

Acuerdo de Reembolso de Responsabilidad Civil

Yo, el abajo firmante, he presentado una reclamación al Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Albañiles del Cemento del Norte de California para recibir prestaciones en relación con una enfermedad, lesión, dolencia u otra condición ("la Lesión") por la que un tercero pudiera tener responsabilidad legal. Declaro que soy una Persona Elegible según se define en mi plan de prestaciones, y si la reclamación se presenta en nombre de cualquiera de mis dependientes, que cualquiera de dichos dependientes también es una Persona Elegible según se define en el plan. Reconozco que, en virtud de los términos del plan de prestaciones, todas las Personas Elegibles deben firmar un acuerdo de reembolso por escrito como condición previa para tener derecho a las prestaciones reclamadas. Por lo tanto, en consideración al pago de prestaciones por parte del Fondo Fiduciario en relación con la Lesión, acepto que:

El Fondo Fiduciario tiene derecho al reembolso del monto total de las prestaciones que haya abonado en relación con la Lesión a partir de cualquier recuperación relacionada con la Lesión, incluido cualquier acuerdo, laudo arbitral, sentencia, liquidación de reclamo disputado, pago de motorista no asegurado o sub asegurado, pago de seguro de responsabilidad civil o cualquier otra fuente de recuperación de terceros. El importe a reembolsar incluye las prestaciones pagadas tanto antes como después de la firma de este acuerdo.

El importe que se reembolsará al Fondo Fiduciario no será superior al importe de la recuperación, y el derecho de reembolso no se verá afectado por ninguna caracterización de la recuperación como pago por gastos médicos, dolor y sufrimiento, u otra designación por mi parte y/o cualquier tercero o fuente de recuperación.

El derecho de reembolso del Fondo Fiduciario tiene prioridad, y el Fondo Fiduciario será reembolsado con los primeros dólares recibidos de cualquier recuperación relacionada con la Lesión. El Fideicomiso tiene derecho al pago, al reembolso y a la subrogación en virtud del presente acuerdo, independientemente de que el monto total de la indemnización sea inferior a la pérdida real que yo haya sufrido como consecuencia del daño. El Fideicomiso no es responsable de los gastos u honorarios en que incurra para obtener la indemnización. Sin embargo, entiendo que, en el momento de cualquier acuerdo u otra recuperación, si considero que el reembolso total del Fondo Fiduciario creará una dificultad para mí, puedo solicitar que el Fondo Fiduciario pague una parte de los honorarios y costos en los que incurrí o reduzca de otra manera el monto a reembolsar.

Reconozco que el Fondo Fiduciario tiene un derecho de retención preferente sobre cualquier indemnización relacionada con la lesión, que cualquier producto de la indemnización que reciba yo o cualquier otra persona en mi nombre se mantiene en fideicomiso para el Fondo Fiduciario en la medida del monto de las prestaciones que el Fondo Fiduciario haya pagado, y que el producto de la indemnización se aplicará primero para satisfacer el derecho de retención del Fondo Fiduciario. Acepto firmar todos los documentos necesarios para (a) confirmar o perfeccionar el derecho de retención del Fondo Fiduciario; y (b) pagar al Fondo Fiduciario con el producto de la indemnización que esté en poder de mi abogado o de cualquier otra persona en mi nombre.

No haré nada que obstaculice o perjudique el derecho del Fondo Fiduciario al reembolso. Cooperaré plenamente con el Fondo Fiduciario y lo ayudaré a obtener el reembolso. Me comprometo a proporcionar al Fondo Fiduciario toda la información que solicite en relación con las fuentes de recuperación de terceros y mis reclamaciones y acciones contra ellos. Me comprometo a tramitar con diligencia toda reclamación que tenga contra un tercero en relación con el perjuicio, y suscribiré una cesión de derechos para que el Fondo Fiduciario tramite dicha reclamación si el Fondo Fiduciario me lo solicita.

Reconozco que el Fondo Fiduciario *está autorizado, pero no obligado*, a recuperar directamente de cualquier tercero cualquier suma que se me deba en relación con la lesión, hasta el monto de las prestaciones que el Fondo Fiduciario haya abonado, previo envío de una notificación por escrito al posible pagador y a mí o a mi representante.

Reconozco que, si no cumplo con los términos de este acuerdo, el Fondo Fiduciario tiene derecho, en virtud del Plan, a compensar el monto no reembolsado de los prestaciones que pagó en relación con la Lesión con las prestaciones presentes o futuras que se me adeuden a mí, o a cualquier otra persona cuya elegibilidad se establezca a través del mismo participante del plan. **Si no cumplo con los términos de este acuerdo, seré responsable de todos los gastos en los que incurra el Fondo Fiduciario para obtener el reembolso o recuperar los daños y perjuicios ocasionados por el incumplimiento de este acuerdo, incluidos los costos del juicio y los honorarios razonables de los abogados en una acción en mi contra para hacer cumplir este acuerdo.**

El presente acuerdo vincula a todas las personas que lo han firmado y en cuyo nombre se ha firmado, así como a sus respectivos representantes personales y legales, administradores, albaceas, herederos, sucesores y cesionarios.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Paciente (si no es el Participante)

Si el Paciente es menor de edad, el Participante debe firmar en su nombre, por ejemplo, "Mary Doe por John Doe, Padre".

AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR PAGOS DIRECTAMENTE AL FONDO

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a cualquier tercero contra quien haya presentado una reclamación en relación con la Lesión, y al abogado u otro representante de la parte, compañía de seguros o cualquier otra fuente de pago de mi recuperación en relación con la Lesión, a reembolsar directamente al Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Albañiles del Cemento del Norte de California las prestaciones que el Fondo Fiduciario me haya pagado a mí o en mi nombre en relación con la Lesión.

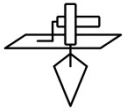
(Firme esta sección si desea que el tercero, o su aseguradora o garante, efectúe los pagos de reembolso directamente al Fondo).

Firma del Participante

Fecha

Firma del Paciente (si no es el Participante)

Si el Paciente es menor de edad, el Participante debe firmar en su nombre, por ejemplo, "Mary Doe por John Doe, Padre".



Cuestionario sobre Lesiones y Responsabilidad Civil

NOMBRE DEL PARTICIPANTE		NÚM. SS
NOMBRE DEL PACIENTE	RELACIÓN	
DETALLES DE LA LESIÓN		
FECHA DE LA LESIÓN	LUGAR DE LA LESIÓN	SI LA LESIÓN SE PRODUCE EN CASA, ES USTED (marque uno) ☐ PROPIETARIO ☐ INQUILINO
DESCRIBA BREVEMENTE LO QUE LE HA OCURRIDO AL PACIENTE		
¿LA LESIÓN O ENFERMEDAD SE DEBIÓ AL EMPLEO DEL PACIENTE? (marque una opción) ☐ SÍ ☐ NO		
1. ¿HAY OTRA PERSONA/PARTE/ENTIDAD IMPLICADA EN ESTA LESIÓN/ENFERMEDAD? ☐ SÍ - FACILITE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN ☐ NO - FIRME EN LA PARTE INFERIOR DEL FORMULARIO Y DEVUÉLVALO JUNTO CON EL FORMULARIO DE ACUERDO A LA OFICINA DEL FONDO		
NOMBRE		NÚM. DE TELÉFONO
DIRECCIÓN		
SI ESTA PERSONA/PARTE/ENTIDAD TIENE ALGÚN TIPO DE COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CUBRIR SU LESIÓN/ENFERMEDAD, RELLENE A CONTINUACIÓN:		
NOMBRE		NÚM. DE TELÉFONO
DIRECCIÓN		
NÚM. DE PÓLIZA:		NÚM. DE RECLAMO:
2. ¿TIENE ALGÚN SEGURO APARTE DEL DE LOS ALBAÑILES DEL CEMENTO PARA CUBRIR ESTA ENFERMEDAD? POR EJEMPLO, ¿AUTOMOVILISTA SIN SEGURO, SEGURO ESCOLAR, ETC.? (marque uno) ☐ SÍ - PROPORCIONE INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN ☐ NO		
NOMBRE		NÚM. DE TELÉFONO
DIRECCIÓN		
NÚM. DE PÓLIZA:		NÚM. DE RECLAMO:
3. ¿TIENE UN ABOGADO QUE LE REPRESENTA EN ESTE ASUNTO? (marque uno) ☐ SÍ - FACILITE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN ☐ NO		
NOMBRE		NÚM. DE TELÉFONO
DIRECCIÓN		
4. ¿HA INTERPUESTO UNA DEMANDA CONTRA ALGUNA PERSONA/PARTE/ENTIDAD A CAUSA O EN RELACIÓN CON ESTA LESIÓN/ENFERMEDAD? ☐ SÍ ☐ NO		
5. ¿TIENE PREVISTO INTERPONER UNA DEMANDA CONTRA ALGUNA PERSONA/PARTE/ENTIDAD A CAUSA O EN RELACIÓN CON ESTA LESIÓN/ENFERMEDAD? ☐ SÍ ☐ NO		
6. ¿SE PRESENTÓ UNA DENUNCIA POLICIAL EN RELACIÓN CON ESTE INCIDENTE? ☐ SÍ, FACILITE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ☐ NO		
NÚM. DE CASO		LUGAR/DIRECCIÓN
Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información aquí contenida es veraz y correcta.		
FECHA	FIRMA DEL PARTICIPANTE	FIRMA DEL PACIENTE - Si el paciente es menor de edad, el participante debe firmar en su nombre. Ejemplo: "María Doe por John Doe, Padre".