

## JOINT BENEFIT TRUST

ADMINISTRATOR  
4160 Dublin Blvd., Suite 400  
Dublin, California 94568-7756  
PHONE: (925) 833-7306  
FAX: (925) 833-7301

CHAIRMAN, Maria Ashley Alvarado  
CO-CHAIRMAN, Stacey Cue

Estimado Participante:

Esta carta es para darle a conocer que hemos recibido sus gastos archivados de un accidente o una enfermedad los cuales pueden ser recuperados por una tercera entidad como se establece en la notificación de reclamo pendiente.

El plan medico de JBT provee reembolso por cualquier gasto necesario incurrido a cuenta de enfermedades, o accidentes. Los beneficios fueron designados para ayudar a costear estos gastos, pero no para exceder la cantidad de los mismos. Por lo tanto, para determinar los beneficios que se pagan bajo este plan, tomamos en consideración cualquier dinero que pueda recibir de una tercera entidad. Por lo tanto, antes de proporcionar beneficios por esta enfermedad o lesión, le pedimos que complete la forma del acuerdo de reembolso.

Por favor firme el acuerdo y devuélvalo junto con los cobros adjuntos. Si tiene alguna pregunta llame a esta oficina con toda confianza.

Atentamente,

Oficina de reclamos  
1 (800) 528-4357

## JOINT BENEFIT TRUST

ADMINISTRATOR  
4160 Dublin Blvd., Suite 400  
Dublin, California 94568-7756  
PHONE: (925) 833-7306  
FAX: (925) 833-7301

CHAIRMAN, Maria Ashley Alvarado  
CO-CHAIRMAN, Stacy Cue

### ACUERDO DE REEMBOLSO

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
# Del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona Lastimada

En consideración a los beneficios proveídos por mi / nuestro tratamiento medico de los daños que resultaron después de mi / nuestro accidente en, o mas o menos \_\_\_\_\_ y de acuerdo con los términos y condiciones del Plan de Beneficios patrocinado por Joint Benefit Trust ("el Fideicomiso," quien tiene como agente a Recovery Resources, Inc. por intención a este derecho de retención / gravamen.) Yo / nosotros y / o nuestros dependientes estamos de acuerdo que el Fideicomiso tiene el primer derecho a recuperar del dinero recuperado por dichos daños en una cantidad hasta, pero no en exceso de la cantidad pagada por el Fideicomiso por los daños que yo / nosotros hayamos recibido en dicho accidente. Yo / nosotros estamos de acuerdo a que el Fideicomiso coloque una retención / gravamen contra cualquier y todas las sumas recuperadas por medio del arreglo, veredicto, juicio o de otra forma concerniente a mi reclamo y / o demanda contra la persona o personas que causaron el accidente mencionado y mis / nuestros daños. Los beneficios proveídos deben ser pagados de cualquier dinero recuperado a través de un veredicto, juicio o de algún acuerdo mencionado.

Si yo / nosotros somos representados por un abogado, yo autorizo y dirijo dicho abogado a cumplir con los términos de este Acuerdo y permitir el derecho de retención / gravamen y a pagar fondos de la cuenta Fiduciaria en completa satisfacción a este derecho de retención / gravamen. Si yo / nosotros recibimos dinero directamente según nuestro arreglo, veredicto o juicio y la retención / gravamen del Fideicomiso no ha sido completamente pagada, yo / nosotros estamos de acuerdo a pagar el resto de la cantidad de dicha retención / gravamen de los fondos recibidos.

Si yo/nosotros o mi/nuestros abogado violamos este Acuerdo y cause la acción para recoger las cantidades de este derecho de retención, o cualquier parte del mismo, yo/nosotros pagaremos las cuotas razonables del abogado y costos incurridos en cualquiera de los procedimientos para ejercer el cobro de estas cantidades.

\_\_\_\_\_  
Firma de Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante (con letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
# del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Lastimada (Informe si la persona lastimada es menor de 16 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona Lastimada (Letra Imprenta)

### **CERTIFICACIÓN DEL ABOGADO**

Yo, el abajo firmante, soy el abogado que esta representando a la (s) persona (s) arriba mencionadas. Le he explicado a mi (s) cliente (s) los términos de este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Abogado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Abogado (con letra imprenta)

---

---

# JOINT BENEFIT TRUST

ADMINISTRATOR  
4160 Dublin Blvd., Suite 400  
Dublin, California 94568-7756

CHAIR, Maria Ashley Alvarado  
CO-CHAIR, Stacey Cue

---

Nombre del Participante

---

# del Participante

---

Nombre del Dependiente/Paciente

LOS COBROS MANDADOS RECIENTEMENTE A SU ASEGURANZA ESTÁN SIENDO TRATADOS COMO UN HECHO CAUSADO POR UNA TERCERA ENTIDAD. POR FAVOR LLENE ESTE CUESTIONARIO Y DEVUELVALO, PARA PODER EVALUAR SUS RESPUESTAS.

1. ¿Cual fue la causa de su enfermedad ó lesión? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Por favor describa como se lastimo. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Cuando empezó esta enfermedad ó lesión? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Que estaba haciendo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Alguna otra persona causo, o contribuyo a su enfermedad ó lesión? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Cómo? \_\_\_\_\_
7. Dé el nombre, dirección y número de teléfono de dicha persona \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Si Ud. estuvo involucrado en un accidente automovilístico, dé el nombre y número de póliza del seguro de la otra persona involucrada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Si no fue un accidente automovilístico, dé el nombre y número de póliza del seguro de casa, ó del seguro de indemnización de la otra persona involucrada. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Si tuvo un accidente automovilístico y la otra persona no está asegurada, dé el nombre y número de póliza de su seguro. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Reporto el accidente a la policía? \_\_\_\_\_
12. Si es así, dé el nombre de la agencia de policía y cuando reporto el accidente. Si tiene una copia del reporte policiaco por favor mande una copia. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Por favor dé el nombre, dirección y número de teléfono de su abogado, que lo está representando. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. ¿Ha entablado alguna demanda con alguna compañía de seguro, ó con alguna agencia gubernamental a causa de su enfermedad ó lesión? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Si es así, dé el nombre de la entidad contra la cual entablo la demanda, el número y la fecha en que la demanda fue hecha. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. ¿Ha entablado un juicio legal a causa de la lesión ó enfermedad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Si es así, dé el nombre completo de la corte, incluyendo, el condado y el estado en el cual el juicio se presento y el numero del caso. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. Por favor de los nombres de todos los participantes en el juicio. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. ¿Ha sido su caso juzgado? \_\_\_\_\_
20. Si es así, cual fue el veredicto? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
21. Si no es así, se ha fijada la fecha para el juicio? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. Si la fecha ha sido fijada por favor de la fecha. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
23. Se soluciono su caso ó juicio? \_\_\_\_\_
24. Si es así, cuándo y por cuanto? \_\_\_\_\_
25. Por favor del número de teléfono donde se encuentra durante el día y la noche. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
26. Por favor de alguna otra información que Ud. considere relevante. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha