TEAM INSURANCE SERVICES, INC.

Cuestionario para
Cotización
Ley 139

Fecha _____
Date

Nombre del patrono _____
Employer's name Teléfono/ Telephone Facsímil / Fax E-Mail

Núm. Cuenta Patronal Desempleo _____ Núm. Cuenta Federal _____
Unemployment Insurance Account Number Social Security Reporting Number - FICA

Dirección física y postal _____
Physical and Postal Address _____

¿Tienen subsidiarias? ___ No ___ Si ¿Cuántas? _____
Subsidiaries No Yes How Many

¿A qué se dedica el negocio?_____ Nómina tributable anual $_____
Type of Business Annual Taxable Salaries

Indique número de empleados: Femenino _____ Masculino _____ Total _____
Number of Employees Female Male Total

¿Tienen choferes? ___ Sí ___ No ¿Cuántos?_____ Incluye choferes en SINOT ___Si ___No
Chauffeurs Yes No How Many? Drivers included in DBA Yes No

Clase de plan actual: ___ Plan público ___ Plan privado Núm. Plan Privado _____
Type of plan Government Plan Private Plan Actual Private Plan Number

Asegurado con _____ Tarifa _____ Desde 1ro de julio de _____
Actual Carrier Rate Effective Date July 1st,

Contribución del empleado: ___ La mitad de la tarifa ___ Ninguna ___ Otra: _____
Employee Contribution One half of the rate None Other

Beneficios actuales: ___ Estatutario ___ Beneficio Adicional Muerte _____ Cubre choferes
Actual Benefits Statutory Additional Death Benefits Chauffeurs included

Información adicional _____
Additional Information

Beneficios a cotizar: ___ Estatutario ___ Muerte ___ Otros:_____
Benefits to Quote Statutory Death Others