



## UGODA zgodnie z częścią 32 WCL Ugoda dotycząca wyłącznie odszkodowania

PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205  
www.wcb.ny.gov

NR SPRAWY WCB	DATA ZDARZENIA	IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY (drukowanymi literami)	
		ADRES WNIOSKODAWCY (drukowanymi literami)	
NR SPRAWY UBEZPIECZYCIELA	KOD UBEZPIECZYCIELA		
PRACODAWCA (drukowanymi literami)		UBEZPIECZYCIEL (drukowanymi literami)	

Niniejszą Umowę sporządzono i złożono zgodnie z postanowieniami części 32 ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL). Składając podpis poniżej, każda ze stron Umowy potwierdza, że przeczytała i zrozumiała jej postanowienia oraz wie, że po zatwierdzeniu przez Urząd Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board, WCB) Umowa ma charakter ostateczny i wiążący dla wszystkich zainteresowanych stron.

W ramach niniejszej Umowy strony rozstrzygają i ustalają niektóre, ale nie wszystkie kwestie uwzględnione w roszczeniu.

Strony niniejszej Umowy o zrzeczeniu się roszczeń zgodnie z częścią 32 WCL (Umowy), wnioskodawca i ubezpieczyciel niniejszym uzgadniają:

### 1. Roszczenia podlegające Umowie

Sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ :

została ustalona dla następujących obrażeń: \_\_\_\_\_

dotyczy roszczenia obejmującego następujące obrażenia: \_\_\_\_\_ ,  
które nie zostały zaakceptowane przez ubezpieczyciela ani nie ustalono odpowiedzialności. Strony uzgadniają, że po zatwierdzeniu niniejszej Umowy sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ zostanie wycofana.

nie została zatwierdzona przez ubezpieczyciela, nie ustalono odpowiedzialności. Strony uzgadniają, że po zatwierdzeniu niniejszej Umowy Sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ zostanie ustalona dla następujących obrażeń: \_\_\_\_\_

Sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ :

została ustalona dla następujących

obrażeń: \_\_\_\_\_  
dotyczy roszczenia obejmującego następujące obrażenia: \_\_\_\_\_ ,  
które nie zostały zaakceptowane przez ubezpieczyciela ani nie ustalono odpowiedzialności. Strony uzgadniają, że po zatwierdzeniu niniejszej Umowy sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ zostanie wycofana.

nie została zatwierdzona przez ubezpieczyciela, nie ustalono odpowiedzialności. Strony uzgadniają, że po zatwierdzeniu niniejszej Umowy Sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ zostanie ustalona dla następujących obrażeń: \_\_\_\_\_

Sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ :

została ustalona dla następujących

obrażeń: \_\_\_\_\_  
dotyczy roszczenia obejmującego następujące obrażenia: \_\_\_\_\_ ,  
które nie zostały zaakceptowane przez ubezpieczyciela ani nie ustalono odpowiedzialności. Strony uzgadniają, że po zatwierdzeniu niniejszej Umowy sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ zostanie wycofana.

nie została zatwierdzona przez ubezpieczyciela, nie ustalono odpowiedzialności. Strony uzgadniają, że po zatwierdzeniu niniejszej Umowy Sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ zostanie ustalona dla następujących

Sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ :

została ustalona dla następujących

obrażeń: \_\_\_\_\_  
dotyczy roszczenia obejmującego następujące obrażenia: \_\_\_\_\_ ,  
które nie zostały zaakceptowane przez ubezpieczyciela ani nie ustalono odpowiedzialności. Strony uzgadniają, że po zatwierdzeniu niniejszej Umowy sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ zostanie wycofana.

nie została zatwierdzona przez ubezpieczyciela, nie ustalono odpowiedzialności. Strony uzgadniają, że po zatwierdzeniu niniejszej Umowy Sprawa WCB nr \_\_\_\_\_ zostanie ustalona dla następujących

### Zaznaczyć, o ile dotyczy:

U wnioskodawcy stwierdzono częściową trwałą niepełnosprawność. Świadczenia są wypłacane w wysokości USD \_\_\_\_\_ tygodniowo.

U wnioskodawcy stwierdzono całkowitą trwałą niepełnosprawność. Świadczenia są wypłacane w USD \_\_\_\_\_ tygodniowo.

W razie potrzeby należy dołączyć dodatkowe strony, podając sprawy podlegające niniejszej umowie.

