



**Division of Workers'  
Compensation**

PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

## Acuerdo entre el contratista general y el subcontratista para proporcionar un seguro de compensación para trabajadores

### Parte 1. Acuerdo

<b>1. Tipo de acuerdo</b> <input type="checkbox"/> Acuerdo general <input type="checkbox"/> Acuerdo para un sitio de trabajo específico	<b>2. Número aproximado de empleados afectados</b>
<b>3. Fecha de inicio del acuerdo</b> (mm/dd/aaaa)	<b>4. Fecha de finalización del acuerdo</b> (mm/dd/aaaa)
<b>Ubicación de los sitios de trabajo que están cubiertos por el acuerdo</b>	
<b>5. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
<b>6. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
<b>7. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	

Adjunte una hoja con ubicaciones adicionales si es necesario.

### Parte 2. El contratista general debe de completar esta parte.

<b>8. Nombre del contratista general</b> (general contractor, por su nombre en inglés)	<b>9. Número de identificación de impuestos federales</b> (Federal Tax I.D. Number, por su nombre en inglés)
<b>10. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	<b>11. Correo electrónico</b>
<b>12. Afirmación del contratista general</b> Yo soy el empleador del subcontratista y de los empleados del subcontratista con el propósito de proporcionar una cobertura de seguro de compensación para trabajadores, y ningún otro propósito.  Yo <input type="checkbox"/> retendré <input type="checkbox"/> no retendré el costo de la cobertura de seguro de compensación para trabajadores del precio del contrato del subcontratista.	
<b>13. Firma del contratista general</b>	<b>14. Fecha de la firma</b> (mm/dd/aaaa)

**Parte 3. El subcontratista debe de completar esta parte.**

<b>15. Nombre del subcontratista</b> (subcontractor, por su nombre en inglés)	<b>16. Número de identificación de impuestos federales</b> (Federal Tax I.D. Number, por su nombre en inglés)
<b>17. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	<b>18. Correo electrónico</b>
<b>19. Afirmación del subcontratista</b> Yo estoy de acuerdo en que el contratista general es el empleador para mí y para mis empleados con el propósito de proporcionar una cobertura de seguro de compensación para trabajadores, y ningún otro propósito.	
<b>20. Firma del subcontratista</b>	<b>21. Fecha de la firma</b> (mm/dd/aaaa)

## Preguntas Frecuentes

### Acuerdo entre el contratista general y el subcontratista para proporcionar un seguro de compensación para trabajadores

#### ¿Quién puede utilizar este acuerdo?

La Sección 406.123 del Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) permite que ciertos contratistas generales y subcontratistas acuerden quién le proporcionará la cobertura de seguro de compensación para trabajadores al subcontratista y a los empleados del subcontratista.

#### ¿Cómo sé si yo debo de firmar este acuerdo?

Es posible que usted desee hablar con un abogado si no está seguro si todos los participantes cumplen con los requisitos para celebrar este acuerdo.

#### ¿Cuándo entra en vigor el acuerdo?

El acuerdo entra en vigor en la fecha en la que ambos participantes lo firman o en la fecha de inicio del acuerdo, cualquiera que suceda después.

#### ¿A dónde debo de enviar este acuerdo?

El contratista general debe de presentar una copia legible y completa de este acuerdo ante su aseguradora de compensación para trabajadores dentro de 10 días, a partir de la fecha en la que se firma el acuerdo. El contratista general debe de conservar la copia original. El subcontratista también debe de conservar una copia. Si el contratista general cambia de aseguradora de compensación para trabajadores durante las fechas de vigencia del acuerdo, el contratista general debe de presentar este formulario ante su nueva aseguradora.

Solamente envíe una copia del formulario firmado al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés) si el contratista general es un empleador auto asegurado certificado (certified self-insured, por su nombre en inglés).

- **Fax:** 512-804-4346
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation  
Business Process Operations, MC BP-OPS  
PO Box 12050  
Austin, TX 78711-2050
- **Entrega en persona en una oficina de DWC:** encuentre las ubicaciones de las oficinas de DWC en [www.tdi.texas.gov/wc](http://www.tdi.texas.gov/wc) o llame al 800-252-7031.

**Nota:** Con pocas excepciones, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a [DWCLegalServices@tdi.texas.gov](mailto:DWCLegalServices@tdi.texas.gov) o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).