

Solicitud Complementaria para Techado

Instrucciones: Debe responder todas las preguntas. Esta solicitud debe ser firmada y fechada por un propietario, funcionario o socio.
Lea atentamente los enunciados que aparecen al final de esta solicitud.

Sección 1: Información del empleador

Nombre del solicitante:

Dirección principal:

Ciudad: Estado: Código postal:

Años de operación: Teléfono:

Junta Estatal de Licencias para Contratistas # (CSLB): Correo electrónico:

¿Usted es miembro de alguna(s) Asociación(es) de Techado? Sí ☐ NO ☐

En caso afirmativo, indíquela(s):

Sección 2: Operaciones realizadas por exposición al techado

A. Enumere sus tres trabajos más recientes e indique la dirección de cada uno:

Trabajo			
Tipo de trabajo de techado			
Fecha de inicio	Fecha de finalización	Ingreso bruto por el trabajo (monto de la factura por el trabajo)	
Dirección	Número total de empleados para el trabajo		

Trabajo			
Tipo de trabajo de techado			
Fecha de inicio	Fecha de finalización	Ingreso bruto por el trabajo (monto de la factura por el trabajo)	
Dirección	Número total de empleados para el trabajo		

Trabajo			
Tipo de trabajo de techado			
Fecha de inicio	Fecha de finalización	Ingreso bruto por el trabajo (monto de la factura por el trabajo)	
Dirección	Número total de empleados para el trabajo		

B. ¿Tiene a varios equipos trabajando simultáneamente en trabajos diferentes? Sí ☐ NO ☐

C. En la siguiente tabla, indique el desglose de las operaciones de techado de su compañía por porcentajes, incluyendo a los subcontratistas:

Tipo/Naturaleza del trabajo de techado	% de trabajo realizado	% de trabajo subcontratado	Ingresos brutos anuales
Residencial			
☐ Remociones	%	%	\$
☐ Reparaciones	%	%	\$
☐ Instalaciones	%	%	\$
☐ Nueva construcción: Techado de subdivisión de múltiples parcelas	%	%	\$
☐ Nueva construcción: Viviendas Individuales	%	%	\$
☐ Otros trabajos: Instalación de tragaluz	%	%	\$
Suma de todos los campos (debe ser igual al 100%)			
Comercial			
☐ Remociones	%	%	\$
☐ Reparaciones	%	%	\$
☐ Instalaciones	%	%	\$
☐ Otros trabajos: Instalación de tragaluz	%	%	\$
Suma de todos los campos (debe ser igual al 100%)			

Sección 3: Empleados y nómina salarial

Empleados	No. de empleados a tiempo completo	No. de empleados a tiempo parcial	Nómina anual total
5552-1 Empleados de techado que ganan menos de \$33/hora			\$
5553-1 Empleados de techado que ganan \$33/hora o más			\$

Tenga en cuenta: \$33 umbral salarial está en vigor para la póliza entra en vigor 9/1/26 o más tarde.

- D. ¿Cuántos de sus empleados trabajan menos de 40 horas a la semana?
- E. ¿Cuál es el promedio de años de experiencia entre sus trabajadores que reciben \$33/hora o más en sueldo?
- F. ¿Cuántos empleados nuevos, contratados en el último año, están recibiendo menos de \$33/hora en sueldo?
- G. ¿Consigue trabajo diario/ocasional o trabajo por contrato, trabajo TEMPORAL/estacional? Sí ☐ NO ☐

	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuántos trabajadores tiene en total?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad total de trabajo pagado en efectivo por semana?
Por día/Eventual	☐	☐		\$
Contratista general/Subcontratista	☐	☐		\$
Otro: Trabajadores temporales o estacionales	☐	☐		\$

- H. ¿Sumó el monto total del trabajo pagado en efectivo a su nómina salarial total estimada? Sí ☐ NO ☐
- Si NO, proporcione una explicación de por qué no incluyó trabajo pagado en efectivo:

- I. Proporcione el monto de la nómina directa, el costo del trabajo subcontratado, el trabajo pagado en efectivo y los ingresos brutos para los años actuales y futuros:

Año	Directo/W2	1099/Subcontratista	Trabajo pagado en efectivo anual	Ingresos brutos
Actual				
Futuro				

- J. Enumere los nombres de los subcontratistas que emplea y la ciudad en la que se encuentran:

Nombre del subcontratista	Ciudad

Sección 4: Subcontratistas o contratistas independientes, efectivo, trabajadores eventuales y trabajadores por contrato

- A. ¿Emplea contratistas independientes (trabajo 1099) para realizar trabajos de techado? Sí ☐ NO ☐
- En caso afirmativo,
- a) ¿Los contratistas independientes que emplea están licenciados con la Junta Estatal de Licencias para Contratistas (CSLB)? Sí ☐ NO ☐
- b) ¿Recolecta los certificados de seguro de los contratistas independientes que emplea? Sí ☐ NO ☐

Divulgación: Si respondió NO a la pregunta (a) y/o (b), está divulgando que los contratistas independientes que contrató NO están licenciados con la CSLB y NO están asegurados con una póliza propia de compensación de los trabajadores.

Como resultado, estos trabajadores serán considerados sus empleados para propósitos de la compensación de los trabajadores.

