



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.

