



Texas Department of Insurance

Division of Workers' Compensation

7551 Metro Center Drive, Suite 100 • Austin, Texas 78744-1609
512-804-4000 • 512-804-4346 fax • www.tdi.state.tx.us

Si usted no está seguro si todos los participantes cumplen con los requisitos necesarios para entrar en este acuerdo, usted puede consultar este asunto con un abogado, si lo desea.

ACUERDO ENTRE EL CONTRATISTA GENERAL Y EL SUB CONTRATISTA PARA PROPORCIONAR SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

Aviso Sobre el Acuerdo

El Contratista General y el Subcontratista inscrito aquí por la presente está de acuerdo en que el Contratista General **retendrá** **no retendrá** el costo de la cobertura de seguro de compensación para trabajadores del precio del contrato del Subcontratista y que, con el propósito de proporcionar cobertura de seguro de compensación para trabajadores, el Contratista General será el empleador del Subcontratista, y los empleados del Subcontratista.

Una vez que este acuerdo es firmado, con el propósito de proporcionar cobertura de seguro de compensación para trabajadores, el Contratista General será el empleador del Subcontratista y de sus empleados. Este acuerdo hace que el Contratista General sea el empleador del Subcontratista y de sus empleados con el único propósito de cubrir las leyes de compensación para trabajadores de Texas y sin ningún otro propósito.

Periodo (fechas) del Acuerdo: Desde: _____ Hasta: _____

Lugar de Cada Sitio de Trabajo Afectado (o indique si se trata de un acuerdo general):

Número Aproximado De Empleados Afectados

***ESTE ACUERDO DEBERÁ ENTRAR EN VIGOR EN LA FECHA EN QUE FUE FIRMADO Y NO ANTES.
Código Laboral de Texas, Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Sección 406.123***

Afirmación del Contratista General

Firma del Contratista General **Fecha** **Dirección (Calle)**

Nombre en letra de molde del Contratista General **Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)**

Afirmación del Subcontratista

Si la compañía de seguros de compensación para trabajadores del Contratista General cambia durante el periodo efectivo de cobertura, se aconseja que el Contratista General someta este formulario con la nueva compañía de seguros.

Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (FEIN, por sus siglas en inglés)

Firma del Subcontratista

Fecha

Dirección (Calle)

Ciudad, Estado, Código Postal

El Contratista General debe conservar el documento original. Las copias legibles de este acuerdo deben ser sometidas con la compañía de seguros de compensación para trabajadores del contratista general dentro de 10 días a partir de la fecha en que este acuerdo entró en vigor. Si el Contratista General es un auto asegurador certificado, debe someter una copia con el área de servicios de Regulación de Auto-Seguros de la División. Un acuerdo no se considera sometido si este no es legible o está incompleto. Usted puede someter este documento por medio de correo postal o por fax. El Subcontratista debe también conservar una copia de este acuerdo.

Division Date Stamp Here