

**AVVISO DI POSSIBILE RESPONSABILITÀ PER LE SPESE MEDICHE IN CASO DI  
MANCATO PROCEDIMENTO, O DI RIGETTO DELLA RICHIESTA DI INDENNITÀ,  
O DI APPROVAZIONE DELL'ACCORDO SUB WCL §32**

N. PRATICA WCB (se noto)		N. RICHIESTA AMMINISTR. INDENN. (se noto)	DATA DELL'INFORTUNIO	NATURA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA	N. PREV. SOC. DEL(LA) RICHIEDENTE
RICHIEDENTE	NOME			INDIRIZZO	APP. N.
DATORE DI LAVORO					
COMPAGNIA ASSICURATIVA					

Potrebbe diventare responsabile delle spese mediche relative al trattamento della sua malattia o condizione rispetto al fornitore di assistenza sanitaria elencato di seguito se (1) non procede con la richiesta di indennità per infortuni sul lavoro o (2) viene stabilito dalla Workers' Compensation Board che la malattia o condizione che ha richiesto il trattamento non era il risultato di un incidente sul luogo di lavoro o di una malattia professionale risarcibili o (3) se da parte sua viene perfezionato e approvato un accordo sub Articolo 32 della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Law §32*) in cui rinuncia al suo diritto ai sussidi medici erogati dalla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi/dal datore di lavoro con assicurazione autonoma per i trattamenti/servizi eseguiti dopo la data di approvazione dell'accordo. Se si verifica uno qualsiasi degli eventi elencati in precedenza, il fornitore potrebbe fatturare direttamente a lei invece che al datore di lavoro o alla compagnia assicurativa, e lei sarà responsabile dei costi dei servizi prestati dal fornitore.

Con la presente confermo di aver letto quanto sopra esposto e di comprendere le circostanze in base alle quali potrei diventare responsabile dei pagamenti.

Firma del(la) richiedente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo del fornitore \_\_\_\_\_

**PER IL/LA RICHIEDENTE**

Il Regolamento della Workers' Compensation Board 325-1.23 autorizza il suo fornitore di assistenza sanitaria a richiederle di sottoscrivere il presente avviso A-9. Sottoscrivendo il presente avviso, conferma il suo obbligo a corrispondere i costi dei servizi che riceverà qualora risultasse che il suo datore di lavoro o la compagnia assicurativa di quest'ultimo responsabile degli indennizzi per infortuni sul lavoro non siano legalmente tenuti a corrispondere tali costi e se detti costi non sono coperti da altre assicurazioni. Il datore di lavoro o l'assicuratore potrebbero non essere tenuti a corrispondere i costi del fornitore se, ad esempio, lei non presenta una richiesta di indennità per infortuni sul lavoro, o non notifica l'infortunio o la malattia al suo datore di lavoro, o non si presenta a un'udienza della WCB qualora il suo datore di lavoro contesti il suo diritto ai sussidi. Anche qualora metta in campo tutte le misure necessarie per procedere con la sua richiesta di indennità, la Workers' Compensation Board potrebbe comunque ritenere che lei non abbia diritto ai sussidi. In questi casi, il presente avviso informa il suo fornitore sanitario che lei conferma la sua responsabilità personale per il pagamento delle fatture.

**Articolo 32 della Normativa in materia di infortuni sul lavoro**

L'avviso A-9 copre anche le situazioni in cui un richiedente con un caso esistente valido di indennità per infortunio sul lavoro raggiunge un accordo con il proprio datore di lavoro o la compagnia assicurativa di quest'ultimo a risoluzione del proprio caso in conformità con l'Articolo 32 della Normativa in materia di infortuni sul lavoro. Un accordo sub Articolo 32 può includere una disposizione che solleva il datore di lavoro o l'assicuratore dalla responsabilità di corrispondere le future fatture mediche associate al caso. Il suo fornitore di assistenza sanitaria potrebbe chiederle di sottoscrivere il presente avviso A-9 per garantire che lei confermi la sua responsabilità personale per il pagamento delle fatture qualora abbia rinunciato al suo diritto ai futuri sussidi medici ai sensi dell'accordo sub Articolo 32.

In caso di domande, contatti il suo legale o rappresentante abilitato per le udienze, se ne ha uno. Può anche contattare il suo ufficio distrettuale locale della Workers' Compensation Board.

**PER IL FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA**

Il presente avviso serve a informare il richiedente dell'indennità per infortuni sul lavoro che potrebbe essere responsabile dei pagamenti. La mancata sottoscrizione del presente modulo da parte del richiedente non esonera il fornitore dall'obbligo di fornirgli il trattamento, né solleva il richiedente dalla responsabilità per i pagamenti.

Conservi l'originale del presente modulo per suo riferimento e ne fornisca una copia al richiedente. **Non presentarlo alla Workers' Compensation Board.** Riceverà delle Notifiche delle decisioni in cui sarà inclusa la risarcibilità di una richiesta di indennità, l'autorizzazione del trattamento o il pagamento delle fatture mediche. Le sarà anche notificato se il richiedente presenta un accordo sub Articolo 32 per l'approvazione da parte della WCB. Non emetta fatture al richiedente a meno che e fintanto che avrà ricevuto dalla WCB una decisione da cui risulti che 1) il richiedente non ha proceduto con la richiesta di indennità, o 2) la richiesta di indennità è stata rigettata, o 3) il trattamento non è in nesso di causalità con l'infortunio lavorativo, o 4) è stato approvato un accordo sub Articolo 32 che solleva l'assicuratore dalla responsabilità del trattamento medico.