

Coverage Research Service Request

– for Injured Worker Use Only
Form 811ES (03/2022)

Instructions

Purpose of Form

An injured worker requesting coverage research services in connection with a pending workers' compensation claim must complete and submit this request form to the WCIRB. This service is free to all injured workers. Coverage information is only available from 1958 to the present.

Note: The *California Workers' Compensation Coverage Inquiry* website located at caworkcompcoverage.com provides free coverage information for a specific employer on a specific date within the last five years.

Authorization

To obtain coverage information you must certify that:

1. you are an injured worker and are entitled to receive the requested coverage information;
2. the requested coverage information will be used solely in connection with a pending workers' compensation claim; and
3. the requested coverage information will not be otherwise published, distributed or released to third parties other than in connection with the administration and/or litigation of the pending workers' compensation claim.

Information Requirements

All sections of the Request Form must be completed or the request will not be processed.

Form Completion

- Print or type all information.
- Under Coverage Information Requested, list both the physical address and the P.O. Box address, if applicable.

Form Submission

Submit completed Request Form:

By email: customerservice@wcirb.com or

By mail: WCIRB California
Customer Service
Attn: Coverage Requests
1901 Harrison Street, 17th Floor
Oakland, CA 94612

Delivery of Coverage Research Results

By email: Email delivery is preferred (provide email address on the Request Form).

By mail: Coverage research results are mailed if no email address is provided.

Questions

Call WCIRB Customer Service toll free
888.CA.WCIRB (229.2472)
7:30 AM – 4:45 PM Pacific

Solicitud de Servicio de Investigación de Cobertura

– para Uso del Trabajador Lesionado Solamente
Formulario 811ES (03/2022)

Instrucciones

Propósito de Formulario

Para el trabajador lesionado que solicita servicios de investigación de cobertura de seguros en relación con un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador debe completar y enviar este formulario a WCIRB. Este servicio es gratis para trabajadores lesionados. La información sobre coberturas solo está disponible desde 1958 hasta el presente.

Note: El sitio web de *Consulta Sobre Cobertura de Compensación del Trabajador de California (California Workers' Compensation Coverage Inquiry)* ubicado en caworkcompcoverage.com tiene información de cobertura de pólizas de seguro de Compensación del Trabajador en California para el empleador con fecha específica dentro de los últimos 5 años.

Autorización

Para obtener información sobre una cobertura, usted debe certificar que:

1. usted es un trabajador lesionado y tiene derecho a recibir la información solicitada sobre la cobertura de seguros de Compensación del Trabajador;
2. la información de cobertura solicitada se utilizará únicamente en conexión con un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador; y
3. la información de cobertura de seguros solicitada no se publicará de otra manera, distribuida o divulgada ni comunicada a ningún tercer partido, excepto aquellos que estén relacionados con la administración y / o litigación de un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador.

Información Obligatoria

Todas las secciones del formulario de solicitud deben completarse o la solicitud no será procesada.

Cómo Completar el Formulario

- Imprimir o escribir toda la información que se pide.
- En la sección "Información de Cobertura Solicitada", indique la dirección física y la dirección de su casilla postal, si corresponde.

Entrego de Formulario

Envíe el formulario de solicitud completado a una de las siguiente direcciones:

Por correo electrónico: customerservice@wcirb.com

Por correo postal: WCIRB California
Customer Service
Attn: Coverage Requests
1901 Harrison Street, 17th Floor
Oakland, CA 94612

Entrega de Resultados de Investigación de Cobertura

Por correo electrónico: Esta es la forma que se prefiere (indique su dirección de correo electrónico en el formulario de solicitud).

Por correo postal: Si no indica una dirección de correo electrónico, recibirá los resultados de la investigación de cobertura por correo postal.

Preguntas

Llame gratis al Servicio del Cliente de WCIRB
888.CA.WCIRB (229.2472)
de 7:30 AM -- 4:45 PM (Pacífico)

All products and services are prepared by the WCIRB in the normal course of business pursuant to the regulations of the California Department of Insurance or for the benefit of the WCIRB's members. The WCIRB has made reasonable efforts to ensure the accuracy of the products and services. You must make an independent assessment regarding the use of all WCIRB products and services based upon your particular facts and circumstances. The WCIRB cannot make such an assessment and shall not be liable for any damages, of any kind, whether direct, indirect, incidental, punitive or consequential, arising from the use, inability to use, or reliance upon WCIRB products and services.

