

INFORMACION PERSONAL DEL CONDUCTOR SUSPENDIDO (Letra de Molde):

Apellido	Primer Nombre	Inicial:	Sufijo	
Dirección Actual	Ciudad	Estado	Zip Code	Día del Choque
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)	Número de Licencia de Conducir	Número de Seguro Social		
Número del Caso de FR	Lugar del Choque			

Términos del Acuerdo: Es de mutuo acuerdo y entendimiento por ambas partes de este acuerdo, que el arreglo es el compromiso de reclamaciones dudosas y en disputa que cubren lo siguiente (Marque (v) si aplica abajo):

NOTA: Una Forma por cada Releasr (La Otra Parte) será aceptada.		Nombre de la Otra Parte:	Dirección:
(v)	Daño a la Propiedad:		
(v)	Daños Corporales:		
Cantidad Total: \$			
Fecha del Primer Pago:			
Frecuencia de Pagos:			

Las firmas abajo deben ser notariadas: (Debe tener la firma del Conductor con la licencia suspendida y de la otra parte o la firma del representante).

Firma del Conductor Suspendido:	Firma de la Otra Parte:
Dirección Actual:	Firmando en nombre de, [para compañía de seguros, abogados, subrogee (encargado, etc.)] y el Título de la Posición:

Si algún pago en este acuerdo no es cubierto en la fecha que vence, entonces el balance total restante debe ser pagado inmediatamente por elección del titular de esta nota. Además se entiende y se acordó que el conductor suspendido deberá pagar todos los costos y honorarios razonables de los abogados incurridos por la otra parte de la colección de esta nota.

Por la ejecución y la aceptación de este acuerdo cada conductor suspendido y la otra parte están de acuerdo con que el mismo puede utilizarse en la administración de la ley de Responsabilidad Financiera de la Florida.

Queda entendido y convenido, en caso de que el conductor suspendido entre en incumplimiento de cualquier instalación de pago según este acuerdo, que el privilegio de tener la licencia y la registración de dicha persona no se debe suspender hasta que el saldo de la cantidad adeudada a la otra parte se reduzca a juicio. Por lo tanto, es entendido y acordado por ambas partes en el presente acuerdo, que al pago de la totalidad de la suma en este documento, el conductor suspendido recibirá liberación de cualquier y todas las reclamaciones, de las causas de acción y demandas, a raíz de los daños, pérdidas o lesiones derivados de dicho accidente.

NOTA: Para que éste formulario esté completo, ambos cuadrados abajo requieren de las firmas y que estén notariadas.

<p>Notario:</p> <p>Estado de:</p> <p>Condado de:</p> <p>El documento precedente fue reconocido ante mí en este _____ día de _____, 20_____ por _____, quién es conocido personalmente por mí o quién produjo un/una _____ como identificación y quién prestó o (no prestó) bajo juramento.</p>	<p>Notario:</p> <p>Estado de:</p> <p>Condado de:</p> <p>El documento precedente fue reconocido ante mí en este _____ día de _____, 20_____ por _____, quién es conocido personalmente por mí o quién produjo un/una _____ como identificación y quién prestó o (no prestó) bajo juramento.</p>
<p>Nombre del Conductor Suspendido:</p> <p>Pegar Sello Aquí Firma Notario Público</p>	<p>Nombre de la Otra Parte o Representante:</p> <p>Pegar Sello Aquí Firma Notario Público</p>
<p>Nota: Esta Exoneración (Release) será NULA a menos que todas las firmas estén notariadas. Favor de mantener una copia completa para su archivo personal.</p> <p>Enviar a: Department of Highway Safety and Motor Vehicles Teléfono: 850-617-2000 Bureau of Motorist Compliance, MS 98 Fax: 850-617-5216 Post Office Box 5775 Tallahassee, Florida 32314-5775 DHSMV Web Site: http://www.flhsmv.gov</p>	