



# ACCORDO TRANSATTIVO - Articolo 32 WCL

## Accordo transattivo per soli indennizzi

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

N. PRATICA WCB	DATA DI INFORTUNIO	NOME DEL RICHIEDENTE (stampatello)	
		INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE (stampatello)	
N. PRATICA ASSICURATORE	COD. ASSICURATORE		
DATORE DI LAVORO (stampatello)		ASSICURATORE (stampatello)	

**Il presente Accordo è messo a punto e presentato ai sensi dell'Articolo 32 della legge sulle indennità per infortuni sul lavoro (Workers' Compensation Law, WCL). Apponendo la propria firma, ciascuna parte dell'Accordo afferma di averne letto e compreso le disposizioni e riconosce che l'Accordo, se approvato dal Comitato per gli Infortuni sul Lavoro (Workers' Compensation Board, WCB), è decisivo, finale e vincolante per tutte le parti coinvolte.**

**Con il presente Accordo, le parti risolvono e determinano alcuni, ma non tutti, i problemi e le questioni riguardanti la richiesta di indennizzo.** Le parti del presente Accordo di rinuncia sub articolo 32 WCL (Accordo), il Richiedente e l'Assicuratore, convengono:

**1. Richieste di indennizzo subordinate all'Accordo**

La pratica WCB n. \_\_\_\_\_ è:

- definita per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_
- una richiesta di indennizzo per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_, che non è stata accettata dall'assicuratore, né è stata accertata la responsabilità. Le parti concordano che all'approvazione del presente Accordo, la pratica WCB n. \_\_\_\_\_ verrà ritirata.
- non accettata dall'assicuratore, né è stata accertata la responsabilità. Le parti concordano che all'approvazione del presente Accordo, La pratica WCB n. \_\_\_\_\_ verrà definita per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_

La pratica WCB n. \_\_\_\_\_ è:

- definita per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_
- una richiesta di indennizzo per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_, che non è stata accettata dall'assicuratore, né è stata accertata la responsabilità. Le parti concordano che all'approvazione del presente Accordo, la pratica WCB n. \_\_\_\_\_ verrà ritirata.
- non accettata dall'assicuratore, né è stata accertata la responsabilità. Le parti concordano che all'approvazione del presente Accordo, La pratica WCB n. \_\_\_\_\_ verrà definita per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_

La pratica WCB n. \_\_\_\_\_ è:

- definita per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_
- una richiesta di indennizzo per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_, che non è stata accettata dall'assicuratore, né è stata accertata la responsabilità. Le parti concordano che all'approvazione del presente Accordo, la pratica WCB n. \_\_\_\_\_ verrà ritirata.
- non accettata dall'assicuratore, né è stata accertata la responsabilità. Le parti concordano che all'approvazione del presente Accordo, La pratica WCB n. \_\_\_\_\_ verrà definita per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_

La pratica WCB n. \_\_\_\_\_ è:

- definita per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_
- una richiesta di indennizzo per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_, che non è stata accettata dall'assicuratore, né è stata accertata la responsabilità. Le parti concordano che all'approvazione del presente Accordo, la pratica WCB n. \_\_\_\_\_ verrà ritirata.
- non accettata dall'assicuratore, né è stata accertata la responsabilità. Le parti concordano che all'approvazione del presente Accordo, La pratica WCB n. \_\_\_\_\_ verrà definita per i seguenti infortuni: \_\_\_\_\_

**Selezionare se del caso:**

- Al Richiedente è stata riconosciuta una invalidità parziale permanente (PPD). Le remunerazioni continuano al tasso di \$ \_\_\_\_\_ a settimana.
- Al Richiedente è stata riconosciuta una invalidità totale permanente (PTD). Le remunerazioni continuano al tasso di \$ \_\_\_\_\_ a settimana.

**Se necessario, allegare altri fogli con le pratiche subordinate al presente accordo.**

Iniziali: Richiedente: \_\_\_\_\_ ( / / ); Assicuratore: \_\_\_\_\_ ( / / )

NOME DEL RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_  
N. PRATICA WCB: \_\_\_\_\_  
N. PRATICA ASSICURATORE: \_\_\_\_\_

## 2. Indennità per infortuni

### a. Pagamenti settimanali versati fino alla data di approvazione finale dell'Accordo da parte del Board

Se l'Assicuratore è intenzionato a pagare indennità continue, l'Assicuratore accetta di versare ulteriori pagamenti fino alla data in cui l'Accordo sarà approvato definitivamente dal Board. Successivamente a quella data, cesseranno i pagamenti settimanali delle indennità.

### b. Pagamenti provvisori precedenti resi permanenti

Eventuali pagamenti provvisori precedenti vengono resi permanenti. Gli eventuali periodi precedenti per i quali non erano stati versati pagamenti saranno considerati periodi di assenza da lavoro non retribuiti e senza riduzione salariale.

### c. Remunerazione in eccedenza (Spuntare una sola casella)

- L'Assicuratore accetta di rinunciare a qualsiasi remunerazione in eccedenza, se del caso.
- L'Assicuratore potrà recuperare la remunerazione in eccedenza nell'importo di \$ \_\_\_\_\_ dal rimborso netto al richiedente indicato di seguito.

## 3. Nessuna rinuncia alle cure mediche

Il richiedente non ha rinunciato, continuando pertanto ad avere diritto, alle cure mediche per gli infortuni accertati nelle richieste di indennizzo subordinate al presente accordo, fatte salve le disposizioni della Workers' Compensation Law dello Stato di New York. Il Workers' Compensation Board manterrà la competenza di riaprire questo caso esclusivamente per giudicare eventuali questioni riguardanti le cure mediche e la responsabilità di tale trattamento.

## 4. Rinuncia alle indennità per infortuni

All'approvazione finale dell'Accordo da parte del Board, il Richiedente rinuncerà a tutti i diritti a ulteriori indennità per infortuni previsti dalla Workers' Compensation Law, ad eccezione dei pagamenti richiesti nel presente Accordo, relativamente alle richieste di indennizzo subordinate al presente accordo.

## 5. Importo di liquidazione (Spuntare una sola casella)

- A fronte della rinuncia del Richiedente al suo diritto a future indennità per infortuni, all'approvazione finale dell'Accordo, l'Assicuratore accetta di liquidare al Richiedente l'importo di \$ \_\_\_\_\_, al netto di un onorario di \$ \_\_\_\_\_, pagabile al rappresentante legale del Richiedente, subordinatamente all'approvazione dell'onorario da parte del Workers' Compensation Board. I rappresentanti legali del Richiedente accettano di rinunciare a qualsiasi onorario precedentemente riconosciuto ma non liquidato alla data di approvazione finale dell'Accordo da parte del Board.
- A fronte della rinuncia del Richiedente al suo diritto a future indennità per infortuni, all'approvazione finale dell'Accordo, l'Assicuratore accetta di liquidare al Richiedente l'importo di \$ \_\_\_\_\_ entro dieci (10) giorni dall'approvazione dell'Accordo da parte del Board, al netto di un onorario di \$ \_\_\_\_\_, pagabile al rappresentante legale del Richiedente, subordinatamente all'approvazione dell'onorario da parte del Workers' Compensation Board. I rappresentanti legali del Richiedente accettano di rinunciare a qualsiasi onorario precedentemente riconosciuto ma non liquidato alla data di approvazione finale dell'Accordo da parte del Board. Inoltre, l'Assicuratore accetta di versare pagamenti periodici a favore del Richiedente come segue:
- \_\_\_\_\_.
- L'Assicuratore finanzia i pagamenti periodici acquistando una rendita così come definito nell'Appendice A dell'Accordo.

## 6. Arretrati nel mantenimento dei figli (Spuntare una sola casella)

- Il Richiedente non ha obblighi insoluti (arretrati) di mantenimento dei figli.
- Il Richiedente deve pagare arretrati nel mantenimento dei figli che verranno saldati integralmente con i proventi dell'Accordo. L'Assicuratore corrisponderà il pagamento di fondi per risarcire gli arretrati nel mantenimento dei figli direttamente al beneficiario appropriato.
- Il Richiedente deve pagare arretrati nel mantenimento dei figli che superano l'importo dovuto al Richiedente in virtù dell'Accordo. L'importo integrale della liquidazione pagabile al Richiedente verrà corrisposto dall'Assicuratore al beneficiario appropriato a titolo di parziale risarcimento degli arretrati del Richiedente nel mantenimento dei figli.

Iniziali: Richiedente: \_\_\_\_\_ ( / / ); Assicuratore: \_\_\_\_\_ ( / / )

NOME DEL RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_  
N. PRATICA WCB: \_\_\_\_\_  
N. PRATICA ASSICURATORE: \_\_\_\_\_

**7. Azione di terzi (diritto di ritenzione)**

L'Assicuratore si riserva il diritto di far valere un diritto di ritenzione ai sensi dell'articolo 29 della WCL su tutte le indennità e le prestazioni sanitarie liquidate al Richiedente secondo la Workers' Compensation Law relativamente alle richieste di indennizzo che sono subordinate al presente Accordo, compresi i proventi pagabili al Richiedente in virtù del presente Accordo, a fronte di qualsiasi rimborso da terzi ottenuto dal Richiedente.

**8. Ricorsi**

All'approvazione dell'Accordo da parte del Board, qualsiasi richiesta pendente di riesame amministrativo di una decisione di un giudice della sezione dedicata alla Workers' Compensation Law o di riesame completo da parte del Board, presentata da qualsiasi parte del presente Accordo, purché pertinente al riconoscimento dell'indennità per infortuni, verrà ritirata.

**9. Altri termini**

Indicare gli eventuali altri termini inclusi nell'Accordo (se necessario, allegare altre pagine).

**Il sottoscritto firmatario acconsente liberamente di essere assoggettato alle disposizioni, ai termini e alle condizioni di cui sopra e conferma di aver ricevuto una copia del presente Accordo.**

\_\_\_\_\_  
RICHIEDENTE - SCRIVERE IN STAMPATELLO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RICHIEDENTE DATA  
 CONSENSO ALL'ANALISI DOCUMENTALE

\_\_\_\_\_  
RAPPRESENTANTE LEGALE - SCRIVERE IN STAMPATELLO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DATA  
 CONSENSO ALL'ANALISI DOCUMENTALE

\_\_\_\_\_  
ASSICURATORE O DATORE DI LAVORO CON ASSICURAZIONE AUTONOMA - SCRIVERE IN STAMPATELLO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'ASSICURATORE O DATORE DI LAVORO CON ASSICURAZIONE AUTONOMA DATA  
 CONSENSO ALL'ANALISI DOCUMENTALE

\_\_\_\_\_  
ALTRA PARTE - SCRIVERE IN STAMPATELLO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'ALTRA PARTE DATA  
 CONSENSO ALL'ANALISI DOCUMENTALE

Iniziali: Richiedente: \_\_\_\_\_ ( / / ); Assicuratore: \_\_\_\_\_ ( / / )