

SEIU Local 1 & Participating Employers *Health Trust*

ZOBOWIĄZANIE I UMOWA ZWROTU

Imię i nazwisko pracownika: _____

Strona poszkodowana: _____

Relacja z pracownikiem: _____

Data wypadku: _____

Ja, osoba wymieniona powyżej, doznałem(-am) obrażeń i roszczenia medyczne zostały lub zostaną zgłoszone do SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust ("Fundusz"). W związku z wypłatą tych roszczeń przez Fundusz, ja i reprezentujący mnie prawnik zgadzamy się co następuje:

1. W niniejszej umowie zastosowanie mają następujące definicje:

- a. **Wypadek:** zdarzenie lub zaniedbanie powodujące chorobę lub obrażenia, za które osoba trzecia jest lub może być odpowiedzialna.
- b. **Świadczenia:** roszczenia medyczne wypłacane przez Fundusz w związku z urazem lub chorobą spowodowanymi wypadkiem.
- c. **Strona Odpowiedzialna:** strona trzecia, która jest lub może zostać uznana za odpowiedzialną na dokonania płatności z tytułu urazu lub choroby. Termin ten obejmuje również firmę ubezpieczeniową, która musi wypłacić roszczenia z tytułu działań osoby trzeciej, np. w ramach polisy ubezpieczenia samochodowego.
- d. **Kwota Zwrotu:** kwota świadczeń wypłaconych przez Fundusz w wyniku wypadku, która musi zostać zwrócona w zakresie odszkodowania.
- e. **Zwrot:** Płatność od lub w imieniu strony odpowiedzialnej lub stron odpowiedzialnych, niezależnie od tego, jak taka płatność jest scharakteryzowana, dlaczego lub przez kogo jest wypłacana, lub rodzaj wydatku, dla którego jest określona. Przykłady obejmują, ale nie ograniczają się do wyroku w sprawie sądowej, ugody zawartej przed rozprawą sądową oraz pokrycia kosztów leczenia nieubezpieczonego kierowcy lub nie w pełni ubezpieczonego kierowcy w ramach dowolnej polisy ubezpieczeniowej związanej z urazem lub chorobą. Zwrot obejmuje również pieniądze wpłacone na fundusz powierniczy osobie niepełnoletniej.

2. Zgadzam się zwrócić Funduszowi należną pełną kwotę, z zastrzeżeniem, że nie będę zobowiązany do zwrotu Funduszowi więcej niż otrzymane końcowe odszkodowanie.

3. Wyrażam zgodę na ustanowienie zastawu na rzecz Funduszu po otrzymaniu przeze mnie jakiegokolwiek odszkodowania w wysokości kwoty zwrotu. Ponadto zgadzam się, że zastaw Funduszu zostanie spłacony w pierwszej kolejności z otrzymanego przeze mnie zwrotu, bez względu na jakąkolwiek doktrynę wspólnego funduszu, doktrynę lub każdą inną doktrynę powszechnego prawa lub ustawę stanową, która ma na celu ograniczenie prawa Funduszu do pełnego zwrotu kosztów. Przyjmuję do wiadomości, że Powiernicy Funduszu lub wyznaczony przez nich przedstawiciel mogą wyrazić zgodę na przyjęcie kwoty niższej niż kwota zwrotu lub partycypować w kosztach dochodzenia zwrotu, jeśli według własnego uznania zdecydują, że leży to w najlepszym interesie Funduszu.

4. Upoważniam Fundusz to reprezentowania mnie w sprawie o dochodzenie lub otrzymanie zwrotu, aby Fundusz mógł dochodzić roszczeń o zwrot w moim imieniu, tak jakbym sam zgłaszał roszczenie.

5. Nie będę podejmować żadnych działań ani autoryzować innych osób w celu ograniczenia praw Funduszu wynikających z niniejszej umowy. Obejmuje to wszelkie działania sądowe mające na celu zmniejszenie lub wyeliminowanie zastawu Funduszu.

6. Nie będę przekazywać na inną osobę lub podmiot mojego prawa do dochodzenia roszczeń od podmiotu odpowiedzialnego.

7. Będę współpracować z wszelkimi działaniami Funduszu lub jego upoważnionymi przedstawicielami w celu uzyskania zwrotu od strony odpowiedzialnej.

8. O ile uгода ze stroną odpowiedzialną nie przewiduje pełnej kwoty zwrotu, przed wyrażeniem aprobaty na porozumienie uzyskam pozwolenie od Funduszu.

9. Potwierdzam, że jeśli uzyskam zwrot kosztów, a zastaw Funduszu nie zostanie zaspokojony, będzie to naruszenie niniejszej umowy, wówczas Fundusz będzie uprawniony do odzyskania kwoty zwrotu kosztów poprzez zmniejszenie przyszłych świadczeń należnych mi lub w moim imieniu.

Podpis poszkodowanego

Data

Podpis pracownika

(Jeśli osoba poszkodowana jest niepełnoletnia)

Data