|  |  |
| --- | --- |
| Exoneración de Obligación de Daños Release of Liability  Wisconsin Department of Transportation (WisDOT)  **wisdot-agency-name-logo-100-black-rgb.jpgMV3041S 2/2022** Ch. 344 Wis. Stats. | Uninsured Motorist Unit  PO Box 7983  Madison WI 53707-7983 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Número de Expediente SR – |
| Nombre y Dirección del conductor sin seguro | |
| Nombre y Dirección del dueño sin seguro | |
| Lugar del accidente | Fecha del Accidente |

El acreedor suscrito, por valor entre las partes, la recepción del cual se reconoce, les exonerará y descargará para siempre al conductor sin seguro así como al dueño sin seguro, identificados anteriormente, de todo reclamo o causa de acción que el suscrito actualmente tiene o puede tener, por el accidente de tránsito que ocurrió en el lugar y fecha indicados anteriormente.

Se entiende y se acuerda que esta resolución puede ser un compromiso de un reclamo dudoso y cuestionable y que el valor intercambiado no se debe interpretar como una admisión de responsabilidad por parte de las partes exoneradas.

También se entiende que por medio de este documento se descarga toda responsabilidad entre el suscrito y las partes nombradas solamente. Las partes se reservan expresamente el derecho de perseguir otros reclamos o causas de acción contra cualquier otra persona que es, o puede ser, responsable por el accidente indicado anteriormente.

### LAS PARTES QUE DAN EXONERACIÓN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |
| ( Firma de Testigo) | |  | ( Escriba en letra de molde el nombre del acreedor) | |
|  | |  |  | |
|  | |  | ( Firma) | ( Fecha) |
|  | |  |  | |
| ( Firma de Testigo) | |  | (Escriba en letra de molde el nombre del acreedor ) | |
|  | |  |  | |
|  | |  | ( Firma) | ( Fecha) |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
| (Nombre del asegurado) | |  | (Fecha) | |
|  | |  | Estado de       ) | |
| (Nombre de la empresa de seguros – si se aplica) | |  | ) ss.        Condado ) | |
| (Firma del representante de la empresa de seguros-si se aplica) | ( Fecha) |  | Suscrito y jurado ante mí en esta fecha. | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  | ( Firma del Notario Público) | |
|  | |  |  | |
|  | |  | (En letra de molde - nombre del Notario Público) | |
| **El formulario tiene que ser notarizado o firmado por un testigo.** | |  |  | |
|  | |  | ( Fecha de expiración de comisión) | |