



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

FORMULARIO COMBINADO I-14 Y I-16
COMBINED FORM I-14 & I-16

**SELECCIÓN DE COMPAÑÍA COMÚN/TERMINACIÓN DE COBERTURA
COMMON CARRIER ELECTION/TERMINATION OF COVERAGE**

Nombre de Empresa de Compañía Común (Business name of Common Carrier) FEIN

Dirección Física de Compañía Común (Physical Address of Common Carrier) Dirección de Correo, si es diferente (Mailing Address if different)

Nombre en letra de molde de Entidad Operadora bajo Contrato o Propietario/Operador bajo Contrato (Printed name of Leased Operator or Leased Owner/Operator) Número de Seguro Social (Social Security Number)

Dirección Física de Entidad Operadora bajo Contrato o Propietario/Operador bajo Contrato (Physical Address of Leased Operator or Leased Owner/Operator) Dirección de Correo, si es diferente (Mailing Address if different)

**AVISO DE ACUERDO
NOTICE OF AGREEMENT**

Para ser completado por la Compañía Común
To be completed by the Common Carrier:

Por medio del presente Ud. está notificado de que el suscrito Compañía Común elige proporcionar cobertura de compensación a trabajadores bajo la Ley de Compensación a Trabajadores a la Entidad Operadora bajo Contrato o el Propietario/Operador bajo Contrato nombrado abajo. Una copia de este formulario ha sido proporcionada a la compañía aseguradora de la Compañía Común y la Compañía Común ha guardado una copia.

You are hereby notified that the undersigned Common Carrier elects to provide workers' compensation coverage under the Tennessee Workers' Compensation Law to the Leased Operator or Leased Owner/Operator named below. A copy of this form has been provided to the Common Carrier's insurance carrier and the Common Carrier has kept a copy.

Nombre en letra de molde y Título del Representante de la Compañía Común (Printed name and Title of Common Carrier Representative) Firma (Signature) Fecha (Date)

**AVISO DE TERMINACIÓN DE ACUERDO
NOTICE OF TERMINATION OF AGREEMENT**

Para ser completado por la Entidad Operadora bajo Contrato o el Propietario/Operador bajo Contrato
To be completed by the Leased Operator or Leased Owner/Operator:

Por medio del presente le notifica que la suscrita Entidad Operadora bajo Contrato o el Propietario/Operador bajo Contrato elige a aceptar cobertura de compensación a trabajadores bajo la Ley de Compensación a Trabajadores de Tennessee de la Compañía Común nombrada arriba.

You are hereby notified that the undersigned Leased Operator or Leased Owner/Operator elects to accept workers' compensation coverage under the Tennessee Workers' Compensation Law from the Common Carrier named above.

Yo soy una _____ Entidad Operadora bajo Contrato o _____ un Propietario/Operador bajo Contrato
I am a Leased Operator _____ or Leased Owner/Operator _____

Firma
Signature

Fecha
Date

Para ser completado por la Parte que desea terminar un acuerdo presentado anteriormente acerca de cobertura:

To be completed by the Party wishing to terminate an earlier filed agreement regarding coverage:

Por medio del el presente, notifico a la Oficina que yo, _____
Nombre en letra de molde del representante de la Compañía Común bajo Contrato o Propietar/Operador bajo Contrato

Siendo un(a) _____ Compañía Común o _____ Entidad Operadora bajo Contrato o Propietario/Operador bajo Contrato, deseo retirar mi acuerdo presentado anteriormente de cobertura de compensación a trabajadores con

I hereby notify the Bureau that I, _____
Printed name of Common Carrier representative or Leased Operator or Leased Owner/Operator

being a _____ Common Carrier or _____ Leased Operator or Leased Owner/Operator, wish to withdraw my previously filed agreement of workers' compensation coverage with

Nombre en letra de molde de la otra Parte
Printed name of other party

Firma
Signature

Fecha
Date