



Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee  
220 French Landing Drive, I-B  
Nashville, TN 37243-1002  
800-332-2667

**FORMULARIO COMBINADO I -10, I-11, I-12  
COMBINED FORM I-10, FORM I-11, FORM I-12**

**AVISO DE EXENCIÓN DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN A TRABAJADORES PARA  
CONDICIONES MÉDICAS ESPECÍFICAS  
NOTICE OF WAIVER OF WORKERS' COMPENSATION BENEFITS  
FOR SPECIFIC MEDICAL CONDITIONS**

Yo (I), \_\_\_\_\_, de (of) \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del Empleado o futuro empleado (Printed name of Employee or prospective employee)      Nombre de Empresa (Business Name)

\_\_\_\_\_  
Dirección de Correo de la Empresa (Business Mailing Address)      Dirección de Calle, si es diferente a la dirección de correo (Street Address, if different than mailing address)

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal (City, State ZIP)      FEIN #

por medio del presente doy notificación voluntaria a la Oficina de Compensación a Trabajadores de mi  
exención de beneficios de compensación para:

hereby give voluntary notice to the Bureau of Workers' Compensation of my waiver of compensation benefits  
for:

- 1. Lesiones como resultado de una Condición Cardíaca (se tiene que proporcionar registros médicos con este formulario)  
Injuries resulting from a Heart Condition (must provide medical records with this form)
- 2. Lesiones como resultado de una Enfermedad (de índole) Ocupacional: \_\_\_\_\_  
Injuries resulting from an Occupational Disease: \_\_\_\_\_  
Enfermedad  
Disease
- 3. Lesiones como resultado de Epilepsia  
Injuries resulting from Epilepsy.

Específicamente denunció cualquiera y toda reclamación para beneficios asociados con reclamaciones hechas por mi o cualquier persona a mi nombre que puedan ocurrir en el futuro.

I specifically waive any and all claims for workers' compensation benefits related to claims made by me or anyone else claiming on my behalf which may arise in the future.

---

Firma del Empleador (Employee's Signature)

Fecha (Date)

---

Número de Seguro Social (Social Security Number)