



**СОГЛАШЕНИЕ ОБ УРЕГУЛИРОВАНИИ  
Соглашение о выплате компенсации согласно разделу  
32 Закона о компенсации работника**

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

НОМЕР ДЕЛА, ПРИСВОЕННЫЙ СОВЕТОМ	ДАТА ПРОИСШЕСТВИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	
		АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	
НОМЕР ДЕЛА, ПРИСВОЕННЫЙ СТРАХОВЩИКОМ	КОД СТРАХОВЩИКА		
РАБОТОДАТЕЛЬ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)		СТРАХОВЩИК (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	

Настоящее Соглашение подготовлено и подано в соответствии с разделом 32 Закона о компенсации работникам. Подписывая ниже, каждая сторона Соглашения подтверждает, что прочитала и понимает его положения, а также понимает, что Соглашение, одобренное Советом по компенсации работникам, является окончательным и обязательным для всех участвующих сторон.

Путем заключения настоящего Соглашения стороны урегулируют и определяют некоторые, но не все вопросы в рамках Требования. Стороны настоящего Соглашения об отказе от прав требования («Соглашение»), заключенного в соответствии с разделом 32 Закона о компенсациях работникам, Заявитель и Страховщик, настоящим договариваются о нижеследующем:

**1. Требования, регулируемые Соглашением**

Дело под номером, присвоенным Советом, \_\_\_\_\_ является:

открыто в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_  
 требованием в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_, которое не принято страховщиком; сумма обязательства не установлена. Стороны договариваются о том, что после одобрения настоящего Соглашения дело под номером, установленным Советом, \_\_\_\_\_ будет аннулировано.

не принятым страховщиком; сумма обязательства не установлена. Стороны договариваются о том, что после одобрения настоящего Соглашения дело под номером, присвоенным Советом, \_\_\_\_\_ будет открыто в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_

Дело под номером, присвоенным Советом, \_\_\_\_\_ является:

открыто в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_  
 требованием в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_, которое не принято страховщиком; сумма обязательства не установлена. Стороны договариваются о том, что после одобрения настоящего Соглашения дело под номером, установленным Советом, \_\_\_\_\_ будет аннулировано.

не принятым страховщиком; сумма обязательства не установлена. Стороны договариваются о том, что после одобрения настоящего Соглашения дело под номером, присвоенным Советом, \_\_\_\_\_ будет открыто в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_

Дело под номером, присвоенным Советом, \_\_\_\_\_ является:

открыто в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_  
 требованием в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_, которое не принято страховщиком; сумма обязательства не установлена. Стороны договариваются о том, что после одобрения настоящего Соглашения дело под номером, установленным Советом, \_\_\_\_\_ будет аннулировано.

не принятым страховщиком; сумма обязательства не установлена. Стороны договариваются о том, что после одобрения настоящего Соглашения дело под номером, присвоенным Советом, \_\_\_\_\_ будет открыто в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_

Дело под номером, присвоенным Советом, \_\_\_\_\_ является:

открыто в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_  
 требованием в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_, которое не принято страховщиком; сумма обязательства не установлена. Стороны договариваются о том, что после одобрения настоящего Соглашения дело под номером, установленным Советом, \_\_\_\_\_ будет аннулировано.

не принятым страховщиком; сумма обязательства не установлена. Стороны договариваются о том, что после одобрения настоящего Соглашения дело под номером, присвоенным Советом, \_\_\_\_\_ будет открыто в отношении следующих травм: \_\_\_\_\_

**Выберите, если применимо:**

Заявитель классифицирован как лицо с постоянной частичной нетрудоспособностью. Выплаты продолжаются по ставке \$ \_\_\_\_\_ в неделю.

Заявитель классифицирован как лицо с постоянной полной нетрудоспособностью. Выплаты продолжаются по ставке \$ \_\_\_\_\_ в неделю.

**При необходимости укажите случаи, подпадающие под действие настоящего Соглашения, на отдельном листе.**

Инициалы: Заявитель: \_\_\_\_\_ ( / / ); Страховщик: \_\_\_\_\_ ( / / )

ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ \_\_\_\_\_  
НОМЕР ДЕЛА, ПРИСВОЕННЫЙ СОВЕТОМ \_\_\_\_\_  
НОМЕР ДЕЛА, ПРИСВОЕННЫЙ СТРАХОВЩИКОМ \_\_\_\_\_

**2. Выплата возмещения**

**а. Еженедельные платежи, совершаемые до даты, в которую Соглашение одобрено Советом**

Если Страховщик получил указания о продолжении выплат компенсации, выплаты будут продолжены до даты, в которую Соглашение окончательно одобрено Советом. После этого выплата еженедельных пособий прекращается.

**б. Фиксация предыдущих временных ставок**

Предыдущие временные ставки (при наличии) становятся постоянными. Более ранние периоды (при наличии), в отношении которых не совершались выплаты, считаются периодами без потери времени, подлежащего компенсации, и периодами без сокращения доходов.

**с. Переплата (Выберите один вариант.)**

- Страховщик отказывается от права требования в отношении переплаты (если применимо).  
 Страховщик может вычесть сумму переплаты в размере \$ \_\_\_\_\_ из чистой суммы возмещения, указанной ниже.