Inicjały imienia i nazwiska Osoba ubiegająca się o świadczenia: \_\_\_\_\_ ( / / ); Ubezpieczyciel: \_\_\_\_\_ ( / / )

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY: \_\_\_\_\_  
NR SPRAWY WCB: \_\_\_\_\_  
NR SPRAWY UBEZPIECZYCIELA: \_\_\_\_\_

## 2. Świadczenia odszkodowawcze

### a. Tygodniowe płatności dokonane do daty ostatecznego zatwierdzenia Umowy przez Urząd

Jeżeli ubezpieczyciel został zobowiązany do wypłacania stałych świadczeń, ubezpieczyciel zobowiązuje się do dokonywania kolejnych płatności do czasu ostatecznego zatwierdzenia Umowy przez Urząd. Następnie wstrzymane zostaną cotygodniowe wypłaty świadczeń.

### b. Zmiana wstępnych stawek tymczasowych na stałe

Zmiana tymczasowych wstępnie zaakceptowanych stawek na stałe. Ewentualne wcześniejsze okresy, za które nie były dotychczas dokonywane żadne płatności, uznaje się za okresy bez straconych godzin pracy podlegających odszkodowaniu oraz bez pomniejszonych dochodów.

### c. Nadpłata (Wybierz jedną z opcji)

- Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zrzeczenia się każdej nadpłaty, o ile dotyczy.
- Ubezpieczyciel może zrekompensować sobie nadpłatę w \_\_\_\_\_ USD z odzysku netto na rzecz wnioskodawcy w całości poniżej.

## 3. Brak zrzeczenia się opieki medycznej

Wnioskodawca nie zrzekł się i pozostaje uprawniony do opieki medycznej w związku z obrażeniami, o których mowa w roszczeniu, które to podlegają niniejszej umowie oraz przepisom ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law, WCL) stanu Nowy Jork. Urząd Odszkodowań Pracowniczych (WCB) zachowuje właściwość do ponownego otworzenia tej sprawy wyłącznie w celu rozstrzygnięcia wszelkich kwestii dotyczących opieki medycznej i odpowiedzialności za taką opiekę.

## 4. Zrzeczenie się świadczeń odszkodowawczych

Po ostatecznym zatwierdzeniu Umowy przez Urząd, z wyjątkiem płatności wymaganych na mocy niniejszej Umowy, wnioskodawca zrzeka się z wszelkich praw do dalszych świadczeń odszkodowawczych zgodnie z ustawą o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law) w odniesieniu do roszczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.

## 5. Uzgodniona kwota (Wybierz jedną z opcji)

- W zamian za zrzeczenie się przez wnioskodawcę praw do dochodzenia dalszych świadczeń odszkodowawczych, po ostatecznym zatwierdzeniu Umowy, ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłaty na rzecz wnioskodawcy kwoty w wysokości \_\_\_\_\_ USD, pomniejszonej o kwotę \_\_\_\_\_ USD, stanowiącą wynagrodzenie pełnomocnika wnioskodawcy, z zastrzeżeniem zatwierdzenia kwoty wynagrodzenia przez Urząd Odszkodowań Pracowniczych (Workers Compensation Board). Pełnomocnicy wnioskodawcy zobowiązują się do zrzeczenia się wszelkich wcześniej przyznanych, ale nieuregulowanych honorariów z dniem ostatecznego zatwierdzenia niniejszej Umowy przez Urząd.
- W zamian za zrzeczenie się przez wnioskodawcę praw do dochodzenia dalszych świadczeń odszkodowawczych, po ostatecznym zatwierdzeniu Umowy, Ubezpieczyciel zobowiązuje się zapłacić wnioskodawcy kwotę \_\_\_\_\_ USD w ciągu dziesięciu (10) dni od zatwierdzenia Umowy przez Urząd, pomniejszoną o kwotę \_\_\_\_\_ USD, stanowiącą wynagrodzenie pełnomocnika wnioskodawcy, z zastrzeżeniem zatwierdzenia kwoty wynagrodzenia przez Urząd Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board). Pełnomocnicy wnioskodawcy zobowiązują się do zrzeczenia się wszelkich wcześniej przyznanych, ale nieuregulowanych honorariów z dniem ostatecznego zatwierdzenia niniejszej Umowy przez Urząd. Ponadto ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty okresowych świadczeń na rzecz wnioskodawcy, w następujący sposób:  
\_\_\_\_\_.
- Ubezpieczyciel sfinansuje okresowe świadczenia przez zakup dożywotniej renty zgodnie z Załącznikiem A do Umowy.

