

اتفاقية التسوية — القسم 32 من قانون تعويض العمال  
اتفاقية تسوية التعويض فقط



Workers' Compensation Board

صندوق البريد 5205 بينغامتون، نيويورك 13902-5205  
www.wcb.ny.gov

اسم صاحب المطالبة (يرجى الكتابة بخط واضح)	تاريخ الحادث	رقم الحالة في مجلس تعويض العمال (WCB)
عنوان صاحب المطالبة (يرجى الكتابة بخط واضح)	رمز شركة التأمين	رقم الحالة لدى شركة التأمين
شركة التأمين (يرجى الكتابة بخط واضح)	صاحب العمل (يرجى الكتابة بخط واضح)	

تم إعداد هذه الاتفاقية وتقديمها وفقاً للقسم 32 من قانون تعويض العمال. بالتوقيع أدناه، يؤكد كل طرف في الاتفاقية أنه قد قرأ أحكامها، وأنه يفهمها ويفهم أن الاتفاقية، إذا تمت الموافقة عليها من قبل مجلس تعويض العمال، فستكون باتة ونهائية وملزمة لجميع الأطراف المعنية.

بموجب هذه الاتفاقية، تقوم الأطراف بتسوية والفصل في بعض، وليس كل، القضايا والمسائل المتعلقة بالمطالبة.

توافق أطراف اتفاقية التنازل بموجب القسم 32 من قانون تعويض العمال (WCL)، التي يشار إليها اختصاراً (بالاتفاقية)، وصاحب المطالبة وشركة التأمين بموجب هذه الاتفاقية على ما يلي:

1. المطالبات الخاضعة للاتفاقية

تم إنشاء رقم الحالة في مجلس تعويض العمال (WCB) \_\_\_\_\_:

بخصوص الإصابات التالية: \_\_\_\_\_  
 مطالبة بالتعويض عن الإصابات التالية: \_\_\_\_\_، لم يتم قبولها من قبل شركة التأمين، ولم يتم إثبات المسؤولية عنها. تتفق الأطراف على أنه عند الموافقة على هذه الاتفاقية، سيتم سحب الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB).  
 لم يتم قبولها من قبل شركة التأمين، ولم يتم إثبات المسؤولية عنها. تتفق الأطراف على أنه عند الموافقة على هذه الاتفاقية، سيتم إنشاء الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB) بخصوص الإصابات التالية: \_\_\_\_\_

تم إنشاء الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB):

بخصوص الإصابات التالية: \_\_\_\_\_  
 مطالبة بالتعويض عن الإصابات التالية: \_\_\_\_\_، لم يتم قبولها من قبل شركة التأمين، ولم يتم إثبات المسؤولية عنها. تتفق الأطراف على أنه عند الموافقة على هذه الاتفاقية، سيتم سحب الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB).  
 لم يتم قبولها من قبل شركة التأمين، ولم يتم إثبات المسؤولية عنها. تتفق الأطراف على أنه عند الموافقة على هذه الاتفاقية، سيتم إنشاء الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB) بخصوص الإصابات التالية: \_\_\_\_\_

تم إنشاء الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB):

بخصوص الإصابات التالية: \_\_\_\_\_  
 مطالبة بالتعويض عن الإصابات التالية: \_\_\_\_\_، لم يتم قبولها من قبل شركة التأمين، ولم يتم إثبات المسؤولية عنها. تتفق الأطراف على أنه عند الموافقة على هذه الاتفاقية، سيتم سحب الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB).  
 لم يتم قبولها من قبل شركة التأمين، ولم يتم إثبات المسؤولية عنها. تتفق الأطراف على أنه عند الموافقة على هذه الاتفاقية، سيتم إنشاء الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB) بخصوص الإصابات التالية: \_\_\_\_\_

تم إنشاء الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB):

بخصوص الإصابات التالية: \_\_\_\_\_  
 مطالبة بالتعويض عن الإصابات التالية: \_\_\_\_\_، لم يتم قبولها من قبل شركة التأمين، ولم يتم إثبات المسؤولية عنها. تتفق الأطراف على أنه عند الموافقة على هذه الاتفاقية، سيتم سحب الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB).  
 لم يتم قبولها من قبل شركة التأمين، ولم يتم إثبات المسؤولية عنها. تتفق الأطراف على أنه عند الموافقة على هذه الاتفاقية، سيتم إنشاء الحالة رقم \_\_\_\_\_ في مجلس تعويض العمال (WCB) بخصوص الإصابات التالية: \_\_\_\_\_

حدد إن أمكن:

تم تصنيف صاحب المطالبة ضمن ذوي الإعاقة الجزئية الدائمة (PPD). يتواصل تقديم التعويضات بمعدل \_\_\_\_\_ بالدولار أسبوعياً.  
 تم تصنيف صاحب المطالبة ضمن ذوي الإعاقة الكلية الدائمة (PTD). يتواصل تقديم التعويضات بمعدل \_\_\_\_\_ بالدولار أسبوعياً.

