

GO INSURANCE WORKERS COMP QUESTIONNAIRE

대양종합보험 종업원 상해보험 신청서

TEL: 888-751-8838 / info@goins79.com / FAX: 213-386-5834 // 3700 Wilshire Blvd. #1080 Los Angeles, CA 90010

정확한 정보를 기입해 주시고, 기존 보험 가입 사업체는 4 Years Loss Run 을 준비해 주십시오.

1. 상호명(간판명): DBA 법인명: Legal Entity Name

2. 사업체유형: Individual; Partnership; LLC; Corporation Years in Business

3. 세금보고 번호 (개인 업체의 경우, SSN 도 사용 가능): Federal Tax ID (FEIN) For Individual, Social Security Number

4. 주소#1: Address Street City State Zip Code

주소#2: (if any) Phone: Email:

5. 갱신일자: Renewal Date 사고 유무: # of Claims 연보험료 및 요율: Annual Premium / Rate

6. 사업체 종류: Business Description

7. 직종별 1년 급여 Annual Payroll: # of Full Time Workers # of Part Time Workers Class Code / Job Description \$ /year

8. 영업시간: Business Hours 배달 유무 및 거리: Delivery / Radius (if yes) 회사차량: # of Vehicles & Type

9. 회사 건강보험 제공 유무: Group Health Insurance 건강 보험사명: Health Insurance Co (if yes) 회사부담분: % Paid by Employer

10. 회사 소유주명 및 지분 Officers to be excluded: 11. 보험 기록 Policy History: Insurance Co. & Policy #

Please sign below granting us authority to order loss runs on your behalf. (Loss Run 대리신청 허가서)

X Owner / Officer Signature

Date