección 83 de la Ley de Compensación de los Trabajadores, complementada por las Secciones 450.1, 450.3 y 450.5 del Capítulo VI del Título 12(c) de la Recopilación Oficial de Códigos, Normas y Reglamentaciones del Estado de Nueva York. El propósito principal por el cual se solicita la información es ayudar al Fondo de Seguros del Estado de Nueva York a procesar su cobertura de seguro con el Fondo de Seguros del Estado de Nueva York y su divulgación se rige por las limitaciones de la Ley de Protección de la Privacidad Personal. Esta información será mantenida por el Director de Suscripción, Fondo de Seguros del Estado de Nueva York, 199 Church Street, Nueva York, NY 10007.

**IMPRIMA Y FIRME SU SOLICITUD COMPLETA.  
ENVÍE POR CORREO SU SOLICITUD COMPLETA, JUNTO CON EL DEPÓSITO REQUERIDO Y LA DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A:**

**NYSIF NEW BUSINESS  
PO BOX 66699  
ALBANY, NY 12206**