



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

### REPAYMENT AGREEMENT

This Repayment Agreement is effective this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 200\_\_ between you and the Hotel Employees and Restaurant Employees International Union Welfare Fund (“Culinary Health Fund” or the “Plan”). When you sign this document, or a representative signs on your behalf, it becomes a legally binding agreement between you and the Plan.

You and/or your dependent have been injured in an accident or event on \_\_\_\_\_ **[date]** at \_\_\_\_\_ **[time]** in \_\_\_\_\_ (the “Accident”). You may have filed a lawsuit or made a claim in connection with the Accident, and you may be entitled to compensation from an insurance company or other third party for those injuries. The Plan will agree to pay you or your dependent’s medical, hospital, dental, vision care and other covered expenses resulting from that Accident (referred to as “Benefits”). By accepting Benefits from the Plan, you agree to repay the Plan the full amount of those Benefits on a first priority basis from the amount of any compensation you receive. This Agreement is designed to help the Plan enforce its right to be repaid by you.

In consideration of Benefits paid (or to be paid) by the Plan in connection with the Accident, you and/or your dependent also agree as follows:

1. The Plan will have a first lien and subrogation rights, as described in the Plan and this Agreement, on the amount recovered from another person (including an insurance company) because of the Accident (the “Lien”). The Lien will apply whether you get a recovery from a judgment, settlement, or otherwise (the “Recovery”). The Lien amount shall equal the Benefits the Plan pays in connection with the Accident, or, if less, the total amount of the Recovery. The Plan may notify people of this Lien and file it with them as needed to protect its rights.
2. You agree to repay (irrevocably assign) to the Plan the Recovery amount equal to the amount of the Lien, and agree to waive all rights opposing the Plan’s right to be repaid. You will not take any action that could interfere with the Plan’s right to enforce the Lien. You will not be entitled to keep any portion of the Recovery until the Plan’s Lien is paid in full, and you will not claim any right to deduction, setoff, or any other right to withhold any portion of the amount of the Lien.
3. You will cooperate fully with the Plan and do whatever is necessary to carry out the Plan’s right to be reimbursed under the Agreement, including providing requested information and documents, signing and delivering any assignments or other documents, notifying the Plan immediately upon beginning any claim or lawsuit or settlement negotiations, or agreeing to any settlement.
4. The Plan shall have the right to intervene in any suit filed which includes any claim for recovery related to the Accident, and you waive any and all rights to object to such intervention. The Plan shall also have the right to file suit against any third party in your name to recover the full amount of the Lien if you choose not to do so, plus its expenses, costs, and attorney fees.
5. In the event the Recovery is paid to your attorney or other representative, they shall be required to pay to the Plan the total amount of the Lien prior to disbursement of the Recovery to you or any other person or entity. Your attorney agrees to this by signing below.
6. Any failure to comply with the requirements of this Agreement or the Plan or its Rules and Regulations may be grounds for denying any benefits payable under the Plan whether or not those benefits relate to the Accident (including the off-set of future benefit claims by you or your dependents).
7. This Repayment Agreement constitutes the entire agreement between the parties, and may not be amended or modified except by a writing signed by each of the parties.

**You and/or your representative(s) have read and understand this Agreement,  
and have had an opportunity to discuss this Agreement and its terms with a lawyer or advisor.**

## **EXECUTION SECTIONS**

### **Section I: The Participant (Eligible Employee) MUST complete the following Execution Section:**

#### **Participant's Information (Eligible Employee)**

\_\_\_\_\_  
Print Participant's Name

\_\_\_\_\_  
Participant's Phone Number

\_\_\_\_\_  
Participant's Address

\_\_\_\_\_  
Participant's Signature                      Date

\_\_\_\_\_  
Representative                      Date  
(if Participant is legally incapacitated)

\_\_\_\_\_  
Print Name of Witness to Participant's  
or Representative's Signature

\_\_\_\_\_  
Witness' Signature                      Date

#### **Information for Participant's Attorney (Complete if Participant was in the accident)**

\_\_\_\_\_  
Print Attorney's Name  
☐ Check here if there is not an attorney

\_\_\_\_\_  
Attorney's Phone Number

\_\_\_\_\_  
Attorney's Address

\_\_\_\_\_  
Attorney's Signature                      Date

### **Section II: Complete the following Execution Section ONLY if the Eligible Dependent of a Participant (Eligible Employee) is receiving Benefits from the Plan in connection with the Accident:**

#### **Eligible Dependent's Information**

\_\_\_\_\_  
Print Eligible Dependent's Name

\_\_\_\_\_  
Eligible Dependent's Phone Number

\_\_\_\_\_  
Eligible Dependent's Address

\_\_\_\_\_  
Eligible Dependent's Signature                      Date

\_\_\_\_\_  
Representative                      Date  
(if Eligible Dependent's is legally incapacitated)

\_\_\_\_\_  
Print Name of Witness to Eligible Dependent's  
or Representative's Signature

\_\_\_\_\_  
Witness' Signature                      Date

#### **Information for Eligible Dependent's Attorney**

\_\_\_\_\_  
Print Attorney's Name  
☐ Check here if there is not an attorney

\_\_\_\_\_  
Attorney's Phone Number

\_\_\_\_\_  
Attorney's Address

\_\_\_\_\_  
Attorney's Signature                      Date



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 200\_\_ 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