



Cuestionario Del Contratista Independiente

Cada trabajador/contratista que no puede proveer un certificado válido de compensación al trabajador debe completar este formulario COMPLETAMENTE. No se aceptan formularios incompletos ni formularios no firmados.

Se requiere la siguiente información para ayudar a KEMI a determinar si existe una relación verdadera de contratista independiente. Si determinamos que el trabajador no es contratista independiente, cobraremos la prima con base en su compensación. Hay que completar este formulario al momento de la contratación y una copia nueva debe ser completada al principio de cada año que se escribe la cobertura con KEMI.

| | | | |
|----------------------------------|--|---|-----------------|
| Nombre | Negociando Bajo el Nombre (DBA) | | |
| Dirección de la empresa | ¿Esta es la dirección de su domicilio también? | | Sí No |
| Ciudad | Estado | Código Postal | |
| Número de teléfono de su empresa | Casa | Móvil | |
| Dirijo mi empresa como | Individuo | Asociación (Por KRS 342.12 se requiere un FEIN) | Corporación LLC |
| Número De Seguro Social (SSN) | Registro Federal de Contribuyentes Patronales (FEIN) | | |

Sí: No: Tengo ayudantes, parientes, labor contratada, labor casual, empleados o subcontratistas que trabajan conmigo o para mí en esta empresa.

Considero que mi profesión es:

Hace _____ meses _____ años que hago esta profesión.

Tengo una licencia comercial en (ciudad y contado) _____ Número de licencia comercial _____

Yo proveo mis propias herramientas y equipo abajo indicado:

Me pagan por Hora Trabajo Otro (Favor de describir)

Si otro, por favor explique:

Provero facturas para el trabajo que hago. Sí No **(En el caso que sí, se requiere una copia)**

Tengo cobertura de Responsabilidad de General (General Liability Coverage). Sí No **(En el caso que sí, se requiere una copia)**

Firmé un contrato que explica nuestra relación profesional. Sí No **(En el caso que sí, se requiere una copia)**

Hago publicidad usando una tarjeta de presentación, membrete, periódico, etc. Sí No

Tengo el derecho de trabajar sin dirección o control de otros. Sí No

Yo he trabajado para los siguientes contratistas generales o clientes durante los últimos 12 meses:

| | Nombre | Ciudad | Número de teléfono | % del trabajo hecho para este cliente |
|----|--------|--------|--------------------|---------------------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |

Yo, el abajo firmante, certifico que la información arriba mencionada es cierta y completa a mi leal saber y entender. También comprendo que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presenta una declaración de reclamación que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta con el propósito de inducir a engaño la información con respecto a cualquier hecho a eso, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual es un crimen.

Firma del contratista/trabajador _____ Fecha _____

Firma del asegurado _____ Número de Póliza _____ Fecha _____