

RECEPCIÓN Y LIBERACIÓN DE COBERTURA DE PAGOS POR ATENCIÓN MÉDICA

En contraprestación del pago a mí o en mi nombre de la suma de _____
_____ dólares (\$) _____
por parte de _____
(en adelante la Compañía), de cuya recepción se deja constancia en el presente documento, libero y eximo por siempre a la Compañía, cesionarios y sucesores de toda responsabilidad, de la naturaleza que fuere en virtud de la Cobertura de Pagos por Atención Médica emitida a _____

en virtud de la póliza número _____ emitida por la Compañía, con respecto al accidente que tuvo lugar el ____ de _____ de _____ o en fecha aproximada y que me ocasionó lesiones físicas.

TESTIGO(S):

Testigo

Testigo

Número de reclamación

FIRMA(S):

Firma

Firma

Fecha

NOTARIO:

Estado de _____; Condado de _____;

A los _____ días del mes de _____ de 20____, se constituyó ante mí _____, quien(es) me consta

es(son) la(s) persona(s) que se nombra en el presente documento y que ha(n) suscrito la presente manifestación pública.

Firma del Notario

Fecha de vencimiento del nombramiento