

CONVENIO DE PAGOS PARA CUBRIR DAÑOS DE ACCIDENTE

INSTALLMENT AGREEMENT TO PAY ACCIDENT DAMAGES

MV3128S 11/2017 s. 344.14(2)(h), 344.18(1)(c) Wis. Stats.

Wisconsin Department of Transportation

Uninsured Motorist Unit

P.O. Box 7983

Madison, WI 53707-7983

Teléfono: 608-266-1249

Fax: 608-267-0606

Correo electrónico:

dotuninsuredmotorist@dot.wi.gov

Fecha del Accidente		Número de Archivo		
Nombre y Dirección del Deudor		Nombre y Dirección del Acreedor		
Nombre del Dueño de la Propiedad Dañada				Cantidad por Daños a Propiedad \$
Persona(s) Lesionadas Incluidas en el Convenio de Pagos				Cantidad por Lesiones \$
FECHAS DE PAGO		CANTIDAD DE PAGOS		Costo Total Acordado \$
Primer Pago	Último Pago	Número de Pagos	Cantidad Mensual \$	

El deudor acepta y se compromete a pagarle al acreedor identificado en la parte superior, los costos anotados por daños a propiedad/lesiones, según los siguientes términos:

El deudor le pagará al acreedor mensualmente a partir de la fecha establecida en este convenio y en el mismo día de cada mes a partir de entonces, hasta que se pague la deuda en su totalidad.

Las personas involucradas firmarán una Exoneración de Obligación de Daños una vez la cantidad sea pagada por su totalidad y se le facilitará dicho documento al deudor.

Al notificar por escrito al Departamento de Transportes de Wisconsin, *Uninsured Motorist Unit* que el deudor incumpla con los pagos acordados, se le retirarán al deudor los privilegios de manejar / matriculación de vehículo según requiere la Ley de Responsabilidad para la Seguridad. Se permite presentar notificación por escrito de la cantidad debida mas no pagada durante el período del convenio de pagos y a más tardar 30 días después del pago final indicado en el convenio de pagos.

Estado de _____)
 _____) ss
 _____, Condado _____)

Suscrito y jurado ante mí en esta fecha _____

 (Firma del Notario Público)

 (En Letra de Molde - Nombre del Notario Público)

 (Fecha de Expiración de Comisión)

 (Firma del Deudor)

 (Firma del Deudor)

Yo / Nosotros estamos de acuerdo con este convenio y facilitaremos una Exoneración de Obligación válida al completar los pagos.

 (Firma de Testigo)

 (Firma de Testigo)

 (Firma del Dueño / Lesionado)

 (Firma del Dueño / Lesionado)

 (Fecha)

 (Fecha)

Si un representante de una compañía de seguros firma este acuerdo, la firma de dicho representante certificará que ya se le ha sido compensado al asegurado por sus daños / lesiones.

 (Representante de la empresa de seguros-si se aplica)

 (Fecha)

 (Título)