

TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE, DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION (TDI-DWC)  
7551 Metro Center Drive, Suite 100  
Austin, Texas 78744

NO ENVÍE ESTE ACUERDO A TDI-DWC  
A MENOS QUE EL CONTRATISTA GENERAL SEA AUTO ASEGURADOR CERTIFICADO (Certified Self-Insured, por su nombre en inglés)

Si usted no está seguro si todos los participantes cumplen con los requisitos necesarios para entrar en este acuerdo, puede consultar este asunto con un abogado.

ACUERDO ENTRE EL CONTRATISTA GENERAL Y EL SUBCONTRATISTA  
PARA PROPORCIONAR SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

Aviso de Acuerdo

El Contratista General (General Contractor, por su nombre en inglés) y el Subcontratista (Subcontractor, por su nombre en inglés) inscritos aquí por la presente están de acuerdo en que el Contratista General  retendrá  no retendrá el costo de la cobertura de seguro de compensación para trabajadores del precio del contrato del Subcontratista y que, con el propósito de proporcionar cobertura de seguro de compensación para trabajadores, el Contratista General será el empleador del Subcontratista, y de los empleados del Subcontratista. Este acuerdo hace que el Contratista General sea el empleador del Subcontratista y de los empleados de Subcontratista con el único propósito de cubrir las leyes de compensación para trabajadores de Texas y sin ningún otro propósito.

PERIODO (FECHAS) DEL ACUERDO: DESDE: \_\_\_\_\_  
HASTA: \_\_\_\_\_

LUGAR DE CADA SITIO DE TRABAJO AFECTADO (O INDIQUE SI SE TRATA DE UN ACUERDO GENERAL):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÚMERO APROXIMADO DE EMPLEADOS AFECTADOS: \_\_\_\_\_

ESTE ACUERDO ENTRARÁ EN VIGOR EN LA FECHA EN QUE FUE FIRMADO, NO ANTES.  
Código Laboral de Texas, Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Sección 406.123.

**Afirmación del Contratista General**

Si la aseguradora de compensación para trabajadores del Contratista General cambia durante el periodo de vigencia de la cobertura, se aconseja que el Contratista General presente este formulario con la nueva aseguradora.

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador  
(Federal Tax I.D. Number, por su nombre en inglés)

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratista General

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección (Calle)

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde del Contratista General

\_\_\_\_\_  
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

**Afirmación del Subcontratista**

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador  
(Federal Tax I.D. Number, por su nombre en inglés)

\_\_\_\_\_  
Firma del Subcontratista

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección (Calle)

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde del Subcontratista

\_\_\_\_\_  
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

**El Contratista General debe conservar el documento original.** Una copia legible de este acuerdo debe ser presentada ante la aseguradora de compensación para trabajadores del contratista general dentro de 10 días, a partir de la fecha de realización. El acuerdo no se considera presentado si no es legible o si está incompleto. El Subcontratista también debe conservar una copia de este acuerdo.

