

**ACUERDO DE REEMBOLSO
FONDO DE SALUD PARA BENEFICIOS DE LOS
TRABAJADORES DE WISCONSON AVANZADO
EN UN CASO DE LESION INDUSTRIAL**

POR CUANTO, YO, _____ (nombre, por favor imprimir) sostuve lesiones o desarrolle una enfermedad en o al rededor _____ (fecha) mientras estuve empleado por _____ (empleador) en circunstancias que pueden darme derecho a los beneficios del seguro de compensación laboral, y el momento de dichas lesiones o enfermedades, la responsabilidad de compensación laboral de dicho empleador estaba asegurado por _____ (compañía del seguro de compensación laboral)

POR CUANTO, la compañía del seguro de compensación laboral antes mencionada se ha negado pagarme mis beneficios;

POR CUANTO, el Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin proporciona beneficios de salud y bienestar únicamente en casos no industriales;

POR CUANTO, he solicitado al Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin adelante los beneficios de salud y bienestar en espera de la disposición final del asunto de compensación al trabajador; y

POR CUANTO, como condición para recibir los beneficios de salud y bienestar, acepto procesar un caso de compensación del trabajador contra la compañía de seguros de compensación de trabajador antes mencionada.

AHORA, POR CUANTO, en consideración al avance de los beneficios de salud y bienestar, por la presente acepto lo siguiente:

1. Para interponer una reclamación de indemnización laboral contra la aseguradora mencionada. Mi abogado(a) será:

_____ (abogado)

_____ (nombre de empresa)

_____ (direccion)

2. Reembolsar al Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin todas las sumas adelantadas para beneficios de salud y bienestar con las ganancias de cualquier acuerdo, estipulación o compromiso de mi reclamo de compensación laboral o con las ganancias de cualquier monto que pueda ordenarse pagar o aprobarse por la agencia correspondiente.
3. Ni yo ni mi abogado llegaremos a ningún acuerdo ni compromiso sobre mi reclamo de compensación laboral sin consentimiento expreso por escrito del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin, a menos que dicho acuerdo o compromiso estipule el reembolso total de los beneficios de salud y bienestar adelantados de conformidad con este acuerdo.

Fechado en _____, Wisconsin, este día _____
de _____, 20_____.

Miembro de Fondo

Acuerdo de Abogado(a)

Po la presente, acepto que no resolveré ni comprometeré el reclamo de compensación laboral de _____ (miembro del fondo) sin hacer provisión para el reembolso de los beneficios de salud y bienestar adelantados de conformidad con el acuerdo anterior, o sin consentimiento expreso por escrito del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin.

Por la presente certifico que en _____ (fecha), se presentó una acción de compensación laboral en nombre de _____ (miembro del fondo).

Fechado en _____ Wisconsin, este día _____
de _____, 20_____.

Abogado del miembro del Fondo