



Advance Spine & Pain Physical Therapy, LLC

225 East State St. Suite 12 Trenton, NJ 08608

Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

Accidente de Auto Cesión de Beneficio

de la contraprestación recibida. Asigno para el Advance Spine & Pain Physical Therapy, LLC, todos mis derechos y el interés por la porción beneficios por gastos médicos de la cobertura de protección contra lesiones personales en la póliza de seguro de automóvil o de otra cobertura de seguro en cuestión. Esta asignación se da con respecto a todo el tratamiento, la atención y las pruebas de diagnóstico dado por esta oficina. Mediante la asignación de estos beneficios, he acordado expresamente que los siguientes derechos se asignan para el Advance Spine & Pain Physical Therapy, LLC.

1. El derecho a cobrar de la aseguradora el pago de todos los gastos razonables en relación con el beneficio de gastos mencionados anteriormente.
2. El derecho a presentar una demanda directamente contra la compañía de seguros en nombre de Advance Spine & Pain Physical Therapy, LLC, como cesionario, y designar un abogado de su elección de la parte que tratar con el propósito de la presentación dijo demanda con el fin de cumplir pago de beneficios por gastos de tratamiento. Yo no será responsable de las posibles comisiones y costes de tal demanda.
3. Estoy dispuesto a cooperar plenamente con el cesionario de la colección de los beneficios reclamar a la compañía de seguros, para incluir la plena cooperación con el abogado elegido por el cesionario, el contestador de cualquier interrogatorios, la aparición en cualquier deposición, y la aparición en el juicio si necesario.

Firma (Signature)

Fecha(Date)

Firma del testigo(Witness)

Lien del proveedor Voluntario

Por la presente proporcionar un gravamen irrevocable para el Advance Spine & Pain Physical Therapy, LLC, en contra de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que surja de mi accidente para el que se proporciona el tratamiento. Estoy de acuerdo en no volver a dejar sin efecto el presente documento, y que la rescisión no será respetada por mi abogado. Doy instrucciones más n caso a otro abogado se sustituye en esta materia, el nuevo abogado, previa notificación deberá cumplir con este gravamen y considere misma ejecutable como si se hubiera ejecutado por él. Momento de la liquidación, juicio o veredicto, Y antes del desembolso de cualquier fondo a mí mismo, por la presente dirigir mi abogado pague ADVANCE SPINE & PAIN PHYSICAL THERAPY, LLC, cualquier y todas las cantidades debidas y debido a este proveedor. Además, entiendo QUE YO SOY el principal responsable A LAS TARIFAS proveedor por cualquier y todos los tratos.

Firma (Signature)

Fecha(Date)

Firma del testigo(Witness)