

SEIU Local 1 & Participating Employers *Health Trust*

111 E. Wacker Drive . 17th Floor . Chicago, IL 60601 . Telephone (312) 233-8888 . Facsimile (312) 233-8839 . Website www.seiu1benfunds.org

CONTRATO DE SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO

Nombre del participante: _____

Parte lesionada: _____

Relación con el participante: _____

Fecha del accidente: _____

Yo, la persona mencionada anteriormente, he resultado lesionado y los reclamos médicos han sido o serán presentados al SEIU Local 1 y al Fideicomiso de Salud de Empleadores Participantes ("Fondo"). En consideración del pago de dichas reclamaciones por parte del Fondo, yo y cualquier abogado que me represente acordamos lo siguiente:

1. En este Acuerdo, se aplican las siguientes definiciones:
 - a. Accidente: incidente u omisión que causa una enfermedad o lesión por la cual un tercero es o puede ser responsable.
 - b. Beneficios: reclamaciones médicas que paga el Fondo con respecto a una lesión o enfermedad causada por un Accidente.
 - c. Parte Responsable: cualquier tercero que es o puede ser responsable de realizar pagos por una lesión o enfermedad. Este término también incluye una compañía de seguros que debe pagar reclamaciones a causa de los actos de un tercero, como a través de una póliza de seguro de automóvil.
 - d. Monto de Reembolso: el monto de Beneficios pagados por el Fondo como resultado de un Accidente que debe reembolsarse con cargo a cualquier Recuperación.
 - e. Recuperación: *cualquier* pago de o en nombre de cualquier Parte o Partes Responsables, independientemente de cómo se caracterice dicho pago, por qué o quién lo paga, o el tipo de gasto para el cual se especifica. Los ejemplos incluyen, entre otros, una sentencia en una demanda, un acuerdo alcanzado antes del juicio y pagos médicos, cobertura de motorista sin seguro o de motorista con seguro insuficiente bajo cualquier póliza de seguro implicada como resultado de la lesión o enfermedad. La recuperación también incluye el dinero pagado al fideicomiso de un menor.
2. Acepto reembolsar al Fondo el Monto de Reembolso completo, excepto que no se me exigirá reembolsar al Fondo más de lo que recibo en total como Recuperación.
3. Acepto que existe un gravamen a favor del Fondo al recibir cualquier Recuperación, por el Monto de Reembolso. Además, acepto que el gravamen del Fondo se pagará primero a partir de cualquier recuperación que reciba, sin tener en cuenta ninguna doctrina de fondo común, doctrina de compensación total o cualquier otra doctrina de derecho consuetudinario o estatuto estatal que pretenda restringir el derecho del Fondo a un reembolso total. Entiendo que los Fideicomisarios del Fondo o su representante designado pueden aceptar aceptar menos del Monto de Reembolso o compartir los costos de obtener el reembolso, si, a su entera discreción, determinan que es lo mejor para el Fondo.
4. Acepto que el Fondo se subroga completamente en mis derechos de buscar o recibir una Recuperación, de modo que el Fondo pueda hacer valer un reclamo de Recuperación en mi nombre como si yo mismo estuviera haciendo el reclamo.
5. No tomaré ninguna medida ni autorizaré ninguna acción para anular los derechos del Fondo en virtud de este Acuerdo. Esto incluye cualquier acción judicial para reducir o eliminar el gravamen del Fondo.
6. No cederé a otra persona o entidad mi derecho a Recuperación de una Parte Responsable.
7. Cooperaré con cualquier acción del Fondo o sus representantes autorizados para obtener una Recuperación de una Parte Responsable.
8. A menos que un acuerdo con una Parte Responsable establezca el Monto de Reembolso completo, obtendré el acuerdo del Fondo antes de aceptar el acuerdo.

9. Acepto que, si obtengo una Recuperación y no se ha satisfecho el gravamen del Fondo, en violación de este Acuerdo, entonces el Fondo tendrá derecho a recuperar el Monto de Reembolso reduciendo los beneficios futuros pagaderos a mí o en mi nombre.

Firma del perjudicado

Fecha

Firma del participante Fecha
(si el perjudicado es menor de edad)