

Reclamación por daños



King County

Department of Executive Services
Office of Risk Management Services
Teléfono : 206-263-2250
TTY: 800-833-6388
8:30am - 4:30pm
de lunes a viernes
kingcounty.gov/claims

Instrucciones

Llene **ambos lados** de esta solicitud. Proporcione detalles específicos sobre su daño o pérdida. Incluya testigos y documentos de respaldo.

La información y los documentos que envíe están sujetos a las leyes de registros públicos.

No envíe registros personales o médicos confidenciales con su formulario de reclamación.

Nuestro investigador solicitará sus registros personales o médicos si es necesario.

Asegúrese de **firmar** su formulario de reclamación completo.

Puede enviar su formulario de reclamación completo de cualquiera de estas formas:

1. Envíe por correo electrónico su formulario de reclamación firmado y completo a fileaclaim@kingcounty.gov
2. Envíe por correo o entregue su formulario de reclamación firmado y completo a:

King County Office of Risk Management Services
King Street Center
201 South Jackson Street, Suite 320
Seattle, WA 98104

La Oficina de Servicios de Gestión de Riesgos investigará su reclamación. Nuestra investigación comienza cuando recibimos su formulario de reclamación. Su investigador puede solicitar documentos de respaldo. Le proporcionarán una dirección de correo electrónico donde puede enviarnos estos documentos.

Su reclamación puede acabar en uno de los tres resultados en los que el Condado de King:

1. Pagará una suma de dinero.
2. Presentará o transferirá la reclamación a una parte o entidad responsable diferente.
3. Rechazará una reclamación en la que no haya evidencia de responsabilidad por parte del Condado de King.

Si tiene preguntas, llame a la Oficina de Servicios de Gestión de Riesgos al 206-263-2250.

Información del demandante

Idioma preferido: _____

Nombre del demandante: _____

Dirección postal: _____
Calle y número - Ciudad - Estado - Código Postal

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono preferido: _____ Teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Cuenta usted con la representación de un abogado? Sí No

Nombre del abogado: _____

Dirección postal: _____
Calle y número - Ciudad - Estado - Código Postal

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Información del incidente

Fecha del incidente: ____ / ____ / ____ Hora del incidente: ____:____ AM PM

¿Dónde ocurrió el incidente? _____

Nombre de la calle o camino: _____ Intersección más cercana: _____

Describe lo que sucedió (adjunte más páginas según sea necesario). _____

¿Resultó lesionado? Sí No

Describe cualquier daño o lesiones. _____

¿Cuál fue la participación del Condado de King? _____

Testigos y otros involucrados:

Nombre - Teléfono/Correo electrónico - ¿Cuál fue la participación de esta persona?

1. _____

2. _____

3. _____

¿Su vehículo participó o resultó dañado? Sí No

Matrícula: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Nombre del propietario: _____

Compañía de seguro: _____

Número de póliza de seguro: _____

Número de reclamación del seguro: _____

¿Estuvo involucrado un autobús de Metro Transit u otro vehículo del Condado de King? Sí No

Ruta: _____ Número de vehículo: _____ Matrícula: _____

Yo era: Un pasajero del autobús El conductor de otro vehículo Un peatón

Un pasajero en otro vehículo El propietario de otro vehículo Un ciclista

Reclamo daños por un monto de \$_____.

Declaro bajo pena de perjurio, en los términos de las leyes del Estado de Washington, que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma

Nombre en imprenta

____ / ____ / ____
Fecha

Ciudad y estado