



DP INSURANCE AGENCY INC.

忠興保險

License # 0B75174

1130 S. San Gabriel Blvd. 2F., San Gabriel CA 91776

Phone: (626) 292-6608. Fax: (626) 292-6615

勞工保險

Date: _____

Worker's Compensation Questionnaire

Applicant Name 保險人/公司: _____

Contact Person 聯絡人: _____

Mailing address 郵寄地址: _____

Telephone# 電話: _____

Fax# 傳真: _____

Email 電子郵件: _____

Web 網址: _____

Years in Business 公司成立年資: _____ Individual 個人 Partnership 合夥 Corp. 公司 Inc.

Federal Employer ID number 聯邦報稅號碼: _____

Property / Operation Location 地址: _____

Description of operations 公司產品詳細資料: _____

Ownership 股東資料:

Name:	Title	Ownership %

Prior Insurance Number (3 years) 過去 3 年保險資料:

Insurance Company 保險公司	Policy Number 保單號碼
2016-2017:	
2015-2016:	
2014-2015:	

Rating Information 勞工保險類別:

Job Title	Annual Payroll	# of Full-time Employees	# of Part-time Employees	Duty Description
職稱	年度薪資	全職員工人數	兼職員工人數	工作性質

**為了提供您更精準更外速的報價, 請提供您目前保單(POLICY COPY)以利我們參考!

Please fill out and fax back to us at 626-292-6615.

If you have any question, please feel free to call. Thank you!