

**POWIADOMIENIE O EWENTUALNEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA KOSZTY LECZENIA
W PRZYPADKU NIEWNIESIENIA SPRAWY DO SĄDU, ODRZUCENIA ROSZCZENIA O
ODSZKODOWANIE LUB ZATWIERDZENIA UMOWY ZGODNIE Z §32 WCL**

NR SPRAWY WCB (jeśli znany)	NUMER WNIOSKU ADMINISTRATORA DS. ROSZCZEŃ (jeśli znany)	DATA USZCZERBKU NA ZDROWIU	CHARAKTER USZCZERBKU NA ZDROWIU LUB CHOROBY	NR UBEZP. SPÓŁ. OSOBY WNOSZĄCEJ ROSZCZENIE
OSOBA WNOSZĄCA ROSZCZENIE	IMIĘ I NAZWISKO		ADRES	NR LOKALU
PRACODAWCA				
UBEZPIECZYCIEL				

Może Pan(i) być odpowiedzialny(-a) za koszty leczenia choroby lub schorzenia u wymienionego poniżej świadczeniodawcy, jeśli (1) nie rozpocznie Pan(i) dochodzenia w sprawie roszczenia o odszkodowanie pracownicze na drodze sądowej lub (2) Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych ustali, że choroba lub schorzenie, które wymagało leczenia nie było skutkiem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, za którą może przysługiwać odszkodowanie lub (3) jeżeli zawrze Pan(i) umowę i zostanie ona zatwierdzona zgodnie z §32 ustawy o odszkodowaniach pracowniczych, w której zrzeka się Pan(i) prawa do świadczeń medycznych od ubezpieczyciela ds. odszkodowań pracowniczych/pracodawcy posiadającego samoubezpieczenie za leczenie/usługi wykonane po dacie zatwierdzenia umowy. W przypadku zaistnienia dowolnego z powyższych zdarzeń, świadczeniodawca może obciążyć bezpośrednio Pana(-ią) zamiast pracodawcy lub ubezpieczyciela, a Pan(i) będzie odpowiedzialny(-a) za uiszczenie opłat świadczeniodawcy za wykonane usługi.

Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem(-am) się z powyższym i rozumiem okoliczności, w których mogę stać się odpowiedzialny(-a) za płatność.

Podpis osoby wnoszącej roszczenie _____ Data _____

Imię i nazwisko/nazwa i adres świadczeniodawcy _____

DO OSOBY WNOSZĄCEJ ROSZCZENIE

Zgodnie z przepisem 325-1.23 Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych świadczeniodawca opieki zdrowotnej może zażądać, aby podpisał(a) Pan(i) niniejsze zawiadomienie A-9. Podpisując niniejsze zawiadomienie potwierdza Pan(i) swoje zobowiązanie do uiszczenia opłat na rzecz świadczeniodawcy za świadczone usługi w przypadku gdy okaże się, że pracodawca lub jego ubezpieczyciel ds. odszkodowań pracowniczych nie jest prawnie zobowiązany do uiszczenia takich opłat i jeśli opłaty takie nie są pokrywane przez inne ubezpieczenie. Pracodawca lub ubezpieczyciel może nie być zobowiązany do uiszczenia opłat na rzecz świadczeniodawcy na przykład w przypadku, gdy nie złoży Pan(i) roszczenia o odszkodowanie pracownicze lub nie powiadomi pracodawcy o uszczerbku na zdrowiu lub chorobie lub nie stawi się na przesłuchaniu przed Komisją w przypadku, gdy pracodawca zakwestionuje Pana(-i) uprawnienie do świadczeń. Nawet w przypadku podjęcia wszystkich działań wymaganych do rozpoczęcia dochodzenia w sprawie roszczenia na drodze sądowej, Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych może nadal uznać, że nie jest Pan(i) uprawniony(-a) do świadczeń. W takich przypadkach niniejsze zawiadomienie informuje świadczeniodawcę, że przyjmuje Pan(i) osobistą odpowiedzialność za opłacenie rachunków.

Artykuł 32 ustawy o odszkodowaniach pracowniczych

Zawiadomienie A-9 obejmuje również przypadki, w których osoba wnosząca roszczenie z toczącą się ważną sprawą o odszkodowanie pracownicze dochodzi do porozumienia ze swoim pracodawcą lub jego ubezpieczycielem i zawiera ugodę zgodnie z art. 32 ustawy o odszkodowaniach pracowniczych. Umowa zawarta zgodnie z art. 32 może zawierać postanowienie, które zwalnia pracodawcę lub ubezpieczyciela z odpowiedzialności za opłacenie przyszłych rachunków medycznych związanych ze sprawą. Świadczeniodawca opieki zdrowotnej może poprosić o podpisanie niniejszego zawiadomienia A-9, aby mieć pewność, że potwierdza Pan(i) swoją osobistą odpowiedzialność za opłacenie jego rachunków, jeśli zrzekł(a) się Pan(i) prawa do przyszłych świadczeń medycznych na podstawie umowy zawartej zgodnie z artykułem 32.

Wszystkie pytania należy kierować do swojego pełnomocnika lub licencjonowanego przedstawiciela ds. przesłuchań, jeśli korzysta Pan(i) z usług takiej osoby. Można również skontaktować się z lokalnym biurem okręgowym Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.

INFORMACJE DLA ŚWIADCZENIODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ

Niniejsze zawiadomienie ma na celu poinformowanie osoby wnoszącej roszczenie o odszkodowanie pracownicze, że może być odpowiedzialna za płatność. Niepodpisanie tego formularza przez osobę wnoszącą roszczenie nie zwalnia świadczeniodawcy z obowiązku jej leczenia, ani nie zaprzecza jej odpowiedzialności za płatność.

Oryginał formularza należy zachować w swojej dokumentacji, a jego kopię przekazać osobie wnoszącej roszczenie. **Formularza nie należy składać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.** Otrzyma Pan(i) powiadomienia o decyzjach, w których uwzględnione będą informacje o tym, czy powód roszczenia uprawnia do odszkodowania, zezwoleniu na leczenie lub płatnościach za rachunki za leczenie. Zostanie Pan(i) również powiadomiony(-a), jeśli osoba wnosząca roszczenie przedłoży Komisji do zatwierdzenia umowę zgodną z art. 32. Nie należy wystawiać rachunku osobie wnoszącej roszczenie chyba że i tylko wtedy, jeśli otrzyma Pan(i) decyzję Komisji stwierdzającą, że 1) osoba wnosząca roszczenie nie rozpoczęła dochodzenia w sprawie roszczenia na drodze sądowej lub 2) roszczenie zostało odrzucone lub 3) leczenie nie jest przyczynowo związane z wypadkiem przy pracy lub 4) zatwierdzono umowę zgodną z art. 32 zwalniającą ubezpieczyciela z odpowiedzialności za leczenie.