



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-15 Y I-17
COMBINED FORM I-15 & I-17

**ACEPTACIÓN DE CONTRATISTA GENERAL/ACUERDO DE TERMINACIÓN DE COBERTURA
GENERAL CONTRACTOR ACCEPTANCE/TERMINATION OF COVERAGE AGREEMENT**

**AVISO DE ACUERDO
NOTICE OF AGREEMENT**

Para ser completado por el Contratista General:

To be completed by the General Contractor:

La Oficina por medio del presente es notificada de que el suscrito Contratista General elige proporcionar cobertura de compensación a trabajadores bajo la Ley de Compensación a Trabajadores de Tennessee a los Subcontratistas nombrados abajo. Una copia de este formulario ha sido proporcionado a la compañía asegurada del Contratista General y el Contratista General ha guardado una copia.

The Bureau is hereby notified that the undersigned General Contractor elects to provide workers' compensation coverage under the Tennessee Workers' Compensation Law to the Subcontractor named below. A copy of this form has been provided to the General Contractor's insurance carrier and the General Contractor has kept a copy.

Nombre del Negocio del Contratista General
Business name of General Contractor

FEIN
FEIN

Dirección de Correo del Contratista General
Mailing address of General Contractor

Dirección de calle del Contratista General (si es diferente)
Street address of General Contractor (if different)

Nombre en letra de molde del Representante del Contratista General
Printed name and Title of General Contractor Representative

Firma
Signature

Fecha
Date

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

Para ser completado por el Subcontratista:

To be completed by the Subcontractor:

Nombre del Negocio del Subcontratista
Business name of Subcontractor

FEIN o NSS
FEIN or SSN

Dirección de Correo de Subcontratista
Mailing address of Subcontractor

Dirección de calle del Subcontratista (si es diferente)
Street address of Subcontractor (if different)

Nombre en letra de molde del Representante del Subcontratista
Printed name and Title of Subcontractor Representative

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:

La Oficina por medio del presente es notificada de que el suscrito elige terminar un acuerdo firmado anteriormente entre el Contratista General y el Subcontratista nombrado abajo acerca de seguro de compensación a trabajadores. Una copia de este formulario ha sido proporcionada a la compañía aseguradora del Contratista General y a la otra parte del acuerdo original.

The Bureau is hereby notified that the undersigned elects to terminate an earlier signed agreement between the General Contractor and the Subcontractor named below regarding workers' compensation insurance. A copy of this form has been provided to the General Contractor's insurance carrier and to the other party to the original agreement.

Nombre del Negocio del Contratista General	FEIN	Nombre del Negocio del Subcontratista	FEIN o NSS
Business name of General Contractor	FEIN	Business name of Subcontractor	FEIN or SSN

Nombre en letra de molde y Título de la Parte que desea terminar el acuerdo	Firma	Fecha
Printed name and Title of Party wishing to terminate the agreement	Signature	Date