أرفق، إذا لزم الأمر، أوراقاً إضافية لسرد الحالات الخاضعة لهذه الاتفاقية.

التوقيع بالأحرف الأولى: \_\_\_\_\_ صاحب المطالبة: \_\_\_\_\_ ( / / )، شركة التأمين: \_\_\_\_\_ ( / / )

اسم صاحب المطالبة:

رقم الحالة في مجلس تعويض العمال (WCB):

رقم الحالة لدى شركة التأمين:

## 2. مخصصات التعويض

### أ. المدفوعات الأسبوعية التي تمت حتى تاريخ الاتفاقية التي وافق عليها المجلس في النهاية

إذا كانت شركة التأمين خاضعة لتوجيهه من أجل دفع المخصصات المستمرة، توافق شركة التأمين على سداد مدفوعات أخرى حتى تاريخ الموافقة النهائية على الاتفاقية من قبل المجلس. سوف تتوقف مدفوعات المخصصات الأسبوعية بعد ذلك.

### ب. تحويل الأسعار المؤقتة السابقة إلى أسعار دائمة

يتم تحويل الأسعار المبدئية السابقة، إن وجدت، إلى أسعار دائمة. تُعد الفترات السابقة، إن وجدت، التي لم يتم سداد مدفوعات عنها من قبل فترات لا تشتمل على وقت مفقود قابل للتعويض ولا أرباح متناقصة.

### ج. المدفوعات الزائدة (حدد اختياريًا واحدًا)

توافق شركة التأمين على التنازل عن أي مدفوعات زائدة، إن وجدت.

يجوز لشركة التأمين أن تسترد مدفوعاتها الزائدة باستنزال مبلغ \_\_\_\_\_ بالدولار من صافي مبلغ التعويض الذي يعطى إلى صاحب المطالبة المذكور أدناه.

## 3. عدم التنازل عن العلاج الطبي

لم يتنازل صاحب المطالبة وسيظل متمتعًا بالحق في العلاج الطبي للإصابات المثبتة في المطالبات التي تخضع لهذه الاتفاقية، مع مراعاة أحكام قانون تعويض العمال التابع لولاية نيويورك. يحتفظ مجلس تعويض العمال بالاختصاص القضائي لإعادة فتح هذه القضية للفصل في أي من هذه القضايا المتعلقة بالعلاج الطبي والمسؤولية عن هذا العلاج، فقط.

## 4. التنازل عن مخصصات التعويض

عند الموافقة النهائية على الاتفاقية من قبل المجلس، باستثناء المدفوعات المطلوبة في هذه الاتفاقية، يتنازل صاحب المطالبة عن أي وجميع الحقوق في المزيد من مخصصات التعويض بموجب قانون تعويض العمال فيما يتعلق بالمطالبات التي تخضع لهذه الاتفاقية.

## 5. مبلغ التسوية (حدد اختياريًا واحدًا)

في مقابل تنازل صاحب المطالبة عن حقه في مخصصات التعويض المستقبلية، عند الموافقة النهائية على الاتفاقية، توافق شركة التأمين على دفع مبلغ \_\_\_\_\_ بالدولار إلى صاحب المطالبة، مطروحة منه أتعاب قدرها \_\_\_\_\_ بالدولار مستحقة الدفع لمحامي صاحب المطالبة، بشرط موافقة مجلس تعويض العمال على هذه الأتعاب. يوافق محامو صاحب المطالبة على التنازل عن أي أتعاب محاماة تم الحكم بها سابقًا ولكن لم يتم دفعها، اعتبارًا من تاريخ الموافقة النهائية على الاتفاقية من قبل المجلس.