- B. ¿Tiene un proceso formal para obtener certificados de seguro antes de comenzar el trabajo? Sí ☐ NO ☐
- NOTA: Esté preparado para proporcionar copias de los certificados de todos los subcontratistas en la auditoría.

- C. ¿Emplea a algún subcontratista que no tenga empleados? Sí ☐ NO ☐
- D. ¿Alguna parte de sus operaciones es realizada por otros? Sí ☐ NO ☐
- En caso afirmativo, ¿para qué parte de las operaciones subcontrata a otros?

- E. ¿Alguno de los trabajadores que actualmente considera como subcontratista fue anteriormente un empleado? Sí ☐ NO ☐
- En caso afirmativo, explique.

Sección 5: Seguridad en el lugar de trabajo y gestión de riesgos

A. Programas de seguridad por escrito

- a) ¿Qué programas de seguridad formales por escrito ha implementado? (Por ejemplo, Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades, Prevención de Enfermedades Causadas por el Calor (IIPP), etc.) Enumérelos a continuación:

Puede acceder a las responsabilidades de los empleadores bajo Cal/OSHA en <https://www.dir.ca.gov/dosh/EmployerInformation.htm>
Puede acceder a State Fund IIPP Builder en <https://www.SafeAtWorkCA.com/iipp-builder/>.

- b) ¿Tiene un Código de Prácticas Seguras? SÍ ☐ NO ☐
- c) ¿Incluye procedimientos de protección contra caídas? SÍ ☐ NO ☐
- d) ¿Tiene recursos de seguridad bilingües disponibles para los trabajadores? SÍ ☐ NO ☐
- e) ¿Estaría interesado en recursos de seguridad para techadores para sus trabajadores? SÍ ☐ NO ☐

B. Reuniones de capacitación en seguridad, supervisión y seguimiento

- a) ¿Le exige a sus trabajadores asistir a capacitaciones de seguridad? SÍ ☐ NO ☐
- b) ¿Mantiene documentación y seguimiento de todos los empleados que han completado la capacitación de seguridad? SÍ ☐ NO ☐
- c) En caso afirmativo, tenga en cuenta que es posible que necesite proveer documentación de su proceso de seguimiento.
- d) Proporcione el nombre y cargo de la(s) persona(s) responsable(s) de la seguridad en el lugar de trabajo.
- e) Enumere todas las funciones laborales y responsabilidades adicionales de la persona responsable de la seguridad a continuación:

- f) ¿Realiza reuniones de seguridad/de la puerta trasera para sus empleados? SÍ ☐ NO ☐
- g) En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia realiza cada reunión? (Por ejemplo, semanalmente, mensualmente, etc.)
- h) ¿De qué temas habla más durante las reuniones de seguridad/de la puerta trasera?
- i) ¿Tiene un consultor de seguridad externo? En caso afirmativo, ¿qué servicios le proporciona?

- j) Si contrata obreros por día, ¿cómo se asegura de que sigan prácticas de trabajo seguras? Explique:

- k) ¿A partir de qué altura les requiere que usen protección contra caídas?
- l) ¿Sigue la altura de activación de 6 pies de Fed/OSHA para la protección contra caídas? SÍ ☐ NO ☐
- m) ¿Bajo qué condiciones usted requeriría protección contra caídas independientemente de la altura?

- n) ¿Qué tipo de equipo de protección contra caídas utilizan sus trabajadores?

Advertencia de Fraude/Enunciado sobre el Fraude

Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Enunciado de Representación/Firma

Por la presente solicito una póliza de seguro tal como se establece en la solicitud y declaro que toda la información contenida en esta solicitud es correcta y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier póliza que pueda ser emitida por la aseguradora se emitirá sobre la base de, y en dependencia de, mis declaraciones en esta solicitud. Estoy de acuerdo en que dicha póliza será nula y sin efecto si la información es falsa, engañosa o afectaría materialmente la aceptación del riesgo por parte del asegurador.

La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a comprar el seguro, y aceptar esta solicitud no obliga a la aseguradora a emitir ninguna póliza de seguro en particular. Si se emite una póliza, se entiende y acuerda que la Aseguradora se basó en esta solicitud para emitir cada una de dichas pólizas y cualquier endoso a las mismas. El abajo firmante además acepta que si las declaraciones en esta solicitud cambian antes de la fecha eficaz de cualquier póliza prospectiva, lo que haría que esta solicitud sea inexacta o incompleta, se debe notificar por escrito de inmediato a la Aseguradora.

Esta solicitud debe ser firmada y fechada por un propietario principal, funcionario superior, socio o miembro de la gerencia del solicitante. Las firmas reproducidas electrónicamente serán tratadas como originales.

Solicitante:

Nombre (letra de imprenta):

Firma:

Puesto:

Fecha:

Por la presente declaro que toda la información contenida en esta solicitud es correcta y completa según mi leal saber y entender, que la solicitud fue completada y firmada personalmente por el solicitante, y que se ha entregado una copia completa de la misma al solicitante.

Nombre de la Agencia Productora:

Firma del Agente Productor:

Fecha:

FIRMAR ESTA SOLICITUD NO RESULTA AUTOMÁTICAMENTE EN LA EMISIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO PARA EL SOLICITANTE POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS