Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
7551 Metro Center Drive, Suite 100 • MS-96
Austin, TX 78744-1645
(800) 372-7713 phone • (512) 804-4146 fax

Aviso del Empleador de No Cobertura o de Cancelación de la Cobertura

Puede presentarse en línea mediante la Presentación de Formularios en Línea para el Empleador (Employer Online Filings, por su nombre en inglés) en: https://txcomp.tdi.state.tx.us/TXCOMPWeb/common/home.jsp

I. DECLARACIONES REQUERIDAS

1. Declaración de No Cobertura

☐ El empleador mencionado en la parte de abajo **NO CUENTA** con una cobertura de seguros de compensación para trabajadores, según lo dispuesto en la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas (Texas Workers' Compensation Act, por su nombre en inglés),
Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés), Sección 406.004.

☐ El empleador mencionado en la parte de abajo ha **CANCELADO** su cobertura de seguros de compensación para trabajadores, según lo dispuesto en la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 406.007.
Fecha de cancelación de la póliza (mm/dd/aaaa):
Número de la póliza:
Nombre de la compañía de seguros:
Fecha en que se informó al asegurado sobre la cancelación de la póliza (mm/dd/aaaa):
Los empleados fueron (serán) notificados en (mm/dd/aaaa):

La opción que ha sido seleccionada en la parte de arriba está vigente de _____ (mm/dd/aaaa) a _____ (mm/dd/aaaa). Las fechas de vigencia no pueden exceder el periodo de un año.

2. Declaración de Lesiones y Enfermedades que son Reportables

Tuvo usted alguna muerte, o alguna lesión que haya resultado en la ausencia del empleado lesionado de su trabajo por más de un día, o tiene conocimiento de alguna enfermedad ocupacional desde su último formulario *Aviso del Empleador por No Cobertura o de Cancelación de la Cobertura?*

☐ Si ☐ No Si su respuesta es "Si", es posible que se le requiera presentar el Formulario DWC-007, *Reporte del Empleador de las Lesiones o Enfermedades de Empleados Sin Cobertura (Employer's Report of Non-covered Employee's Occupational Injury or Disease, por su nombre en inglés).* (Vea la sección de Preguntas Frecuentes de este formulario.)

II. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR PRIMARIO

3. Nombre del Negocio del Empleador	**4. No. de Identificación Federal del Empleador (Federal Employer ID Number, por su nombre en inglés)**
5. Dirección del Negocio del Empleador (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Condado, Estado, Código Postal)	
6. Tipo de Negocio del Empleador	**7. Seis Dígitos de Códigos de NAICS**
NOTA: Usted debe proporcionar el nombre, Número de Identificación del Empleador y la dirección de cada local, sucursal, o entidad separada del empleador primario que es cubierto por este reporte. Para identificar locales adicionales, presente el Formulario DWC-205, *Locaciones del Negocio(s) del Empleador.*	

III. PERSONA QUE PROPORCIONA ESTA INFORMACIÓN

8. Nombre en Letra de Molde	**9. Número de Teléfono**
10. Título	**11. Dirección de E-mail**
12. Firma	**13. Fecha de la Firma** (mm/dd/aaaa)

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC

Preguntas Frecuentes
Aviso del Empleador de No Cobertura o de Cancelación de la Cobertura

¿Quién debe llenar el Formulario DWC-005?
Un empleador que **no cuenta** con un seguro de compensación para trabajadores (no suscriptor) debe presentar el Formulario DWC-005, al menos que los únicos empleados del empleador estén exentos de la cobertura bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas (Texas Workers' Compensation Act, por su nombre en inglés) (por ejemplo, ciertos trabajadores domésticos, ciertos granjeros y trabajadores en ranchos).

Un empleador que **cancela** la cobertura de seguros de compensación para trabajadores debe presentar el Formulario DWC-005.

El empleador podría estar sujeto a sanciones administrativas si no presenta el formulario cuando es requerido.

¿Cuándo es que tengo que presentar el Formulario DWC-005?
Un empleador que utiliza el Formulario DWC-005 para presentar el **aviso de no cobertura** debe presentarlo:

- una vez al año entre el 1º de febrero y el 30 de abril de cada año calendario;
- dentro de 30 días a partir de la fecha en que el empleador contrata a su primer empleado, al menos que la fecha de vencimiento sea de entre el 1º de febrero y el 30 de abril y el empleador presenta el aviso dentro de este periodo de tiempo; y
- dentro de 10 días de haber recibido una solicitud de TDI-DWC para presentar el aviso de no cobertura.

Un empleado que utiliza el Formulario DWC-005 para presentar el **aviso de cancelación de la cobertura** debe presentarlo:

- dentro de 10 días después de haber notificado a la aseguradora sobre la cancelación de la cobertura, al menos que el empleador compre una nueva póliza o se convierte en auto-asegurado certificado; y
- después de eso, el empleador debe presentar el Formulario DWC-005 como no suscriptor (non-subscriber, por su nombre en inglés) siempre y cuando el empleador continúe operando y no cuente con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores.

¿Cómo puedo presentar el Formulario DWC-005?
Los empleadores pueden presentar el Formulario DWC-005 ante TDI-DWC:

- electrónicamente en el sitio Web de TDI en: https://txcomp.tdi.state.tx.us/TXCOMPWeb/common/home.jsp;
- enviando el formulario por fax al (512) 804-4146; o
- enviando el formulario a la dirección que se muestra en la parte de arriba del formulario (si se necesita presentar a causa de la **cancelación de la cobertura**, el formulario debe enviarse mediante correo postal certificado (certified mail, por su nombre en inglés)).

¿Cómo/cuándo es que un empleador no suscriptor debe notificar a los empleados que una cobertura de compensación para trabajadores no es proporcionada?
Un empleador **debe poner a la vista** en el área de trabajo el *Aviso a los Empleados Sobre la Compensación para Trabajadores en Texas* en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador con el tipo de letra que ha sido especificado en los reglamentos de TDI-DWC cada vez que el empleador:

- opte por no tener un seguro de compensación para trabajadores;
- cancele o anule un seguro de compensación para trabajadores;
- deje de ser un empleador auto asegurado certificado; o
- le haya cancelado la compañía de seguros la cobertura de compensación para trabajadores.

El empleador **debe también proporcionar** este aviso a cada empleado:

- al momento de ser contratado;
- cuando el empleador opte por no tener un seguro de compensación para trabajadores;
- dentro de 15 días de haber notificado a la aseguradora que el empleador va a cancelar la cobertura, al menos que el empleador mantenga una cobertura continua bajo una nueva póliza o se convierta en un auto asegurador certificado; o
- dentro de 15 días de la cancelación por parte de la compañía de seguros.

El aviso requerido puede ser encontrado en el sitio Web de TDI en:
http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice5.pdf (inglés) y
http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice5s.pdf (español).

¿Es requerido que los empleadores no suscriptores presenten otros formularios ante TDI-DWC?
Los empleadores con cinco empleados o más tienen la obligación de reportarle a TDI-DWC las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. Los empleadores no suscriptores y los empleadores cubiertos cuyo empleado(s) ha rechazado la cobertura de seguro de compensación para trabajadores deben reportar estas lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo usando el Formulario DWC-007, *Reporte del Empleador de las Lesiones o Enfermedades de Empleados Sin Cobertura (Employer's Report of Non-covered Employee's Occupational Injury or Disease, por su nombre en inglés).* El formulario debe ser presentado a no más tardar del 7° día del mes después del mes en el cual:

- ocurrió una muerte relacionada con el trabajo,
- un empleado estuvo ausente del trabajo por más de un día* como resultado de una lesión en el trabajo, o
- el empleador adquirió conocimiento de una enfermedad ocupacional.

*No cuente el día de la lesión o el día en el que el empleado regresó a trabajar cuando calcule el número de días que estuvo ausente del trabajo.

Usted puede obtener el Formulario DWC-007 en nuestro sitio Web en:
http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc007injnc.pdf.

¿Son opcionales algunos de los campos en el Formulario DWC-005?
No, todos los campos aplicables deben completarse cada vez que el Formulario DWC-005 es presentado.

Usted puede obtener información adicional en el sitio Web de TDI en:
http://www.tdi.texas.gov/wc/employer/index.html o llamando al 1-800-372-7713.

NOTA: Con pocas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted. También tiene derecho a recibir y revisar dicha información (Código Gubernamental §§552.021 y 552.023); y pedir que TDI-DWC corrija la información que está incorrecta (Código Gubernamental §559.004).