في مقابل تنازل صاحب المطالبة عن حقه في مخصصات التعويض المستقبلية، عند الموافقة النهائية على الاتفاقية، توافق شركة التأمين على دفع مبلغ \_\_\_\_\_ بالدولار إلى صاحب المطالبة في غضون عشرة (10) أيام من موافقة المجلس على الاتفاقية، مطروحة منه أتعاب قدرها \_\_\_\_\_ بالدولار مستحقة الدفع لمحامي صاحب المطالبة، بشرط موافقة مجلس تعويض العمال على هذه الأتعاب. يوافق محامو صاحب المطالبة على التنازل عن أي أتعاب محاماة مُنحت سابقًا ولكن لم يتم دفعها اعتبارًا من تاريخ الموافقة النهائية على الاتفاقية من قبل المجلس. بالإضافة إلى ذلك، توافق شركة التأمين على سداد مدفوعات دورية إلى صاحب المطالبة على النحو التالي: \_\_\_\_\_

ستمول شركة التأمين الدفوعات الدورية عن طريق عقد معاش سنوي مدى الحياة على النحو المنصوص عليه في الملحق أ من الاتفاقية.

## 6. متأخرات إعالة الطفل (حدد خيارًا واحدًا)

ليست لدى صاحب المطالبة أي التزامات متأخرة لإعالة الطفل (متأخرات).

يدين صاحب المطالبة بمتأخرات إعالة الطفل، التي سيتم دفعها بالكامل من عائدات الاتفاقية.

ستقوم شركة التأمين بتوجيه مدفوعات الصناديق للوفاء بمتأخرات إعالة الطفل مباشرة إلى المستفيد المناسب.

يدين صاحب المطالبة بمتأخرات إعالة الطفل التي تتجاوز المبلغ المستحق لصاحب المطالبة بموجب الاتفاقية.

سيتم توجيه المبلغ الكامل للتسوية المستحق لصاحب المطالبة من قبل شركة التأمين إلى المستفيد المناسب للوفاء جزئيًا بمتأخرات إعالة الطفل المستحقة على صاحب المطالبة.

التوقيع بالأحرف الأولى: صاحب المطالبة: \_\_\_\_\_ ( / / )، شركة التأمين: \_\_\_\_\_ ( / / )

اسم صاحب المطالبة: \_\_\_\_\_  
رقم الحالة في مجلس تعويض العمال (WCB): \_\_\_\_\_  
رقم الحالة لدى شركة التأمين: \_\_\_\_\_

#### 7. إجراء الطرف الثالث (الرهن)

تحتفظ شركة التأمين بالحق في تأكيد الرهن وفقاً لقسم 29 من قانون تعويض العمال (WCL) بناءً على جميع مخصصات التعويض والمخصصات الطبية المدفوعة إلى صاحب المطالبة بموجب قانون تعويض العمال فيما يتعلق بالمطالبات التي تخضع لهذه الاتفاقية، بما في ذلك العائدات المستحقة الدفع لصاحب المطالبة بموجب هذه الاتفاقية، مقابل أي مبلغ استرداد من طرف ثالث قد حصل عليه صاحب المطالبة.

#### 8. الطعون

عند الموافقة على الاتفاقية من قبل المجلس، يتم بموجبها سحب أي طلب مُعلّق للمراجعة الإدارية لأي من القرارات الصادرة عن قاضي قانون تعويض العمال أو مراجعة المجلس بكامل هيئته، مُقدّم من أي طرف في هذه الاتفاقية، بالفدر الذي يتعلّق به الطلب بمنح مخصصات التعويض.

#### 9. شروط أخرى

تتضمن أي شروط أخرى مضمنة في الاتفاقية (أرفق أوراقاً إضافية، إذا لزم الأمر).

يوافق المُوقَّعون أدناه بموجب هذه الوثيقة بكامل إرادتهم الحرة على الخضوع للأحكام والبنود والشروط السابقة ويقرون باستلام نسخة من هذه الاتفاقية.

صاحب المطالبة — يرجى الكتابة بخط واضح	توقيع صاحب المطالبة <input type="checkbox"/> الموافقة لغرض الاستعراض المكتبي	التاريخ
المحامي - يرجى الكتابة بخط واضح	توقيع المحامي <input type="checkbox"/> الموافقة لغرض الاستعراض المكتبي	التاريخ
شركة التأمين أو صاحب العمل ذاتي التأمين — يرجى الكتابة بخط واضح	توقيع شركة التأمين أو صاحب العمل ذاتي التأمين <input type="checkbox"/> الموافقة لغرض الاستعراض المكتبي	التاريخ
غير ذلك — يرجى الكتابة بخط واضح	توقيع آخر <input type="checkbox"/> الموافقة لغرض الاستعراض المكتبي	التاريخ

التوقيع بالأحرف الأولى: صاحب المطالبة: ( / / ) ، شركة التأمين: ( / / )