**3. Отсутствие отказа от права на лечение**

Заявитель не отказывается от права на лечение и сохраняет право на лечение травм, установленных в требовании и регулируемых настоящим Соглашением, в соответствии с Законом штата Нью-Йорк о компенсации работникам. Совет по компенсации работникам уполномочен повторно открыть дело исключительно для вынесения решения по вопросам, связанным с лечением и ответственностью в отношении такого лечения.

**4. Отказ от права на выплату возмещений**

После окончательного одобрения настоящего Соглашения Советом Заявитель отказывается от всех прав на дальнейшие выплаты компенсации в соответствии с Законом о компенсации работникам в отношении требований, которые регулируются настоящим Соглашением. Это положение не распространяется на выплаты, предусмотренные настоящим Соглашением.

**5. Сумма выплаты (Выберите один вариант.)**

- В обмен на отказ Заявителя от права требования дальнейших выплат компенсации после окончательного одобрения Соглашения Страховщик обязуется уплатить Заявителю \_\_\_\_\_ долларов, за вычетом суммы в размере \_\_\_\_\_ долларов, подлежащей уплате адвокату Заявителя, при условии одобрения такой суммы Советом по компенсациям работникам. Адвокаты Заявителя отказываются от права требования ранее назначенных, но не уплаченных сумм вознаграждения за услуги адвокатов, по состоянию на дату, в которую Соглашение окончательно одобрено Советом.
- В обмен на отказ Заявителя от права требования дальнейших выплат компенсации после окончательного одобрения Соглашения Страховщик обязуется уплатить Заявителю \_\_\_\_\_ долларов в течение 10 (десяти) дней с момента одобрения Соглашения Советом, за вычетом суммы в размере \_\_\_\_\_ долларов, подлежащей уплате адвокату Заявителя, при условии одобрения такой суммы Советом по компенсациям работникам. Адвокаты Заявителя отказываются от права требования ранее назначенных, но не уплаченных сумм вознаграждения за услуги адвокатов, по состоянию на дату, в которую Соглашение окончательно одобрено Советом. Страховщик также обязуется совершать следующие регулярные выплаты в пользу Заявителя
- \_\_\_\_\_
- Страховщик обязуется совершать регулярные платежи путем покупки аннуитета, указанного в Приложении А к Соглашению.

**6. Задолженность по алиментам на содержание детей (Выберите один вариант.)**

- Заявитель не имеет непогашенных обязательств по алиментам на содержание детей (задолженности).
- Заявитель имеет просроченную задолженность по алиментам на содержание детей, которая будет полностью погашена за счет выплат по настоящему Соглашению. Страховщик обязуется направлять уплачиваемые средства соответствующему получателю в счет погашения просроченной задолженности по алиментам на содержание детей.
- Заявитель имеет просроченную задолженность по алиментам на содержание детей, которая превышает сумму, подлежащую уплате по настоящему Соглашению. Полная сумма компенсации, причитающаяся Заявителю, будет направлена Страховщиком соответствующему получателю в счет погашения просроченной задолженности по алиментам на содержание детей.

Инициалы: Заявитель: \_\_\_\_\_ ( / / ); Страховщик: \_\_\_\_\_ ( / / )

ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ \_\_\_\_\_  
НОМЕР ДЕЛА, ПРИСВОЕННЫЙ СОВЕТОМ \_\_\_\_\_  
НОМЕР ДЕЛА, ПРИСВОЕННЫЙ СТРАХОВЩИКОМ \_\_\_\_\_

**7. Участие третьего лица (право залога)**

Страховщик может осуществить право залога в соответствии с разделом 29 Закона о компенсации работникам в отношении всех сумм возмещений и пособий на оплату медицинских услуг, уплаченных Заявителю в соответствии с Законом о компенсации работникам в соответствии с требованиями, регулируемые настоящим Соглашением, включая все средства, причитающиеся Заявителю по настоящему Соглашению, в связи с возможным возмещением, полученным Заявителем от третьего лица.

**8. Апелляции**

После одобрения Соглашения Советом любое заявление, поданное какой-либо стороной Соглашения с целью административного пересмотра решения судьи по делам о выплате компенсаций работникам или полного пересмотра дела Советом, настоящим отменяется в той части, в которой такое заявление относится к присуждению сумм возмещения.

**9. Прочие условия**

Укажите прочие условия, включенные в Соглашение (при необходимости используйте дополнительные листы).

**Настоящим нижеподписавшиеся добровольно соглашаются исполнять вышеуказанные положения и условия, а также подтверждают получение экземпляра настоящего Соглашения.**

\_\_\_\_\_  
ЗАЯВИТЕЛЬ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
ДАТА

\_\_\_\_\_  
АДВОКАТ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ АДВОКАТА

\_\_\_\_\_  
ДАТА

\_\_\_\_\_  
СТРАХОВЩИК ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ  
(ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ СТРАХОВЩИКА ИЛИ САМОЗАСТРАХОВАННОГО РАБОТОДАТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
ДАТА

\_\_\_\_\_  
ДРУГОЕ ЛИЦО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ ДРУГОГО ЛИЦА

\_\_\_\_\_  
ДАТА

Инициалы: Заявитель: \_\_\_\_\_ ( / / ); Страховщик: \_\_\_\_\_ ( / / )