



Tennessee Bureau of Workers' Compensation

Agencia de Indemnización Laboral de Tennessee

220 French Landing Drive, I-B Nashville, TN 37243 (800) 332-2667

FORM C-23s

NOTICE OF DENIAL OF CLAIM FOR COMPENSATION
AVISO DE DENEGACIÓN DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

This form is used by adjusters to notify workers' compensation claimants of the denial of their claim for workers' compensation benefits. This information must be provided to the Bureau, via EDI, within five (5) business days of the determination to deny, and to the claimant, using this form, simultaneously with the notice to the Bureau. This form can be filed only if a C-20 First Report of Injury has been filed with the Bureau in this matter and no temporary disability or medical benefits have been provided to the claimant.

Los liquidadores usan este formulario **para notificar a los reclamantes de indemnización laboral acerca de la denegación de su reclamación para beneficios de indemnización laboral**. Esta información debe proporcionarse a la Oficina, a través del Intercambio electrónico de datos (EDI), dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la determinación de denegación, y al reclamante, a través de este formulario, simultáneamente con la notificación a la Oficina. Este formulario puede presentarse solo si se ha presentado a la Oficina un Primer Informe de Lesión C-20 en este asunto y no se ha proporcionado al reclamante ningún beneficio por discapacidad temporal o médico.

State File # _____ *Claimant Name*
Expediente estatal _____ Nombre del reclamante _____

Date of Injury _____ *Date of Disability* _____ *SSN*
Fecha de la lesión _____ Fecha de la discapacidad _____ NSS _____

Employer _____ *FEIN*
Empleador _____ FEIN _____

Business Mailing Address
Dirección postal de la empresa _____

City, State, ZIP
Ciudad, Estado, Código postal _____

Insurer _____ *Ins. Claim #*
Aseguradora _____ Reclamación # _____

Insurer Mailing Address
Dirección postal de la aseguradora _____

Insurer City, State, ZIP
Ciudad, Estado, Código postal de la aseguradora _____

Date compensation was denied
Fecha de denegación de la indemnización _____

Date claimant was notified of denial
Fecha de notificación al reclamante de la denegación _____

Basis for denial
Base para la denegación _____

Printed name of submitter _____ *Phone #*
Nombre impreso del remitente _____ Teléfono _____

Signature _____ *Date*
Firma _____ Fecha _____

Email _____ *Fax #*
Correo electrónico _____ Fax # _____