## 6. Zaległe świadczenia alimentacyjne na rzecz dzieci (Wybierz jedną z opcji)

- Wnioskodawca nie zalega z płatnością świadczeń alimentacyjnych na rzecz dzieci, do których jest zobowiązany.
- Wnioskodawca zalega z zapłatą świadczeń alimentacyjnych na rzecz dzieci, które zostaną opłacone w całości z dochodów uzyskanych na mocy niniejszej Umowy. Ubezpieczyciel przekaże płatności na poczet pokrycia zaległych świadczeń alimentacyjnych na rzecz dzieci bezpośrednio do odpowiedniego beneficjenta.
- Wnioskodawca zalega z zapłatą świadczeń alimentacyjnych na rzecz dzieci, których wartość przekracza kwotę należną wnioskodawcy zgodnie z Umową. Całkowita kwota należna wnioskodawcy z tytułu Umowy zostanie przekazana przez ubezpieczyciela do odpowiedniego beneficjenta w celu częściowego pokrycia zaległych świadczeń alimentacyjnych wnioskodawcy na rzecz dzieci.

Inicjały imienia i nazwiska Osoba ubiegająca się o świadczenia: \_\_\_\_\_ ( / / ); Ubezpieczyciel: \_\_\_\_\_ ( / / )

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY: \_\_\_\_\_  
NR SPRAWY WCB: \_\_\_\_\_  
NR SPRAWY UBEZPIECZYCIELA: \_\_\_\_\_

**7. Działania osób trzecich (zabezpieczenie)**

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zabezpieczenia zgodnie z częścią 29 WCL na podstawie wszelkich świadczeń odszkodowawczych wypłaconych wnioskodawcy zgodnie z ustawą o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law) w odniesieniu do roszczeń będących przedmiotem niniejszej Umowy, w tym dochodów należnych wnioskodawcy zgodnie z niniejszą Umową, wobec wszelkich należności odzyskanych od wnioskodawcy przez osoby trzecie.

**8. Odwołania**

Po zatwierdzeniu Umowy przez Urząd wszelkie wnioski o przegląd administracyjny decyzji sędziego działającego na mocy ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law) lub całkowity przegląd (Full Board Review), złożone przez dowolną ze stron niniejszej Umowy, w zakresie, w jakim wniosek dotyczy przyznania świadczeń odszkodowawczych, zostaną wycofane.

**9. Inne postanowienia**

Należy określić wszelkie inne postanowienia zawarte w Umowie (załączyć w razie konieczności dodatkowe strony).

**Niżej podpisani dobrowolnie zgadzają się podlegać powyższym postanowieniom i potwierdzają odbiór egzemplarza niniejszej Umowy.**

\_\_\_\_\_  
WNIOSKODAWCA (DRUKOWANYMI LITERAMI)

\_\_\_\_\_  
PODPIS WNIOSKODAWCY  
 ZGODA NA PRZEGLĄD DOKUMENTÓW

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
PEŁNOMOCNIK (DRUKOWANYMI LITERAMI)

\_\_\_\_\_  
PODPIS PEŁNOMOCNIKA  
 ZGODA NA PRZEGLĄD DOKUMENTÓW

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
UBEZPIECZYCIEL LUB PRACODAWCA UBEZPIECZONY WE  
WŁASNYM ZAKRESIE (DRUKOWANYMI LITERAMI)

\_\_\_\_\_  
PODPIS UBEZPIECZYCIELA LUB PRACODAWCY UBEZPIECZONEGO  
WE WŁASNYM ZAKRESIE  
 ZGODA NA PRZEGLĄD DOKUMENTÓW

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
INNE OSOBY (DRUKOWANYMI LITERAMI)

\_\_\_\_\_  
PODPISY INNYCH OSÓB  
 ZGODA NA PRZEGLĄD DOKUMENTÓW

\_\_\_\_\_  
DATA

Inicjały imienia i nazwiska Osoba ubiegająca się o świadczenia: \_\_\_\_\_ ( / / ); Ubezpieczyciel: \_\_\_\_\_ ( / / )