Todos los productos y servicios son preparados por WCIRB en el curso normal de los negocios de conformidad con las regulaciones del Departamento de Seguros de California (*California Department of Insurance*) o en beneficio de los miembros de WCIRB. WCIRB ha tomado todas medidas razonables para garantizar la precisión de los productos y servicios. Usted debe hacer una evaluación independiente acerca del uso de todos los productos y servicios de WCIRB según su situación y sus hechos particulares. WCIRB no puede hacer tal evaluación y no será responsable por cualquier tipo de daño, ya sea directo, indirecto, incidental, punitivo o consecuente, que puede producir por usar los productos y servicios de WCIRB, por no ser capaz de usarlos o por depender de ellos.

Coverage Research Service Request
– for Injured Worker Use Only
Form 811ES (03/2022)

Solicitud de Servicio de Investigación de Cobertura
– para Uso del Trabajador Lesionado Solamente **Formulario**
811ES (03/2022)

Injured Worker Information. Información del Trabajador Lesionado.

Print Name of Injured Worker. *Imprimir el nombre del trabajador lesionado.*

Telephone. *Teléfono.*

Address. *Dirección.*

City. *Ciudad.*

State. *Estado.*

Zip. *Código Postal.*

Email Address for delivery of coverage information.

By providing an email address here you are authorizing the WCIRB to email the coverage research results to you rather than sending the research results by mail.

Dirección de correo electrónico para recibir la información de cobertura.

Al proporcionar una dirección de correo electrónico aquí, usted está autorizando WCIRB a enviar por correo electrónico los resultados de la investigación de cobertura en lugar de enviar los resultados por correo postal.

Coverage Information Requested — for additional employers, attach separate sheet(s).

Información de Cobertura Solicitada — para empleadores adicionales, adjunte hojas separadas.

The WCIRB is unable to supply coverage information prior to 1958. *El WCIRB no puede proporcionar información de cobertura antes de 1958.*

List the physical address and if the employer has a P.O. Box, the P.O. Box must also be included.

Indique la dirección física y, si el empleador tiene una casilla postal, indique también.

(1)

(2)

Employer. *Empleador.*

Employer. *Empleador.*

DBA (If known). *Nombre comercial (DBA, por sus siglas en inglés - si lo conoce).*

DBA (If known). *Nombre comercial (DBA, por sus siglas en inglés - si lo conoce).*

Coverage Year(s) Requested. *Año(s) de la cobertura que solicita.*

Coverage Year(s) Requested. *Año(s) de la cobertura que solicita.*

Physical Address. *Dirección física.*

Physical Address. *Dirección física.*

Physical Address City. *Ciudad de la dirección física.*

Physical Address City. *Ciudad de la dirección física.*

Physical Address State. *Estado de la dirección física.*

Zip. *Código Postal.*

Physical Address State. *Estado de la dirección física.*

Zip. *Código Postal.*

P.O. Box Address. *Dirección de la Casilla Postal (P.O. Box).*

P.O. Box Address. *Dirección de la Casilla Postal (P.O. Box).*

P.O. Box City. *Ciudad de la Casilla Postal (P.O. Box).*

P.O. Box City. *Ciudad de la Casilla Postal (P.O. Box).*

P.O. Box State. *Estado de la Casilla Postal (P.O. Box).*

Zip. *Código Postal.*

P.O. Box State. *Estado de la Casilla Postal (P.O. Box).*

Zip. *Código Postal.*

Certification and Restricted Use of Information

Certificación y Uso Limitado de Información

By signing below, I (1) certify that I am an injured worker in a pending workers' compensation claim, (2) agree that the coverage information provided shall be used solely in connection with the administration and/or litigation of a pending workers' compensation claim and for no other purpose, (3) agree that the information provided by the WCIRB is confidential and proprietary and shall not be published, distributed, released or communicated to third parties, other than in relation to the administration and/or litigation of a pending workers' compensation claim, and (4) affirm that all information provided on this form is true and correct.

Al firmar a continuación, yo (1) certifico que soy un trabajador lesionado en un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador, (2) acepto que la información de cobertura presentada se utilizará únicamente en conexión con la administración y / o el litigio de un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador y para ningún otro propósito, (3) entiendo que la información proporcionada a WCIRB de cobertura de seguros solicitada no se publicará de otra manera, distribuida o divulgada ni comunicada a ningún tercer partido, excepto aquellos que estén relacionados con la administración y / o litigación de un reclamo pendiente de Compensación del Trabajador (4) confirmo que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Name. *Nombre.*

Date. *Fecha.*