



1901 Las Vegas Blvd. So.
Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

VISIÓN GENERAL DEL PROCESO DE REEMBOLSO

Si usted está presentando una reclamación o demanda en contra de cualquier otra persona(s), su compañía de seguros u otra compañía de seguros y desea que el Culinary Health Fund procese sus cuentas médicas antes de llegar a un acuerdo con la otra parte, usted también tiene que completar y firmar el Acuerdo de Reembolso adjunto antes de que el Culinary Health Fund procese cualquier cuenta médica. Si usted ha contratado un abogado, su abogado también tiene que firmar el Acuerdo de Reembolso antes de que el Culinary Health Fund procese cualquier cuenta médica. El proceso del Culinary Health Fund es el siguiente:

- Una vez que se hayan recibido la Declaración de Hechos y el Acuerdo de Reembolso, el Culinary Health Fund procesará sus cuentas médicas de acuerdo a las disposiciones del Plan. Si usted no presenta estos documentos al Culinary Health Fund, sus cuentas médicas serán negadas.
- Antes de llegar a un acuerdo acerca de su reclamación o demanda en contra de la otra parte, usted o su abogado deberá comunicarse con el Culinary Health Fund para obtener la cantidad total actual de gastos médicos pagados por el Culinary Health Fund para usted, para que esa cantidad pueda incluirse en sus negociaciones de acuerdo.
- Una vez que se ha llegado a un acuerdo acerca de su reclamación o demanda, usted o su abogado están obligados a reembolsar al Culinary Health Fund la cantidad pagada por el Culinary Health Fund para usted, de los fondos recibidos del acuerdo.
- Aunque el Culinary Health Fund espera recibir el reembolso total, podría haber ocasiones en las cuales la recuperación total no sea posible. En algunos casos, la cantidad de su acuerdo podría ser menor que la cantidad de gastos médicos pagados por el Culinary Health Fund. Al momento del acuerdo, el Plan exige que usted reembolse al Culinary Health Fund lo que sea la cantidad menor de: (1) la cantidad total de beneficios pagados hasta la fecha o (2) la cantidad total recuperada por usted. (Por ejemplo, si usted llega a un acuerdo de \$15,000 y el Fondo pagó \$30,000 por usted por gastos médicos relacionados, usted tiene la obligación de pagar sólo \$15,000).
- Además, los Administradores podrían reducir la cantidad que usted paga al Culinary Health Fund si existen circunstancias especiales tales como pérdida de salario, incapacidad, recuperación insuficiente u otros factores relacionados. Al llegar a un acuerdo acerca de su reclamación, si usted considera que el reembolso al Culinary Health Fund debería ser reducido, por favor presente una solicitud por escrito indicando las razones por las que usted considera que el reembolso al Culinary Health Fund debería ser reducido.

Si tiene preguntas, favor de llamar a la Oficina de Servicios al Cliente al 702-733-9938.

Atentamente,
Culinary Health Fund



1901 Las Vegas Blvd. So.
Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

ACUERDO DE REEMBOLSO

Éste Acuerdo de Reembolso es efectivo este ____ día de _____ del 20__ entre usted y el Fondo de Bienestar de la Unión Internacional de Empleados de Hoteles y de Restaurantes (“Culinary Health Fund” o el “Plan”). Cuando usted firma este documento, o un representante firma por usted, éste se convierte en un acuerdo legalmente comprometedor entre usted y el Plan.

Usted y/o su dependiente fueron lesionados en un accidente o evento el _____ **[fecha]** a las _____ **[hora]** en _____ (el “Accidente”). Es posible que usted haya presentado una demanda o haya hecho una reclamación con relación al Accidente y es posible que usted tenga derecho a recibir compensación de una compañía de seguros u otra tercera parte por esas lesiones. El Plan acordará pagar los gastos médicos, de hospital, dentales, de cuidados de visión y otros gastos cubiertos, suyos o de su dependiente, que resulten de dicho Accidente (se llaman “Beneficios”). Al aceptar Beneficios del Plan, usted acuerda reembolsar al Plan por la cantidad total de dichos Beneficios como primera prioridad de la cantidad de cualquier compensación que usted reciba. Este Acuerdo está diseñado para ayudar al Plan a hacer cumplir su derecho de que usted le reembolse.

En consideración de Beneficios pagados (o a ser pagados) por el Plan en relación al Accidente, usted y/o su dependiente también acuerdan lo siguiente:

1. El Plan tendrá los primeros derechos de retención y subrogación, tal como se describen en el Plan y en este Acuerdo, en cuanto a la cantidad recobrada de otra persona (incluyendo una compañía de seguros) debido al Accidente (el “Derecho de Retención”). El Derecho de Retención aplicará ya sea que usted obtenga recursos por medio de un juzgado, un acuerdo o de otra forma (la “Recuperación”). La cantidad del Derecho de Retención será igual a lo que los Beneficios del Plan paguen con relación al Accidente, o, de ser menos, la cantidad total de la Recuperación. Es posible que el Plan informe a otras personas acerca de este Derecho de Retención y que lo presente según sea necesario para proteger sus derechos.
2. Usted acuerda reembolsar (asignar irrevocablemente) al Plan la cantidad de Recuperación igual a la cantidad del Derecho de Retención, y acuerda renunciar a todos los derechos opuestos al derecho del Plan de recibir reembolso. Usted no tomará ninguna acción que pudiese interferir con el derecho del Plan de hacer cumplir el Derecho de Retención. Usted no tendrá derecho de quedarse con ninguna porción de la Recuperación hasta que el Derecho de Retención del Plan haya sido totalmente pagado, y usted no reclamará ningún derecho de hacer deducciones ni ningún otro derecho de retener ninguna porción de la cantidad del Derecho de Retención.
3. Usted cooperará completamente con el Plan y hará lo que sea necesario para cumplir con el derecho del Plan de recibir reembolso según el Acuerdo, incluyendo proporcionar cualquier información y/o documentos solicitados, firmar y entregar cualquier asignación u otros documentos, avisar inmediatamente al Plan al empezar cualquier reclamación o demanda o negociación de acuerdo, o cualquier acuerdo.
4. El Plan tendrá el derecho de intervenir en cualquier demanda que incluye cualquier reclamación de recuperación relacionada al Accidente, y usted renuncia a todos y cualesquiera derechos de objetar dicha intervención. El Plan también tendrá el derecho de presentar demandas en contra de cualquier tercera parte a su nombre para recobrar la cantidad total del Derecho de Retención si usted elige no hacerlo, más sus gastos, costos y cuotas de abogados.
5. En caso de que la Recuperación sea pagada a su abogado u otro representante, se requerirá que ellos paguen al Plan la cantidad total del Derecho de Retención antes de distribuir la Recuperación a usted o cualquier otra persona o entidad. Su abogado indica su acuerdo con esto al firmar abajo.
6. Cualquier falla de cumplir con los requisitos de este Acuerdo o del Plan o sus Reglas y Reglamentos podría ser base de negación de cualesquiera beneficios pagables bajo el Plan ya sea que esos beneficios estén o no relacionados al Accidente (incluyendo futuras reclamaciones de beneficios para usted o sus dependientes).
7. Este Acuerdo de Reembolso constituye el acuerdo completo entre las partes y no puede ser enmendado ni modificado excepto por un escrito firmado por cada una de las partes.

Usted y/o su(s) representante(s) han leído y comprenden este Acuerdo, y han tenido oportunidad de discutir este Acuerdo y sus términos con un abogado o asesor.

SECCIONES DE EJECUTAR

Sección I: El Participante (Empleado Elegible) TIENE QUE completar la siguiente Sección de Ejecutar:

**Información del Participante
(Empleado Elegible)**

Nombre del Participante en Letra de Imprenta

Teléfono del Participante

Dirección del Participante

Firma del Participante Fecha

Representante Fecha
(si el Participante está legalmente incapacitado)

Nombre el Testigo del Participante en Letra de
Imprenta o Firma del Representante

Firma del Testigo Fecha

**Información Para el Abogado del Participante
(complete si el Participante estuvo en el Accidente)**

Nombre del Abogado en Letra de Imprenta
 Marque aquí si no hay abogado

Teléfono del Abogado

Dirección del Abogado

Firma del Abogado Fecha

Sección II: Complete la siguiente Sección de Ejecutar SÓLO si el Dependiente Elegible de un Participante (Empleado Elegible) está recibiendo Beneficios del Plan en relación al Accidente:

Información del Dependiente Elegible

Nombre del Dependiente Elegible en Letra de Imprenta

Teléfono del Dependiente Elegible

Dirección del Dependiente Elegible

Firma del Dependiente Elegible Fecha

Padre o Tutor Fecha
(si el Dependiente Elegible es menor de edad)

Representante Fecha
(si el Dependiente Elegible está legalmente incapacitado)

En Letra de Imprenta Nombre del Testigo del
Dependiente Elegible, Firma de Padre o Representante

Firma del Testigo Fecha

Información para el Abogado del Dependiente Elegible

Nombre del Abogado en Letra de Imprenta
 Marque aquí si no hay abogado

Teléfono del Abogado

Dirección del Abogado

Firma del Abogado Fecha