



Nombre de empresa:
Número de póliza:
Fechas de la póliza:

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y DEVUELTO. ESTA ES UNA AUDITORÍA PARA SU POLÍTICA PARA VERIFICAR LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN. Proporcione información para el período de la póliza. Envíe el formulario completo y los formularios adicionales solicitados a:

Fax: (760) 795-0098 ATTN: Departamento de Auditoría
E-mail: audits@zoompfs.com
Subir directamente a: www.zoompfs.com
Correo a: 2244 Faraday Ave. #129, Carlsbad, CA 92008

Descripción detallada de las operaciones:

De empleados (excluyendo el dueño) _____ Bruto nómina (excluyendo el dueño) \$ _____

Número de proyectos o la casa del iniciado: _____ Proyectos Completado: _____

Ingresos Brutos: \$ _____

Cheque si utiliza subcontratistas Cantidad del trabajo subcontratado \$ _____

*****IMPORTANTE*** POR FAVOR ENVIAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL PLAZO DE POLÍTICA:**

- Estado de perdidas y ganancias
- Estados de cuenta bancarios O
- Declaración de impuestos (solo si su póliza está en un año calendario)

Estos documentos deben resumir sus ingresos, costos y gastos incurridos durante el período de la póliza.

Completado por: _____ Fecha: _____
(Firma)

Imprimir Nombre: _____

Número de Licencia de Contratista (Si es aplicable): _____

Dirección de correo electrónico: _____